

National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type HØRINGSVERSION

Hovedforfatter
Sundhedsstyrelsen



Sundhedsstyrelsen

Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67, 2300 Kbh S
nkrsekretariat@sst.dk

www.sst.dk

Sponsorer / Finansiering

Sundhedsstyrelsen

Ansvarsfraskrivelse

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

Indhold

Centrale budskaber	4
1 - Læsevejledning	9
2 - Indledning.....	11
3 - Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor. 2015.....	12
4 - Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview. 2015.....	15
5 - Psykoedukation 2018	17
6 - Multimodal psykoterapi 2018	23
7 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2018.....	30
8 - Monitorering af psykoterapi 2018.....	32
9 - Individuelle kriseplaner. 2015.	34
10 - Antidepressiv medicin. 2015.	37
11 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015.	41
12 - Antipsykotisk medicin. 2015.	46
13 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM.....	53
14 - Baggrund.....	55
15 - Implementering.....	56
16 - Monitorering.....	57
17 - Opdatering og videre forskning.....	58
18 - Fokuserede spørgsmål	59
19 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger	68
20 - Subgruppeanalyser for kort - og langvarig behandling	70
21 - Arbejdsgruppe og referencegruppe	71
22 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	74
23 - Beskrivelse af anvendt metode.....	76
24 - Ordliste.....	77
Referencer	79

Centrale budskaber

1 - Læsevejledning

2 - Indledning

3 - Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor. 2015.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend ikke rutinemæssigt screeningsredskaber til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Det er god praksis at overveje tilstedeværelse af mulig BPF, når patienter, især unge, præsenterer sig med selvskadende adfærd, emotionel ustabilitet, selvmordsadfærd, tilbagevendende kontakter og -komorbide lidelser, kaotiske relationer samt misbrug og impulsiv adfærd.

4 - Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview. 2015.

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at anvende et semi-struktureret personlighedsinterview til diagnostik af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Diagnostik af personlighedsforstyrrelser er udfordrende. Diagnostik bør varetages af kvalificeret sundhedspersonale, der er uddannet i brug af anerkendte, valide og pålidelige diagnosticeringsmetoder, og har sat sig ind i manualen for det diagnostiske instrument, og har mulighed for at få supervision.

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) [41], Structured Clinical Interview for DSMIV Personality Disorders (SCID-II) [17], Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) [45]. International Personality Disorder Examination (IPDE)[27], og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykisk lidelser.

5 - Psykoedukation 2018

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2018

Psykoedukation kan med fordel foregå i grupper, såfremt patienten er i stand til at indgå i en sådan sammenhæng. Dette kan bidrage til såvel afstigmatisering som til oplevelser med at relatere sig til andre i en struktureret setting. Psykoedukation kan også gives til patienter med BPF og anden psykisk lidelse. Underviseren skal gøre den generelle information specifik og vedkommende for den enkelte patient, samt invitere patienten til aktiv deltagelse med egne oplevelser og refleksioner. Pårørende kan inddrages i en del af psykoedukationen sammen med patienten eller alene i form af pårørendegrupper. Dette kan foregå i grupper sammen med andre pårørende og patienter. Patienterne kan have gavn af at få uddelt den vigtigste information fra undervisningen.

6 - Multimodal psykoterapi 2018

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde enten multimodal eller unimodal behandling til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, idet der ikke er fundet forskelle i effekt.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018

Patientens motivation og ressourcer, sværhedsgraden af lidelsen og associerede vanskeligheder er vigtige elementer, som bør tages med i den individuelle vurdering af et relevant behandlingstilbud til den enkelte patient. Særligt i behandlingen af patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser, og hvor der i øvrigt skønnes at være behov for flerfaglige kompetencer, bør det være muligt at tilbyde multimodal behandling. Unimodal behandling er psykoterapi i en enkelt modalitet, typisk kun gruppeterapi eller kun individuel terapi, hvis begge indgår udgør dette en multimodal behandling. I unimodal behandling vil en del patienter i øvrigt modtage medicinsk behandling. Et multimodalt behandlingsprogram indeholder altid psykoterapi. Herudover indgår der en eller flere behandlingstilgange, som indebærer en væsentlig forøgelse i den samlede behandlingstid (dosis). Eksempler på sådanne tilgange er: Psykoedukation, mindfulness, kropsterapi eller færdighedstræning.

7 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2018

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at tilbyde enten kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder), idet der ikke er fundet væsentlig forskel i effekt.

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2018

Det er vanskeligt på forhånd at afklare hvilke patienter, der vil have glæde af et psykoterapeutisk behandlingsforløb, der strækker sig udover 12 måneder. Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær personlighedsforstyrrelse samt ved svær social anamnese og evt. misbrug, kan der ofte være behov for et længere behandlingsforløb. Varigheden må derfor bero på en individuel vurdering. Ved patienter, hvor det ved afslutning af et standard pakkeforløb vurderes, at man med rette kan forvente effekt af yderligere behandling, eller hvor det skønnes, at yderligere behandling er nødvendig i forhold til at fastholde en opnået effekt, bør der være en mulighed for at tilbyde dette. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvor langt et behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt [36].

8 - Monitorering af psykoterapi 2018

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelse jævnligt monitorering af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018

Monitorering kan fungere som en evaluering af behandlingseffekt. Den kan foretages med jævne mellemrum spændende fra ugebasis til hver 3. eller 6. måned. Følgende instrumenter kan fx anvendes til monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) [25], the Outcome Rating Scale (ORS) [29] og the Session Rating Scale (SRS) [16].

9 - Individuelle kriseplaner. 2015.

Svag Anbefaling

Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

En individuel kriseplan er et behandlingsredskab for både patient og behandler, som kan introduceres, hvis det skønnes nødvendigt. Kriseplanen udarbejdes i samarbejde med patienten. Planen bruges til at indsamle erfaringer og dermed give patienten handlemuligheder, hvis der opstår en krise. Kriseplaner kan med fordel indeholde information til både behandler og patient. For patienten kan de tydeliggøre, hvad der kan fremkalde en krise, hvilke erfaringer patienten har med hjælpsomme tiltag, som de selv kan iværksætte, og konkrete oplysninger om, hvem de kan kontakte i tilfælde af en krise. Det kan være telefonnumre og adresser. Informationen til behandleren kan være patientens typiske reaktioner og råd om, hvordan patienten ønsker at blive mødt. En kriseplan kan i terapien være med til at fjerne fokus fra akutte kriser og give tryghed til at arbejde med mere langsigtede problematikker. Der skal udarbejdes kriseplaner til patienter, der er selvmordstruede.

10 - Antidepressiv medicin. 2015.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumeeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

11 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumeeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation. Ved påbegyndt behandling med stemningsstabiliserende medicin til patienter med BPF fastsættes et forventet behandlingsmål, og lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

12 - Antipsykotisk medicin. 2015.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser antipsykotisk medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumeeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

Ved påbegyndt behandling med antipsykotisk medicin til patienter med BPF, fastsættes et forventet behandlingsmål, og lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

13 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

14 - Baggrund

15 - Implementering

16 - Monitorering

17 - Opdatering og videre forskning

18 - Fokuserede spørgsmål

19 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

20 - Subgruppeanalyser for kort - og langvarig behandling

21 - Arbejdsgruppe og referencegruppe

22 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

23 - Beskrivelse af anvendt metode

24 - Ordliste

1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Stærk anbefaling imod (Grøn + Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod (Gul + Rød)

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Nøgleinformation: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Diskussion: Hvis du er logget ind som bruger, kan du her komme med kommentarer til specifikke anbefalinger.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. <http://www.gradeworkinggroup.org>

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

2 - Indledning

Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje retter sig mod udredning af patienter, som mistænkes for at have Borderline Personligheds Forstyrrelse (BPF), og behandling af patienter med diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Retningslinjen omfatter også patienter med BPF og anden psykisk lidelse.

Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, der arbejder med behandling af patienter med BPF. Retningslinjen kan også være relevant for patienter og pårørende.

Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger i patientforløbet ('punktudslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Denne nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig kun med udvalgte dele af udrednings- og behandlingsindsatsen. Det er således ikke tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret udredning og behandling af patienter med BPF, og det er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet. Behandling af patienter med borderline er i høj grad tværfaglig, og de dele af behandlingsindsatsen, som retningslinjen undersøger, kan således sjældent stå alene. Følgende ti fokuserede spørgsmål er undersøgt:

- Kan en behandler i primær sektoren, i mødet med patienter med selvskadende adfærd suicidal adfærd, misbrug, angstsymptomer, spiseforstyrrelse eller depression med fordel anvende et screeningsredskab med henblik på at identificere patienter med mulig borderline personlighedsforstyrrelse med henblik på henvisning til udredning?
- Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation? OPDATERET 2018
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi eller unimodal psykoterapi? OPDATERET 2018
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)? OPDATERET 2018
- Bør effekten af psyko terapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnligt ved brug af validerede instrumenter? OPDATERET 2018
- Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antipsykotisk medicin (neuroleptika)?

Til at vurdere effekten af de undersøgte behandlingsformer har arbejdsgruppen udvalgt centrale outcomes, som denne retningslinje fokuserer på. Der vil derfor være outcomes, som bliver rapporteret i forskningsartiklerne, men som ikke er medtaget i denne retningslinje. I seks af spørgsmålene er socialt funktionsniveau, livskvalitet samt borderline sværhedsgrad ved længste opfølgningstid anvendt som kritiske outcomes. Yderligere indgår alvorlige skadevirkninger målt ved afslutning af behandling som et kritisk outcome i de tre farmakologiske spørgsmål. I spørgsmålet om individuelle planer for krisehåndtering er der anvendt andre kritiske outcome, idet selvmordsforsøg samt selvmordsrelateret adfærd her er kritiske outcomes. En uddybende beskrivelse af de fokuserede spørgsmål samt de valgte outcomes findes under afsnit 'Fokuserede spørgsmål'.

Rationale for valg af opdatering i 2018

Beslutningen om at opdatere de fokuserede spørgsmål vedr. psykoedukation, multimodal behandling, lang versus kort handling og monitorering blev truffet, fordi arbejdsgruppen vurderede at der var kommet ny evidens på dette område, siden den første retningslinje udkom i 2015.

Patientperspektivet

De relevante patientforeninger har haft mulighed for at afgive hørings svar til udkastet til den færdige retningslinje.

3 - Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Kan en behandler i primær sektoren, i mødet med patienter med selvskadende adfærd, suicidal adfærd, misbrug, angstsymptomer, spiseforstyrrelse eller depression med fordel anvende et screeningsredskab med henblik på at identificere patienter med mulig borderline personlighedsforstyrrelse med henblik på henvisning til udredning?

Prævalensen af BPF hos de praktiserende læger estimeres til at være mellem 5 – 20 % af den generelle patientpopulation [30]. Blandt de af den praktiserende læges patienter, som tilhører gruppen nævnt i 2.3, vil prævalensen formodes at være højere. Patienter med BPF vil typisk have hyppige kontakter til sundhedsvæsenet [42], hvor de præsenterer sig med forskellige somatiske symptomer [15][22]. Patienterne præsenterer sig herudover ofte med symptomer på angst, depression, nervøse og stressrelaterede tilstande. En tidlig diagnose og adækvat behandling er vigtig for at forebygge svær kronisk psykisk sygdom og tilstræbe det bedst mulige psykosociale funktionsniveau for patienten [14].

Den praktiserende læges personlige kendskab til patienten, familien, den psykosociale baggrund og evt. genetiske dispositioner til psykisk sygdom er væsentlig for, at det på et tidligt tidspunkt overvejes, om en given patient eventuelt har en personlighedsforstyrrelse, men er ikke tilstrækkeligt i sig selv. Arbejdsgruppen ønsker at afklare, om brug af validerede, kortfattede screeningsredskaber kan hjælpe til hurtigere identifikation af patienter med mulig BPF med henblik på henvisning til relevant vurdering og eventuel udredning.

Tabeller til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor kan tilgås [HER](#).

Svag Anbefaling

MOD

Anvend ikke rutinemæssigt screeningsredskaber til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Det er god praksis at overveje tilstedeværelse af mulig BPF, når patienter, især unge, præsenterer sig med selvskadende adfærd, emotionel ustabilitet, selvmordsadfærd, tilbagevendende kontakter og –komorbide lidelser, kaotiske relationer samt misbrug og impulsiv adfærd.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Brug af de undersøgte redskaber er forbundet med betydelig risiko for over- og underdiagnostik. Konsekvensen af overdiagnostik er belastning af patienten og unødigt brug af ressourcer. De mulige konsekvenser af underdiagnostik er, at patienterne ikke tilbydes relevant behandling, hvilket kan have betydning for patienternes tilstand, udvikling og prognose.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

De fundne studier har moderat risiko for bias, og vurderingen af de inkluderede studier giver samlet et evidensgrundlag af meget lav kvalitet grundet nedgradering for indirekte evidens, unøjagtighed samt risiko for spektrum bias.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Patienter, som præsenterer sig i almen praksis med lidelser, der kan være komorbidity til en personlighedsforstyrrelse, forventes at ønske, at dette identificeres, så relevant henvisning kan finde sted. De færreste patienter vil ønske, at der anvendes redskaber, hvor der er usikkerhed om, hvorvidt de giver de rigtige svar.

Rationale

I formuleringen af anbefalingen blev der lagt vægt på, at det er en fordel for patienter med BPF, at dette erkendes, så relevant behandling kan påbegyndes. Samtidig fandt man ikke instrumenter, der med tilstrækkelig præcision kan anvendes til tidlig opsporing.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikationssystem
- Intervention:** Oversat og valideret screeningsinstrument for personlighedsforstyrrelser
- Sammenligning:** Struktureret personlighedsinterview

Sammenfatning

Til besvarelsen af det fokuserede spørgsmål indgår to primære studier vedr. diagnostiske tests (observationelle studier)[66][73]. Se Link til flow charts [HER](#).

Germans gennemgår i 3 studier [73] den diagnostiske præcision af 8 forskellige redskaber (SAPAS-SR, S-SCID-II, NEO-FFI, SCID-II-PQ og SAPAS-INF, IPDS, PAS-Q, SAP) hvor SCID13 II anvendes som referencestandard. I alt indgår 376 patienter i psykiatrisk ambulans regi. Prævalensen af BPF varierer i de tre studier fra 48,1 % - 64,1 %.

I Chanen [66] indgår 101 patienter i alderen 15-25 år i psykiatrisk ambulans regi. Den diagnostiske præcision af redskaberne: MSI-BPD, BPQ, IPDE-BPD og SCID-II PQ-BPD sammenlignes alle med referencestandard SCID-II. Prævalensen af BPD er her 21,8 %.

Overordnet tegner der sig et billede af, at flere af instrumenterne potentielt kan bruges til at udelukke tilstedeværelsen af BPF (sandt negative), men er mindre velegnede til at udpege de personer, som har diagnosen BPF (sandt positive), når man korrigerer for prævalensen svarende til den praktiserende læge i primær sektor (se SoF tabeller bilag 12 [HER](#)). Des lavere prævalens, desto bedre er instrumenterne til at udelukke diagnosen BPF. Prævalensen af BPF hos patienter, som den praktiserende læge vil screene, vil alt andet lige være højere end den generelle prævalens af BPF hos de praktiserende læger. Der findes ingen data herfor, men det synes rimeligt at antage, at prævalensen af BPF i den screenede population vil være på mellem 20-50 %.

Dog er der en række forbehold ved de fundne estimater: Risikoen for at over eller underdiagnosticere BPF er betydelig, og ved en prævalens mellem 20-50 % ses en forekomst af falsk negative mellem 34-85 per 1000 patienter, der testes ved brug af f.eks. instrumentet SAPAS-SR. Antallet af falsk positive rangerer fra 100-160 patienter ved en estimeret prævalens på henholdsvis 20 % og 50 %. Forekomsten af de angivne falsk positive og falsk negative resultater er formentlig undervurderet, da det må antages, at de personer, som anvender redskaberne i studierne, er mere erfarne og vidende om disse instrumenter (pga. hyppigere anvendelse da det er i et andet setting med højere prævalens, oplæring osv.), end de behandlere i primær sektor, som ville komme til at anvende disse instrumenter i praksis.

Det antages derfor, dels at estimaterne (sensitivitet og specificitet) er kunstigt forhøjet i de inkluderede studier, og dels at der er en betydelig risiko for henholdsvis over- og underdiagnosticering af BPF.

Der findes på nuværende tidspunkt ingen studier om den diagnostiske præcision af screeningsredskaber, der er udført i regi af den praktiserende læge med henblik på tidlig opsporing af patienter med mulig BPF, når SCID-II anvendes som referencestandard. Det skal noteres, at det ikke er muligt at finde screeningsredskaber med højere diagnostisk præcision end den udvalgte referencestandard.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Struktureret personlighedsinterview	Valideret screeningsinstrument for personlighedsforstyrrelser		
Alle outcome (All outcomes)	1				Der findes på nuværende tidspunkt ingen studier om den diagnostiske

præcision af
screeningsredskaber, der
er udført i regi af den
praktiserende læge.

1. Systematisk oversigtsartikel **Understøttende referencer:** [66], [73],

4 - Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres?

Ved brug af det semi-strukturerede personlighedsinterview afdækkes type af patientens personlighedsforstyrrelse(r) samt omfanget af lidelsen. Der findes ikke en specifik psykologisk eller biologisk test, blodprøve eller scanningsundersøgelse, der alene og entydigt kan afgøre, om en person har BPF.

Det gængse kliniske interview har til formål at identificere og klassificere patientens symptomer i ICD-10. Det bygger på behandlerens kendskab til psykopatologiske grundbegreber, typificering af kategorier og klinisk erfaring i selve interviewprocessen. Behandleren vil herefter sammenligne patientens sygdomsbillede med de officielle diagnostiske kriterier i ICD-10 med henblik på at finde en diagnose. Det er blevet mere almindeligt, at man indenfor de forskellige sygdomsgrupper nu støtter sig til en systematisk udredning gennem brug af instrumenter som SCAN, PSE og MINI. Imidlertid mangler disse instrumenter en sektion for udredning af personlighedspatologi. Semi-struktureret interview, som oprindeligt blev udviklet til forskningsbrug, identificerer BPF meget hyppigere end det kliniske interview [43].

Med dette spørgsmål ønsker arbejdsgruppen at afklare, i hvilket omfang mindre omfattende undersøgelsesprogrammer, som et ustruktureret klinisk interview, er valide i forhold til diagnosticering af borderline personlighedsforstyrrelse sammenlignet med et semi-struktureret personlighedsinterview, der betragtes som referencestandard.

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at anvende et semi-struktureret personlighedsinterview til diagnostik af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Diagnostik af personlighedsforstyrrelser er udfordrende. Diagnostik bør varetages af kvalificeret sundhedspersonale, der er uddannet i brug af anerkendte, valide og pålidelige diagnosticeringsmetoder, og har sat sig ind i manualen for det diagnostiske instrument, og har mulighed for at få supervision.

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) [41], Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) [17], Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) [45]. International Personality Disorder Examination (IPDE)[27], og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykisk lidelser.

Praktiske Oplysninger

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)(18), Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)(19), Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) [45]. International Personality Disorder Examination (IPDE)(20), og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykiske lidelser.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Med et semi-struktureret personlighedsinterview sikres en systematisk gennemgang af diagnosekriterierne for BPF. Det skønnes gavnligt, at et semi-struktureret interview sikrer en afdækning af karakteren og dybden af personlighedsstrukturen. Herved opnås et mere differentieret billede, herunder af om der er flere personlighedsforstyrrelser, og behandling kan tilpasses i forhold hertil. Dette

må formodes at opveje det ekstra tidsforbrug, idet det modvirker over- og underdiagnosticering og giver en indikator for sværhedsgraden/omfanget af personlighedspatologi.

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen.

Patientpræferencer

Det forventes, at patienter ønsker en grundig og præcis udredning med henblik på at opnå den rette diagnose.

Rationale

Det er arbejdsgruppens vurdering og erfaring, at fordele ved anvendelse af et semistruktureret interview overstiger eventuelle ulemper og sikrer en ensartet og præcis diagnosticering af BPF.

5 - Psykoedukation 2018

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

Psykoedukation er en terapeutisk funderet undervisning af patienten i vedkommendes psykiske lidelse samt i rationalet bag den givne behandling. Psykoedukation er en psykologiskpædagogisk intervention og et ofte anvendt delelement i behandling af personlighedsforstyrrelser. Der er derfor behov for at afdække evidensgrundlaget for den udbredte anvendelse af psykoedukation.

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2018

Psykoedukation kan med fordel foregå i grupper, såfremt patienten er i stand til at indgå i en sådan sammenhæng. Dette kan bidrage til såvel afstigmatisering som til oplevelser med at relatere sig til andre i en struktureret setting. Psykoedukation kan også gives til patienter med BPF og anden psykisk lidelse. Underviseren skal gøre den generelle information specifik og vedkommende for den enkelte patient, samt invitere patienten til aktiv deltagelse med egne oplevelser og refleksioner. Pårørende kan inddrages i en del af psykoedukationen sammen med patienten eller alene i form af pårørendegrupper. Dette kan foregå i grupper sammen med andre pårørende og patienter. Patienterne kan have gavn af at få uddelt den vigtigste information fra undervisningen.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Der er en mulig effekt af psykoedukation på effektmålene borderline sværhedsgrad, interpersonelle problemer og social funktionsniveau. Der er ikke rapporteret nogle potentielle skadevirkninger ved psykoedukation. Det er arbejdsgruppens erfaring, at for nogle patienter med BPF kan psykoedukation være mindre belastende end terapi, fordi psykoedukation indeholder et klart strukturelt element. Patienterne møder andre patienter, hvilket kan give mulighed for at erfare andre måder at være på i relation til andre mennesker, ligesom det kan vænne patienten til en gruppesituation inden påbegyndelse af evt. gruppeterapi. Psykoedukation giver patienten større grundlag for at forstå sin egen lidelse, opnå en større kontrol og mulighed for at tage et større ansvar for sin behandling.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvalitet af evidensen er meget lav da der var risiko for bias og meget alvorlig upræcise effektestimater.

Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

Det er arbejdsgruppens vurdering, at et flertal af patienterne vil tage imod et tilbud om psykoedukation, hvorfor behandlingen ikke skønnes at være præferencefølsom.

Andre overvejelser

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Psykoedukation kan anvendes som forberedelse til anden behandling og kan herved som minimum bidrage til afdækning af, hvilken behandling patienten skal tilbydes. Psykoedukation kan anvendes til at øge patientens forståelse af sig selv og sin forstyrrelse.

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ses en mulig effekt af behandlingen i forhold til borderline sværhedsgrad, interpersonelle problemer og socialt funktionsniveau samt at arbejdsgruppen har generelle positive erfaringer med psykoedukation.

Kvaliteten af evidensen er meget lav, hvorfor anbefalingen er svag.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosticeret Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikationssystem

Intervention: Psykoedukation

Sammenligning: Vanlig behandling

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består samlet af tre randomiserede forsøg (Zanarini 2017; Pascual 2015; Zanarini 2008). Disse forsøg er fundet tildels via søgningen i 2015 og en ny søgning i forbindelse med opdateringen i 2018. I 2015 blev der fundet en systematisk oversigtsartikel (Stoffers 2012) som bidrog med 1 forsøg (Zanarini 2008). I forbindelse med opdateringen i 2018 blev der fundet to nye forsøg i en supplerende søgning (Zanarini 2017; Pascual 2015).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier bestod af patienter diagnosticeret med Borderline Personligheds Forstyrrelse og interventionerne bestod af forskellige former for psykoedukation. Der blev fundet en mulig klinisk relevant effekt på det kritiske outcome socialt funktionsniveau ved længste opfølgings tidspunkt. På det kritiske outcome borderline sværhedsgrad længste opfølgings tidspunkt blev der omvendt fundet noget evidens, der tydede på ingen effekt af psykoedukation. På de vigtige outcomes borderline sværhedsgrad ved behandlingsafslutning og graden af interpersonelle problemer ved behandlingsafslutning blev der fundet en effekt til fordel for psykoedukation (Zanarini 2017; Pascual 2015). Dette er en ændring fra 2015 udgaven, hvor der ikke fandtes nogen data på de kritiske outcomes. Der blev ikke fundet evidens vedrørende det kritiske outcome livskvalitet. Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set meget lav, da der var høj risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater. Dette er sammenligneligt med det man fandt i 2015, hvor der også sås evidens med høj risiko for bias og upræcise effektestimater.

Yderligere information om studierne kan tilgås som PDF eller datafil på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig behandling	Psykoedukation		
Frafald (Drop-out) Ved behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 0.73 (CI 95% 0.39 - 1.39) Baseret på data fra 150 patienter i 2 studier. ¹ (Randomiserede studier)	211 per 1.000	154 per 1.000	Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimater ²	Sammenlignet med standard behandling medfører psykoedukation muligvis ikke mindre frafald
Antal personer med selvskadende adfærd (No. of people)	Relative risiko 2.12 (CI 95% 0.2 - 22.3) Baseret på data fra 70	28 per 1.000	59 per 1.000	Meget lav på grund af meget alvorlig	Sammenlignet med standard behandling medfører

<p>inducing selfharm) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>patienter i 1 studier.³ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskæl: 31 mere per 1.000 (CI 95% 22 færre - 596 mere)</p>	<p>upræcist effekttestimat, på grund af alvorlig risiko for bias⁴</p>	<p>psykoedukation muligvis ikke færre antal personer med selvskadende adfærd</p>
<p>Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 0.35 (CI 95% 0.01 - 8.36) Baseret på data fra 70 patienter i 1 studier.⁵ (Randomiserede studier)</p>		<p>28 per 1.000</p> <p>10 per 1.000</p> <p>Forskæl: 18 færre per 1.000 (CI 95% 28 færre - 206 mere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat⁶</p>
<p>Alvorlige skadevirkninger (Serious adverse events) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>				<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde alvorlige skadevirkninger</p>
<p>Brug af sundhedsydelser (Use of health services) Længste follow-up efter behandlingsafslutning (Longest follow-up after end of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>				<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde brugen af sundhedsydelser</p>
<p>Socialt funktionsniveau (Social functioning) Behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: SAS + FAST</p> <p>Baseret på data fra: 123 patienter i 2 studier.⁷ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskæl: SMD 0.06 højere (CI 95% 0.66 lavere - 0.77 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat⁸</p>	<p>Sammenlignet med standard behandling medfører psykoedukation muligvis ikke et øget socialt funktionsniveau.</p>
<p>Socialt funktionsniveau (Social functioning)</p>	<p>Målt med: FAST</p> <p>Baseret på data fra: 42 patienter i 1 studier.⁹</p>	<p>29.55 (gennemsnit)</p> <p>35.61 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af</p>	<p>Sammenlignet med standard behandling medfører psykoedukation</p>

Længste follow-up efter behandlingsafslutning (Longest follow-up after end of treatment)	(Randomiserede studier) Opfølgningstid 6 måneder	Forskel: MD 6.06 højere (CI 95% 4.26 højere - 7.86 højere)	meget alvorlig upræcist effektestimater ¹⁰	muligvis forbedring af socialt funktionsniveau.
9 Kritisk				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Behandlingsafslutning (End of treatment)	Målt med: (Zanarini rating scale, total score + BSL-23) Baseret på data fra: 123 patienter i 2 studier. ¹¹ (Randomiserede studier)	Forskel: SMD 0.53 lavere (CI 95% 0.89 lavere - 0.17 lavere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ¹²	Sammenlignet med standard behandling nedsætter psykoedukation muligvis borderline sværhedsgrad.
6 Vigtig				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Længste follow-up efter behandlingsafslutning (Longest follow-up after end of treatment)	Målt med: BSL-23 Baseret på data fra: 42 patienter i 1 studier. ¹³ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 6 måneder	34.91 (gennemsnit) 39.59 (gennemsnit) Forskel: MD 4.68 højere (CI 95% 1.42 højere - 7.94 højere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ¹⁴	Sammenlignet med standard behandling nedsætter psykoedukation muligvis ikke borderline sværhedsgrad.
9 Kritisk				
General funktionsniveau (General functioning) Behandlingsafslutning (End of treatment)	Målt med: Sheehan disability scale Baseret på data fra: 77 patienter i 1 studier. ¹⁵ (Randomiserede studier)	10.71 (gennemsnit) 8.81 (gennemsnit) Forskel: MD 1.9 lavere (CI 95% 5.2 lavere - 1.4 højere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ¹⁶	Sammenlignet med standard behandling medfører psykoedukation muligvis ikke et øget generelt funktionsniveau
6 Vigtig				
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Behandlingsafslutning (End of treatment)	Målt med: Zanarini, interpersonel score + "stormy relationships" Baseret på data fra: 127 patienter i 2 studier. ¹⁷ (Randomiserede studier)	Forskel: SMD 0.45 lavere (CI 95% 0.96 lavere - 0.07 højere)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimater ¹⁸	Sammenlignet med standard behandling medfører psykoedukation muligvis en forbedring af interpersonelle problemer.
6 Vigtig				
Livskvalitet (Quality of life) Længste follow-up efter behandlingsafslutning				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

(Longest follow-up after end of treatment)

9 Kritisk

1. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015, Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
2. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Manglende blinding, Mangelfuld generering af allokeringssekvens ; **Upræcist effektestimater: Alvorlig** . Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
3. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
4. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
5. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
6. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
7. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015, Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
8. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Mangelfuld generering af allokeringssekvens ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene, Brede konfidensintervaller ;
9. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
10. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
11. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Zanarini 2017, Pascual 2015. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
12. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Manglende blinding, Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Mangelfuld generering af allokeringssekvens ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene, Brede konfidensintervaller ;
13. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Pascual 2015. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
14. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
15. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
16. **Risiko for bias: Alvorlig** . Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene ;
17. Systematisk oversigtsartikel [3] med inkluderede studier: Zanarini 2017, Zanarini 2008. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
18. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Manglende blinding, Selektiv rapportering af outcome, på grund af [grund] ; **Upræcist effektestimater: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkluderet i studiene, Brede konfidensintervaller ;

Referencer

[3] NKR25 Borderline PICO 3 Psychoeducation.

6 - Multimodal psykoterapi 2018

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi, eller unimodal psykoterapi?

Der findes en række psykoterapeutiske tilgange herunder: kognitiv adfærdsterapi, overføringsfokuseret psykoterapi, Dialectical Behavior Therapy, skemafokuseret terapi, mentaliseringsbaseret terapi, som har vist effekt i behandlingen af patienter med BPF.

Nogle af tilgangene, anvender en kombination af forskellige behandlingsmodaliteter, mens andre udelukkende er baseret på en enkelt modalitet [37]. Flere evidensbaserede behandlinger rummer en kombination af følgende teoretisk integrerede modaliteter: Individuel psykoterapi, gruppeterapi, socialfærdighedstræning, psykoekudation, medikamentel behandling, social rehabilitering, pårørendeinddragelse og fysioterapeutiske tiltag i form af kropsterapi.

En række behandlingsprogrammer kombinerer individuel behandling med gruppebehandling. Denne kombination anses som et centralt behandlingsmæssigt angrebepunkt for patologien ved BPF. Det ønskes afklaret, om der er forskel på effekten af henholdsvis specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, indeholdende mindst to modaliteter, hvoraf mindst én er psykoterapi, og unimodal psykoterapi.

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde enten multimodal eller unimodal behandling til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, idet der ikke er fundet forskelle i effekt.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018

Patientens motivation og ressourcer, sværhedsgraden af lidelsen og associerede vanskeligheder er vigtige elementer, som bør tages med i den individuelle vurdering af et relevant behandlingstilbud til den enkelte patient. Særligt i behandlingen af patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser, og hvor der i øvrigt skønnes at være behov for flerfaglige kompetencer, bør det være muligt at tilbyde multimodal behandling. Unimodal behandling er psykoterapi i en enkelt modalitet, typisk kun gruppeterapi eller kun individuel terapi, hvis begge indgår udgør dette en multimodal behandling. I unimodal behandling vil en del patienter i øvrigt modtage medicinsk behandling. Et multimodalt behandlingsprogram indeholder altid psykoterapi. Herudover indår der en eller flere behandlingstilgange, som indebærer en væsentlig forøgelse i den samlede behandlingstid (dosis). Eksempler på sådanne tilgange er: Psykoekudation, mindfulness, kropsterapi eller færdighedstræning.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der ses ikke væsentlige forskelle mellem multimodal psykoterapi og unimodal psykoterapi i forhold til nogen af de undersøgte outcomes og derfor anses begge former for at være sammenlignelige. Der er ikke rapporteret nogen alvorlige skadevirkninger.

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav da der var risiko for bias og meget alvorligt upræcise effektestimater.

Meget lav

Patientpræferencer

Det skønnes, at behandlingen er præferencefølsom. Nogle patienter vil ønske intensive forløb med megen kontakt og støtte, mens andre vil finde det for indgribende i forhold til andre livsforhold.

Betydelig variation er forventet eller usikker

Andre overvejelser

Det skønnes, at hvis patienten inddrages i beslutningen om behandlingsmetode, kan det øge kompliance.

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke ses en forskel i effekt mellem de to tilgange og at der ikke er rapporteret nogen skadevirkninger. Sammenholdt med at kvaliteten af evidensen er meget lav, bliver det en svag anbefaling for brugen af enten multimodal eller unimodal behandling.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikationssystem
- Intervention:** Multimodalt behandlingsprogram
- Sammenligning:** Unimodalt behandlingsprogram

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består samlet af tre randomiserede forsøg (Leppänen 2016; Antonsen 2017; Kramer 2016). Ved søgningen i 2015 blev der ikke fundet nogen studier der direkte sammenlignede multimodal og unimodal psykoterapi. I forbindelse med opdateringen i 2018 blev der fundet tre forsøg i en supplerende søgning (Leppänen 2016; Antonsen 2017; Kramer 2016).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier bestod af patienter diagnosticeret med borderline personlighedsforstyrrelse. Interventionerne bestod af lang tids kombinationsbehandling bestående af to forskellige ugentlig psykoterapi grupper sammenlignet med individuel psykoterapi (Antonsen 2017). Et andet studie sammenlignede kombinationen af gruppe og individuel terapi med standard behandlingen (TAU) (Leppänen 2016). Det tredje studie sammenlignede dialektisk adfærdsterapi og standard behandling (TAU) med TAU (Kramer 2016).

Der blev ikke fundet klinisk relevante effekter på nogen outcome til fordel for den ene eller den anden behandling. Kvaliteten af de kritiske outcomes var samlet set meget lav da der blev fundet høj risiko for bias og alvorlige uprecise outcomes.

Medicinforbrug ved baseline

Studiet fra Antonsen et al 2017 rapporterede om brugen af medicin, herunder typen (dette var rapporteret i original studiet af Gullestad et al. 2012). Ved baseline var der i interventionsgruppen 58% der modtog medicin. Af disse var der 38% der anvendte antidepressiva, 15% på antipsykotika, 20% på minor tranquilizer, og 9% på mood stabilizers. I kontrolgruppen var der ved baseline 73% der modtog medicin. Af disse var der 47% der modtog antidepressiva, 18% på antipsykotika, 20% på minor tranquilizer og 9% på mood stabilizers. I Kramer et al 2016 var 71% af patienterne fra interventionsgruppen og 65% fra control gruppen medicineret ved baseline. Det var ikke præciseret hvilken medicin patienterne modtog. I Leppänen et al 2016 var der ingen information vedr. brugen af medicin blandt patienterne.

Informationer om resultater og risk of bias vurderinger kan tilgås på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimer		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Unimodalt behandlingsprogram	Multimodalt behandlingsprogram		
Selvmoedsforsøg (Suicide attempts) Længste follow-up efter endt behandling	Relative risiko 3.75 (CI 95% 0.16 - 85.98) Baseret på data fra 34 patienter i 1 studier. ¹			Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af	Der er muligvis ikke forskul i antallet af selvmoedsforsøg imellem de to

(Longest follow-up after end of treatment)	(Randomiserede studier)			meget alvorlig upræcist effekttestimat ²	behandlingstilgange.
6 Vigtig					
Frafald (Drop-out) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)	Relative risiko 0.66 (CI 95% 0.38 - 1.15) Baseret på data fra 164 patienter i 3 studier. ³ (Randomiserede studier)	315 per 1.000	208 per 1.000	Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effekttestimat ⁴	Der er muligvis ikke forskel i antallet af frafald imellem de to behandlingstilgange.
6 Vigtig					
Hospitalsindlæggelser (Hospital admission) Længste follow-up efter endt behandling (Longest follow-up after end of treatment)	Relative risiko 0.79 (CI 95% 0.05 - 11.61) Baseret på data fra 34 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	67 per 1.000	53 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat ⁶	Der er muligvis ikke forskel i antallet af hospital indlæggelser imellem de to behandlingstilgange.
6 Vigtig					
Hospitalsindlæggelser (Hospital admissions) Behandlingsafslutning (end of treatment)					Vi fandt ingen studier, der opgjorde hospitalsindlæggelser ved behandlingsafslutning
6 Vigtig					
Ikke alvorlige bivirkninger (non serious adverse events) Behandlingsafslutning (end of treatment)					Data blev ikke rapporteret på en måde der tillod beregning af et effekttestimat
6 Vigtig					
Brug af sundhedsydelser (Use of health services) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment)					Vi fandt ingen studier, der opgjorde brug af sundhedsydelser
6 Vigtig					

<p>Alvorlige skadevirkninger (Serious adverse events) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p>			<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde alvorlige skadevirkninger</p>
<p>6 Vigtig</p>			
<p>Socialt funktionsniveau (Social functioning) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p>	<p>Målt med: OQ-45, social role Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier.⁷ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 3.24 lavere (CI 95% 7.32 lavere - 0.84 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat⁸ Der er muligvis ikke forskel i forbedret socialt funktionsniveau imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>6 Vigtig</p>			
<p>Socialt funktionsniveau (Social functioning) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment)</p>	<p>Målt med: GAF Baseret på data fra: 34 patienter i 1 studier.⁹ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 5.4 højere (CI 95% 3.99 lavere - 14.79 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat¹⁰ Der er muligvis ikke forskel i forbedret socialt funktionsniveau imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>9 Kritisk</p>			
<p>Socialt funktionsniveau (Social functioning) Længste follow-up efter endt behandling (Longest follow-up after end of treatment)</p>	<p>Målt med: WSAS, patient reported Baseret på data fra: 30 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 8.6 lavere (CI 95% 17.18 lavere - 0.02 lavere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat¹¹ Der er muligvis ikke forskel i forbedret socialt funktionsniveau imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>6 Vigtig</p>			
<p>Livskvalitet (Quality of life) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p>	<p>Målt med: 15D scale Baseret på data fra: 51 patienter i 1 studier.¹² (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 0.07 højere (CI 95% 0.01 højere - 0.13 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat, på grund af alvorlig risiko for bias¹³ Der er muligvis ikke forskel i øget livskvalitet imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>6 Vigtig</p>			

<p>Livskvalitet (Quality of life) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra: 34 patienter i 1 studier.¹⁴ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 1.12 højere (CI 95% 0.14 lavere - 2.38 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat¹⁵</p>	<p>Der er muligvis ikke forskel i øget livskvalitet imellem de to behandlingstilgange.</p>	
<p>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: BPDSI-IV Baseret på data fra: 51 patienter i 1 studier.¹⁶ (Randomiserede studier)</p>		<p>Forskel: MD 3.94 lavere (CI 95% 9.97 lavere - 2.09 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat¹⁷</p>	<p>Der er muligvis ikke forskel i nedsat borderline sværhedsgrad imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>Symptom sværhedsgrad (Symptom severity) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment)</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: SCL-90 Baseret på data fra: 34 patienter i 1 studier.¹⁸ (Randomiserede studier)</p>		<p>Forskel: MD 0.46 lavere (CI 95% 0.96 lavere - 0.04 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat¹⁹</p>	<p>Der er muligvis ikke forskel i nedsat symptom sværhedsgrad imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: OQ-45, interpersonal, discharge Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier.²⁰ (Randomiserede studier)</p>		<p>Forskel: MD 0.65 lavere (CI 95% 5.59 lavere - 4.29 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat²¹</p>	<p>Der er muligvis ikke forskel i antallet interpersonelle problemer imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: CIP Baseret på data fra: 34 patienter i 1 studier.²² (Randomiserede studier)</p>		<p>Forskel: MD 0.42 lavere (CI 95% 0.85 lavere - 0.01 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat²³</p>	<p>Der er muligvis ikke forskel i antallet interpersonelle problemer imellem de to behandlingstilgange.</p>

<p>Selvmoedsplaner (Suicidal plans) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: BPDSI-IV, parasuicidality/suicide plans</p> <p>Baseret på data fra: 51 patienter i 1 studier.²⁴ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 0.1 lavere (CI 95% 0.44 lavere - 0.24 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat²⁵</p> <p>Der er muligvis ikke forskel i antallet selvmordsplaner og selvmordsforsøg imellem de to behandlingstilgange.</p>
<p>Symptombelastning (Symptom distress) Ved behandlingsafslutning (End of treatment)</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: OQ-45, symptom distress</p> <p>Baseret på data fra: 41 patienter i 1 studier.²⁶ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: MD 3.77 lavere (CI 95% 14.99 lavere - 7.45 højere)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effekttestimat²⁷</p> <p>Der er muligvis ikke forskel i ændring af symptombelastning imellem de to behandlingstilgange.</p>

1. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
2. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;
3. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Leppanen 2016, Kramer 2016, Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
4. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effekttestimat: Alvorlig** . Få patienter (<100) /(100-300) inkluderet i studiene ;
5. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
6. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Mangelfuld generering af allokeringssekvens ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;
7. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Kramer 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
8. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100) /(100-300) inkluderet i studiene ;
9. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
10. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig** . **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller ;
11. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Få patienter (<100) /(100-300) inkluderet i studiene ;
12. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Leppanen 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
13. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller ;
14. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .
15. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringssekvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding

; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller ;

16. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Leppanen 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

17. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Få patienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene, Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;

18. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

19. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringsskvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;

20. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Kramer 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

21. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Få patienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene, Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;

22. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Antonsen 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

23. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringsskvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;

24. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Leppanen 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

25. **Risiko for bias: Alvorlig** . Mangelfuld generering af allokeringsskvens, Utilstrækkeligt skjult randomisering, Manglende blinding ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;

26. Systematisk oversigtsartikel [5] med inkluderede studier: Kramer 2016. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen .

27. **Risiko for bias: Alvorlig** . Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effekttestimat: Meget alvorlig** . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie, Få patienter (<100)/(100-300) inkludert i studiene, Kun data fra ét studie ;

Referencer

[5] NKR25 Borderline_PICO4_multimodel behandling.

7 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2018

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)?

Der foreligger klar evidens for, at psykoterapi herunder: Kognitiv adfærdsterapi (CBT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skemafokuseret terapi (SFT), mentaliseringsbaseret terapi (MBT), Overføringsfokuseret psykoterapi (Transference Focused Psychotherapy-TFP) er effektivt til patienter med BPF [37] (Nye referencer her [53],[44]). Patienter med BPF er som gruppe meget heterogene både i type og sværhedsgrad. Forskelle i sværhedsgrad, patientpsykopatologi og funktionsevnetab fremgår ikke af det gældende diagnosesystem. I studier, der undersøger effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF, strækker behandlingen sig typisk over 6 til 36 måneder. I de fleste undersøgelser varer behandlingen ét år.

Psykoterapeutisk behandling til patienter med BPF er traditionelt langvarig. Det ønskes afklaret, om der er forskel på effekten af henholdsvis kortvarig og langvarig psykoterapi.

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at tilbyde enten kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder), idet der ikke er fundet væsentlig forskel i effekt.

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2018

Det er vanskeligt på forhånd at afklare hvilke patienter, der vil have glæde af et psykoterapeutisk behandlingsforløb, der strækker sig udover 12 måneder. Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær personlighedsforstyrrelse samt ved svær social anamnese og evt. misbrug, kan der ofte være behov for et længere behandlingsforløb. Varigheden må derfor bero på en individuel vurdering. Ved patienter, hvor det ved afslutning af et standard pakkeforløb vurderes, at man med rette kan forvente effekt af yderligere behandling, eller hvor det skønnes, at yderligere behandling er nødvendig i forhold til at fastholde en opnået effekt, bør der være en mulighed for at tilbyde dette. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvor langt et behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt [36].

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelig virkning

Der ses en effekt af såvel kortvarig som langvarig terapi, men der ses ikke en forskel i effekten mellem de to i en subgruppe sammenligning. Behandling over 12 måneder vil for nogle patienter være nødvendigt for at kunne ændre dybereliggende indre personlighedsstrukturer og automatisere nye funktionsmåder. For andre patienter vil denne behandling være unødigt lang. Nogle patienter med BPF kan ved langvarig terapi udvikle afhængighed af terapien og pseudohelebredelse med tillært terapiprogram.

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på indirekte subgruppe analyser understøttet af konsensus i arbejdsgruppen.

Patientpræferencer

Det vurderes, at varighed af behandling er præferencefølsomt.

Betydelig variation er forventet eller usikker

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ses en mulig effekt af både kortvarige og langvarige psykoterapi, og at der ikke er fundet nogen skadevirkninger. Det er en god praksis anbefaling, da der ikke foreligger evidens, der direkte besvarer det fokuserede

spørgsmål.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikationssystem

Intervention: Psykoterapi i 12 måneder eller længere

Sammenligning: Psykoterapi i 12 måneder eller kortere

Sammenfatning

Der blev ved søgningen i 2015 og ved den opdaterede søgning i 2018 ikke identificeret studier, der besvarer det fokuserede spørgsmål. Der er derfor anvendt baggrundsmateriale (indirekte evidens) til besvarelse af spørgsmålet. For at vurdere eventuelle forskelle i effekt er der udført en subgruppeanalyse, hvor det er undersøgt, om der er signifikant forskel i effekten mellem de to typer af behandling. Analysen er baseret på 24 studier (Bellino 2006, Bellino 2010, Carter 2010, Gratz 2006, Koons 2001, Weinberg 2006, Gregory 2008, Laurensen 2018, Lepponen 2016, Linehan 1991, Linehan 1994, Phillips 2018, Rossouw 2012, Van den Bosch 2005, McMain 2017, Antonsen 2017, Kredlow 2017, Blum 2008, Bos 2010, Farrel 2009, Steil 2010, Batemann 1999, Davidsson 2006, Doering 2010). Subgruppeanalysen kan tilgås i bilaget "Subgruppeanalyser for kort-og langvarig behandling".

Gennemgang af evidensen

De studier der er anvendt i subgruppeanalysen, har sammenlignet en psykoteraeutisk intervention (kortvarig eller langvarig) med vanlig behandling (TAU). Disse viser alle signifikante positive effekter på mange af de udvalgte effektmål (se bilag "Subgruppeanalyser for kort-og langvarig behandling"). Der er ingen forskel på kortvarig psykoterapi (psykoterapi < 12 måneder sammenlignet med langvarig psykoterapi (psykoterapi ≥ 12 måneder) i forhold til de valgte outcomes fraset symptombelastning, hvor der ses en signifikant større effekt af psykoterapi < 12 måneder.

Studierne omhandlende kortvarig behandling har en median opfølgningstid på 4,5 måned (range 2-9 måneder), og studierne omhandlende langvarig behandling har en median opfølgningstid på 12 måneder (range 12-28 måneder). For mere information om længden af behandling se bilag "Subgruppeanalyser for kort-og langvarig behandling".

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Psykoterapi i 12 måneder eller kortere	Psykoterapi over 12 måneder eller længere		
Alle outcome (All outcomes)					Vi fandt ingen studier, der direkte besvarede det fokuserede spørgsmål

8 - Monitorering af psykoterapi 2018

Fokuseret spørgsmål:

Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnligt ved brug af validerede instrumenter?

Psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF strækker sig ofte over længere perioder. Der foreligger evidens, der peger på, at terapeuter sjældent er i stand til at vurdere patientens udbytte af psykoterapien på en valid måde [19][20]. Det er naturligt, at der i behandlingsforløbet foretages evalueringer af, om terapien har den ønskede effekt, og om patientens tilstand bedres. Sådanne evalueringer kan have forskellig form og indhold og kan være mere eller mindre formaliserede.

Med dette spørgsmål ønskes afklaring af, om systematiske evalueringer med brug af validerede instrumenter er mere effektive end mindre formaliserede metoder. Der har generelt været en stigende interesse for patientperspektivet i psykoterapiforskningen. I den sammenhæng er der udviklet instrumenter, hvor patientens udvikling bliver målt fra session til session (feed-back), og denne information bliver brugt til at forbedre terapien [23]. Det er formodningen, at disse metoder eventuelt kan mindske det traditionelt store frafald fra psykoterapi (25-40 %) [28]. Løbende feedback er en af flere mulige modeller.

Monitorering kan også bestå i en evaluering af psykopatologien efter en vis behandlingsperiode. Der er fundet enkelte studier, som belyser spørgsmålet i andre patientgrupper end patienter med BPF. I en metaanalyse lavet af Lambert og kollegaer [26] ses en god effekt af at indføre et feedback monitorering system af psykoterapien, især til de mest belastede patienter, hvor man på forhånd var usikker på, hvilket udbytte de ville have af psykoterapi. To RCT'er [34][39], som har undersøgt effekten af systematisk feedback monitorering i forbindelse med behandling af spiseforstyrrelse, viste dog inkonklusive resultater. En ny meta-analyse af effekten af outcome monitorering ikke findes i psykiatriske populationer, men kun i counselling settings.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelse jævnligt monitorering af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018

Monitorering kan fungere som en evaluering af behandlingseffekt. Den kan foretages med jævne mellemrum spændende fra ugebasis til hver 3. eller 6. måned. Følgende instrumenter kan fx anvendes til monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) [25], the Outcome Rating Scale (ORS) [29] og the Session Rating Scale (SRS) [16].

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er fundet et studie, der undersøger skadelige virkninger ved sessionsbaseret monitorering af psykoterapi. Anvendelse af ugentlig monitorering kan muligvis medføre symptomforværring på kort sigt (mindre end 12 måneder), men ikke på lang sigt (ved 12 måneder). Der forefindes ikke data, der rapporterer om eventuelle gavnlige effekter.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er meget lav da der var risiko for bias og meget alvorlig upræcist effekttestimat

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Monitorering ved feedback fra patienten vurderes at være præferencefølsomt, afhængig af intensitet, format og formål.

Andre overvejelser

Afhængigt af omfang af monitorering vil der være et øget ressourceforbrug, og det er væsentligt at få afklaret, om indsatsen står mål med de resultater, der kan opnås. Det vil derfor være en fordel, hvis monitorering udføres protokolleret, og at der foretages en effektevaluering.

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der kan være behov for, og gavnlige effekter af en systematisk monitorering og/eller et feedback system i forbindelse med behandling med psykoterapi, men at det endnu er uklart, om de eventuelle gavnlige effekter generelt vil stå mål med den indsats, der kræves.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DMS's klassifikationssystem

Intervention: Psykoterapeutisk behandlingsforløb med jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter

Sammenligning: Psykoterapeutisk behandlingsforløb uden jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét forsøg (de Jong 2018). Dette er en ændring fra 2015 udgaven, hvor der ikke fandtes nogen forsøg som kunne inkluderes.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af patienter diagnosticeret med flere typer personlighedsforstyrrelse og med en undergruppe af patienter med Borderline Personligheds Forstyrrelse. Interventionen bestod af psykoterapi med feedback til terapeuter og feedback til patienter og terapeuter eller ingen feedback.

Der blev fundet en mulig øget belastning og negativ effekt af feedback til terapeuter og patienter 13 uger efter behandlingsopstart målt på grad af symptombelastning og kvaliteten af interpersonelle relationer (OQ-45). Efter 26 uger var denne forskel ikke længere tilstede. Der blev ikke fundet evidens vedrørende nogle andre outcomes. Kvaliteten af studiet er meget lav, da der var høj risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimat.

Informationer om studiet kan tilgås på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Ingen monitorering	Monitorering		
Alle outcome					Data blev ikke rapporteret på en måde der tillod beregning af et effektestimat

9 - Individuelle kriseplaner. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse?

Patienter med BPF oplever ofte emotionelle kriser, der kan føre til selvskade eller selvmordsforsøg. Omkring 70 % af patienterne udøver selvskadende handlinger og ca. 9 % mister livet ved selvmord [23][32]. Et akut eskalerende forbrug af alkohol/stoffer kan medføre forøget suicidal adfærd. Selvskade og selvmordsforsøg medfører ofte indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, og ved længere indlæggelser er der potentielt risiko for tab af selvstændighed og dermed tab af sociale færdigheder. Udarbejdelse af individuelle kriseplaner kan muligvis hjælpe patienter til at håndtere emotionelle kriser og være et hjælpemiddel til at nedbringe antallet af indlæggelser og forkorte indlæggelsestiden.

Forskning indenfor psykospektrumet har vist, at kriseplaner kan mindske brug af tvangsbehandling overfor patienter med psykose [21]. For patienter med BPF er det uklart, hvilken effekt kriseplaner har, og hvad disse planer skal indeholde. Arbejdsgruppen ønskede at afklare, om der ses positive effekter i forhold til håndtering af kriser ved implementering af individuelle kriseplaner til BPF patienter.

Svag Anbefaling

Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

En individuel kriseplan er et behandlingsredskab for både patient og behandler, som kan introduceres, hvis det skønnes nødvendigt. Kriseplanen udarbejdes i samarbejde med patienten. Planen bruges til at indsamle erfaringer og dermed give patienten handlemuligheder, hvis der opstår en krise. Kriseplaner kan med fordel indeholde information til både behandler og patient. For patienten kan de tydeliggøre, hvad der kan fremkalde en krise, hvilke erfaringer patienten har med hjælpsomme tiltag, som de selv kan iværksætte, og konkrete oplysninger om, hvem de kan kontakte i tilfælde af en krise. Det kan være telefonnumre og adresser. Informationen til behandleren kan være patientens typiske reaktioner og råd om, hvordan patienten ønsker at blive mødt. En kriseplan kan i terapien være med til at fjerne fokus fra akutte kriser og give tryghed til at arbejde med mere langsigtede problematikker. Der skal udarbejdes kriseplaner til patienter, der er selvmordstruede.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelig virkning

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

En kriseintervention har måske en selvmordsforebyggende effekt. En kriseintervention kan ikke direkte sammenlignes med en kriseplan, men det vurderes, at en kriseplan kan sikre en bedre håndtering af krisen. En dårligt håndteret krise kan medføre u hensigtsmæssige indlæggelser med brud i familie- og venneforhold, uddannelses- og arbejdsforløb. Fraset forbrug af tid til udarbejdelse af plan, vurderes kriseplaner ikke at være forbundet med skadevirkninger.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

Patientpræferencer

Der skønnes ikke at være præferencefølsomhed.

Ingen betydelig variation forventet

Rationale

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på de mulige positive effekter af en individuel kriseplan i kombination med fraværet af skadevirkninger.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikationssystem

Intervention: Individuelle planer for håndtering af kriseperioder er udarbejdet

Sammenligning: Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperioder

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af ét RCT [63] og ét observationelt studie [58]. Se link til flow charts [HER](#).

Den fundne RCT[63] er et pilotstudie med 88 patienter, der blev randomiseret til TAU plus individuel kriseplan sammenlignet med TAU. Kvaliteten af dette studie er lav, idet der er risiko for systematiske fejl samt et bredt konfidensinterval. Det observationelle studie inkluderer 200 patienter [58]. Kvaliteten af dette studie er meget lav, idet der ikke er kontrolleret for påvirkning fra brug af psykofarmaka, og der er nedgraderet for indirectness, idet studiet undersøgte en kriseintervention og ikke individuelle kriseplaner. Studierne inkluderer kun data på selvmordsforsøg og socialt funktionsniveau. Vi har ingen data på det kritiske outcome selvmordsrelateret adfærd, derfor vurderes den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperioder	Individuelle planer for håndtering af kriseperioder		
Selvordsrelateret adfærd (Suicidal behavior)					Vi fandt ingen evidens for dette outcome
9 Kritisk					
Selvordsforsøg (Suicide attempt)	Relative risiko (CI 95% 64 - 98) Baseret på data fra 200 patienter i 1 studier. ¹ (Observationelle studier) Opfølgningstid 3 måneder	170 per 1.000	80 per 1.000	Meget lav Manglende kontrol for konfunders (psykofarmaka). Handler om kriseintervention og ikke om individuelle kriseplaner	8% i interventionsgruppen forsøgte selvmordsforsøg imod 17% i kontrolgruppen
9 Kritisk		Forskel: 90 færre per 1.000 (CI 95% 64 mere - 98 mere)			
Socialt funktionsniveau (Social function)	Målt med: Work and Social Adjustment Scale - WSAS Højere bedre Baseret på data fra: 72 patienter i 1 studier. ² (Randomiserede studier) Opfølgningstid 6			Lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval	
6 Vigtig		Forskel: MD 0.25 lavere (CI 95% 4.16 lavere - 3.66 højere)			

	måneder		
<p>Livskvalitet (Quality of life)</p> <p>6 Vigtig</p>			Vi fandt ingen evidens for dette outcome
<p>Symptombelastning (General psychiatric pathology)</p> <p>6 Vigtig</p>			Vi fandt ingen evidens for dette outcome
<p>Brug af sundhedsydelse (Use of health care)</p> <p>6 Vigtig</p>		CI 95%	Vi fandt ingen evidens for dette outcome
<p>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)</p> <p>6 Vigtig</p>			Vi fandt ingen evidens for dette outcome

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [58],
2. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [63],

10 - Antidepressiv medicin. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?

Brug af antidepressiv medicin til patienter med BPF er udbredt [42] og anvendes også til behandling af BPF kernesymptomer [13]. Der er behov for større viden om fordele og ulemper ved brug af antidepressiv medicin til denne patientgruppe i forhold til behandling af personlighedsforstyrrelsen.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Farmakologisk behandling af patienter med BPF med antidepressive har ikke gavnlig effekt på nogen af de valgte outcomes. Skadevirkninger var ikke rapporteret i en form som kunne indgå i en metaanalyse. Der er kendte bivirkninger, herunder også alvorlige, til alle de nævnte behandlinger, disse fremgår af de enkelte produkters produktresumé på www.produktresumate.dk

Kvaliteten af evidensen

Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

Meget lav

Patientpræferencer

Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom

Betydelig variation er forventet eller usikker

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke ses effekt af behandlingen på de udvalgte outcomes, og at behandling med antidepressiva er forbundet med bivirkninger. På grund af den lave kvalitet af evidensen er anbefalingen svag.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system

Intervention: Antidepressiv medicin, opdelt på SSRI og lignende antidepressiva, TCA, MAO-hæmmer

Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af seks RCT[84][90][92][94][96][97] fra et Cochrane review [99]. Den opdaterede søgning identificerede ingen nye relevante studier. Se link til flow charts [HER](#).

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antidepressiv behandling med placebo behandling, viser ikke effekt i forhold til de valgte outcomes (se afsnit "Søgestrategi"). De identificerede studier belyser ikke livskvalitet og alvorlige skadevirkninger, som er defineret som kritiske outcomes, derfor er den samlede kvalitet af evidensen meget lav. Der er ingen data på brug af sundhedsydelse, selvmordsforsøg og generelle skadevirkninger. Oplysninger om skadevirkninger af de forskellige antidepressiva er derfor hentet fra "promedicin.dk" [10].

Alle identificerede studier har høj risiko for systematiske fejl, og der er stor usikkerhed omkring estimaterne. Vi har i metaanalyserne samlet studier, der undersøger forskellige antidepressiva: Amitriptylin, Fluoxetin, Mianserin, Fluvoxamin og Phenezine sulfat. Dette giver større klinisk heterogenitet, men estimaterne får samtidigt mere styrke og præcision. Alle studierne baserer sig på korte opfølgninger, oftest fra 5-12 uger, bortset fra selvmordsadfærd, der er målt efter 24 uger.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Placebo	Antidepressiv medicin		
Frafald (Drop out) Amitriptylin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Mianserin og Phenezine sulfat 6 Vigtig	Odds ratio 1.11 (CI 95% 0.54 - 2.29) Baseret på data fra 252 patienter i 5 studier. ¹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger	154 per 1.000 Forskel: 14 mere per 1.000 (CI 95% 64 færre - 140 mere)	168 per 1.000	Lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval	
Alvorlige skadevirkninger (Serious adverse events) 9 Kritisk					Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Selvmordsadfærd (Suicidal behaviour) Mianserine 6 Vigtig	Odds ratio 1 (CI 95% 0.33 - 3.04) Baseret på data fra 58 patienter i 1 studier. ² Opfølgningstid 24 uger	690 per 1.000 Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 267 færre - 181 mere)	690 per 1.000	Lav Høj risiko for systematisk fejl og bredt konfidensinterval	
Brug af sundhedsydelse					Vi fandt ikke evidens for dette outcome

(Use of health care)				
6 Vigtig				
Selvmondsforsøg (Suicide attempt)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
6 Vigtig				
Ikke alvorlige skadevirkninger (Non-serious adverse events)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
6 Vigtig				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Phenezine sulfater	Målt med: Borderline Syndrom Index Lavere bedre Baseret på data fra: 62 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5 uger		Forskel: MD 1.78 lavere (CI 95% 7.74 lavere - 4.18 højere)	Lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
9 Kritisk				
Socialt funktionsniveau (Social function) Amitriptylin, Fluoxetin og Phenelzine sulfater	Målt med: GAS, GAF Højere bedre Baseret på data fra: 161 patienter i 4 studier. ⁴ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger		Forskel: SMD 0.25 højere (CI 95% 0.06 lavere - 0.57 højere)	Lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
9 Kritisk				
Livskvalitet (Quality of life)			CI 95%	Vi fandt ikke evidens for dette outcome
9 Kritisk				
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Amitriptylin,	Målt med: SCL 90-INT, ADDS Højere bedre Baseret på data fra: 119 patienter i 2 studier. ⁵ (Randomiserede		Forskel: SMD 0.07 lavere (CI 95% 0.69 lavere - 0.08 højere)	Lav Høj risiko systematisk fejl. Bredt konfidensinterval Heterogenitet = I ² : 66%

Phenelzine sulfat 6 Vigtig	studier) Opfølgningstid 5 uger	Forskel: SMD 0.28 lavere (CI 95% 0.65 lavere - 0.08 lavere)	Lav Høj risiko systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Symptombelastning (General psychiatric pathology) Amitryptolin, Phenelzine sulfat 6 Vigtig	Målt med: SCL-90-GSI Lavere bedre Baseret på data fra: 119 patienter i 2 studier. ⁶ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger		

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [94], [96], [84], [90], [97],
2. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [84],
3. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
4. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [92], [97], [96], [94],
5. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [97], [96],
6. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96], [97],

11 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?

Personer med BPF har svært ved at regulere affekter, og deres humør er svingende og ustabil, deraf ordet emotionel ustabil. Det er muligt, at stemningsstabiliserende medicin kan skabe ro og eventuelt forhindre afledt impulsiv-aggressiv adfærd hos en patient, der overstrømmes af sine følelser og stemninger. BPF har symptomoverlap med bipolær affektiv sindslidelse type II, hvorfor det er vigtigt at få undersøgt, om det symptomoverlap betyder, at stemningsstabiliserende medicin virker på BPF.

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumeeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation. Ved påbegyndt behandling med stemningsstabiliserende medicin til patienter med BPF fastsættes et forventet behandlingsmål, og lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Behandling med stemningsstabiliserende medicin har signifikant effekt på interpersonelle problemer og symptombelastning, mens der for de andre outcomes ses små positive effekter, som ikke er signifikante. Der ses øget forekomst af bivirkninger i form af prikken i fingre, hovedpine, svimmelhed, hukommelsesproblemer og udmattelse, som dog ikke er signifikante. Der er andre kendte bivirkninger, herunder også alvorlige, til alle de nævnte behandlinger, disse fremgår af de enkelte produkters produktresumé på www.produktresume.dk

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der kun ses små effekter af behandlingen på enkelte udvalgte outcomes, og at behandling med stemningsstabiliserende medicin er forbundet med bivirkninger. På grund af den lave kvalitet af evidensen er anbefalingen svag.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention: Stemningsstabiliserende medicin, opdelt på Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramet

Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af 8 RCT'er [69][72][77][82][86][87][89][101] fra ét Cochrane review [99]. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevante studie [83]. Se link til flow charts [HER](#).

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet stemningsstabiliserende medicin med placebo behandling, viser effekt på interpersonelle problemer og symptombelastning. Der ses ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne i forhold til socialt funktionsniveau og borderline sværhedsgrad og frafald. De identificerede studier belyser ikke livskvalitet og alvorlige skadevirkninger, der er defineret som kritiske outcomes. Den samlede kvalitet af evidensen er derfor meget lav. Der er ingen data på brug af sundhedsydelser, selvmordsforsøg og generelle skadevirkninger.

For en række bivirkninger som prikken i fingre, hovedpine, svimmelhed, hukommelsesproblemer og udmattelse ses øget forekomst blandt de behandlede. Forskellene er imidlertid ikke signifikante.

Alle identificerede studier har høj risiko for systematiske fejl, og der er stor usikkerhed omkring estimerne. Der er tale om meget små studier. Vi har i metaanalyserne samlet studier, der undersøger forskellige stemningsstabiliserende farmaka: Lamotrigin, Carbamazepin, Valproate semisodium, Topiramet og Divalproex. Dette giver større klinisk heterogenitet, men estimerne får samtidigt mere styrke og præcision. Alle studierne baserer sig på korte opfølgninger, oftest fra 4 til 12 uger.

Den fundne litteratur omfatter flere forskellige medicinske præparater, der alle er udviklet til behandling af bipolar lidelse og epilepsi.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Placebo	Stemningsstabiliserende medicin vs placebo		
Frafald (Dropout) Carbamazepine, Valproate semisodium, Lamotrigin, Toprimat 6 Vigtig	Odds ratio 0.75 (CI 95% 0.34 - 1.62) Baseret på data fra 254 patienter i 8 studier. ¹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4-24 uger	215 per 1.000	170 per 1.000		Moderat Høj risiko for systematisk fejl
Skadevirkning (Adverse event): Parasthesia Topiramet 6 Vigtig	Relative risiko 3 (CI 95% 0.33 - 27.12) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. ² Opfølgningstid 10 uger	36 per 1.000	108 per 1.000		Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Skadevirkninger (Adverse event)	Relative risiko 1 (CI 95% 0.15 - 6.61) Baseret på data fra 56	71	71		Meget lav Høj risiko for systematisk fejl.

Hovedpine, Topiramate	patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	per 1.000	per 1.000	Bredt konfidensinterval
6 Vigtig			Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 398 mere - 60 færre)	
Skadevirkning (Adverse event) Svimmelhed, Topiramate	Relative risiko 1.5 (CI 95% 0.27 - 8.3) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. ⁴ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	71 per 1.000	107 per 1.000	Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
6 Vigtig			Forskel: 36 mere per 1.000 (CI 95% 518 mere - 52 færre)	
Skadevirkninger (Adverse event): Hukommelsesproblemer, Topiramate	Relative risiko 2 (CI 95% 0.55 - 7.22) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. ⁵ Opfølgningstid 10 uger	107 per 1.000	214 per 1.000	Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
6 Vigtig			Forskel: 107 mere per 1.000 (CI 95% 666 mere - 48 færre)	
Skadevirkninger (Adverse event): Udmattelse, Topiramate	Relative risiko 2 (CI 95% 0.4 - 10.05) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. ⁶ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	71 per 1.000	142 per 1.000	Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
6 Vigtig			Forskel: 71 mere per 1.000 (CI 95% 643 mere - 43 færre)	
Alvorlige skadevirkninger (serious adverse events)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Skadevirkninger totalt (Adverse events total)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Brug af sundhedsydelser (Use of health care)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome

<p>Selvmondsrelateret adfærd (suicidal behavior)</p>			<p>Vi fandt ikke evidens for dette outcome</p>
<p>Selvmondsforsøg (suicide attempt)</p>			<p>Vi fandt ikke evidens for dette outcome</p>
<p>Selvmondsforsøg (suicide attempt)</p>			<p>Vi fandt ikke evidens for dette outcome</p>
<p>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Lamotrigin</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Lavere bedre Baseret på data fra: 27 patienter i 1 studier.⁷ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>Forskel: MD 2.2 lavere (CI 95% 5.91 lavere - 1.51 lavere)</p>	<p>Lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval</p>
<p>Social funktionsniveau (Social function) Carbamazepin</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Højere bedre Baseret på data fra: 19 patienter i 1 studier.⁸ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4 uger</p>	<p>Forskel: MD 7.02 lavere (CI 95% 10.39 lavere - 24.43 lavere)</p>	<p>Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval</p>
<p>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Carbamazepin, Valproate semisodium, Toprimat</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: SCL-90-INT Lavere bedre Baseret på data fra: 105 patienter i 3 studier.⁹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4-24 uger</p>	<p>Forskel: SMD 0.87 lavere (CI 95% 1.28 lavere - 0.46 lavere)</p>	<p>Moderat Høj risiko for systematisk fejl.</p>
<p>Symptombelastning (General psychiatric)</p>	<p>Målt med: SCL-90 Lavere bedre Baseret på data fra:</p>	<p>Forskel: SMD 0.57 lavere (CI 95% 1.43 lavere - 0.28 lavere)</p>	<p>Lav Høj risiko for systematisk fejl.</p>

<p>pathology) Carbamazepin, Divalproex, Tropimat</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>90 patienter i 3 studier.¹⁰ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4-12 uger</p>		<p>Høj heterogenitet ($I^2=67%$)</p>
<p>Livskvalitet (Quality of life)</p>		<p>Vi fandt ikke evidens for dette outcome</p>	

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [87], [69], [72], [89], [77], [82], [101], [86],
2. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82],
3. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82],
4. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82],
5. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82],
6. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82],
7. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [89],
8. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [69],
9. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [82], [72], [69],
10. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [69], [83], [82],

12 - Antipsykotisk medicin. 2015.

Fokuseret spørgsmål:

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antipsykotisk medicin (neuroleptika)?

Personer med BPF kan have svært ved at organisere deres indre fornemmelser og struktur, og de kan derfor være i risiko for såkaldte præpsykotiske oplevelser. Dette især når de føler sig pressede og i følelsesmæssig ubalance. Det er nærliggende at antage, at antipsykotisk medicin kan afhjælpe dette via en mulig angstdæmpende og aggressions hæmmende effekt. Med dette spørgsmål undersøges balancen mellem effekt og skadevirkninger ved behandling af patienter med BPF med antipsykotisk medicin

Svag Anbefaling

MOD

Anvend kun efter nøje overvejelser antipsykotisk medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2018

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater har indikation til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. Behandling på denne indikation er derfor off-label. Den behandlingsansvarlige læge bør derfor have ekstra opmærksomhed på, om balancen mellem positive effekter og bivirkninger er fordelagtig for patienten, orientere sig grundigt i produktresumeeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

Ved påbegyndt behandling med antipsykotisk medicin til patienter med BPF, fastsættes et forventet behandlingsmål, og lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der ses effekt på selvmordsadfærd, og moderat effekt på interpersonelle problemer. Der ses øget forekomst af en række forskellige bivirkninger. Der er andre kendte bivirkninger, herunder også alvorlige, til alle de nævnte behandlinger, disse fremgår af de enkelte produkters produktresumé på www.produktresume.dk

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.

Rationale

Idet der kun ses små effekter af behandlingen på enkelte udvalgte outcomes, og behandling med antipsykotika er forbundet med bivirkninger, kan behandlingen ikke anbefales rutinemæssigt til patienter med BPF. På grund af den lave kvalitet af evidensen er anbefalingen svag.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DMS's klassifikations system

Intervention: Farmakologisk behandling med psykofarmaka, opdelt på Aripiprazol, Olanzapin, Ziprasidon, Haloperidol

Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af 11 RCT'er [61][74][80][84][85][88][93][95][96][97][107] fra ét Cochrane review [99]. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevant studie [106]. Yderligere ét studie blev identificeret på en konference [59]. Se link til flow charts [HER](#).

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antipsykotisk medicin med placebo behandling, viser en mindre effekt på interpersonelle problemer og en større effekt på selvmordsadfærd. Behandling med antipsykotika viser ikke effekt på socialt funktionsniveau, borderline sværhedsgrad, frafald og symptombelastning. I forhold til øvrige skadevirkninger totalt, ses der ikke signifikant forskel mellem medicin- og placebogruppen. I de enkeltstående opgørelser af bivirkningerne træthed, forøget appetit, søvnforstyrrelse og mundtørhed ses statistisk signifikante forskelle og dermed en forhøjet risiko for disse bivirkninger ved brugen af antipsykotisk medicin. For bivirkningerne hovedpine, svimmelhed, forstyrrelse i opmærksomhedsevne, indsovnings-problemer, angst, kvalme, generelt ubehag og forstoppelse ses ingen statistisk signifikant forskel mellem medicingruppen og placebo.

Der er ikke identificeret studier, der belyser livskvalitet og alvorlige skadevirkninger, der er defineret, som kritiske outcomes. Den samlede kvalitet af evidensen vurderes derfor meget lav. Der er ingen data på brug af sundhedsydelse og selvmordsforsøg. Vi har i metaanalyserne samlet studier, der undersøger forskellige antipsykotika: Flupenthixol decanote, Haloperidol, Aripiprazol, Thiothixen, Olanzapin, Ziprasidon og Quetiapin. Alle studier har høj risiko for systematiske fejl, og der er stor usikkerhed omkring estimerne. Alle studierne baserer sig på korte opfølgninger, oftest omkring 12 uger.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Placebo	Farmakologisk behandling med antipsykotika vs placebo		
Frafald (Dropout) Flupenthixol decanot, Haloperidol, Thiothixen, Olanzapin, Ziprasidon 6 Vigtig	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.84 - 1.3) Baseret på data fra 1,044 patienter i 11 studier. ¹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-24 uger	338 per 1.000 Forskel: 14 mere per 1.000 (CI 95% 101 mere - 54 færre)	352 per 1.000	Moderat Høj risiko for systematiske fejl	
Selvmordsadfærd (Suicidal behavior) Flupenthixol decanoate 6 Vigtig	Relative risiko 0.49 (CI 95% 0.26 - 0.92) Baseret på data fra 37 patienter i 1 studier. ² (Randomiserede studier) Opfølgningstid 24 uger	789 per 1.000 Forskel: 402 færre per 1.000 (CI 95% 63 færre - 584 færre)	387 per 1.000	Moderat Høj risiko for systematiske fejl	
Skadevirkninger totalt (Adverse events total) Olanzapin, Ziprasidon, Quetiapin	Relative risiko 1.12 (CI 95% 0.99 - 1.27) Baseret på data fra 737 patienter i 4	571 per 1.000 Forskel: 69 mere per 1.000	640 per 1.000	Moderat Høj risiko for systematiske fejl	

6 Vigtig	studier. ³ Opfølgningstid 8-12 uger	(CI 95% 154 mere - 6 færre)		
Skadevirkninger (Adverse event) Forøget appetit, Olanzapin	Odds ratio 3.23 (CI 95% 1.94 - 5.37) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. ⁴ (Randomiserede studier)	74 per 1.000	205 per 1.000	Lav Meget upræcist estimat
6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger	Forskel: 131 mere per 1.000 (CI 95% 60 mere - 226 mere)		
Skadevirkninger (Adverse event): Hovedpine, Olanzapin	Odds ratio 0.92 (CI 95% 0.57 - 1.48) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. ⁵	128 per 1.000	119 per 1.000	Moderat Høj risiko for systematiske fejl
6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger	Forskel: 9 færre per 1.000 (CI 95% 51 færre - 50 mere)		
Skadevirkninger (Adverse event): Svimmelhed, Ziprasidon	Odds ratio 10.36 (CI 95% 0.53 - 201.45) Baseret på data fra 60 patienter i 1 studier. ⁶ (Randomiserede studier)	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger	Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)		
Skadevirkninger (Adverse event): Forstyrrelser i opmærksomhedsevnen, Olanzapin	Odds ratio 11.77 (CI 95% 0.64 - 214.7) Baseret på data fra 301 patienter i 1 studier. ⁷ (Randomiserede studier)	0 per 1.000	0 per 1.000	Meget lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger	Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)		
Skadevirkninger (Adverse event): Træthed, Olanzapin	Odds ratio 2.03 (CI 95% 1.08 - 3.82) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. ⁸ (Randomiserede studier)	51 per 1.000	98 per 1.000	Moderat Høj risiko for systematiske fejl.
6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger	Forskel: 47 mere per 1.000 (CI 95% 4 mere - 119 mere)		

<p>Skadevirkninger (Adverse event): Søvnforstyrrelser, Olanzapin</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Odds ratio 3.37 (CI 95% 1.89 - 6) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier.⁹ Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>54 per 1.000</p> <p>161 per 1.000</p> <p>Forskel: 107 mere per 1.000 (CI 95% 43 mere - 201 mere)</p>	<p>Lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat</p>
<p>Skadevirkninger (Adverse event): Indsovningproblemer, Olanzapin</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Odds ratio 0.65 (CI 95% 0.33 - 1.28) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier.¹⁰ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>74 per 1.000</p> <p>49 per 1.000</p> <p>Forskel: 25 færre per 1.000 (CI 95% 48 færre - 19 mere)</p>	<p>Moderat Høj risiko for systematiske fejl.</p>
<p>Skadevirkninger (Adverse event): Angst, Olanzapin</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Odds ratio 0.89 (CI 95% 0.32 - 2.52) Baseret på data fra 314 patienter i 1 studier.¹¹ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>50 per 1.000</p> <p>45 per 1.000</p> <p>Forskel: 5 færre per 1.000 (CI 95% 33 færre - 67 mere)</p>	<p>Moderat Høj risiko for systematiske fejl.</p>
<p>Skadevirkninger (Adverse event): Kvalme, Olanzapin</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Odds ratio 0.81 (CI 95% 0.41 - 1.6) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier.¹² (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>64 per 1.000</p> <p>52 per 1.000</p> <p>Forskel: 12 færre per 1.000 (CI 95% 37 færre - 35 mere)</p>	<p>Moderat Høj risiko for systematiske fejl.</p>
<p>Skadevirkninger (Adverse event): Generelt ubehag, Ziprasidon</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Odds ratio 7.76 (CI 95% 0.38 - 157.14) Baseret på data fra 60 patienter i 1 studier.¹³ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>0 per 1.000</p> <p>0 per 1.000</p> <p>Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)</p>	<p>Meget lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat</p>
<p>Skadevirkninger (Adverse event): Forstoppelse, Ziprasidon</p>	<p>Odds ratio 9.15 (CI 95% 0.46 - 182.61) Baseret på data fra 28 patienter i 1 studier.¹⁴ Opfølgningstid 12 uger</p>	<p>0 per 1.000</p> <p>0 per 1.000</p> <p>Forskel: 0 færre per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)</p>	<p>Meget lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat</p>

6 Vigtig	uger			
Skadevirkninger (Adverse event): Mundtørhed, Olanzapin	Odds ratio 2.36 (CI 95% 1.1 - 5.08) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	32 per 1.000	72 per 1.000	Lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
6 Vigtig		Forskel: 40 mere per 1.000 (CI 95% 3 mere - 112 mere)		
Alvorlige skadevirkninger (Serious side effects)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
9 Kritisk				
Brug af sundhedsydelser (Use of health care)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
6 Vigtig				
Selvmodsforsøg (Suicide attempt)				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
6 Vigtig				
Socialt funktionsniveau (Social function) Quetiapin, Haloperidol, Olanzapin	Målt med: GAF, GAS, CGI-S Højere bedre Baseret på data fra: 527 patienter i 5 studier. ¹⁵ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger	Forskel: SMD 0 højere (CI 95% 0.3 lavere - 0.31 højere)		Lav Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat
9 Kritisk				
Borderline sværhedsgrad (Borderline serverity, Borterline syndrom) Haloperidol,	Målt med: CGI-BPD, Zanarini Rating Scale for BPD Højere bedre Baseret på data fra: 471 patienter i 4	Forskel: SMD 0.22 lavere (CI 95% 0.52 lavere - 0.07 højere)		Meget lav Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat. Høj heterogenitet

<p>Ziprasidon, Quetiapin, Olanzepin</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>studier.¹⁶ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger</p>	<p>Forskel: SMD 0.39 lavere (CI 95% 0.68 lavere - 0.11 lavere)</p>	<p>Lav Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat</p>
<p>Interpersoneller problemer (Interpersonal problems) Haloperidol, Aripiprazol, Ziprasidon</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: ADDS, SCL-90-INT, CGI-BPD Lavere bedre Baseret på data fra: 226 patienter i 4 studier.¹⁷ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger</p>		<p>Lav Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat</p>
<p>Symptombelastning (General psychiatric pathology) Haloperidol, Aripiprazol, Ziprasidon, Olanzepin, Quetiapin</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Lavere bedre Baseret på data fra: 579 patienter i 6 studier.¹⁸ (Randomiserede studier) Opfølgningstid 8-12 uger</p>		<p>Vi fandt ingen evidens for dette outcome</p>
<p>Livskvalitet (Quality of life)</p> <p>9 Kritisk</p>			

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [93], [106], [61], [84], [88], [80], [95], [96], [74], [85], [97],
2. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [84],
3. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [59], [93], [106], [88],
4. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [93], [106],
5. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [106], [93],
6. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [88],
7. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [106],
8. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [106], [93],
9. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator**:: Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer**: [106], [93],

referencer: [93], [106],

10. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [93], [106],

11. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [93],

12. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [93], [106],

13. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [88],

14. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [106],

15. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [59], [95], [96], [97], [106],

16. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [106], [96], [59], [88],

17. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [88], [85], [97], [96],

18. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende**

referencer: [106], [88], [85], [97], [59], [96],

13 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

Tabel 1 Diagnose kriterier for BPF i henhold til ICD10

F60.3	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur</p> <p>Generelle kriterier:</p> <p>I. Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for ≥ 2 af følgende områder:</p> <p>(1) erkendelse, holdning</p> <p>(2) følelsesliv</p> <p>(3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse</p> <p>(4) interpersonelle forhold</p> <p>II. Adfærden gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig</p> <p>III. Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne</p> <p>IV. Varighed siden barndom eller adolescens</p> <p>V. Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse</p> <p>Organisk ætiologi udelukkes</p>
	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type</p> <p>A. Generelle kriterier for F60 opfyldte</p> <p>B. ≥ 3 af følgende, heraf altid (2):</p> <p>(1) tendens til at handle impulsivt og uoverlagt</p> <p>(2) stridbarhed, især ved impulsfrustration</p> <p>(3) affektlabilitet, eksplosivitet</p> <p>(4) manglende udholdenhed</p> <p>(5) ustabil og lunefuldt humør</p>
F60.31	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type</p> <p>A. Generelle kriterier for F60 opfyldte</p> <p>B. Foruden 3 fra F60.30 B, mindst 2 af følgende:</p> <p>(1) forstyrret og usikker identitetsfølelse</p> <p>(2) tendens til intense og ustabile forhold til andre</p> <p>(3) udtalt tendens til at undgå at blive ladt alene</p> <p>(4) tendens til selvdestruktivitet</p> <p>(5) kronisk tomhedsfølelse</p>

Tabel 2 Diagnose kriterier for BPF i henhold til DSM-5

301.83	<p>Borderline personlighedsforstyrrelse</p> <p>Et gennemgribende mønster af ustabilitet i interpersonelle forhold, selvbillede og affekter og udpræget impulsivitet, som begynder i den tidlige voksenalder og er til stede i forskellige kontekster, indikeret ved fire (eller flere) af følgende:</p>
	<ol style="list-style-type: none"> Desperate anstrengelser for at undgå at blive forladt i virkeligheden eller i fantasien. (Bemærk: inkluder ikke suicidal eller selvskadende adfærd dækket under kriterium 5). Et mønster af ustabile eller intense interpersonelle forhold karakteriseret ved en vekslen mellem yderpunkter af idealisering og devaluering. Identitetsforstyrrelse: Markant og vedholdende ustabil selvbillede eller selvforfølelse. Impulsivitet på mindst 2 områder, som er potentielt selvskadende (fx forbrug, sex, rusmiddelindtag, skødesløs kørsel, overspisning). (Bemærk: inkluder ikke suicidal eller selvskadende adfærd dækket under kriterium 5). Tilbagevendende suicidal adfærd, gestus eller trusler om selvskadende adfærd. Affektiv ustabilitet forårsaget af en betydelig stemningsreaktivitet (fx intens episodisk dysfori, irritabilitet eller

angst, der som regel varer få timer og kun sjældent mere end få dage).

7. Kronisk følelse af tomhed.

8. Intens vrede, der ikke passer til situationen, eller vanskeligheder med at kontrollere vrede (fx hyppige temperamentsudbrud, konstant vrede, tilbagevendende fysiske slagsmål).

9. Forbigående stressrelaterede paranoide forestillinger eller svære dissociative symptomer.

14 - Baggrund

Diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, i daglig tale borderline personlighedsforstyrrelse (BPF), er en meget prævalent diagnose i psykiatrien og er forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer [46],[53],[52],[50]. Blandt alle stillede personlighedsforstyrrelsesdiagnoser udgør BPF ca. en tredjedel [33]. Traditionelt har diagnosen ikke været anvendt meget til unge under 18 år, selv om diagnosesystemerne understreger, at BPF starter i ungdomsårene og i det seneste årti er diagnosen begyndt at blive mere anerkendt og anvendt blandt unge [24].

Ifølge befolkningsundersøgelser forekommer BPF hos 1,6 % af befolkningen [38]. I den psykiatriske population er tallet en del højere, ca. 20 % [18]. Langt de fleste patienter, der diagnosticeres med BPF, er kvinder (87 %) [33]. Af et udtræk fra Landspatientregisteret lavet til brug for denne NKR fremgår det, at i alt 915 patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F.60.3x) blev behandlet stationært og ambulant i sygehusvæsenet i 2012. Her var kun 17 af disse personer under 18 år.

Patienter med BPF karakteriseres af ustabile relationer, usikker identitet, impulsivitet og problemer med affektregulering [12]. Patienter med BPF har ofte store psykosociale problemer samt komorbide lidelser som depression, misbrug, angst, spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd [47],[53]. Sværhedsgraden og kompleksiteten af BPF er meget varierende. Fra lettere tilfælde, hvor patienten er rimelig velfungerende og kun har korterevarende kriser, der kræver psykiatrisk behandling, til svært forstyrrede patienter med talrige indlæggelser, som ikke magter at have egen bolig, og som har brug for psykosocial støtte i hverdagen for at få livet til at hænge sammen. Sværhedsgraden af BPF afspejles af antallet af opfyldte kriterier ved BPF, om den forekommer i kombinationen med en eller flere andre personlighedsforstyrrelser, og af antallet af og sværhedsgrad af evt. andre komorbide tilstande (fx misbrug eller spiseforstyrrelse) [49].

Årsagerne til BPF skønnes at være både genetiske, biologiske og miljømæssige [12]. Den primære behandling af patienter med BPF er psykoterapeutisk behandling, men mange patienter behandles også farmakologisk [35]. Psykoterapi af BPF patienter har kommunikationen mellem patient og terapeut som centralt omdrejningspunkt.

Denne kommunikation bygger både på en teoretisk reference ramme og en særlig samtalestruktur. Derudover har faktorer som for eksempel terapiens længde, hyppighed, terapeutens uddannelse og mulighed for supervision, etc. betydning for rammerne. Formålet med psykoterapi er generelt, at patienten kan udvikle en selvstændighed i forhold til bearbejdning af egne vanskeligheder. Dette kan ske via udvikling af nye færdigheder, aflæring af dysfunktionelle mønstre eller via indsigt i den dynamik, som kan give symptomer [36],[53]. Psykoterapi er hermed en formaliseret aftale med patienten om et behandlingsforløb af nærmere bestemt varighed, intensitet, metode og indhold. Udover psykoterapi er andre mere støttende indsatser ret udbredt. Støttesamtale er behovsbestemte ad hoc aftaler om råd, støtte og vejledning til patient såvel som pårørende. Dette kan fx være pårørendesamtaler, parsamtaler, familiesamtaler, forældre- og børnegrupper. Det er generelt vigtigt at inddrage pårørende i behandlingen, om muligt.

I Danmark diagnosticeres og klassificeres patienter med BPF i henhold til WHO's diagnoseklassifikation, (ICD-10) [40], under diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F60.31). De diagnostiske kriterier fremgår af bilag 1. I den amerikanske diagnoseklassifikation DSM-5 betegnes diagnosen Borderline Personality Disorder (301.83) [11]. De diagnostiske kriterier i ICD-10 og DSM-5 fremgår af bilag 1. Den største del af den internationale forskning tager udgangspunkt i DSM systemet. Der er visse forskelle mellem de to systemer, som især viser sig ved, at DSM har et psykoselateret symptom, som ikke findes i ICD samt mindre fokus på de impulsive træk. I et studie af Ottosson et al. 2002 fandt man en meget høj korrelation mellem de to diagnosesystemer [31]. Arbejdsgruppen har vurderet, at den fundne evidens, på trods af at den primært er baseret på patienter diagnosticeret i henhold til DSM systemet, med rimelighed kan appliceres på den danske population af patienter med BPF.

15 - Implementering

Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at alle relevante aktører påtager sig et medansvar i forhold til at sikre implementeringen af den nationale kliniske retningslinje for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Dette afsnit beskriver, hvilke aktører der kan spille en særlig rolle i den forbindelse. Afsnittet indeholder desuden forslag til de konkrete aktiviteter, som de pågældende aktører kan iværksætte for at understøtte implementeringen.

Hvordan udbredes kendskabet til retningslinjen?

Den nationale kliniske retningslinje udgives i sit fulde format og som en quick guide på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber med angivelse af evidensgradering og anbefalingernes styrke.

Sundhedsstyrelsen ser meget gerne, at retningslinjen for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type omtales i lægehåndbogen på sundhed.dk og i diverse tidsskrifter. De faglige selskaber, herunder bl.a. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Socialrådgiverforening og Dansk Sygepleje Selskab, er vigtige aktører i forhold til at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type omtales på de faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til quick guiden og den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår også, at retningslinjen præsenteres på årsmøder og konferencer i regi af de faglige selskaber. Information kan desuden formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve. Regionerne spiller også en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af retningslinjen gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis.

Hvordan sikres det, at anbefalingerne implementeres lokalt?

For at understøtte anvendelse af den nationale kliniske retningslinje for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type lokalt, er det hensigtsmæssigt, at retningslinjen samstemmes med og integreres i instrukser og vejledninger mv., som allerede findes og anvendes. Det understreges, at implementering af den nationale kliniske retningslinje er et lokalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

16 - Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Arbejdsgruppen finder det generelt svært at pege på indikatorer, baseret på eksisterende data, der kan anvendes til at vurdere retningslinjens implementering. Der kan eventuelt monitoreres på brug af farmakologisk behandling hos de patienter, der har en borderline diagnose (A og B diagnoser). Alternativt vil journalaudit kunne anvendes til at vurdere, i hvilket omfang patienterne tilbydes psykoedukation, og hvilke kriterier der lægges til grund for afgørelser om varighed af psykoterapi og valg af multimodal eller unimodal psykoterapi, samt brug af monitorering af psykoterapi med henblik på at skabe læring i egne afsnit og eventuelt på tværs af behandlingssteder i en region.

17 - Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres hvert 3 år, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Forskningssemner, der udspringer direkte af denne retningslinje:

- Der er behov for forskning i validerede screeningsinstrumenter til at identificere mulige BPF i primær sektor.
- Studier af effekten af psykoedukation.
- Studier af forskelle i effekt af multimodal behandling sammenlignet med unimodal psykoterapi.
- Studier af effekt af forskellige former for monitorering af behandlingsforløb.
- Flere effektstudier, der inkluderer patientnære outcomes, så som livskvalitet, recovery og social funktion, samt studier der undersøger stigmatisering.
- Studier af den optimale behandlingsvarighed af psykoterapi.
- Studier af kvalitet af evidens for forskellige behandlingsniveauer (indlæggelse/institution), daghospital (4-5 dage ugentlig), intensive ambulant (f.eks. 4-10 timer), "General Psychiatric Management" og ambulant (<4 timer ugentlig).
- Studier af effekt af brugen af individuelle kriseplaner.
- Studier i effekten af kriseintervention.

Forskningssemner, der ligger udenfor de direkte behandlede emner i retningslinjen:

- Forskning i andre interventionsformer ved kompliceret BPF.
- Studier af under- og overdiagnosticering af BPF.
- Studier af tidlig opsporings betydning og forskning i forhold til undersøgelse og behandling af børn og unge med BPF.
- Studier af BPF patienters neurobiologi og neuropsykologi. Studier omkring pårørende/ netværksinddragelse.
- Studier i diagnostiske forskelle mellem DSM-5 og ICD-systemet for at klarlægge retningslinjernes anvendelsesområder, herunder studie af kernesymptomer.
- Forskning i organisering af undersøgelse og behandling af BPF på tværs af sektorer.
- Studier af eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi for BPF.
- Studier der kan hjælpe med at indentificere hvilke patienter der profiterer versus ikke-profieterer af forskellige interventioner, og/ eller har behov for lang- versus kort behandling

18 - Fokuserede spørgsmål

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Antidepressiv medicin, opdelt på SSRI og lignende antidepressiva, TCA, MAO-hæmmer

Comparison (sammenligning)

Placebo

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelse	Længste follow-up	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvmondsrelateret adfærd	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Kritisk
Selvmondsforsøg	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuseret spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Stemmingsstabiliserende medicin, opdelt på Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramet

Comparison (sammenligning)

Placebo

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
<i>Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Livskvalitet</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Symptombelastning</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Ikke alvorlige skadevirkninger</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Brug af sundhedsydelse</i>	<i>Længste follow-up</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Drop-out</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Selvmondsrelateret adfærd</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Vigtig</i>
<i>Alvorlige skadevirkninger</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Kritisk</i>
<i>Selvmondsforsøg</i>	<i>Ved behandlingsafslutning</i>	<i>Vigtig</i>

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?**Baggrund for valg af opdatering:**

Arbejdsgruppen vurderer at der er kommet ny litteratur på området, hvorfor der er fundet grundlag for en opdatering af det pågældende PICO.

I forbindelse med opdateringen er længste follow-up blevet præciseret til Længste follow-up efter behandlingsafslutning. Selvmordsrelateret adfærd er blevet præciseret til selvskadende adfærd. Alvorlige skadevirkninger samt hospitalsindlæggelser er blevet inkluderet som nye outcome.

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Psykoedukation

Comparison (sammenligning)

Usual care

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
----------	-----------	-----------------

Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelse	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvskadende adfærd (selfharm)	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Hospitalsindlæggelser	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi, eller unimodal psykoterapi?

Baggrund for valg af opdatering:

Arbejdsgruppen vurderer at der er kommet ny litteratur på området, hvorfor der er fundet grundlag for en opdatering af det pågældende PICO.

I forbindelse med opdateringen er længste follow-up blevet præciseret til Længste follow-up efter behandlingsafslutning. Selvmordsrelateret adfærd er blevet præciseret til selvskadende adfærd. Alvorlige skadevirkninger samt hospitalsindlæggelser er blevet inkluderet som nye outcome.

Der vil blive lavet en subgruppe analyse i forhold til sværhedsgraden af sygdommen målt ved GAF.

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Specialiseret multimodalt behandlingsprogram. Minimumskrav: Struktureret, manualiseret psykoterapi, ved individuelt, i gruppe eller individuelt og i gruppe kombineret med mindst yderligere én (eller to) af følgende modaliteter som f. eks: psykoedukation, kropsterapi, kunstterapi eller lignende.

Comparison (sammenligning)

Unimodal psykoterapeutisk behandling – individuelt eller i gruppe

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelse	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvskadende adfærd (selfharm)	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Hospitalsindlæggelser	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)?

Baggrund for valg af opdatering:

Arbejdsgruppen vurderer at der er kommet ny litteratur på området, hvorfor der er fundet grundlag for en opdatering af det pågældende PICO.

I forbindelse med opdateringen er længste follow-up blevet præciseret til Længste follow-up efter behandlingsafslutning. Selvmordsrelateret adfærd er blevet præciseret til selvskadende adfærd. Alvorlige skadevirkninger samt hospitalsindlæggelser er blevet inkluderet som nye outcome.

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Psykoterapi ≥ 12 måneder

Comparison (sammenligning)

Psykoterapi ≤ 12 måneder

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
----------	-----------	-----------------

Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelser	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvskadende adfærd (selfharm)	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Hospitalsindlæggelser	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnligt ved brug af validerede instrumenter?

Baggrund for valg af opdatering:

Arbejdsgruppen vurderer at der er kommet ny litteratur på området, hvorfor der er fundet grundlag for en opdatering af det pågældende PICO.

I forbindelse med opdateringen er længste follow-up blevet præciseret til Længste follow-up efter behandlingsafslutning. Selvmordsrelateret adfærd er blevet præciseret til selvskadende adfærd. Alvorlige skadevirkninger samt hospitalsindlæggelser er blevet inkluderet som nye outcome.

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Psykoterapeutisk behandlingsforløb med jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter.

Comparison (sammenligning)

Psykoterapeutisk behandlingsforløb, uden jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelser	Længste follow-up efter behandlingsafslutning	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvskadende adfærd (selfharm)	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Hospitalsindlæggelser	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnligt ved brug af validerede instrumenter?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system

Intervention

Psykoterapeutisk behandlingsforløb med jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter

Comparison (sammenligning)

Psykoterapeutisk behandlingsforløb

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
----------	-----------	-----------------

Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up	Kritisk
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up	Kritisk
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	Længste follow-up	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Ikke alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelse	Længste follow-up	Vigtig
Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvmondsrelateret adfærd	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Alvorlige skadevirkninger	Ved behandlingsafslutning	Kritisk
Selvmondsforsøg	Ved behandlingsafslutning	Vigtig

Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsfortyrrelse?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Intervention

Individuelle planer for håndtering af kriseperiode er udarbejdet

Comparison (sammenligning)

Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperiode

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	Længste follow-up	Vigtig
Livskvalitet	Længste follow-up	Vigtig
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	Længste follow-up	Vigtig
Symptombelastning	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Brug af sundhedsydelse	Længste follow-up	Vigtig

Drop-out	Ved behandlingsafslutning	Vigtig
Selvmondsrelateret adfærd	Ved behandlingsafslutning	Kritisk
Selvmondsforsøg	Ved behandlingsafslutning	Kritisk

Kan en behandler i primær sektor, i mødet med patienter med selvskadende adfærd, suicidal adfærd, misbrug, angstsymptomer, spiseforstyrrelse eller depression med fordel anvende et screeningsredskab med henblik på at identificere patienter med mulig borderline personlighedsforstyrrelse med henblik på henvisning til udredning?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Indextest

Oversat og valideret screeningsinstrument for Personlighedsforstyrrelser.

Referencestandard

Struktureret personlighedsinterview

Outcomes	Kritisk/vigtig
Sensitivitet	Ikke defineret
Specifцитet	Ikke defineret
Raten af falsk positiv	Ikke defineret
Raten af falsk negativ	Ikke defineret
Konsekvenser af falsk positiv (overdiagnostik)	Ikke defineret
Konsekvenser af falsk negativ (underdiagnostik)	Ikke defineret
Patientrelaterede outcome	Ikke defineret

Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres?

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for at opdatere dette fokuserede spørgsmål i 2018

Population (population)

Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.

Indextest

Ustruktureret klinisk interview

Referencestandard

Struktureret personlighedsinterview (f. eks. SCIDII)

Outcomes	Kritisk/vigtig
<i>Sensitivitet</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Specifcitet</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Raten af falsk positiv</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Raten af falsk negativ</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Konsekvenser af falsk positiv (overdiagnostik)</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Konsekvenser af falsk negativ (underdiagnostik)</i>	<i>Ikke defineret</i>
<i>Patientrelaterede outcome</i>	<i>Ikke defineret</i>

19 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

Litteratursøgning til denne kliniske retningslinje er foretaget i henhold til Metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i Metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger:

- 1) en søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen);
- 2) en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser);
- 3) en opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur til og med maj 2014.

Hvor der ikke er fundet sekundær litteratur, er der udelukkende søgt primærstudier 2004-2014, hvis ikke andet er angivet. Søgningerne er foretaget ved Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Ole Jakob Storebø. Søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

Generelle søgetermer

Engelske: Borderline, Borderliner/s, Borderline personality disorder/s, Personality dysfunction, Personality disorder/s, Affective symptom/s

Danske: Borderline, Borderliner/s, Grænsepsykose/r, Personlighedsforstyrrelse/r, Emotionelt ustabil/instabil personlighedsforstyrrelse/r

Norske: Borderline, Borderliner/s, Grænsepsykose, Personlighetsforstyrrelse/r

Svenske: Borderline, Borderliner/s, Grännspsykos/er, Personlighetsstörning

For de opfølgende søgninger er der søgt med individuelle søgetermer for hvert PICO-spørgsmål, se søgeprotokollerne sidst i dette afsnit.

Generelle inklusionskriterier

Publikations år: 2004 – maj 2014 (ældre for visse PICO-spørgsmål) Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Population: Unge og voksne 15 år og opefter

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, HTA, systematiske reviews, metaanalyser, randomiserede studier, kohorte-studier, follow-up studier.

Guidelines-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget 25.7 – 30.7.2014 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), HelseDirektoratet (Norge), Kunnskapscenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), Swemed+, Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl samt de skandinaviske biblioteksdata-baser.

Endvidere er der søgt efter retningslinjer og MTV'er på hjemmesiden for WHO (World Health Organization) og på hjemmesider for de relevante danske, nordiske og internationale selskaber. Der blev identificeret 1779 guidelines og retningslinjer og MTV'er.

De opfølgende søgninger

Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget 3. oktober – 7. november 2014. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt PICO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl og PsycInfo. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter sekundærlitteratur nederst i dette afsnit.

Der blev identificeret 8214 systematiske reviews og metaanalyser.

Søgning efter primære studier

Søgningen blev foretaget 12. -14. november 2014 i databaserne Medline, Embase, Cinahl og PsycInfo. Der blev identificeret 8114 randomiserede studier, kohorte- studier og follow-up studier samt anden primærlitteratur.

Søgeprotokoller

Søgeprotokoller for alle PICO's kan tilgås herunder:

- [Guidelines](#)
- [Sekundærlitteratur](#)
- [Primærlitteratur](#)

Flow charts

Flow charts fra 2014-udgaven kan tilgås [HER](#) og fra 2018-udgaven [HER](#).

Evidensvurderinger

AGREE-vurderinger, AMSTAR-vurderinger samt meta-analyser kan tilgås på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

20 - Subgruppeanalyser for kort - og langvarig behandling

Fokuseret spørgsmål: Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)

Oversigt over subgruppeanalyser for kortvarig og langvarig behandling ses [her](#). Denne analyse er blevet opdateret i 2018.

Oversigt over længden af interventionen samt frekvensen af terapi for de inkluderede studier ses [her](#).

21 - Arbejdsgruppe og referencegruppe

Arbejdsgruppen 2018

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

- Erik Simonsen, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Per Sørensen, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Gunnar Axelgaard, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Keld Bach Nielsen, Dansk Sygepleje Selskab
- Mickey T. Kongerslev, Dansk Psykolog Forening
- Sebastian Simonsen, Dansk Psykolog Forening
- Kathrine Hesselberg Nikolajsen, Dansk Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Sekretariat 2018

- Kristoffer Lande Andersen, formand, Sundhedsstyrelsen
- Maria Herlev Ahrenfeldt, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Henriette Edemann Callesen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Ole Jakob Storebø, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring 2018

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Landsforeningen SIND
- Borderlinenetværket
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Dansk Neurologisk Selskab
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktskykiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Danske Patienter
- Kommunernes Landsforening

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Stig Bernt Poulsen, lektor, Institut for psykologi på Københavns Universitet

Arbejdsgruppen 2015

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

- Ane Bonnerup Vind (formand), afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen
- Anette Møller Jensen, overlæge, Psykiatrisk Center Amager, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Erik Simonsen, professor, Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Gunnar Axelgaard, praktiserende læge, Vildbjerg, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Keld Bach Nielsen, sygeplejerske og lektor, Sygeplejerskeuddannelsen i Aarhus, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Kirsten Rosenkrantz Grage, psykolog, Psykiatrisk Center København, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Per Sørensen, overlæge, centerchef, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab

- Sebastian Simonsen, psykolog, ph.d., Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Tina Hostrup Andersen, fysioterapeut, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Ulla Kathrine Mortensen, sygeplejerske, Klinik for Personlighedsforstyrrelser, Risskov, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Fagkonsulent Ole Jakob Storebø har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinje til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer.

Referencegruppen 2015

Referencegruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

- Brith Alleslev, udpeget af Socialstyrelsen
- Ingelise Svendsen, udpeget af Landsforeningen Sind
- Lene Søndergaard, udpeget af Region Syddanmark
- Lærke Steenberg Smith, udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Maibritt Graugaard Holbech, udpeget af Borderlinenetværket
- Mikkel Lambach, udpeget af Danske Regioner
- Morten Kjølbye, udpeget af Region Nordjylland
- Peter Treufeldt, udpeget af Region Hovedstaden
- René Essom, udpeget af Kommunerne Landsforening
- Søren Bredkjær, udpeget af Region Sjælland

Sekretariat 2015

Sekretariatet for begge grupper:

- Betina Højgaard, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Ole Jakob Storebø, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Sasja Jul Håkonsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring 2015

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Landsforeningen SIND
- Borderlinenetværket
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Socialstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Sigmund Karterud, professor, Oslo Universitet

- Stig Bernt Poulsen, lektor, Institut for psykologi på Københavns Universitet

22 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

- En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention.
- En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget.

Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.

Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Stærk anbefaling imod (Grøn+Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling for (Gul)

Der gives en svag anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: *Overvej at...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag anbefaling imod (Gul+Rød)

Der gives en svag anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

God praksis anbefaling (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

Ordlyd:

For:

Det er god praksis at overveje...

Imod:

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

23 - Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens [metodehåndbog](#).

24 - Ordliste

- ADDS - Atypical Depression Diagnostic Scale
- AGREE - Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til vurdering af guidelines.
- AMSTAR - A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til vurdering af systematiske reviews.
- BPF Diagnosen - emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, i daglig tale borderline personlighedsforstyrrelse.
- BPQ - Borderline Personality Questionnaire
- CBT - Kognitiv adfærdsterapi
- CGI-BPD - Clinical Global Impression scale for Borderline Personality Disorder
- CGI-S - Clinical Global Impression-Severity
- CI - Konfidensinterval
- DBT - Dialektisk adfærdsterapi
- DIPD-IV - Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders
- Dropout - Antal patienter, som ikke gennemfører den planlagte behandling og/eller undersøgelse
- DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. udgave. Udgives af American Psychiatric Association (APA)
- DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. udgave. Udgives af American Psychiatric Association (APA)
- GAF - Global Assessment of Functioning
- GAS - Global Assessment Scale
- GRADE - The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Værktøj til vurdering af evidensens kvalitet samt styrken af anbefalinger.
- ICD-10 - International Classification of Diseases, 10. udgave. Udgives af World Health Organization (WHO).
- IPDE - International Personality Disorder Examination
- IPDE-BPD - International Personality Disorder Examination for Borderline Personality Disorder
- IPDS - Iowa Personality Disorder Screen
- Komorbiditet - Forekomsten af samtidige sygdomme med forskellig ætiologi
- MAOI - Monoamine oxidase inhibitor
- MBT - Mentaliseringsbaseret terapi
- MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview
- MSI-BPD - McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder
- NaSSA - Noradrenergic and Specific Serotonergic antidepressant
- NEO-FFI - Neuroticism-Extraversion-Openness Five-Factor Inventory
- NKR - National Klinisk Retningslinje
- OQ-45 - The Outcome Questionnaire 45
- OR - Odds ratio
- ORS - Outcome Rating Scale
- PAS-Q - Quick Personality Assessment Schedule
- PICO - De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
- PIRO Fokuserede spørgsmål omhandler diagnostiske test afspejles i akronymet PIRO (Population, Index test, Reference standard and Outcome). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
- SCID-II-PQBPD - Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders-Patient Questionnaire
- Prævalens - Andelen af en population med en bestemt tilstand
- PSE - Present State Examination
- Psykoedukation Undervisning i psykiatrisk lidelse, medfølgende problemstillinger og behandling
- RCT - Randomiseret kontrolleret studie
- RR - Relativ Risiko
- SAP - Standardized Assessment of Personality
- SAPAS-INF - Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale for Informants
- SAPAS-SR - Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale
- SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
- SCID-II - Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders
- SCID-II-PQ - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders Personality Questionnaire
- SCL 90-GSI - Symptom Check List-90
- SCL 90-INT - Symptom Check List-90 - Interpersonal index
- SFT - Skemafokuseret terapi
- SNRI - Selektive serotonin- og noradrenalinopptagshæmmere
- SoF - tabeller Summary of Findings table
- SRS - The Session Rating Scale
- S SCID-II - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Questionnaire

- SSRI - Selektive serotoningenoptagshæmmere
- TAU - Treatment as usual, dvs. vanlig behandling
- TCA - Tricyclic antidepressants
- WSAS - Work and Social Adjustment Scale
- ZAN-BPD - Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

Referencer

- [1] Tabeller til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor.
- [2] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Psykoedukation. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- [3] NKR25 Borderline PICO 3 Psychoeducation.
- [4] NKR25 Borderline_ PICO4_multimodel behandling.
- [5] NKR25 Borderline_ PICO4_multimodel behandling.
- [6] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Individuelle kriseplaner. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- [7] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Antidepressiv medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- [8] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Stemningsstabiliserende medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- [9] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Antipsykotisk medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- [10] Pro.medicin.dk. 06-02-2015;18-02-2015 [Link](#)
- [11] American Psychiatric Association, American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2013; xliv, 947 s.
- [12] Andersen R, Simonsen E : Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. Ugeskrift for læger 2012;174(24):1664-1667
- [13] Benjaminsen S : Farmakoterapi har effekt på nogle symptomer ved borderline-personlighedsforstyrrelse. Ugeskrift for læger [online] 2014;(2014-09-01): [Link](#)
- [14] Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M., Jackson HJ, McGorry PD : Prevention and early intervention for borderline personality disorder. The Medical journal of Australia 2007;187(7 Suppl):S18-21 [Journal](#)
- [15] Coid J., Moran P., Bebbington P., Brugha T., Jenkins R., Farrell M., Singleton N., Ullrich S. : The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. Criminal behaviour and mental health : CBMH 2009;19(5):321-333 [Journal](#)
- [16] Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, Claud DA, Reynolds LR, Brown J., Johnson LD : The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. Journal of brief Therapy 2003;3(1):3-12
- [17] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS : Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, SCID-

II. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997;

[18] Gunderson JGLPSP : Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. 2014;

[19] Hannan C., Lambert MJ, Harmon C., Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K., Sutton SW : A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology* 2005;61(2):155-163 [Journal](#)

[20] Hatfield D., McCullough L., Frantz SH, Krieger K. : Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical psychology & psychotherapy* 2010;17(1):25-32 [Journal](#)

[21] Henderson C., Flood C., Leese M., Thornicroft G., Sutherby K., Szmukler G. : Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2004;329(7458):136 [Journal](#)

[22] Jackson HJ, Burgess PM : Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2004;39(10):765-776

[23] Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø : Personlighedspsykiatri. Kbh.: Akademisk Forlag 2013; 529 sider, ill.

[24] Kongerslev MT, Chanen AM, Simonsen E. : Personality disorder in childhood and adolescence comes of age : Current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* 2015;3(1):Special issue - In press

[25] Lambert MJ, Finch AE : The Outcome Questionnaire. Maruish ME, (Ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2nd ed., Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 1999; 831-869

[26] Lambert MJ, Shimokawa K. : Collecting client feedback. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 2011;48(1):72-79 [Journal](#)

[27] Loranger AWJAN : Assessment and diagnosis of personality disorders : the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge, U.K.; New York, NY, USA: Cambridge University Press 1997;

[28] McMurrin M., Huband N., Overton E. : Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical psychology review* 2010;30(3):277-287 [Journal](#)

[29] Miller SD, Duncan BL, Brown J., Sparks JA, Claud DA : The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy* 2003;2(2):91-100

[30] Moran P., Jenkins R., Tylee A., Blizard R., Mann A. : The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;102(1):52-57

[31] Ottosson H., Ekselius L., Grann M., Kullgren G. : Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal of personality disorders* 2002;16(3):283-292

[32] Paris J. : Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry* 2004;12(1):42-48 [Journal](#)

[33] Pedersen L., Simonsen E. : Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark-A register study. *Nordic journal of psychiatry* 2014;68(8):543-548 [Journal](#)

[34] Schmidt U., Landau S., Pombo-Carril MG, Bara-Carril N., Reid Y., Murray K., Treasure J., Katzman M. : Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society 2006;45(Pt 1):111-121 [Journal](#)

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

[36] Simonsen E, Møhl BO : Grundbog i psykiatri. Kbh.: Hans Reitzel 2010; 959 sider, ill.

[37] Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. : Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;8 005652 [Journal Link](#)

[38] Torgersen S : Epidemiology. Widiger TA, (Ed.), The Oxford handbook of personality disorders, Oxford: Oxford University Press 2012; Part 2, Chapter 9: 186-205

[39] Truitt KG : Modeling treatment outcomes in eating disorders. Loma Linda University (Dissertation Abstracts International DAI-B 72/05) 2011;

[40] World Health Organization. CCFRATIMH : WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikation og diagnostiske kriterier. Kbh.; [Risskov]: Munksgaard ; i samarbejde med WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health 1995;

[41] Zanarini MC : Diagnostic interview for personality disorders (DIPD). Belmont (MA): McLean Hospital 1983;

[42] Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J., Reich DB, Silk KR : Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. The American Journal of Psychiatry 2004;161(11):2108-2114 [Journal](#)

[43] Zimmerman M., Mattia JI : Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry 1999;156(10):1570-1574

[44] Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D., Palomba D., Barbui C., Cuijpers P. : Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74(4):319-328 [Journal Link](#)

[45] First M., Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL : Guide til SCID-5-PD: Struktureret klinisk interview til DSM-5® - personlighedsforstyrrelser.. Hogrefe Psykologiske Forlag 2017;

[46] Hastrup LH, Kristensen J., Kongerslev M. : Psykosocial rehabilitering og samfundsøkonomiske omkostninger ved personlighedsforstyrrelser. Simonsen E., Mathiesen BB(), (Eds.), Personlighed og personlighedsforstyrrelser: En grundbog, København: Hans Reitzels Forlag 2017; p. 627-648

[47] Hastrup LH, Kongerslev MT, Simonsen E. : Low Vocational Outcome Among People Diagnosed With Borderline Personality Disorder During First Admission to Mental Health Services in Denmark: A Nationwide 9-Year Register-Based Study. Journal of personality disorders 2018; 1-15 [Journal](#)

[48] Kongerslev MT, Bach BO, C. W., Simonsen E. : Den danske udgave af Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD): Rationale, oversigt og oversættelse. First M., Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL(), (Eds.), Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD), Hogrefe Psykologisk Forlag, Virum 2017; pp.96-109

[49] Kongerslev MT, Simonsen E. : Personlighedens psykopatologi. Psykiatrisk klassifikation, klinisk fremtræden og diagnostisk udredning. .

Simonsen E., Mathiesen BB(), (Eds.), Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog , Hans Reitzels Forlag, København 2017; pp. 175-221

[50] Munk-Jorgensen P, Najarraq Lund M., Bertelsen A. : Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2010;9(3):183-184

[51] Simonsen E., Meisner MW, Bach B., Kongerslev M. : Diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser.. Ugeskrift for Læger 2018;180 2-5 s.

[52] StoffersWinterling J.M., Storebo O.J., Vollm B.A., Mattivi J.T., Nielsen S.S., Kielsholm M.L., Faltinsen E.G., Simonsen E., Lieb K. : Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;2018(2) (pagination):Arte Number: 012956. ate of Pubaton: 20 Feb 2018

[53] Storebo O.J., StoffersWinterling J.M., Vollm B.A., Kongerslev M.T., Mattivi J.T., Kielsholm M.L., Nielsen S.S., Jorgensen M.P., Faltinsen E.G., Lieb K., Simonsen E. : Psychological therapies for people with borderline personality disorder.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;2018(2) (pagination):Arte Number: 012955. ate of Pubaton: 26 Feb 2018

[54] Bateman A., Fonagy P. : Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. The American Journal of Psychiatry 1999;156(10):1563-1569 [Journal](#)

[55] Bellino S., Rinaldi C., Bogetto F. : Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy.. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie 2010;55(2):74-81 [Link](#)

[56] Bellino S., Rinaldi C., Bogetto F. : Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. Canadian journal of psychiatry.Revue canadienne de psychiatrie 2010;55(2):74-81

[57] Bellino S., Zizza M., Rinaldi C., Bogetto F. : Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy.. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie 2006;51(7):453-460 [Link](#)

[58] Berrino A., Ohlendorf P., Duriaux S., Burnand Y., Lorillard S., Andreoli A. : Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients.. Psychiatry research 2011;186(2-3):287-292 [Journal Link](#)

[59] Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC : Comparison of low and moderate dosages of extended- release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.. American Journal of Psychiatry 2014;171(11):1174-1182

[60] Blum N., St John D., Pfohl B., Stuart S., McCormick B., Allen J., Arndt S., Black DW : Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. The American Journal of Psychiatry 2008;165(4):468-478 [Journal](#)

[61] Bogenschutz MP, George Nurnberg H. : Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. The Journal of clinical psychiatry 2004;65(1):104-109

[62] Borschmann R., Henderson C., Hogg J., Phillips R., Moran P. : Crisis interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;6 009353 [Journal Link](#)

[63] Borschmann R., Barrett B., Hellier JM, Byford S., Henderson C., Rose D., Slade M., Sutherby K., Szmukler G., Thornicroft G., Hogg J., Moran P. : Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial.. British Journal of Psychiatry 2013;202(5):357-364 [Journal Link](#)

- [64] Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJ : A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease* 2010;198(4):299-304 [Journal](#)
- [65] Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. : Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010;44(2):162-173 [Journal](#)
- [66] Chanen AM, Jovev M., Djaja D., McDougall E., Yuen HP, Rawlings D., Jackson HJ : Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of personality disorders* 2008;22(4):353-364 [Journal](#)
- [67] Davidson K., Norrie J., Tyrer P., Gumley A., Tata P., Murray H., Palmer S. : The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial.. *Journal of personality disorders* 2006;20(5):450-465 [Link](#)
- [68] Davidson K., Tyrer P., Gumley A., Tata P., Norrie J., Palmer S., Millar H., Drummond L., Seivewright H., Murray H., Macaulay F. : A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample.. *Journal of personality disorders* 2006;20(5):431-449 [Link](#)
- [69] De la Fuente JM, Lotstra F. : A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 1994;4(4):479-486
- [70] Doering S., Horz S., Rentrop M., Fischer-Kern M., Schuster P., Benecke C., Buchheim A., Martius P., Buchheim P. : Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial.. *British Journal of Psychiatry* 2010;196(5):389-395 [Journal Link](#)
- [71] Farrell JM, Shaw IA, Webber MA : A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2009;40(2):317-328 [Journal](#)
- [72] Frankenburg FR, Zanarini MC : Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *The Journal of clinical psychiatry* 2002;63(5):442-446
- [73] Germans S., Van Heck GL, Hodiamont PP : Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications.. *Journal of Clinical Psychiatry* 2012;73(2):165-173 [Journal Link](#)
- [74] Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO : Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Archives of General Psychiatry* 1986;43(7):680-686
- [75] Gratz KL, Gunderson JG : Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy* 2006;37(1):25-35 [Journal](#)
- [76] Gregory RJ, Chlebowski S., Kang D., Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J., Virk S. : A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 2008;45(1):28-41 [Journal](#)
- [77] Hollander E., Allen A., Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R., Siever LJ, Merkatz L., Stein DJ : A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2001;62(3):199-203
- [78] Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J., Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA : Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 2001;32(2):371-390 [Journal](#)

- [79] Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A., Allmon D., Heard HL : Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry 1991;48(12):1060-1064
- [80] Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JH, Gallop RJ : Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(6):999-1005 [Journal](#)
- [81] Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE : Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. The American Journal of Psychiatry 1994;151(12):1771-1776
- [82] Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M., Kaplan P, Nickel C., Kettler C., Fartacek R., Lahmann C., Buschmann W., Tritt K., Bachler E., Mitterlehner F., Pedrosa Gil F., Leiberich P., Rother WK, Egger C. : Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(1):61-66 [Journal](#)
- [83] Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, Adityanjee A, Schulz SC : Efficacy of extended-release divalproex combined with "condensed" dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder.. Annals of Clinical Psychiatry Nov 2012;24(4):255-260 [Link](#)
- [84] Montgomery SA, Montgomery D. : Pharmacological prevention of suicidal behaviour. Journal of affective disorders 1982;4(4):291-298
- [85] Nickel MK, Muehlbacher M., Nickel C., Kettler C., Pedrosa Gil F., Bachler E., Buschmann W., Rother N., Fartacek R., Egger C., Anvar J., Rother WK, Loew TH, Kaplan P. : Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. The American Journal of Psychiatry 2006;163(5):833-838 [Journal](#)
- [86] Nickel MK, Nickel C., Mitterlehner FO, Tritt K., Lahmann C., Leiberich PK, Rother WK, Loew TH : Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. The Journal of clinical psychiatry 2004;65(11):1515-1519
- [87] Nickel MK, Nickel C., Kaplan P, Lahmann C., Muehlbacher M., Tritt K., Krawczyk J., Leiberich PK, Rother WK, Loew TH : Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. Biological psychiatry 2005;57(5):495-499 [Journal](#)
- [88] Pascual JC, Soler J., Puigdemont D., Perez-Egea R., Tiana T., Alvarez E., Perez V. : Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(4):603-608 [Journal](#)
- [89] Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA : A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. International clinical psychopharmacology 2009;24(5):270-275 [Journal](#)
- [90] Rinne T., van den Brink W., Wouters L., van Dyck R. : SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry 2002;159(12):2048-2054
- [91] Rossouw TI, Fonagy P. : Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial.. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2012;51(12):1304-1313.e3 [Journal Link](#)
- [92] Salzman C., Wolfson AN, Schatzberg A., Looper J., Henke R., Albanese M., Schwartz J., Miyawaki E. : Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. Journal of clinical psychopharmacology 1995;15(1):23-29
- [93] Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A., Bohus M., Detke HC, Trzaskoma Q, Tanaka Y., Lin D., Deberdt W., Corya S. : Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. The British journal of

psychiatry : the journal of mental science 2008;193(6):485-492 [Journal](#)

[94] Simpson EB, Yen S., Costello E., Rosen K., Begin A., Pistorello J., Pearlstein T. : Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. The Journal of clinical psychiatry 2004;65(3):379-385

[95] Soler J., Pascual JC, Campins J., Barrachina J., Puigdemont D., Alvarez E., Perez V. : Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry 2005;162(6):1221-1224 [Journal](#)

[96] Soloff PH, Cornelius J., George A., Nathan S., Perel JM, Ulrich RF : Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. Archives of General Psychiatry 1993;50(5):377-385

[97] Soloff PH, George A., Nathan S., Schulz PM, Cornelius JR, Herring J., Perel JM : Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. Journal of clinical psychopharmacology 1989;9(4):238-246

[98] Steil R., Dyer A., Priebe K., Kleindienst N., Bohus M. : Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. Journal of traumatic stress 2011;24(1):102-106 [Journal](#)

[99] Stoffers J., Vollm BA, Rucker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. : Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010;(6):005653 [Journal Link](#)

[100] Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. : Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;8 005652 [Journal Link](#)

[101] Tritt K., Nickel C., Lahmann C., Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, Nickel MK : Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) 2005;19(3):287-291 [Journal](#)

[102] Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T., Verheul R., van den Brink W. : Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Behaviour research and therapy 2005;43(9):1231-1241 [Journal](#)

[103] Weinberg I., Gunderson JG, Hennen J., Cutter CJ : Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. Journal of personality disorders 2006;20(5):482-492 [Journal](#)

[104] Zanarini MC, Frankenburg FR : A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder.. Journal of personality disorders 2008;22(3):284-290 [Journal Link](#)

[105] Zanarini MC, Frankenburg FR : omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. The American Journal of Psychiatry 2003;160(1):167-169

[106] Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y., Zhao F., Lin D., Deberdt W., Kryzhanovskaya L., Corya S. : A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study.. Journal of Clinical Psychiatry 2011;72(10):1353-1362 [Journal Link](#)

[107] Zanarini MC, Frankenburg FR : Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. The Journal of clinical psychiatry 2001;62(11):849-854

[108] Søgeprotokol for NKR Borderline: Guidelines - søgeperiode 2004-14. Sundhedsstyrelsen, 2014.

[109] Søgeprotokol for NKR Borderline: Sekundærlitteratur - søgeperiode 2004-14. Sundhedsstyrelsen, 2014.

[110] Søgeprotokol for NKR Borderline: Primærlitteratur - søgeperiode 2004-14. Sundhedsstyrelsen, 2014.

[111] Flowcharts for NKR Borderline: søgeperiode 2004-14. Sundhedsstyrelsen, 2014.

[112] Flowcharts for NKR Borderline: søgeperiode 2014-2018. Sundhedsstyrelsen, 2018 .

[113] Subgruppeanalyse multimodal psykoterapi .

[114] Subgruppeanalyse for kortvarig og langvarig behandling.

[115] Oversigt over studier for kort - og langvarig behandlinger.