

## STATUS OG PERSPEKTIVER PÅ FORSKNING I PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING AF BORDERLINE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE

Af Mickey Toftkjær Kongerslev<sup>1</sup>, Ole Jakob Storebø<sup>2</sup> & Erik Simonsen<sup>3</sup>

*Borderline personlighedsforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse, som historisk har været omgærdet med behandlingspessimisme. Artiklen opsummerer den eksisterende evidens for psykoterapeutisk behandling af borderline personlighedsforstyrrelse og konkluderer, at der er basis for moderat optimisme. Afslutningsvis peger artiklen på fremtidig forskning, som kan bringe feltet videre, herunder personaliseret psykoterapi med fokus på evidensbaserede principper snarere end specifikke former for behandlinger samt mere fokus på ekstraterapeutiske faktorer og patienternes livsverden.*

**Nøgleord:** Borderline personlighedsforstyrrelse, terapi, behandling, samfund, fælles-faktorer, psykiatri, forskning

**Keywords:** Borderline personality disorder, therapy, treatment, mental health, research, common-factors

### 1. Indledning

Artiklen handler om psykoterapeutisk behandling af borderline personlighedsforstyrrelse (BPF). Vi gennemgår den aktuelle evidens og peger på behovet for nye perspektiver, som vi håber kan inspirere til ny forskning, der kan bidrage til at bedre behandlingen for personer med BPF på sigt. Synspunktet for vores forfattervirksomhed er præget af vores egne ansættelser og forskning bedrevet i en dansk psykiatrisk kontekst. Nærværende artikel kan

---

1 Psykolog i afsnitsledelse og ph.d., Distriktspsykiatrien Roskilde, Psykiatrien Øst, Region Sjælland; adjungeret lektor i klinisk psykologi og psykoterapi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. [mkon@regionsjaelland.dk](mailto:mkon@regionsjaelland.dk)

2 Psykolog, ph.d. og faglig leder af Center for Evidensbaseret Psykiatri (CEBP), Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland; professor, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. [ojst@regionsjaelland.dk](mailto:ojst@regionsjaelland.dk)

3 Forskningschef, Psykiatrien Region Sjælland; professor i klinisk psykiatri, Institut for Klinisk Medicin, SUND, Københavns Universitet. [es@regionsjaelland.dk](mailto:es@regionsjaelland.dk)

læses i forlængelse af et tidligere nummer af tidsskriftet, hvor Hougaard (2008) diskuterede psykoterapiforskning, og Møhl og la Cour (2008) forholdt sig kritisk til anvendelsen af den biomedicinske evidenslogik inden for klinisk psykologi og psykiatri. Vi fremfører blandt andet pointer, der overlapper med budskaber i disse artikler, omend vi, til forskel fra de tidligere artikler, her er mere snævert fokuseret på behandling af BPF.

## **2. Borderline personlighedsforstyrrelse**

Ifølge det amerikanske diagnosesystem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), der i alt overvejende grad anvendes i såvel national som international forskning, er BPF kendetegnet ved et langvarigt mønster af ustabile relationer, identitetsforvirring, tomhedsfølelse, emotionel dysregulering, impulsivitet, stridbarhed, selvskade og suicidalitet. Formelt opererer man i DSM-5 med ni diagnostiske kriterier, hvoraf mindst fem skal være opfyldt, for at diagnosen kan stilles. Denne polytetske tilgang, hvor ingen af kriterierne er nødvendige eller tilstrækkelige per se, medfører betydelig diagnostisk heterogenitet. I tilgift kommer, at personer med BPF ofte har megen komorbiditet, som bidrager til yderligere heterogenitet og kompleksitet (Kongerslev & Simonsen, 2017).

BPF forekommer relativt hyppigt i kliniske populationer og er en alvorlig psykisk lidelse forbundet med svær funktionsnedsættelse, herunder ringe tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet, nedsat livskvalitet, øget dødelighed og selvmord (Simonsen, Meisner, Bach, & Kongerslev, 2018). Diagnosen er ej blot behæftet med stor lidelse for patienterne selv og deres pårørende (Jørgensen et al., 2020), men også med store samfundsøkonomiske omkostninger (Hastrup, Kristensen, & Kongerslev, 2017). Farmakologisk behandling af BPF er udbredt, endskønt der ikke synes at være megen evidens herfor (Sundhedsstyrelsen, 2019).

## **3. Psykoterapeutiske behandlinger af borderline personlighedsforstyrrelse: en oversigt**

Der er efterhånden udviklet mange forskellige psykoterapeutiske behandlingsprogrammer målrettet behandling af personer diagnosticeret med BPF. Blandt disse er dialektisk adfærdsterapi (DAT; Linehan, 1993), mentaliseringsbaseret terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2016), skematerapi (ST; Young, Klosko, & Weishaar, 2003) og overføringsfokuseret terapi (OFT; Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008) de mest velundersøgte (Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020). Nedenfor gennemgår vi den eksisterende evidens for psykoterapeutisk behandling af BPF.

### **3.1. Effekt**

I vores Cochrane review (Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020) fandt vi, at de inkluderede BPF-specifikke psykoterapeutiske behandlinger var mere effektive end ingen behandling eller venteliste-kontrolgrupper i forhold til reduktion af sværhedsgraden af BPF-symptomatologi, bedring af psykosocialt funktionsniveau samt lindring af depression. I samme review fandt vi videre, at de BPF-specifikke behandlinger sammenlignet med standardbehandling (treatment as usual) var moderat effektive for reduktion af sværhedsgraden af BPF-patologi. Hvad angik reduktion af selvskade, selvmordsrelaterede outcomes og depression samt bedring af psykosocialt funktionsniveau viste disse analyser en effekt til fordel for de BPF-specifikke behandlinger sammenlignet med standardbehandlinger, om end disse effekter var små (ibid.). Kvaliteten af evidensen, der lå til grund for de fleste analyser, var dog usikker grundet metodiske svagheder, og i flere af analyserne indgik der kun data fra relativt få studier. En undtagelse var for fundet af en klinisk signifikant og moderat effekt af BPF-specifikke behandlinger sammenlignet med standardbehandling på reduktion af sværhedsgrad af BPF-symptomatologi, hvor den metodiske kvalitet af studierne var relativt god.

### **3.2. Skadelige effekter og frafald**

Inden for de seneste år er man begyndt i stadig højere grad at blive opmærksom på, at psykoterapi ikke bare kan have gavnlige, men også skadelige eller negative effekter (Parry, Crawford, & Duggan, 2016). Vi ved fortsat kun lidt om de skadelige effekter ved psykologisk behandling af BPF, blandt andet fordi disse ikke er blevet klart defineret, målt og monitoreret samt afrapporteret systematisk. Den nuværende forskning inden for BPF-feltet tyder dog ikke på, at skadelige effekter optræder i noget synderligt omfang (Cristea et al., 2017; Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020).

Frafald under behandling er ikke nødvendigvis en skadelig effekt, men ikke desto mindre et klinisk relevant outcome, om end det defineres på forskellige måder i forskellige studier. Generelt tyder metaanalyser på, at de BPF-specifikke behandlinger ikke reducerer frafald set i forhold til kontrolbehandlinger (Cristea et al., 2017; Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020). Frafald er et stort problem i mange BPF-behandlingsstudier. Eksempelvis viste en randomiseret klinisk undersøgelse, der sammenlignede MBT-gruppeterapi med en standardbehandling i form af mindst 12 månedlige samtaler, i et sample af unge med BPF, at der ikke var nogen forskel i effekt for den gennemsnitlige patient i undersøgelsen (Jørgensen, Storebø, Poulsen, & Simonsen, 2021). Frafaldet fra MBT-gruppeterapi i dette studie var på 56 %, og analyser viste, at det især var unge med nedsat mentaliseringsevne, der droppede ud (Jørgensen et al., 2021). I kvalitative interviews med et mindre udvalg af dem, der droppede ud af MBT-gruppebehandlingen, angav de unge eksempelvis oplevelsen af vanskelige emotioner i terapien eller af ikke længere at have behov for behandling som grunde for, at de ophørte med

behandlingen (Andersen, Poulsen, Fog-Petersen, Jørgensen, & Simonsen, 2021). Ved toårs follow-up var cirka halvdelen klinisk bedret, og 1/3 var remitteret for gruppen som helhed; den eneste prädiktor for disse outcomes var, at patienter med samtidig oppositionel adfærdsforstyrrelse ved baseline klarede sig signifikant dårligere (Simonsen, Vestergaard, Storebø, Bo, & Jørgensen, 2021).

### **3.3. Hvilken behandling er mest effektiv?**

Nuvel, nok indgyder det håb at vide, at det tyder på, at BPF-specifikke behandlinger synes at være moderat effektive i reduktion af sværhedsgrad af BPF-symptomatologi. Dette underbygger argumenter for, at patienter med BPF bør tilbydes sådanne empirisk understøttede og specifikke behandlingsformer i psykiatrien. Men hvilken af disse behandlinger er så bedst? Altså, hvilken af disse behandlinger bør man vælge at implementere og tilbyde? Optimalt set fordrer dette randomiserede kliniske studier, der direkte sammenligner de forskellige BPF-specifikke behandlingsformer. Desværre er der næsten ingen sådanne studier. I metaanalyser kan man dog indirekte sammenligne effekterne af de forskellige behandlinger for givne outcomes. Her findes der ikke nogen forskel i effekt af de mest hyppigt anvendte og veludforskede BPF-specifikke behandlinger, såsom DAT, MBT, ST og OFT (Cristea et al., 2017; Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020).

### **3.4. Effektive kontrolbehandlinger**

Inden for de seneste årtier er der en tendens til, at man finder, i de studier, hvor forskerne er aktivt involveret i kontrolbehandlingerne, og disse behandlinger følger et struktureret eller manualiseret format (fx Bateman & Kravitz, 2013; Gunderson, 2014), at disse kontrolbehandlinger er nærmest lige så effektive som de BPF-specifikke behandlinger (Cristea et al., 2017; Oud, Arntz, Hermens, Verhoef, & Kendall, 2018).

### **3.5. Metodiske begrænsninger**

Man må naturligvis altid se på den metodiske kvalitet af de studier, data stammer fra, når evidensen skal vurderes, da den metodiske kvalitet har betydning for, hvor meget lid vi kan fæste til effektestimaterne. De fleste metaanalyser af psykoterapeutiske behandlinger for BPF, hvor den metodiske kvalitet er blevet systematisk vurderet, finder, at studierne generelt er af lav til moderat metodisk kvalitet (Cristea et al., 2017; Storebø, Stoffers-Winterling et al., 2020). Dette skyldes blandt andet, at psykoterapiforskning baseret på randomiserede kliniske undersøgelser, i modsætning til farmakologisk forskning, har svært ved at blinde de terapeuter og patienter, der medvirker i de psykoterapeutiske undersøgelser, hvilket øger risikoen for, at man overestimerer effekten af den aktive behandling og underestimerer potentielt skadelige virkninger ved behandlingerne (Juul et al., 2021). Andre begrænsninger i den eksisterende litteratur er blandt andet mange små studier og

ukomplette data. Endelig vil vi nævne, at den manglende konsensus om valg af outcomes på tværs af studier og dårlige beskrivelser af og standardisering af ”standardbehandling” gør det vanskeligt at sammenfatte data i metaanalyser og fortolke resultaterne.

Med disse metodiske begrænsninger in mente finder vi dog, at den eksisterende forskning giver belæg for en vis behandlingsoptimisme, al den stund den også rejser mange spørgsmål, kalder på nye perspektiver og bestemt levner plads til videre udvikling og forbedring af vores behandlingstilbud til personer med BPF. Mere herom nu.

#### **4. Dodo-fuglens kendelse i evidensens eventyrland**

På sæt og vis er det snarere trivielt end overraskende, at det ser ud til, at der ikke er nævneværdige forskelle i effekten af de etablerede BPF-specifikke psykoterapeutiske behandlinger. Dette fund er nemlig et kendt fænomen inden for psykoterapiforskningen, som Rosenzweig (1936) benævnte Dodo-kendelsen, hvormed han mente, at de forskellige former for psykoterapeutisk behandling er lige effektive, når de udføres kompetent. Selvom Dodo-kendelsen har været og er omdiskuteret, kan det konstateres, at den udgør et relativt robust fund på tværs af diagnoser og forskellige former for psykoterapeutiske behandlinger, som næppe kan forklares alene som et metodologisk artefakt (Hougaard, 2008, Wampold & Imel, 2015). Dodo-kendelsen gør det også lettere at forstå, hvorfor de velimplementerede og kompetent udførte kontrolbehandlinger inden for BPF-forskningen viser sig at være nærmest lige så effektive som de mere specifikke former for BPF-behandling. Men det allermest væsentlige ved Dodo-kendelsen er, at den rejser spørgsmål om, hvad der egentlig gør terapi effektiv? Hvad er det i og ved psykoterapien, som gør, at den virker? Dodo-kendelsen er i tråd med megen psykoterapiforskning, som tyder på, at det ikke primært er de terapispecifikke interventioner, der skaber effekten, men snarere fællesfaktorer, såsom placeboeffekter (patientens forventninger og håb), den terapeutiske alliance og ekstraterapeutiske faktorer (Lambert & Barley, 2001). Til trods for at der, i hvert fald inden for de seneste 40 år, er sket en massiv prolifering af nye former for psykoterapeutiske behandlinger til et støt stigende væld af diagnoser, og der sideløbende har været stor udvikling af psykoterapeutisk metodik, så synes dette ikke pø om pø at have ført til mere effektive behandlinger (se fx Weisz et al., 2019). Tendensen synes, relativt stabilt over tid, at være lave til moderate effektstørrelser for alle håndte psykoterapeutiske behandlinger målrettet alle håndte former for psykiske lidelser (Leichsenring, Steinert, & Ioannidis, 2019). Så skulle man sætte tingene på spidsen, kan man sige, at til trods for udviklingen af mange nye former for terapi målrettet mange forskellige diagnoser og problemer så synes vi ikke for alvor at have fået bedre behandlinger inden for de seneste dekader, hvad effekt angår i

alle fald. Her tillader vi os at minde om, at vi nu taler om fund for den gennemsnitlige patient, som jo er det, der typisk afrapporteres i randomiserede undersøgelser og traditionelle metaanalyser. Men bag den gennemsnitlige effekt gemmer der sig større eller mindre forskelle i effekt for den enkelte patient. Det kommer vi tilbage til. For nuværende er pointen blot, at effekten af behandlingerne for den gennemsnitlige patient ikke synes tilfredsstillende og ej heller altid at kunne stå mål med indsatsen. En nærliggende tanke kunne være, at man kan ”opfinde” en ny og endnu bedre terapi. Men kynisk set har mange andre haft den tanke op gennem tiden, uden at dette altså synes at have gjort nogen egentlig forskel, andet end at have tilført feltet en ny behandling med et nyt akronym (fx DAT, MBT osv.). Man kan også overveje, om loftet er nået for, hvor meget man kan hjælpe personer med eksempelvis BPF med psykoterapi. Vi tror og håber dog på, at man kan gøre det bedre, end vi allerede gør, men at det kræver, at vi er nytænkende og ikke bare gør, som vi plejer. Som optakt til dette vil vi starte med et historisk tilbageblik, der kan bibringe en forståelse af, hvordan vi kom hertil, hvor vi står nu.

## **5. Teorier om og behandlinger af borderline personlighedsforstyrrelse**

Som allerede nævnt er den psykoterapeutiske behandling af BPF domineret af de evidensbaserede behandlinger DAT, MBT, ST og OFT. Fælles for disse fire behandlinger er blandt andet, at de er manualiserede og baserer sig på en teoretisk model for BPF – det vil sige, at de har en teori om, hvad der er kernepatologien i BPF, ofte med antagelser om, hvordan lidelsen opstår, udvikles og vedligeholdes. Koblet til den teoretiske model er så forskellige interventioner og strategier til at håndtere og behandle lidelsen. Umiddelbart tager de fire behandlinger sig ganske forskelligt ud, både hvad angår teori og praksis (Gunderson, Fruzzetti, Unruh, & Choi-Kain, 2018). Og i tråd med den biomedicinske model for forståelse og behandling af psykiske lidelser såvel som de respektive behandlingers ophav i forskellige af psykoterapiens skoler eller hovedstrømninger betoner de således mere eller mindre forskellige aspekter i og ved BPF og deraf afledte strategier og teknikker til at håndtere disse. Eksempelvis har DAT sit ophav i adfærdsterapi, zenbuddhisme og dialektisk tænkning og betoner i særdeleshed emotionel dysregulering i sin teoretiske model for BPF. Omvendt fokuserer man i MBT, der har rod i psykodynamisk tænkning og tilknytningsteori, på mentaliseringsproblemer, det vil sige uhensigtsmæssige måder at opleve sig selv og andre på. Når vi ikke går nærmere ind på detaljerne i de forskellige teorier, skyldes det, at vi ikke mener, at det er her, vi for alvor kan komme videre i feltet. Som Goldfried (2019) har påpeget, så synes betoningen af forskelle mellem forskellige former for psykoterapi at have fået (for) stor opmærksomhed op gennem feltets historie, uden at dette har bragt feltet videre. Måske snarere

tværtom, da fokus på teorierne har bidraget til mere polarisering og dermed forhindret fremskridt. Hvad teori angår er det måske nok at konstatere, at selvom de fire forskellige terapier betoner forskellige kernebegreber og aspekter ved BPF, og trækker på forskellige psykoterapeutiske skoler, så betyder de teoretiske forskelle tilsyneladende ikke det store i forhold til at gøre den ene terapiform mere effektiv end den anden for den gennemsnitlige patient. Hvad teori angår er det vigtigste måske især, at alle fire behandlinger *har* en sammenhængende teoretisk model for BPF, som såvel klinikere som patienter kan tillære sig, og som dermed giver mening og ét fælles sprog for dem. De teoretiske modeller, forsøges typisk mere eller mindre underbygget af videnskabelig litteratur og empiri, hvilket gør, at patienterne føler sig forstået, og det indgyder dem håb, når de møder klinikere, der ved hjælp af teori kan forstå og ”forklare” deres lidelse. En teoretisk model er også et godt rammeværk for behandlingen, et ankerpunkt, som terapeuten kan støtte sig til, når terapien bliver vanskelig (Karterud, Folmo, & Kongerslev, 2020). På den måde er den teoretiske model ikke mindst en vigtig fællesfaktor (Frank & Frank, 1991). Hermed ikke være sagt, at en hvilken som helst teoretisk model er lige gyldig, men det er en anden diskussion (Karterud & Kongerslev, 2021). For nuværende får det være nok at konkludere, at modellen må være plausibel og meningsfuld for forskere, klinikere, patienter og pårørende. Men hvad så med selve den praktiske del af behandlingen?

Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter og Maltzberger (2011) har sammenlignet de evidensbaserede behandlings respektive manualer og fundet mange lighedspunkter. Eksempelvis: klar ramme for behandlingen, fokus på følelser og den terapeutiske alliance, en aktiv terapeut samt balancering mellem støttende, udforskende og forandrende interventioner. Af forskelle fandt de blandt andet, at hvor DAT og MBT traditionelt er multimodale behandlinger, så er ST og OFT typisk unimodale. Alt i alt er der dog en del, der tyder på, at de BPF-specifikke terapier har en del til fælles på det praktiske plan. Og vi har også en oplevelse af, at forskellene mellem behandlingerne bliver mindre over tid, da terapierne/klinikere ofte bliver inspireret af hverandre. Eksempelvis fandt Weinberg et al. (ibid.), at det kun var DAT og OFT, som havde megen fokus på at bedre funktionsniveau, hvorimod det var fraværende i MBT- og ST-manualerne. Vi tænker dog, at de fleste klinikere vil have fokus på BPF-patienters funktionsniveau, hvad enten det står eksplicit i en manual eller ej, og nu om stunder er man også i MBT begyndt, med inspiration fra eksempelvis DAT og ST, at have mere fokus på at øge BPF-patienters funktionsniveau, positive følelser og livskvalitet (Harpøth et al., 2020; Harpøth, Yeung, Trull, Simonsen, & Kongerslev, 2021).

Vi må ej heller glemme, at velimplementerede og manualiserede kontrolbehandling synes at være lige så effektive som de mere *brandede* (DAT, MBT, ST og OFT). Choi-Kain (2020) har fremført, at man på nogle måder kan sammenligne DAT, MBT, ST og OFT med forskellige psykofarmaka, der også typisk *brandes* og forsøges solgt i en ”lækker pakke”. Dette gør de

BPF-specifikke behandlinger attraktive og spændende, og de har ofte udviklet lange uddannelser og certificeringer, hvormed der opstår en ”uddannelses-industri” omkring dem, om man så må sige, og de bliver dermed også en væsentlig del af mange klinikers faglige identitet. Men faktum synes stadig at være, at andre former for behandling af BPF-patienter, uden dette eller hint akronym, kan være lige så effektiv som de brandede, og måske er disse ikke-brandede terapier og deres tilgang endda bedre egnet end brand-behandlingerne til anvendelse i, ikke mindst, primærsektoren eller i ikke-specialiserede enheder, såsom distriktspsykiatrier (Storebø & Simonsen, 2017).

Men selvom der bag om forskellene på de forskellige behandlinger for BPF synes at kunne identificeres en række fællesfaktorer, foci og interventioner, så er der fortsat behov for at bedre vores behandling af BPF. Dette kræver nytænkning, både hvad forskning og praksis angår.

## 6. Vejen videre

Nedenfor bringer vi nogle bud på fremtidige tendenser og perspektiver, som vi håber kan bidrage til at bedre den psykologiske behandling for BPF-patienter.

### 6.1. *Personaliseret psykologisk behandling*

Den klassiske evidensbaserede tilgang i form af eksempelvis randomiserede kliniske undersøgelser og metaanalyser kan udsige noget om, hvilke behandlinger der er (mest) effektive for den gennemsnitlige patient. Ja, sågar Dodo-kendelsen er først og fremmest baseret på outcomes for den gennemsnitlige patient. Men bag dette gennemsnit af outcomes findes der, som allerede nævnt, individuelle forskel i effekt, og klinikere møder netop konkrete individer, ikke en abstrakt ”gennemsnitlig patient” i deres daglige dont (Hougaard, 2008). Tanken bag *personaliseret psykoterapi* er, at vi kan øge effekten af behandlinger ved bedre at forstå, hvordan man tilpasser en given behandling til den enkelte for at opnå størst gavnlige effekt og minimere eventuelt skadelige (Norcross & Cooper, 2021). At vide, hvad der virker for den gennemsnitlige patient, er et vigtigt første skridt, som kan informere beslutningstagere og klinikere om, hvilke behandlinger der bør prioriteres i et sundhedsvæsen med begrænsede midler. Men hvor feltet inden for psykologisk behandling af BPF står i dag, med flere forskellige behandlinger, som for den gennemsnitlige patient er på det nærmeste lige effektive (og ret beset ikke så effektive, som vi kunne ønske os), er det næppe nye behandlinger per se, endsige flere randomiserede undersøgelser, vi mangler mest. Feltet kan med fordel lade sig inspirere af den personaliserede tilgang til psykoterapi, som den canadiske psykolog og forsker Shelley McMMain også argumenterede for i en keynote-præsentation i 2019 på en kongres afholdt af



International Society on the Study of Personality Disorders (ISSPD) i Canada.

I *klinisk praksis* sker tilpasningen af en given psykoterapeutisk behandling til den enkelte patient formentlig altid, mere eller mindre, for så vidt den dygtige terapeut i vid udstrækning formår responsivt at tilpasse interventioner til patienten, uagtet hvad denne eller hin manual ellers måtte foreskrive (Rogers, 1957; Yalom, 1980). Den terapeutiske alliance består nemlig i høj grad ej blot af en tryk relation, men også af et samarbejde mellem terapeut og patient om valg af mål og midler (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2001). Videre, og i tråd med principperne for evidensbaseret praksis, får patientpræferencer stadig større betydning i måden, hvorpå vores behandlingssystemer tilrettelægges, og behandlinger udføres (Kongerslev & Storebø, 2017; Storebø & Simonsen, 2017). De fleste evidensbaserede behandlinger for BPF anvender eksempelvis *caseformulering*, der blandt andet tjener til at oversætte det generelle behandlingskoncept til noget, der bliver specifikt for den enkelte patient og dennes problemer og livshistorie (Karterud & Kongerslev, 2019).

Den personaliserede tilgang har også implikationer for måden, vi bedriver forskning på. For at vi bedre kan personalisere behandlingen, må vi forske mere fokuseret i, hvad der virker for hvem, med fokus på såkaldte prädiktorvariable, moderatorer og mediatorer. Hvad angår prädiktor- og moderatorvariable er der eksempelvis studier, der indikerer, at de patienter, der har de sværeste symptomer før behandlingsstart, også opnår størst udbytte (Barnicot et al., 2012). Og i MBT-forskningen har man fundet, at sværhedsgrad af personligheds- og personlighedsforstyrrelser muligvis modererer effekten af MBT i forhold til struktureret klinisk behandling (en af de effektive og manualiserede kontrolbehandlinger), således at MBT for denne undergruppe af patienter var mere effektiv end kontrolbehandlingen (Bateman & Fonagy, 2013). I DAT-forskningen har man fundet, at individer med både BPF og posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) har dårligere outcome af standard-DAT end dem med ”kun” BPF (Barnicot & Priebe, 2013). Viden om prädiktor- og moderatorvariable kan hjælpe os til at identificere subgrupper af patienter, der har særlige behandlingsbehov, som ikke favnes sufficent af en given behandling. Endvidere kan forskningen anvendes til at informere en stepped-care-tilgang til behandlingen af BPF, hvor man anvender struktureret klinisk behandling som standard og så tilbyder mere specialiserede behandlinger til patienter med mest komorbiditet.

Der mangler også forskning i *mediatorer*, det vil sige de variable, hvor forandringer i dem er associeret med behandlingsudbytte, eller de *mekanismer*, som driver behandlingsudbytte. Viden om mediatorer og virkningsmekanismer kan hjælpe os til bedre at målrette udviklingen af interventioner. Eksempelvis er der studier, der tyder på, at bedring af mentaliseringskapaci-

tet eller relaterede begreber, såsom metakognition, er en mediator i flere forskellige former for evidensbaseret behandling ved BPF (Levy et al., 2006).

I skrivende stund må vi konstatere, at forskningen i personaliseret terapi for BPF blot er i sin spæde vorden. For at få ny viden om prædiktorer, moderatorer og mediatorer af behandlingsudbytte, for forskellige former af psykologiske terapier for BPF, har vi sammen med en international forskergruppe taget initiativ til et individual-participant-data review-studie, der forhåbentlig kan bibringe os mere viden om, hvilke patienter der profiterer mest af hvilke former for behandling (Storebø, Ribeiro et al., 2021). Resultater fra en sådan undersøgelse vil forhåbentligt empirisk kunne informere visitation af patienter til denne eller hin form for behandling i fremtiden.

### **6.2. Procesforskning og terapeuteffekter**

Selvom ovenstående forskning i prædiktorer, mediatorer og moderatorer er væsentlig for at øge kundskab om, hvem der har gavn af en given behandling, og hvilke variable der driver effekt, så er der bestemt også behov for mere klinisk nær procesforskning. Generelt er der endnu ikke megen forskning i selve den psykoterapeutiske proces, hvorfor den behandling, som er givet i en given undersøgelse, og som ender med et givent udbytte, fortsat er en relativt ”sort boks”. Vi ved ganske enkelt ikke ret meget om, hvad det *egentlig* er, der virker i en terapisesion, og dermed hvad vi skal gøre mere eller mindre af (Hayes & Andrews, 2020). Dette fordrer procesforskning, som konkret kigger på de verbale og nonverbale relationelle og kommunikative interaktioner, som udfolder sig i terapi, her og nu. På det seneste er der kommet forslag til, hvordan man kan designe sådanne processtudier af den psykoterapeutiske interaktion (ibid.), og vi tænker endvidere, at fremtidig forskning med fordel kan lade sig inspirere af tilstødende discipliner og videnskaber, såsom spædbarnsforskning og kommunikationsfag (Stern, 2004). Kvalitative tilgange, hvor transskriptioner og/eller videomateriale af sessioner analyseres, er også relevante i denne sammenhæng (Folmo, Karterud, Kongerslev, Kvarstein, & Stänicke, 2019). Viden om, hvilke og hvordan verbale og nonverbale processer i og mellem terapeut og klient, fra det ene øjeblik til det næste, er koblet til forandring, er ej blot vigtig for, at vores viden om, hvordan psykoterapi egentlig virker, men også for oplæring og træning af morgendagens terapeuter. Apropos terapeuter, tyder psykoterapiforskningen generelt på, at terapeutfaktorer bidrag til effekten af terapi ofte er større end patientfaktorer (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Betydningen af terapeutfaktorer for effekt af psykoterapi af BPF mangler dog fortsat at blive undersøgt.

### **6.3. Feedback fra patienten og PRO**

Forskellige former for feedbackinformeret terapi, baseret på patientrapporterede (og nogle gange også terapeutrapporterede) outcomes (såkaldte PRO), præsenteres flere steder i litteraturen som noget, der kan være lovende i

forhold til at forbedre den psykoterapeutiske behandling, herunder modvirke forværring og/eller frafald. Tanken om, at man ved at monitorere patienterne fortløbende ved, at de udfylder forskellige spørgeskemaer, der måler symptomer og alliance for eksempel, virker på mange måder oplagt. Forskningen i anvendelsen af PRO er dog modstridende (se fx Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton, & Wolpert, 2016; Kendrick et al., 2016). Specifikt i forhold til BPF, er der ikke megen forskning i brug af PRO, og det ene studie, der er (de Jong, Segaar, Ingenhoven, van Busschbach, & Timman, 2018) indicerede risiko for forværring, når patienterne fik feedback om, hvordan det gik undervejs, ud fra deres PRO-rapporteringer. Dette studie gjorde, at man i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje anførte, at man ”kun efter nøje overvejelse” bør anvende ”jævnligt monitorering af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, da monitorering på kort sigt (<12 måneder) muligvis medfører symptomforværring” (Sundhedsstyrelsen, 2019, p. 6). Når man nu, flere steder i psykiatrien, er ved at udrulle og implementere PRO, vil vi derfor gerne understrege, at dette bør følges tæt op af forskning i potentielt gavnlige såvel som skadelige effekter, for at vi på sigt kan få mere evidensbaseret viden herom.

#### **6.4. Hinsides symptomer og terapiens rum**

Vi tænker ikke, at den klassiske biomedicinske model og tilgang længere kan stå alene, såfremt vi skal bringe feltet videre. Man kan faktisk argumentere for, at feltet har været for fokuseret på just denne tilgang, hvilket har medvirket til, at vi nu mangler viden om blandt andet prædiktorer, mediatorer og moderatorer samt konkrete forandringsprocesser. Der er i den forbindelse brug for andet end randomiserede kliniske undersøgelser og klassiske metaanalyser. Metodepluralisme synes i høj grad pånødet. Det er eksempelvis værd at bemærke, at interviewundersøgelser med patienter, der har været i behandling for BPF, rapporterer, at disse patienter ofte finder, at der er for megen fokus på symptomer til fordel for andre recovery-relevante outcomes, hvilket der efterspørges mere fokus på (Katsakou et al., 2012). Recovery er uden tvivl et komplekst begreb, der ud over symptomlindring også indbefatter fokus på øget livskvalitet og resiliens, patientens styrker og ressourcer samt eksistentielle aspekter ved tilværelsen (såsom sund identitet, håb og empowerment) og social funktion (eksempelvis det at finde sig en plads i samfundet gennem arbejde/uddannelse tilpasset den enkeltes ønsker og evner; Winsper, Crawford-Docherty, Weich, Fenton, & Singh, 2020). Vores behandlinger må således i fremtiden i stadig højere grad begynde også at fokusere mere målrettet på salutoneret processer samt eksistentielle, funktionelle og sociale aspekter i og ved patienten og dennes liv ude i verden, hinsides de psykiatriske klinikker, hvor behandlingen pågår. Det er i det hele taget svært at forestille sig, at det skulle være muligt for alvor at øge effekten af de eksisterende behandlinger, uden at vi også mere konkret medinddrager forandringer i den verden, patienterne lever i før, under og

efter behandlingen – vi fristes til at sige, at fremtidig forbedring af terapi i tilgift til tekniske og metodiske forbedringer også kalder på social kritik og forandring (Habermas, 1968). Fremtidige undersøgelser kan med fordel udnytte de nye muligheder, moderne teknologi, såsom eksempelvis smartphones, indebærer, da forskning og vores erfaringer tyder på, at mange patienter gerne vil anvende disse til at understøtte deres behandling (Austin, Jansen, Petersen, Jensen, & Simonsen, 2020; Harpøth et al., 2020).

### **6.5. Borderline personlighedsforstyrrelse og kernepatologi – i et nyt lys**

Mod slutningen synes det også væsentligt kort at fokusere på BPF, altså den diagnose eller lidelse, som vi skriver om. Traditionelt har man primært tænkt at Dodo-kendelsen i psykoterapiforskning har betydning for forståelsen af hvad der gør terapi virksom, i form af fælles-faktorer på tværs af terapiformerne. Men det er også meget plausibelt at Dodo-kendelsen har implikationer for vores forståelse af patologien; altså at terapi virker ved at ramme transdiagnostiske aspekter i og ved psykopatologi (Frank & Frank, 1991). Tanken om fællesfaktorer i eller bag forskellige lidelser er egentlig relativt udbredt nu om stunder i forbindelse med forskning i transdiagnostisk behandling. Interessant nok er der dog ikke megen forskning, som forbinder fællesfaktorteori om psykoterapi med fællesfaktorer i lidelserne, for så vidt den meste forskning fortsat enten fokuserer på én specifik behandling på tværs af forskellige lidelser, eller omvendt på forskellige specifikke behandlinger af én given lidelse. I skrivende stund ser vi dog, at der inden for forståelsen af BPF er begyndt at være ansatser til at forstå denne lidelse på nye måder. Nyere psykopatologisk forskning tyder på, at der eksisterer én underliggende psykopatologisk faktor eller dimension, som er udtryk for en persons sårbarhed i forhold til at udvikle psykisk lidelse, herunder sværhedsgrad af lidelsen, komorbiditet og varighed over tid (Caspi & Moffitt, 2018). Især Peter Fonagy og kollegaer har taget denne forskning op og er begyndt at konceptualisere BPF mindre som en forstyrrelse af personligheden/selvet (altså som noget i og ved individet), men mere som en lidelse lokaliseret i samspillet med andre og omverdenen – som et socialkommunikativt problem, der både omhandler vanskeligheder med at mentalisere, men også, og ikke mindst, problemer med at have tillid til andre, således at man kan lære fra andre og indgå i gensidige relationer (Bo, Kongerslev, Larsen, & Bateman, 2017; Bo et al., 2021; Luyten, Campbell, Allison, & Fonagy, 2020). Implikationerne af en sådan mere socialkommunikativ rekonceptualisering af BPF peger tilbage til pointen i det forudgående om, at behandling ej blot bør fokusere ensidigt på symptomreduktion, men også på at skabe konkrete forandringer i patienternes livsverden, herunder medvirke til at tilbyde sunde rollemodeller, stabilisere patientens sociale situation, øge mentaliseringsevne og tiltro til andre samt facilitere adgang til opbyggelige sociale relationer og netværk.

## 6.6. Barrierer

Væsentlige barrierer for, at vi kan komme videre, er blandt andet den organisatoriske kontekst, behandlingen leveres i i psykiatrien. Regionernes pakkeforløb havde som rationale, blandt andet at sikre evidensbaseret og lige behandling i hele landet. Problemet er bare, at pakkeforløb måske nok har formået at gøre behandlingen mere ligeartet på tværs af landet, til gavn for nogle patienter, men ikke desto mindre også har gjort det svært at individualisere behandlingen til den enkelte, da de fleste patienter blandt andet har flere diagnoser og dermed ofte trænger til forskellige pakkeforløb, der pågår på forskellige lokationer og med forskellige behandlere og tilgange. Videre gør pakkeforløbene og den ydelsesstyring, der har været fremherskende, det ofte svært at lave nye forskningsprojekter, da sådanne tit griber kraftigt ind i klinikkens praksis, på godt og ondt. I det hele taget bør vi nok i fremtiden have større fokus på kvalitet af implementeringen af behandlinger, herunder også organisatoriske forhold og ledelse af de behandlere, som udfører behandlingen, da en god implementering af en given behandling formentlig er *conditio sine qua non* for, at den kan udvirke sin optimale effekt.

## 7. Afrunding

Med regionernes ansvar for at tilbyde evidensbaseret psykoterapeutisk behandling følger også ansvaret for fortløbende at vurdere evidens for grundlaget i indholdet og omfanget af behandlingspakkerne. Den universitære forskning er delvist rykket ud i regionerne med akademiske stillinger tæt på klinikken. Med regeringens nye psykiatriplan vil det være naturligt, at psykoterapiforskningen får samme løft, som den psykofarmakologiske behandling har haft igennem mange år, via industriens finansiering af lægemiddelforsøg. Forskningen i psykoterapi kan og må styrkes gennem større nationale projekter.

Vi har i denne artikel set på psykoterapeutisk behandling ved BPF. Vi har vist, at vi på dette område stadig står i samme situation som for 15 år siden, hvor Hougaard (2008) i nærværende tidsskrift gjorde status for psykoterapiforskning generelt. Dodo-kendelsen synes også at holde inden for psykoterapeutisk behandling af BPF. Evidensforskningen har nok, med inspiration fra biomedicinsk forskning, højnet den metodologiske kvalitet, men evidensen fra randomiserede undersøgelser af psykoterapi er stadig begrænset af, at man ofte kun har gennemsnitsdata. Fokus må fremadrettet være på den individualiserede behandling, forskning i prædiktorer for forløb, hvem der skal tilbydes hvad, identifikation af evidensbaserede behandlingsprincipper frem for brandede behandlinger, og hvordan vi sikrer en løbende justering gennem validerede metoder med patientinddragelse og feedback og med fokus ej blot på symptomreduktion, men også funktion, eksistens og livskvalitet. Her må en del af forskningen også ske uden for terapien og klinikkerne i

patienternes livsverden, og med blik for ikke bare intrapsyriske og interpersonelle forandringer, men også for social kritik og interventioner, der skaber forandringer i lokalsamfundet.

## REFERENCER

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, C. F., Poulsen, S., Fog-Petersen, C., Jørgensen, M. S., & Simonsen, E. (2021). Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 31*(5), 619-631.
- Austin, S., Jansen, J. E., Petersen, C. J., Jensen, R., & Simonsen, E. (2020). Mobile app integration into dialectical behavior therapy for persons with borderline personality disorder: qualitative and quantitative study. *JMIR Mental Health, 7*(6), e14913.
- 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*(5), 400-412.
- Barnicot, K., & Priebe, S. (2013). Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 7*(3), 181-190.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 203*(3), 221-227.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Guide for Generalist Mental Health Professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Bo, S., Kongerslev, M. T., Larsen, K. A., & Bateman, A. (2017). Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. I: E. Simonsen & B. B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog* (pp. 435-472). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bo, S., Vilmar, J. W., Jensen, S. L., Jørgensen, M. S., Kongerslev, M., Lind, M., & Fonagy, P. (2021). What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Current Opinion in Psychology, 37*, 7-12.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*(3), 252-260.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry, 175*(9), 831-844.
- Choi-Kain, L. W. (2020). Debranding treatment for borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 28*(3), 143-145.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 319-328.
- de Jong, K., Segaar, J., Ingenhoven, T., van Busschbach, J., & Timman, R. (2018). Adverse effects of outcome monitoring feedback in patients with personality disorders: a randomized controlled trial in day treatment and inpatient settings. *Journal of Personality Disorders, 32*(3), 393-413.

- Folmo, E. J., Karterud, S. W., Kongerslev, M. T., Kvarstein, E. H., & Stänicke, E. (2019). Battles of the comfort zone: modelling therapeutic strategy, alliance, and epistemic trust – a qualitative study of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(3), 141-151.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd Ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: what holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484-496.
- Gondek, D., Edbrook-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 325-343.
- Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148-167.
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Harpøth, T. S. D., Yeung, E. W., Trull, T. J., Simonsen, E., & Kongerslev, M. T. (2021). Ego-resiliency in borderline personality disorder and the mediating role of positive and negative affect on its associations with symptom severity and quality of life in daily life. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(4), 939-949.
- Harpøth, T. S. D., Yeung, E. W., Trull, T. J., Simonsen, E., & Kongerslev, M. T. (2021). Ego-resiliency in borderline personality disorder and the mediating role of positive and negative affect on its associations with symptom severity and quality of life in daily life. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Advance online publication.
- Hastrup, L. H., Kristensen, J., & Kongerslev, M. T. (2017). Psykosocial rehabilitering og samfundsøkonomiske omkostninger ved personlighedsforstyrrelser. I: E. Simonsen & B. B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser* (pp. 627-648). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hayes, A. M., & Andrews, L. A. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC Medicine*, 18(1), 197.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432.
- Hougaard, E. (2008). Evidenskravet i psykoterapi: kan der tilvejebringes metodologisk stringent evidens for psykoterapiens virkning? *Psyke & Logos*, 29, 100-125.
- Juul, S., Gluud, C., Simonsen, S., Frandsen, F. W., Kirsch, I., & Jakobsen, J. C. (2021). Blinding in randomised clinical trials of psychological interventions: a retrospective study of published trial reports. *BMJ Evid Based Med*, 26(3): 109.
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A. M., Bateman, A., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 699-710.
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Poulsen, S., & Simonsen, E. (2020). Burden and treatment satisfaction among caregivers of adolescents with borderline personality disorder. *Family Process*. Advance online publication.
- Jørgensen, M. S., Bo, S., Vestergaard, M., Storebø, O. J., Sharp, C., & Simonsen, E. (2021). Predictors of dropout among adolescents with borderline personality disorder attending mentalization-based group treatment. *Psychotherapy Research*, 31(7), 950-961.

- Karterud, S., Folmo, E., & Kongerslev, M. T. (2020). *Mentaliseringsbasert Terapi (MBT)*. Oslo: Gyldendal.
- Karterud, S., & Kongerslev, M., T. (2021). Psychotherapy of personality disorders needs an integrative theory of personality. *Journal of Psychotherapy Integration, 31*(1), 34-53.
- Karterud, S., & Kongerslev, M. T. (2019). Case formulations in mentalization-based treatment (MBT) for patients with borderline personality disorder. In U. Kramer (Ed.), *Case Formulation for Personality Disorders: Tailoring Psychotherapy to the Individual Client* (pp. 41-60). London: Academic Press.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One, 7*(5), e36517.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L. ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, CD011119.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *International Journal of Psychoanalysis, 89*, 601-620.
- Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2017). Personlighedens psykopatologi. Psykiatrisk klassifikation, klinisk fremtræden og diagnostisk udredning. I: E. Simonsen & B. B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser* (pp. 175-21). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kongerslev, M. T., & Storebø, O. J. (2017). Towards preference-based and person-centered child and adolescent psychiatric service provision. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 5*(3), 89-91.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357-361.
- Leichsenring, F., Steinert, C., & Ioannidis, J. P. A. (2019). Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. *Psychological Medicine, 49*(13), 2111-2117.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1027-1040.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: state of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 297-325.
- Møhl, B., & la Cour, P. (2008). Nogle kritiske vinkler på EBM logikken. *Psyke & Logos, 29*, 126-151.
- Norcross, J. C., & Cooper, M. (2021). *Personalizing Psychotherapy: Assessing and Accommodating Patient Preferences*. Washington, DC: American Psychological Association Publishing.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(10), 949-961.
- Parry, G. D., Crawford, M. J., & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 210-212.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.



- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In J. C. Muran (Ed.), *Self-Relations in the Psychotherapy Process* (pp. 165-186). Washington: American Psychological Association.
- Simonsen, E., Meisner, M. E., Bach, B., & Kongerslev, M. (2018). Diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger*, 180, 2-5.
- Simonsen, E., Vestergaard, M., Storebø, O.J., Bo, S., Jørgensen, M.S. (2021). Prediction of treatment outcome of adolescents with borderline personality disorder – a two year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*. Advance online publication.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Storebø, O. J., Ribeiro, J. P., Kongerslev, M. T., Stoffers-Winterling, J., Sedoc Jørgensen, M., Lieb, K., . . . Simonsen, E. (2021). Individual participant data systematic reviews with meta-analyses of psychotherapies for borderline personality disorder. *BMJ Open*, 11: 6.
- Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2017). Evidensbaseret behandling, de generelle behandlingsprincipper og gode råd. I: E. Simonsen & B. B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser* (pp. 397-433). København: Hans Reitzels Forlag.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S. Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955.
- Sundhedsstyrelsen (2019). *National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type*.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2 Ed.). New York, NY: Routledge.
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 60-68.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Ecksh-tain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216-237.
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press.