

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
BEHANDLING AF EMOTIONEL
USTABIL PERSONLIGHEDSSTRUKTUR,
BORDERLINE TYPE

2015

National klinisk retningsline for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

© Sundhedsstyrelsen, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Angiv versionsnummer: 1.0

Versionsdato: 2. juni 2015

Format: PDF

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2015

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-610-6

Indhold

1 Indledning	8
1.1 Formål	8
1.2 Baggrund	8
1.3 Afgrænsning af patientgruppe	9
1.4 Målgruppe/brugere	9
1.5 Emneafgrænsning	9
1.6 Patientperspektivet	10
1.7 Juridiske forhold	10
2 Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor	12
2.1 Fokuseret spørgsmål	12
2.2 Anbefaling	12
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	12
2.5 Litteratur	12
2.6 Gennemgang af evidensen	12
2.7 Summary of Findings-tabel	13
2.8 Arbejdsgruppens overvejelser	13
2.9 Rationale for anbefaling	14
3 Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview	15
3.1 Fokuseret spørgsmål	15
3.2 Anbefaling	15
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	15
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	15
3.5 Litteratur	16
3.6 Arbejdsgruppens overvejelser	16
3.7 Rationale for anbefaling	16
4. Psykoedukation	17
4.1 Fokuseret spørgsmål	17
4.2 Anbefaling	17
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	17
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	17
4.5 Litteratur	17
4.6 Gennemgang af evidensen	17
4.7 Summary of Findings-tabel	18
4.8 Arbejdsgruppens overvejelser	19
4.9 Rationale for anbefaling	19
5 Multimodal psykoterapi	20
5.1 Fokuseret spørgsmål	20
5.2 Anbefaling	20
5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
5.4 Baggrund for valg af spørgsmål	20
5.5 Litteratur	20
5.6 Gennemgang af evidensen	21
5.7 Summary of Findings-tabel	21
5.8 Arbejdsgruppens overvejelser	21
5.9 Rationale for anbefaling	22
6 Langvarig versus kortvarig psykoterapi	23
6.1 Fokuseret spørgsmål	23

6.2	Anbefaling	23
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	23
6.5	Litteratur	23
6.6	Gennemgang af evidensen	24
6.7	Summary of Findings-tabel	24
6.8	Arbejdsgruppens overvejelser	24
6.9	Rationale for anbefaling	24
7	Monitorering af psykoterapi	25
7.1	Fokuseret spørgsmål	25
7.2	Anbefaling	25
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	25
7.5	Litteratur	25
7.6	Arbejdsgruppens overvejelser	26
7.7	Rationale for anbefaling	26
8	Individuelle kriseplaner	27
8.1	Fokuseret spørgsmål	27
8.2	Anbefaling	27
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	27
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	27
8.5	Litteratur	28
8.6	Gennemgang af evidensen	28
8.7	Summary of Findings-tabel	28
8.8	Arbejdsgruppens overvejelser	29
8.9	Rationale for anbefaling	29
9	Antidepressiv medicin	30
9.1	Fokuseret spørgsmål	30
9.2	Anbefaling	30
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30
9.5	Litteratur	30
9.6	Gennemgang af evidensen	30
9.7	Summary of Findings-tabel	31
9.8	Arbejdsgruppens overvejelser	32
9.9	Rationale for anbefaling	33
10	Stemmingsstabiliserende medicin	34
10.1	Fokuseret spørgsmål	34
10.2	Anbefaling	34
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	34
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	34
10.5	Litteratur	34
10.6	Gennemgang af evidensen	34
10.7	Summary of Findings-tabel	35
10.8	Arbejdsgruppens overvejelser	37
10.9	Rationale for anbefaling	37
11	Antipsykotisk medicin	38
11.1	Fokuseret spørgsmål	38
11.2	Anbefaling	38
11.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	38
11.4	Baggrund for valg af spørgsmål	38
11.5	Litteratur	38
11.6	Gennemgang af evidensen	38
11.7	Summary of Findings-tabel	39
11.8	Arbejdsgruppens overvejelser	43
11.9	Rationale for anbefaling	43

Referenceliste	44
Bilag	51
Bilag 1: Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM	52
Bilag 2: Implementering	53
Bilag 3: Monitorering	54
Bilag 4: Opdatering og videre forskning	55
Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	56
Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	57
Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	66
Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart	69
Bilag 9: Evidensvurderinger	71
Bilag 10: Subgruppe analyse PICO 5	72
Bilag 11: Subgruppeanalyser PICO 6	74
Bilag 12: Tabeller til PIRO 1	76
Bilag 13: Arbejdsgruppen og referencegruppen	85
Bilag 14: Forkortelser og begreber	88

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og [bilag 7](#) og [9](#).

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 den, 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.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, 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.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

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

God praksis ✓

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

Centrale budskaber

- ↓ Anvend ikke rutinemæssigt screeningsredskaber til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor (⊕○○○).
- √ Det er god praksis at anvende et semi-struktureret personlighedsinterview til diagnostik af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.
- ↑ Overvej at anvende psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).
- √ Det er god praksis at anvende enten multimodale behandlingsprogrammer indeholdende psykoterapi eller unimodale psykoterapi til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, idet der ikke er fundet forskel i effekt.
- √ Det er god praksis at anvende enten kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder), idet der ikke er fundet forskel i effekt.
- √ Det er god praksis at overveje at anvende monitorering af psykoterapi til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.
- ↑ Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse(⊕○○○).
- ↓ Anvend kun efter nøje overvejelser antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse(⊕○○○).
- ↓ Anvend kun efter nøje overvejelser stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).
- ↓ Anvend kun efter nøje overvejelser antipsykotisk medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

1 Indledning

1.1 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.

1.2 Baggrund

Diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, i daglig tale borderline personlighedsforstyrrelse (BPF), er den fjerde mest udbredte diagnose i psykiatrien og er forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer. Blandt alle stillede personlighedsforstyrrelsesdiagnoser udgør BPF ca. en tredjedel⁽¹⁾. Traditionelt har diagnosen ikke været anvendt meget til unge under 18 år, selv om diagnosesystemerne understreger, at BPF starter i ungdomsårene⁽²⁾.

Ifølge befolkningsundersøgelser forekommer BPF hos 1,6 % af befolkningen⁽³⁾. I den psykiatriske population er tallet en del højere, ca. 20 %⁽⁴⁾. Langt de fleste patienter, der diagnosticeres med BPF, er kvinder (87 %)⁽¹⁾. Af et udtræk fra Landspatientregisteret lavet til brug for denne NKR fremgår det, at i alt 915 patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F.60.3) blev behandlet stationært og ambulantly i sygehusvæsenet i 2012. Kun 17 af disse personer var under 18 år.

Patienter med BPF karakteriseres af ustabile relationer, usikker identitet, impulsivitet og problemer med affektregulering⁽⁵⁾. Patienter med BPF har ofte komorbide lidelser som depression, misbrug, angst, spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd. 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. Kompleksiteten 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).

Årsagerne til BPF skønnes at være både genetiske, biologiske og miljømæssige⁽⁵⁾. Den primære behandling af patienter med BPF er psykoterapeutisk behandling, men en del patienter behandles også farmakologisk⁽⁶⁾. 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⁽⁷⁾. 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)⁽⁸⁾, under diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F60.31). De diagnostiske kriterier fremgår af bilag 1. I den amerikanske diagnoseklassifikation DSM-5 beteges diagnosen Borderline Personality Disorder (301.83)⁽⁹⁾. 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⁽¹⁰⁾. 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.

1.3 Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje retter sig imod udredning af patienter, som mistænkes for at have BPF, og behandling af patienter med diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Retningslinjen omfatter også patienter med BPF og psykiatrisk komorbiditet.

1.4 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.

1.5 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger i patientforløbet ('punktnedslag 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? (PIRO 1)
- Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres? (PIRO 2)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation? (PICO 4)

- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi eller unimodal psykoterapi? (PICO 5)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)? (PICO 6)
- Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnlige ved brug af validerede instrumenter? (PICO 7)
- Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse? (PICO 8)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin? (PICO 1)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin? (PICO 2)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antipsykotisk medicin (neuroleptika)? (PICO 3)

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 i bilag 6.

1.6 Patientperspektivet

Patientforeningerne Borderlinenetværket og SIND har været repræsenteret i den nedsatte referencegruppe, og de har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i [bilag 13](#).

1.7 Juridiske forhold

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.

2 Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor

2.1 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?

2.2 Anbefaling

↓ **Anvend ikke rutinemæssigt screeningsredskaber til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor (⊕○○○).**

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Prævalensen af BPF hos de praktiserende læger estimeres til at være mellem 5 – 20 % af den generelle patientpopulation⁽¹¹⁾. 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⁽¹²⁾, hvor de præsenterer sig med forskellige somatiske symptomer^(13,14). 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⁽¹⁵⁾.

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.

2.5 Litteratur

Til besvarelsen af det fokuserede spørgsmål indgår to primære studier vedr. diagnostiske tests (observationelle studier)^(16,17). Flow charts findes i [bilag 8](#).

2.6 Gennemgang af evidensen

Germans gennemgår i 3 studier⁽¹⁶⁾ 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 SCID-

II anvendes som referencestandard. I alt indgår 376 patienter i psykiatrisk ambulant regi. Prævalensen af BPF varierer i de tre studier fra 48,1 % - 64,1 %.

I Chanen⁽¹⁷⁾ indgår 101 patienter i alderen 15-25 år i psykiatrisk ambulant regi. Den diagnostiske præcision af redskaberne: MSI-BPD, BPQ, IPDE-BPD og SCID-II PQ-BPD sammenlignes alle med referencestandarden 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). 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 kunstig 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 reference standard. Det skal noteres, at det ikke er muligt at finde screeningsredskaber med højere diagnostisk præcision end den udvalgte referencestandard.

2.7 Summary of Findings-tabel

Se [bilag 12](#) for summary of findings tabeller.

2.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	De fundne studier har moderat risiko for bias, og vurderingen af de inkluderede studier giver samlet et evidensgrundlag af meget lav kvalitet grundet nedgrade-ring for indirekte evidens, unøjagtighed samt risiko for spektrum bias.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Brug af de undersøgte redskaber er forbundet med betydelig risiko for over- og underdiagnostik. Konsekvensen af over-

	diagnostik 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.
Patientpræferencer	Patienter, som præsenterer sig i almen praksis med lidelser, der kan være komorbiditet 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.
Andre overvejelser	-

2.9 Rationale for anbefaling

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.

3 Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview

3.1 Fokuseret spørgsmål

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

3.2 Anbefaling

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

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Diagnostik af personlighedsforstyrrelser er udfordrende. Diagnostik bør varetages af kvalificeret sundhedspersonale, der er uddannet i brug af anerkendte, valide og pålidelige diagnosticeringsmetoder, og som har sat sig ind i manualen for det diagnostiske instrument, og som 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)⁽¹⁸⁾, Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)⁽¹⁹⁾, 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 komorbiditet gennem det kliniske interview.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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⁽²¹⁾.

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

3.5 Litteratur

Der blev ikke fundet litteratur, der kan besvare dette spørgsmål, idet studier, der alene afrapporter korrelationer mellem redskaber, er ekskluderet.

3.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	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.
Patientpræferencer	Det forventes, at patienter ønsker en grundig og præcis udredning med henblik på at opnå den rette diagnose.
Andre overvejelser	-

3.7 Rationale for anbefaling

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.

4. Psykoedukation

4.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

4.2 Anbefaling

↑ **Overvej at anvende psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 foregå i forbindelse med misbrugsbehandling.

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 papirer med den vigtigste information fra undervisningen.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét RCT⁽²²⁾ fra et Cochrane review⁽²³⁾. Flow charts findes i [bilag 8](#).

4.6 Gennemgang af evidensen

Det fundne RCT⁽²²⁾ inkluderer kun et af vores outcome: Interpersonelle problemer hvor der ses en positiv effekt af interventionen. Der er tale om et lille studie med høj risiko for systematiske fejl og bredt konfidensinterval. Vi har ingen data på de kritiske outcomes. (se [bilag 6](#) for overblik over outcomes).

4.7 Summary of Findings-tabel

PICO 4: Psykoedukation for Borderline personlighedsforstyrrelse

Patient eller population: Patienter med Borderline personlighedsforstyrrelse						
Intervention: psykoedukation						
Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)		Relativ effekt (95 % CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baselinerisiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Kontrol	Psykoedukation				
Sociale funktionsniveau (Social function)			Kan ikke estimeres ³			Kritisk outcome
Livskvalitet (Quality of life)			Kan ikke estimeres ³			Kritisk outcome
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)			Kan ikke estimeres ³			Kritisk outcome
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (ZAN-BPD-”Stormy relationships”)		Gennemsnitligt interpersonelle problemer i interventionsgruppen var 0,88 lavere (1,59 til 0,17 lavere)		50 (1 studie) ⁽²²⁾ ⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}		Der ses en moderat gavnlig effekt i interventionsgruppen.
Varighed: 12 uger						
Frafald (Dropout)			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome
Symptombelastning (General psychiatric pathology)			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome
Ikke alvorlige skadevirkninger (non-serious adverse event-total)			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome
Brug af sundhedsydelser			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome
Selvmondsrelateret adfærd (Suicidal behaviour)			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome
Selvmondsforsøg (suicide attempt)			Kan ikke estimeres ³			Vigtigt outcome

*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baselinerisiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.
CI: Konfidensinterval; **RR:** Relativ risiko; **OR:** Odds ratio

GRADE Working Group evidensgraderinger
HØJ kvalitet: Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning ændrer vores tillid til estimatet for effekt.
MODERAT kvalitet: Det er sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og kan ændre estimatet.
LAV kvalitet: Det er meget sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til esti-

matet for effekt og ændrer sandsynligvis estimatet.

MEGET LAV kvalitet: Vi er meget usikre på estimatet.

¹ Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

² Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

4.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Der er ingen evidens for nogen af de kritiske outcomes, hvorfor den samlede kvalitet af evidensen er meget lav.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Der er effekt af psykoedukation på interpersonelle problemer. 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. Arbejdsgruppen vurderer, at der ikke er nogen potentielle skadevirkninger ved psykoedukation.

Patientpræferencer

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

Andre overvejelser

Psykoedukation kan anvendes som en forbehandling og kan herved som minimum bidrage til afdækning af, hvilken behandling patienten skal tilbydes.

4.9 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ses en effekt af behandlingen i forhold til interpersonelle problemer og på arbejdsgruppen generelle erfaringer med psykoedukation. Kvaliteten af evidensen er meget lav, og der mangler data på alle kritiske outcomes, hvorfor anbefalingen er svag.

5 Multimodal psykoterapi

5.1 Fokuseret spørgsmål

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

5.2 Anbefaling

√ **Det er god praksis at anvende enten multimodale behandlingsprogrammer indeholdende psykoterapi eller unimodale psykoterapi til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, idet der ikke er fundet forskel i effekt.**

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sværhedsgraden af lidelsen, associerede vanskeligheder og personens ressourcer 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.

Et multimodalt behandlingsprogram indeholder altid psykoterapi. Herudover skal der indgå en eller flere af følgende modaliteter: Psykoedukation, kunstterapi, musikterapi, kropsbehandling og medicinsk behandling. Psykoterapien kan være individuel eller i gruppe, hvis begge indgår, udgør dette to modaliteter.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der findes en række psykoterapeutiske tilgange herunder: Kognitiv adfærdsterapi (CBT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skemafokuseret terapi (SFT), mentaliseringsbaseret terapi (MBT), 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⁽²³⁾. Flere evidensbaserede behandlinger rummer en kombination af følgende teoretisk integrerede modaliteter: Individuel psykoterapi, gruppeterapi, socialfærdighedstræning, psykoedukation, 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.

5.5 Litteratur

Der er ikke identificeret studier, der besvarede det fokuserede spørgsmål. Flowchart findes i bilag 8. Der er derfor anvendt baggrundsmateriale (indirekte evidens) som bidrag 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. I

analyserne er anvendt 14 studier⁽²⁴⁻³⁷⁾. Heraf er 13 RCTs fra et Cochrane review⁽²³⁾ omhandlende effekt af psykoterapeutiske behandlingsmetoder og et nyere RCT⁽³⁰⁾.

5.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier anvendt i baggrundsanalyserne har alle sammenlignet en psykoterapeutisk intervention (multimodal eller unimodal) med vanlig behandling (Treatment as usual-TAU). De viser alle signifikante positive effekter på en lang række af de udvalgte effektmål. Der er ikke identificeret studier, der beskriver eventuelle skadelige virkninger.

Der er ingen forskel på effekten af unimodal behandling og multimodal behandling sammenlignet med vanlig behandling for de valgte outcomes, fraset interpersonelle problemer, hvor der ses en signifikant større effekt af singlemodal psykoterapi. Studierne omhandlende multimodal behandling har en median opfølgningstid på 5 måneder (range 3,5 til 8 måneder), og studierne omhandlende unimodal behandling har en median opfølgningstid på 12 måneder (range 2-12 måneder), hvorfor det ikke er muligt at vurdere langtidseffekter af nogen af behandlingerne.

5.7 Summary of Findings-tabel

Se bilag 10 for oversigt over subgruppeanalyser.

5.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på baggrundsmateriale understøttet af konsensus i arbejdsgruppen.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Både ved multimodal og unimodal psykoterapi ses klinisk relevante effekter af psykoterapeutisk behandling. Patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser kan have gavn af synergi mellem forskellige tilgange, idet der gives mulighed for at anvende flere målrettede metoder samtidig. I tilfælde, hvor unimodal terapi er tilstrækkelig, vil det være en fordel, at det er en mindre indgribende og omfangsrig behandling. Der er ikke rapporteret skadevirkninger ved nogen af fremgangsmåderne. En risiko ved multimodale programmer kan være at modaliteter modarbejder hinanden, fx ved sedativ virkning af medicin.
Patientpræferencer	Det skønnes, at behandlingen er præferencefølsom. Nogle patienter vil ønske intensive forløb med megen kontakt og støtte, mens andre vil finde det for ind-

gribende i forhold til andre livsforhold.

Andre overvejelser

Det skønnes, at hvis patienten inddrages i beslutningen om behandlingsmetode, kan det øge komplians. Multimodal behandling er formentlig mere ressourcekrævende.

5.9 Rationale for anbefaling

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ses en effekt af både den multimodale og den singlemodale psykoterapi, og at der ikke er rapporteret skadevirkninger. Det er en god praksis anbefaling, da der ikke foreligger evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål.

6 Langvarig versus kortvarig psykoterapi

6.1 Fokuseret spørgsmål

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

6.2 Anbefaling

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

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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.

Patienter, hvor det ved afslutning af et standard pakkeforløb vurderes, at man med rette kan forvente yderligere effekt af yderligere behandling, eller hvor det skønnes, at yderligere behandling er nødvendig i forhold til at fastholde en opnået effekt, bør der være 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⁽⁷⁾.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der foreligger klar evidens for, at psykoterapi herunder: Kognitiv adfærdsterapi (CBT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skemafokuseret terapi (SFT), mentaliseringsbaseret terapi (MBT), er effektivt til patienter med BPF⁽²³⁾. 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.

6.5 Litteratur

Der er ikke identificeret studier, der besvarer det fokuserede spørgsmål. Se flowchart i [bilag 8](#). 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 18 studier⁽²⁴⁻⁴¹⁾. Heraf er 17 RCTs fra et Cochrane review omhandlende effekt af psykoterapeutiske behandlingsmetoder⁽²³⁾ samt et nyere RCT⁽³⁰⁾.

6.6 Gennemgang af evidensen

De i baggrundsanalysen anvendte studier, der har sammenlignet en psykoterapeutisk intervention (kortvarig eller langvarig) med vanlig behandling (TAU), viser alle signifikante positive effekter på en lang række af de udvalgte effektmål (bilag 11). 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 6 måneder (range 2 til 8 måneder), og studierne omhandlende langvarig behandling har en median opfølgningstid på 12 måneder (range 12-18 måneder).

6.7 Summary of Findings-tabel

Se [bilag 11](#) for oversigt over subgruppeanalyserne.

6.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på baggrundsmateriale understøttet af konsensus i arbejdsgruppen.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	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 pseudohelbredelse med tillært terapiprogram.
Patientpræferencer	Det vurderes, at varighed af behandling er præferencefølsomt, men at mange patienter ønsker at have mulighed for at få længerevarende psykoterapi.
Andre overvejelser	-

6.9 Rationale for anbefaling

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

7 Monitorering af psykoterapi

7.1 Fokuseret spørgsmål

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

7.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at overveje at anvende monitorering af psykoterapi til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.**

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 tættere monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)⁽⁴²⁾, the Outcome Rating Scale (ORS)⁽⁴³⁾ og the Session Rating Scale (SRS)⁽⁴⁴⁾.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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^(45,46). 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⁽⁴⁷⁾. Det er formodningen, at disse metoder eventuelt kan mindske det traditionelt store frafald fra psykoterapi (25-40 %)⁽⁴⁸⁾. Løbende feedback er en af flere mulige modeller. Monitorering kan også bestå i en evaluering af psykopatologien efter en vis periodes behandling. Der er fundet enkelte studier, som belyser spørgsmålet i andre patientgrupper end patienter med BPF. I en metaanalyse lavet af Lambert og kollegaer⁽⁴⁹⁾ 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^(50,51), som har undersøgt effekten af systematisk feedback monitorering i forbindelse med behandling af spiseforstyrrelse, viste dog inkonklusive resultater.

7.5 Litteratur

Der er ikke fundet relevant litteratur, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål. Se [bilag 8](#) for flow chart.

7.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ingen evidens for dette fokuserede spørgsmål. Anbefalingen baseres på konsensus i arbejdsgruppen.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Anvendelse af monitorering kan muligvis medvirke til mindre frafald, fordi patienten føler sig inddraget i sin behandling i højere grad, og kan eventuelt øge effekten af behandlingen og hjælpe terapeuten til en bedre tilpasning til patientens behov. Monitorering vil være tidskrævende og belastende for nogle patienter.
Patientpræferencer	Monitorering ved feedback fra patienten vurderes ikke at være præferencefølsomt, idet det formodes, at patienterne ønsker at føle sig inddraget i behandlingen.
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.

7.7 Rationale for anbefaling

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.

8 Individuelle kriseplaner

8.1 Fokuseret spørgsmål

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

8.2 Anbefaling

↑ **Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse** (⊕○○○).

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 hjælpssomme 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.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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^(47,52). 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 for korte indlæggelsestiden.

Forskning indenfor psykosespektret har vist, at kriseplaner kan mindske brug af tvangsbehandling overfor patienter med psykose⁽⁵³⁾.

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.

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét RCT⁽⁵⁴⁾ og ét observationelt studie⁽⁵⁵⁾. Flow charts findes i [bilag 8](#).

8.6 Gennemgang af evidensen

Den fundne RCT⁽⁵⁴⁾ 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⁽⁵⁵⁾. 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 selvmordforsøg og socialt funktionsniveau. Vi har ingen data på det kritiske outcome selvmordsrelateret adfærd, derfor vurderes den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

8.7 Summary of Findings-tabel

Individuelle kriseplaner versus ingen individuelle kriseplaner

Patient eller population: Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Settings: Alle

Intervention: Individuelle kriseplaner

Kontrol: ingen individuelle kriseplaner

Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)	Relativ effekt (95 % CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe Interventionsgruppe				
	Baselinerisiko Effekten i interventionsgruppen				
	Ingen kriseplaner Individuelle kriseplaner				
Selvordsrelateret adfærd (suicidal behavior)		Kan ikke estimeres ⁵			Kritisk outcome
Selvordsforsøg (suicide attempt) Varighed: 3 måneder	170 pr. 1000 80 pr. 1000 (95 % CI:64 til 98)		200 (1 studie) ⁽⁵⁵⁾	⊕⊕⊕⊕ meget lav ^{3,4}	Observationelt studie. 8 % i interventionsgruppen forsøgte selvmord imod 17 % i kontrolgruppen. Kritisk outcome
Socialt funktionsniveau (social function) (Work and Social Adjustment Scale –WSAS) Varighed: 6 måneder		Gennemsnitligt socialt funktionsniveau i interventionsgruppen var 0,25 lavere (4,16 lavere til 3,66 højere)	72 (1 studie) ⁽⁵⁴⁾	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Livskvalitet (Quality of life)		Kan ikke estimeres ⁵			Vigtigt outcome
Symptombelastning (General psychiatric pathology)		Kan ikke estimeres ⁵			Vigtigt outcome

Brug af sundheds- ydelser (Use of health care)	Kan ikke estimeres ⁵	Vigtigt outcome
Borderline svær- hedsgrad (borderline severity)	Kan ikke estimeres ⁵	Vigtigt outcome

*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baselinerisiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidensinterval; **RR:** Relativ risiko; **OR:** Odds ratio

GRADE Working Group evidensgraderinger

HØJ kvalitet: Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning ændrer vores tillid til estimatet for effekt.

MODERAT kvalitet: Det er sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og kan ændre estimatet.

LAV kvalitet: Det er meget sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og ændrer sandsynligvis estimatet.

MEGET LAV kvalitet: Vi er meget usikre på estimatet.

¹Høj risiko for systematisk fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

²Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

³Manglende kontrol for konfounders (psykofarmaka) (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

⁴Handler om kriseintervention og ikke om individuelle kriseplan (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

⁵ Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

8.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	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.
Patientpræferencer	Der skønnes ikke at være præferencefølsomhed.
Andre overvejelser	-

8.9 Rationale for anbefaling

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

9 Antidepressiv medicin

9.1 Fokuseret spørgsmål

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

9.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun efter nøje overvejelser antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse(⊕○○○).**

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 produktresuméet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Brug af antidepressiv medicin til patienter med BPF er udbredt⁽¹²⁾ og anvendes også til behandling af BPF kernesymptomer⁽⁵⁶⁾. Der er behov for større viden om fordele og ulemper ved brug af antidepressiv medicin til denne patientgruppe i forhold til behandling af personlighedsforstyrrelsen.

9.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af seks RCT⁽⁵⁷⁻⁶²⁾ fra et Cochrane review⁽⁶³⁾. Den opdaterede søgning identificerede ingen nye relevante studier. Flow charts findes i [bilag 8](#).

9.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antidepressiv behandling med placebo behandling, viser ikke effekt i forhold til de valgte outcomes ([bilag 8](#)). 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”⁽⁶⁴⁾.

Alle identificerede studier har høj risiko for systematiske fejl, og der er stor usikkerhed omkring estimerne. Vi har i metaanalyserne samlet studier, der undersøger forskellige antidepressiva: Amitriptyline, Fluoxetine, Mianserin, Fluvoxamine og Phenelzine sulfat. Dette giver større klinisk heterogenitet, men estimerne 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.

9.7 Summary of Findings-tabel

PICO 1 Farmakologisk behandling med Antidepressive medicinsk for borderline personlighedsforstyrrelse

Patient eller population: Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Intervention: Farmakologisk behandling med antidepressiva vs placebo

Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)		Relativ effekt (95 % CI)	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Placebo	Antidepressiva				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) (Skala: Borderline Syndrom Index). Phenelzine sulfat Varighed: 5 uger		Den gennemsnitlige score på borderline sværhedsgrad (phenelzine) i interventionsgruppen var 1,78 lavere (7,74 lavere til 4,18 højere)		62 (1 studie) ⁽⁵⁷⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	Kritisk outcome
Socialt funktionsniveau (Social function) (Skalaer: GAS, GAF) Amitriptyline, Fluoxetine og Phenelzine sulfat. Varighed: 5-12 uger		Det gennemsnitlige sociale funktionsniveau i interventionsgruppen var 0,25 standardafvigelser højere (0,06 lavere til 0,57 højere)		161 (4 studier) ⁽⁵⁷⁻⁶⁰⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	Kritisk outcome Heterogenitet= I^2 0 %.
Livskvalitet³ (Quality of life) – ikke rapporteret (Quality of life)				Kan ikke estimeres ³		Kritisk outcome
Alvorlige skadevirkninger³ (Serious adverse events) – ikke rapporteret				Kan ikke estimeres ³		Kritisk outcome
Frafald (Drop out) Amitriptyline, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mianserin og Phenelzine sulfat Varighed: 5-12 uger	154 per 1000	169 per 1000 (90 til 295)	OR 1,11 (0,54 til 2,29)	252 (5 studier) ^(57,58,60-62)	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet= I^2 0 %.
Selvmoedsadfærd (Suicidal behaviour) Mianserine: Varighed: 24 uger	690 per 1000	690 per 1000 (423 til 871)	OR 1 (0,33 til 3,04)	58 (1 studie) ⁽⁶²⁾	⊕⊕⊖⊖ lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Brug af sundhedsydelser³ (Use of health care) – ikke rapporteret				Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome

Selvmoordsforsøg³ (Suicide attempt) – ikke rapporteret		Kan ikke - estimeres ³		Vigtigt outcome
Ikke alvorlige skadevirkninger³ (Non-serious adverse events) - ikke rapporteret		Kan ikke - estimeres ³		Vigtigt outcome
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems)(Skalaer: SCL 90-INT), ADDS) Amitriptyline, Phenelzine sulfate Varighed: 5 uger	De gennemsnitlige interpersonelle problemer i interventionsgruppen var 0,07 standardafvigelser lavere (0,69 lavere til 0,55 højere)	119 (2 studier) (57,58)	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet= I^2 66 %.
Symptombelastning (General psychiatric pathology)(Skalaer: SCL-90-GSI, Amitriptyline, Phenelzine sulfate Varighed 5-12 uger	Den gennemsnitlige symptombelastning i interventionsgruppen var 0,28 standardafvigelser lavere (0,65 lavere til 0,08 højere)	119 (2 studier) (57,58)	⊕⊕⊕⊕ lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet= I^2 0 %.

*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baselinerisiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

Der er ingen af studierne, der har estimater, der adskiller sig fra de rapporterede dvs., der er ingen subgruppe forskelle. Det vurderes det, at det er uproblematisk at poole.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko; OR: Odds ratio

GRADE Working Group evidensgraderinger

HØJ kvalitet: Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning ændrer vores tillid til estimatet for effekt.

MODERAT kvalitet: Det er sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og kan ændre estimatet.

LAV kvalitet: Det er meget sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og ændrer sandsynligvis estimatet.

MEGET LAV kvalitet: Vi er meget usikre på estimatet.

¹ Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

² Bredt konfidens interval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

9.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Farmakologisk behandling af patienter med BPF med antidepressive har ikke gavnlige 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.produktresume.dk
Patientpræferencer	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom
Andre overvejelser	-

9.9 Rationale for anbefaling

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.

10 Stemningsstabiliserende medicin

10.1 Fokuseret spørgsmål

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

10.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun efter nøje overvejelser stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 produktresuméet 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.

10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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 bipolar affektiv sindslidelse type II, hvorfor det er vigtigt at få undersøgt, om det symptomoverlap betyder, at stemningsstabiliserende medicin virker på BPF.

10.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af 8 RCT'er⁽⁶⁵⁻⁷²⁾ fra ét Cochrane review⁽⁶³⁾. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevante studie⁽⁷³⁾. Flow charts findes i [bilag 8](#).

10.6 Gennemgang af evidensen

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, hukom-

melsesproblemer 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: Lamotrigine, Carbamazepine, Valproate semisodium, Topiramate 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.

10.7 Summary of Findings-tabel

Farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin for borderline personlighedsforstyrrelse

Patient eller population: Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Intervention: Farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin vs placebo

Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)		Relative effect (95 % CI)	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Placebo	Stemningsstabiliserende				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) (ZAN-BPD total score) Lamotrigine. Varighed: 12 uger	Baselinerisiko	Effekten i interventionsgruppen		27 (1 studie) ⁽⁶⁵⁾	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,2}	Kritisk outcome
Socialt funktionsniveau (Social function) (GAS) Carbamazepine Varighed: 4 uger		Den gennemsnitlige funktionsniveau score var i interventionsgruppen 7,02 højere (10,39 lavere til 24,43 højere)		19 (1 studie) ⁽⁶⁶⁾	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Kritisk outcome.
Livskvalitet³ (Quality of life) – ikke rapporteret						Kan ikke estimeres ³ Kritisk outcome
Alvorlige skadevirkninger³ (Serious adverse events) – ikke rapporteret						Kan ikke estimeres ³ Kritisk outcome
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (SCL-90-INT) (Carbamazepine, Valproate semisodium, topirimate) Varighed: 4-24 uger		De gennemsnitlige interpersonelle problemer i interventionsgruppen var 0,87 standardafvigelse lavere (1,28 til 0,46 lavere)		105 (3 studier) ^(66,67,72)	⊕⊕⊕⊕ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet= ² 0%.
Frafald (Dropout) Carbamazepine, valproate semisodium, lamotrigine, topirimate) Varighed: 4-24 uger	215 per 1000	163 per 1000 (87 to 283)	OR 0,75 (0,34 til 1,62)	254 (8 studier) ⁽⁶⁵⁻⁷²⁾	⊕⊕⊕⊕ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet= ² 15 %.

Symptombelastning (General psychiatric pathology)(SCL-90)Carbamazepine, Divalproex, Toprimate) Varighed:4-12 uger	Den gennemsnitlige symptombelastning i interventionsgruppen var 0,57 standard afvigelser lavere (1,43 til 0,28 lavere)	90 (3 studier) ^(66,67,74)	⊕⊕⊕⊖ lav ^{1,4}	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 67 %.
Skadevirkninger totalt³ (Adverse events total)– ikke rapporteret		Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome
Brug af sundhedsydelser³ (Use of health care)– ikke rapporteret		Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome
Selvmoedsadfærd³ (Suicidal behavior)– ikke rapporteret		Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome
Selvmoedsforsøg³ (Suicide attempt)- ikke rapporteret		Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome
Skadevirkning (Adverse event): Paraesthesia Topiramate Varighed: 10 uger	36 per 1000 107 per 1000 (12 til 969)	RR 3 (0,33 til 27,12)	56 (1 studie) ⁽⁶⁷⁾ ⊕⊖⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Skadevirkning(Adverse event) : Hovedpine Topiramate Varighed: 10 uger	71 per 1000 71 per 1000 (11 til 472)	RR 1 (0,15 til 6,61)	56 (1 studie) ⁽⁶⁷⁾ ⊕⊖⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Skadevirkning (Adverse event): Svimmelhed Topiramate Varighed: 10 uger	71 per 1000 107 per 1000 (19 til 593)	RR 1.5 (0,27 til 8,3)	56 (1 studie) ⁽⁶⁷⁾ ⊕⊖⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Skadevirkning (Adverse event):Hukommelsesproblemer Topiramate Varighed: 10 uger	107 per 1000 214 per 1000 (59 til 774)	RR 2 (0,55 til 7,22)	56 (1 studie) ⁽⁶⁷⁾ ⊕⊖⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Skadevirkning (Adverse event): Udmattelse. Topiramate Varighed: 10 uger	71 per 1000 143 per 1000 (29 til 718)	RR 2 (0,4 til 10,05)	56 (1 studie) ⁽⁶⁷⁾ ⊕⊖⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome.

*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baselinerisiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

Der er ingen af studierne, der har estimater, der adskiller sig fra de rapporterede dvs., der er ingen subgruppe forskelle. Det vurderes det, at det er problematisk at poole.

CI: Konfidensinterval; **RR:** Relativ risiko; **OR:** Odds ratio;

GRADE Working Group evidensgraderinger

HØJ kvalitet: Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning ændrer vores tillid til estimatet for effekt.

MODERAT kvalitet: Det er sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og kan ændre estimatet.

LAV kvalitet: Det er meget sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og ændrer sandsynligvis estimatet.

MEGET LAV kvalitet: Vi er meget usikre på estimatet.

¹ Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

² Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

⁴ Høj heterogenitet (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se [bilag 9](#)).

10.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

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

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

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

Patientpræferencer

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

Andre overvejelser

-

10.9 Rationale for anbefaling

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.

11 Antipsykotisk medicin

11.1 Fokuseret spørgsmål

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

11.2 Anbefaling

↓ **Anvend kun efter nøje overvejelser antipsykotisk medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

11.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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 produktresuméet 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.

11.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

11.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af 11 RCT'er^(57,58,62,75-82) fra ét Cochrane review⁽⁶³⁾. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevant studie⁽⁸³⁾. Yderligere ét studie blev identificeret på en konference⁽⁸⁴⁾. Flow charts findes i [bilag 8](#).

11.6 Gennemgang af evidensen

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 placebogrupperne. 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, indsov-

ningsproblemer, 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, Aripiprazole, Thiothixene, Olanzepine, Ziprasidone og Quetiapine. 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.

10.7 Summary of Findings-tabel

Antipsykotika til Borderline personlighedsforstyrrelse						
Patient eller population: patienter med Borderline personlighedsforstyrrelse						
Intervention: Farmakologisk behandling med antipsykotika vs placebo						
Outcomes	Absolut effekt* (95 % CI)		Relativ effekt (95 % CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baseline risiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Kontrol	Antipsykotika				
Socialt funktionsniveau (Social function)(GAF,GAS,C GI-S) Quetiapine, Haloperidol, Olanzepine Varighed: 5 til 12 uger	Det gennemsnitlige sociale funktionsniveau(quetiapine, haloperidol, olanzapine) i interventionsgruppen var	0,00 standardafvigelser højere (0,30 lavere til 0,31 højere)	527 (5 studier) ^(57,58,75,83,84)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	Kritisk outcome Heterogenitet= I^2 59 %.	
Livskvalitet³ (Quality of life) - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres ³	-	Kritisk outcome	
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)(Borderline Syndrom) Index,CGI-BPD, Zanarini Rating Scale for BPD) Haloperidol, Ziprasidone, Quetiapine,Olanzepine Varighed:5 til 12 uger	Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad (haloperidol,olanzepine, ziprasidone, quatiapine) i interventionsgruppen var	0,22 standardafvigelser lavere (0,52 lavere til 0,07 højere)	471 (4 studier) ^(57,76,83,84)	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2,4}	Kritisk outcome Heterogenitet= I^2 42 %.	
Alvorlige skadevirkninger³(Serious side effects) – ikke			Kan ikke estimeres ³	-	Kritisk outcome	

rapporteret						
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (ADDS, SCL-90-INT, CGI-BPD) Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone		De gennemsnitlige interpersonelle problemer (haloperidol, aripiprazole, ziprasidone) i interventionsgruppen var 0,39 standardafvigelse lavere (0,68 til 0,11 lavere)	226 (4 studier) (57,58,76,77)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 13 %.	
Varighed: 5 til 12 uger						
Frafald (Dropout) (Flupenthixol decanote, Haloperidol, Thiothixene, Olanzepine, Ziprasidone)	338 pr. 1000	351 pr. 1000 (284 til 439)	RR 1,04 (0,84 til 1,3)	1044 (11 studier) (57,58,62,75-82)	⊕⊕⊕⊕ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 31%.
Varighed: 5 til 24 uger						
Selvmondsadfærd (Suicidal behavior) Flupenthixol decanoate	789 pr. 1000	387 pr. 1000 (205 til 726)	RR 0,49 (0,26 til 0,92)	37 (1 studie) ⁽⁶²⁾	⊕⊕⊕⊕ Moderat ¹	Vigtigt outcome
Varighed: 24 uger						
Skadevirkninger totalt (Adverse events total) Olanzepine, Ziprasidone, Quetiapine	571 pr. 1000	640 pr. 1000 (566 til 726)	RR 1,12 (0,99 til 1,27)	737 (4 studier) (76,80,81,84)	⊕⊕⊕⊕ Moderat ¹	Vigtigt outcome
Varighed: 8 til 12 uger						
Brug af sundhedsydelse ³ (Use of health care) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome	
Selvmondsforsøg ³ (Suicide attempt) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres ³		Vigtigt outcome	
Symptombelastning (General psychiatric pathology) (SCL-90) Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone, Olan-		Den gennemsnitlige symptombelastning (haloperidol, aripiprazole, ziprasidone, quetiapine) i interventions-	579 (6 studier) (57,58,76,77,83,84)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 76%.	

zepine, Quetiapine		gruppen var 0,25 standardafvigelse lavere (0,62 lavere til 0,12 højere)				
Varighed: 8 til 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Forøget appetit (Olanzapine)	74 pr. 1000	204 pr. 1000 (134 til 299)	OR 3,23 (1,94 til 5,37)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊖⊖ Lav ²	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 0%.
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Hovedpine (Olanzapine)	128 pr. 1000	119 pr. 1000 (77 til 179)	OR 0,92 (0,57 til 1,48)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 33%.
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Svimmelhed (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 10,36 (0,53 til 201,45)	60 (1 studie) ⁽⁷⁶⁾	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Forstyrrelse i opmærksomhedsevnen (Olanzapine)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 11,77 (0,64 til 214,7)	301 (1 studie) ⁽⁸⁰⁾	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Træthed (Olanzapine)	51 pr. 1000	99 pr. 1000 (55 til 171)	OR 2,03 (1,08 til 3,82)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 52%.
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Søvnforstyrrelse (Olanzapine)	54 pr. 1000	163 pr. 1000 (98 til 257)	OR 3,37 (1,89 til 6)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 0%.
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Indsovningsproblemer (Olanzapine)	74 pr. 1000	49 pr. 1000 (26 til 92)	OR 0,65 (0,33 til 1,28)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet=I ² 15%.
Varighed: 12 uger						

uger						
Skadevirkning (Adverse event): Angst (Olanzapine)	50 pr. 1000	45 pr. 1000 (17 til 118)	OR 0,89 (0,32 til 2,52)	314 (1 studie) ⁽⁸¹⁾	⊕⊕⊕⊖ Moderat ¹	Vigtigt outcome
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event) :Kvalme (Olanzapine)	64 pr. 1000	53 pr. 1000 (27 til 99)	OR 0,81 (0,41 til 1,6)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ¹	Vigtigt outcome Heterogenitet= ² 1%.
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Generelt ubehag (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 7,76 (0,38 til 157,14)	60 (1 studie) ⁽⁷⁶⁾	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event): Forstoppelse (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 9,15 (0,46 til 182,61)	28 (1 studie) ⁽⁸⁰⁾	⊕⊖⊖⊖ Meget lav ^{1,2}	Vigtigt outcome
Varighed: 12 uger						
Skadevirkning (Adverse event) :Mundtørhed (Olanzapine)	32 pr. 1000	72 pr. 1000 (35 til 144)	OR 2,36 (1,1 til 5,08)	615 (2 studier) ^(80,81)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	Vigtigt outcome Heterogenitet= ² 0%.
Varighed: 12 uger						
*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baselinerisiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.						
Der er ingen af studierne, der har estimer, der adskiller sig fra de rapporterede, dvs. der er ingen subgruppe forskelle. Den eneste undtagelse er outcommet symptombelastning, men generelt vurderes det, at det er uproblematisk at poole.						
CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko; OR: Odds ratio						
GRADE Working Group evidensgraderinger						
HØJ kvalitet: Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning ændrer vores tillid til estimatet for effekt.						
MODERAT kvalitet: Det er sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og kan ændre estimatet.						
LAV kvalitet: Det er meget sandsynligt, at yderligere forskning har en vigtig virkning på vores tillid til estimatet for effekt og ændrer sandsynligvis estimatet.						
MEGET LAV kvalitet: Vi er meget usikre på estimatet.						
¹ Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).						
² Meget upræcist estimat (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).						
³ Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).						
⁴ Høj heterogenitet (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).						

11.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Der ses effekt på selvmordsadfærd, og moderat effekt på interpersonelle problemer. Der ses øget forekomst af en række forskellige bivirkninger.</p> <p>Der er andre kendte bivirkninger, herunder også alvorlige, til alle de nævnte behandlinger, disse fremgår af de enkelte produkters produktresumé på www.produktresume.dk</p>
Patientpræferencer	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.
Andre overvejelser	-

11.9 Rationale for anbefaling

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.

Referenceliste

- (1) Pedersen L, Simonsen E. Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark-A register study. *Nord J Psychiatry* 2014;68(8):543-548.
- (2) Kongerslev M, Chanen A, 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):31-48.
- (3) Torgersen S. Epidemiology. In: Widiger TA, editor. *The Oxford handbook of personality disorders* Oxford: Oxford University Press, 2012. p. Part 2, Chapter 9: 186-205.
- (4) Gunderson, John G, Links, Paul S, American Psychiatric Publishing. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing , 2014.
- (5) Andersen R, Simonsen E. Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskrift for læger* 2012;174(24):1664-1667.
- (6) Simonsen E, Haahr UH, Kjølbye M, Sørensen P. Personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger* 2007;169(21):2002-2005.
- (7) Simonsen E, Møhl B. *Grundbog i psykiatri*. 1. udgave.. Kbh.: Hans Reitzel, 2010.
- (8) World Health Organization, Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. *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.
- (9) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
- (10) 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. *J Pers Disord* 2002;16(3):283-292.
- (11) Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(1):52-57.
- (12) 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. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2108-2114.
- (13) Coid J, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, et al. The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Crim Behav Ment Health* 2009;19(5):321-333.

- (14) 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 I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(10):765-776.
- (15) Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust* 2007;187(7 Suppl):S18-21.
- (16) Germans S, Van Heck GL, Hodiamont PPG. Results of the search for personality disorder screening tools: Clinical implications. *J Clin Psychiatry* Feb 2012;73(2):165-173.
- (17) Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008;22(4):353-364.
- (18) Zanarini MC. Diagnostic interview for personality disorders (DIPD). Belmont (MA): McLean Hospital, 1983.
- (19) First M, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders, SCID-II. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
- (20) Loranger Armand W, Janca A, Sartorius N. Assessment and diagnosis of personality disorders : the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge, U.K.; New York, NY : Cambridge University Press, 1997.
- (21) Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1570-1574.
- (22) Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2008;22(3):284-290.
- (23) Stoffers Jutta M, Völm Birgit A, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;8:CD005652
- (24) Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2008;165(4):468-478.
- (25) 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. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(4):299-304.
- (26) Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40(2):317-328.

- (27) Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006;37(1):25-35.
- (28) Gregory RJ, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chic)* 2008;45(1):28-41.
- (29) Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 2001;32(2):371-390.
- (30) Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 Dec;51(12):1304-1313. e3.
- (31) Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for post-traumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress* 2011;24(1):102-106.
- (32) Doering S, Horz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010 May;196(5):389-395.
- (33) Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994;151(12):1771-1776.
- (34) 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. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(2):162-173.
- (35) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-1064.
- (36) Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(9):1231-1241.
- (37) Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ, Jr. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord* 2006;20(5):482-492.
- (38) Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2010 Feb;55(2):74-81.
- (39) Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006;51(7):453-460.

- (40) Davidson K, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J, Palmer S, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *J Personal Disord* 2006;20(5):431-449.
- (41) Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1563-1569.
- (42) Lambert MJ, Finch AE. The Outcome Questionnaire. In: Maruish ME, editor. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. 2nd ed. ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999. p. 831-869.
- (43) 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.
- (44) Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, Claud DA, Reynolds LR, Brown J, et al. The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of brief Therapy* 2003;3(1):3-12.
- (45) Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol* 2005;61(2):155-163.
- (46) 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. *Clin Psychol Psychother* 2010;17(1):25-32.
- (47) Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. *Personlighedspsykiatri*. 1. udgave. Kbh.: Akademisk Forlag, 2013.
- (48) McMurrin M, Huband N, Overton E. Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clin Psychol Rev* 2010;30(3):277-287.
- (49) Lambert MJ, Shimokawa K. *Collecting client feedback*. Psychotherapy (Chic) 2011;48(1):72-79.
- (50) Schmidt U, Landau S, Pombo-Carril MG, Bara-Carril N, Reid Y, Murray K, et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2006;45(Pt 1):111-121.
- (51) Truitt KG. *Modeling treatment outcomes in eating disorders*. Loma Linda University, 2011 (Dissertation Abstracts International DAI-B 72/05).
- (52) Paris J. Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12(1):42-48.

- (53) 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* 2004;329(7458):136.
- (54) Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, Byford S, Henderson C, Rose D, et al. Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013 May;202(5):357-364.
- (55) 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 Res* 2011;186(2-3):287-292.
- (56) Benjaminsen S. Farmakoterapi har effekt på nogle symptomer ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskrift for læger* 2014;176(18):1667-1671.
- (57) Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):377-385.
- (58) Soloff PH, George A, Nathan S, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, et al. Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9(4):238-246.
- (59) Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, et al. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15(1):23-29.
- (60) Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):379-385.
- (61) 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. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2048-2054.
- (62) Montgomery SA, Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1982;4(4):291-298.
- (63) Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD005653.
- (64) Pro.medicin.dk. Opdateret 06-02-2015
Link: <http://pro.medicin.dk/>
Senest hentet: 18-02-2015.
- (65) Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2009;24(5):270-275.
- (66) De la Fuente JM, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994;4(4):479-486.

- (67) Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C, et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26(1):61-66.
- (68) Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(3):199-203.
- (69) Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004;65(11):1515-1519.
- (70) Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* 2005;19(3):287-291.
- (71) Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muehlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57(5):495-499.
- (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. *J Clin Psychiatry* 2002;63(5):442-446.
- (73) Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, et al. Efficacy of extended-release divalproex combined with "condensed" dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2012 Nov;24(4):255-260.
- (74) Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, et al. 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.
- (75) Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(6):1221-1224.
- (76) Pascual JC, Soler J, Puigdemont D, Perez-Egea R, Tiana T, Alvarez E, et al. Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):603-608.
- (77) Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa Gil F, Bachler E, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):833-838.
- (78) Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):680-686.
- (79) 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. *J Clin Psychiatry* 2008;69(6):999-1005.

- (80) Zanarini MC, Frankenburg FR. omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):167-169.
- (81) Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A, Bohus M, Detke HC, Trzaskoma Q, et al. Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):485-492.
- (82) Bogenschutz MP, George Nurnberg H. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):104-109.
- (83) Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, et al. A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2011 Oct;72(10):1353-1362.
- (84) 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. *Am J Psychiatry* 2014;171(11):1174-1182.
- (85) Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006;51(7):453-460.
- (86) Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2010;55(2):74-81.
- (87) Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Personal Disord* 2006;20(5):450-465.

Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål på PICO-form
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgestrategi, inkl. flow chart
Bilag 9:	Evidensvurderinger
Bilag 10:	Subgruppe analyse PICO 5
Bilag 11:	Subgruppe analyse PICO 6
Bilag 12:	Tabeller til PIRO 1
Bilag 13:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 14:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

Tabel 1 Diagnose kriterier for BPF i henhold til ICD10

ICD-10: Diagnostiske kriterier	
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 kultur-sammenhængen forventede og accepterede for ≥ 2 af følgende områder:</p> <p>(1) erkendelse, holdning (2) følelsesliv (3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse (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 (2) stridbarhed, især ved impulsfrustration (3) affektabilitet, eksplosivitet (4) manglende udholdenhed (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 (2) tendens til intense og ustabile forhold til andre (3) udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene (4) tendens til selvdestruktivitet (5) kronisk tomhedsfølelse</p>

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

DSM-5: Diagnostiske kriterier	
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 selvfornemmelse. Impulsivitet på mindst 2 områder, som er potentielt selvskadende (fx forbrug, sex, rusmiddelindtag, skødesløvs 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). Kronisk følelse af tomhed. Intens vrede, der ikke passer til situationen, eller vanskeligheder med at kontrollere vrede (fx hyppige temperamentsudbrud, konstant vrede, tilbagevendende fysiske slagsmål). Forbigående stressrelaterede paranoide forestillinger eller svære dissociative symptomer.

Bilag 2: 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 evidensgraduering 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](#). Værktøjskassen 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.

Retningslinjen er publiceret i denne fuldtekstversion og i en en quick guide som gengiver retningslinjens anbefalinger med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke. Herudover er en applikation til smartphones og tablets, hvorfra man kan tilgå de nationale kliniske retningslinjer, under udvikling.

Bilag 3: 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.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

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

Videre forskning

Forskningsemner, 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), dag-hospital (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.

Forskningsemner, 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.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens [NKR-metodeguide](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

Fokuseret spørgsmål 1 (PICO 1): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?	
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:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 2 (PICO 2): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?

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
Comparison (sammenligning):	Placebo
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 3 (PICO 3): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antipsykotisk medicin (neuroleptika)?

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:	Farmakologisk behandling med psykofarmaka, opdelt på Aripiprazol, Olanzapin, Ziprasidon, Haloperidol
Comparison (sammenligning):	Placebo
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 4 (PICO 4): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

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 i tillæg til usual care (minimumskrav skal defineres i forhold til struktur, indhold varighed i inkluderede studier)
Comparison (sammenligning):	Usual care
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmoedsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 5 (PICO 5): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi, eller unimodal psykoterapi?	
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: psykoeducation, kropsterapi, kunstterapi eller lignende.
Comparison (sammenligning):	Unimodal psykoterapeutisk behandling – individuelt eller i gruppe
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmordsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmordsforsøg ved behandlingsafslutning

Fokuseret spørgsmål 6 (PICO 6): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)?

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:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelse ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmoedsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmoedsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 7 (PICO 7): Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnlige ved brug af validerede instrumenter?

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:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmoedsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmoedsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 8 (PICO 8): Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse?

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:	Selvmordsforsøg ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Selvmordsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (vigtig)

Fokuseret spørgsmål 9 (PIRO 1): 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?

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:	Sensitivitet, Specificitet
	Raten af falsk positive
	Raten af falsk negative
	Konsekvenser af falsk positive (overdiagnostik)
	Konsekvenser af falsk negative (underdiagnostik)
	Patientrelaterede outcomes

Fokuseret spørgsmål 10 (PIRO 2): Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres?

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. SCID-II)
Outcomes:	Sensitivitet, Specificitet
	Raten af falsk positive
	Raten af falsk negative
	Konsekvenser af falsk positive (overdiagnostik)
	Konsekvenser af falsk negative (underdiagnostik)
	Patientrelaterede outcomes

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Først præsenteres de fire typer af anbefalinger, der kan anvendes, hvis der er evidens og afslutningsvis de anbefalinger, man kan give på spørgsmål, hvor den systematiske søgning viste, at der ikke var evidens.

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Giv/brug/anvend...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Evidens af høj kvalitet
- Stor tilsigtet effekt og ingen eller få utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede til fordel for interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil ordinere interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Overvej at...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, 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.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Evidens af lav kvalitet
- Den tilsigtede effekt ved interventionen vurderes at være marginalt større end de utilsigtede skadevirkninger
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen, men en væsentlig del vil også afstå fra den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

Svag/betinget anbefaling imod ↓

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

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Evidens af lav kvalitet
- Usikker effekt ved interventionen
- Usikre skadevirkninger ved interventionen
- De utilsigtede skadevirkninger ved interventionen vurderes at være marginalt større end den tilsigtede effekt
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil afstå fra interventionen, men en del vil ønske den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...

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

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Evidens af høj kvalitet
- Den tilsigtede effekt af interventionen er lav
- Visse eller betydelige utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ikke ønske interventionen.
- Klinikere vil typisk ikke ordinere interventionen

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

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

Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart

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 <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationalekliniske-retningslinjer/udgivelser/>

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, Gränspsykos/er, Personlighetsstörning

For de opfølgende søgninger er der søgt med individuelle søgetermer for hvert PICO-spørgsmål (se søgeprotokollen for de opfølgende søgninger), der ligger på hjemmesiden for denne guideline.

Generelle søgekriterier

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

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),

Kunnskapssenteret (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 på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/>

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.

Flow charts

Flow charts tilgås [her](#)

Bilag 9: Evidensvurderinger

Arbejdsgruppens AGREE-vurderinger af guidelines kan tilgås [her](#)

Arbejdsgruppens AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#)

Evidensprofiler kan tilgås [her](#)

Oversigt over primærstudier med tilhørende risk of bias-vurderinger kan tilgås [her](#)

Bilag 10: Subgruppe analyse PICO 5

Oversigt over subgruppe analyser for PICO 5 - Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi?

Outcomes	Subgruppe analyser:		Subgruppe forskel:
	Psykoterapi vs. TAU	Anden behandling + psykoterapi vs. TAU	
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)	Den gennemsnitlige effekt på borderline sværhedsgraden i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 1,06 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-2,21:-0,08).	Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling var 0,75 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,35: -0,14).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,63, I ² =0 %.
Antal deltagere	140, baseret på meta-analyse af 4 studier ⁽²⁸⁻³¹⁾	226, baseret på metanalyse af 4 studier ⁽²⁴⁻²⁷⁾	
Socialt funktionsniveau (Social function)	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 0,31 standardafvigelse højere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,01:1,63).	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi+ anden behandling, var 0,55 standardafvigelse højere i forhold til TAU. 95 % CI: (0,14: 0,96).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,74, I ² =0 %.
Antal deltagere	130, baseret på meta-analyse af 2 studier ^(32,33)	200, baseret på metanalyse af 3 studier ^(24,26,34)	
Livskvalitet² (Quality of life) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Alvorlige skadevirkninger² (Serious side effects) - Ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Frafald (Drop out)	Der er gennemsnitligt 31 % færre dropouts i interventionsgruppen med kun psykoterapi ift. TAU, OR = 0,69. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,42:1,12).	Der er gennemsnitligt 102 % flere dropouts i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 2,02. 95 % CI: (0,75:5,47).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,06, I ² =72,3 %.
Antal deltagere	455, baseret på meta-analyse af 9 studier. ^(28-33,35-37)	332, baseret på metanalyse af 5 studier. ^(24-,27,34)	
Selvmoedsadfærd (Suicidal behavior)	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 0,65 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,97:-0,33).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling, var 0,07 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,10: 0,96).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,29, I ² =9,5 %.
Antal deltagere	139, baseret på meta-analyse af 6 studier ^(28-30,35-37)	102, baseret på metanalyse af 3 studier ^(25,27,34)	

Brug af sundhedsydelser ² (Use of health care) - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Selvmoordsforsøg (suicide attempt)	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsforsøg i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 0,47 standardafvigelser lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,61;0,66).	Ingen studier	Kan ikke estimeres
Antal deltagere	152, baseret på meta-analyse af 3 studier ^(29,32,37)	-	
Ikke alvorlige skadevirkninger ² (Non-serious adverse events) - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems - IPP)	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 4,38 standardafvigelser lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-5,34;-3,42).	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling, var 0,54 standardafvigelser lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,13; 0,04).	Der findes en signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P<0,001, I ² =97,8 %.
Antal deltagere	59, baseret på analyse af 1 studie ⁽³⁰⁾	253, baseret på metaanalyse af 4 studier ^(24-26,34)	
Symptombelastning (general psychiatric pathology)	Den gennemsnitlige effekt på symptombelastning i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var 0,25 standardafvigelser lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,00;0,51).	Den gennemsnitlige effekt på symptombelastning i interventionsgruppen med psykoterapi og anden behandling, var 0,53 standardafvigelser lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,93;- 0,13).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,51, I ² =0 %.
Antal deltagere	131, baseret på meta-analyse af 2 studier ^(31,32)	203, baseret på metaanalyse af 3 studier ⁽²⁴⁻²⁶⁾	

Bilag 11: Subgruppeanalyser PICO 6

Oversigt over subgruppe analyser for PICO 6 - Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)?

Outcomes	Subgruppe analyser:		Subgruppe forskel:
	Psykoterapi ¹ vs. TAU < 12 måneder	Psykoterapi vs. TAU ≥ 12 måneder	
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)	Den gennemsnitlige effekt på borderline sværhedsgraden i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,55 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,92;-0,17).	Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad i interventionsgruppen med psykoterapi var 1,59 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-3,85; 0,67).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,37, I ² =0 %.
Antal deltagere	321, baseret på metaanalyse af 7 studier ⁽²⁴⁻²⁶⁾	89, baseret på metaanalyse af 2 studier ^(28,39)	
Socialt funktionsniveau (Social function)	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,36 standardafvigelse højere i forhold til TAU. 95 % CI: (0,04;0,69).	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,13 standardafvigelse højere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,46; 0,72).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,47, I ² =0 %.
Antal deltagere	276, baseret på metaanalyse af 5 studier ^(24,26,34,85,86)	229, baseret på metaanalyse af 3 studier ^(32,33,87)	
Livskvalitet³ (Quality of life) - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Alvorlige skadevirkninger¹ (Serious side effects)			Kan ikke estimeres
Frafald (Drop out)	Der er gennemsnitligt 26 % flere dropouts i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 1,26. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,60;2,66).	Der er gennemsnitligt 44 % færre dropouts i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 0,68. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,42;1,03).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne P=0,14, I ² =0,54 %.
Antal deltagere	516, baseret på metaanalyse af 10 studier ^(24-27,29,31,34,37,38,85)	515, baseret på metaanalyse af 8 studier ^(28,30,32,33,35,36,41,87)	
Selvmoedsadfærd (Suicidal behavior)	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,26 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,74;0,22).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,63 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,21; 0,05).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,34, I ² =0 %.
Antal deltagere	194, baseret på metaanalyse af 6 studier ^(24,25,27,29,34,37)	328, baseret på metaanalyse af 6 studier ^(28,30,35,36,41,87)	
Brug af sundhedsydelser¹ (Use of health care) - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
Selvmoedsforsøg	Den gennemsnitlige effekt på	Den gennemsnitlige effekt på	Der findes ingen signifikant for-

(suicide attempt)	selvmordsforsøg i interventionsgruppen med psykoterapi, var 1,01 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,63;-0,40).	selvmordsforsøg i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,71 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-2,32; 0,90).	skel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,73, I ² =0 %.
Antal deltagere	58, baseret på metaanalyse af 2 studier ^(29,37)	124, baseret på metaanalyse af 3 studier ^(32,41,87)	
Ikke alvorlige skadevirkninger¹ - ikke rapporteret (Non-serious adverse events)			Kan ikke estimeres
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems - IPP)	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,59 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,07;-0,11).	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var 2,10 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-4,84; 0,65).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,29, I ² =10,9 %.
Antal deltagere	297, baseret på metaanalyse af 5 studier ^(24-26,34,86)	196, baseret på metaanalyse af 3 studier ^(30,41,87)	
Symptombelastning (general psychiatric pathology)	Den gennemsnitlige effekt på symptombelastning i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,53 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,83;-0,22).	Den gennemsnitlige effekt på symptombelastning i interventionsgruppen med psykoterapi, var 0,04 standardafvigelse lavere i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,30; 0,21).	Der findes en signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,02, I ² =82,5 %.
Antal deltagere	233, baseret på metaanalyse af 4 studier ^(24-26,31)	471, baseret på metaanalyse af 3 studier ^(32,41,87)	

CI: Konfidensinterval; TAU: Treatment As Usual; OR: Odds ratio;

¹ Vi fandt ikke evidens for dette udfald

Bilag 12: Tabeller til PIRO 1

PIRO 1 - 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?

Should Self-report form of SAPAS (SAPAS-SR) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.83 | Specificity: 0.8

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	415	166	42	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	85	34	8			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	400	640	760	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	100	160	190			

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (German et.al 2012)
**Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should IPDS (self rating) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.77 | Specificity: 0.85

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives	385	154	39	195 ⁽¹⁶⁾	⊕○○○	

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
(patients with borderline personality disorder)				(1)	VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	115	46	11			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	425	680	808	195 ⁽¹⁶⁾		
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	75	120	142	(1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (Germans et.al 2012)
 **Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
 ***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should S-SCID-II (short self report version) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.78 | Specificity: 0.78

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	390	156	39			
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	110	44	11	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
True negatives (patients without borderline personality disorder)	390	624	741	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	110	176	209			

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Not primary care | *Typically seen in psychiatric outpatients (Germans et.al 2012) |
| 2. risk of spectrum bias | **Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005) |
| 3. only one study | ***Typically seen at the general practitioner (estimated) |

Should SCID-II-PQ (self rating) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.78 Specificity: 0.78

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 64.1%*	Prevalence 20%*	Prevalence 5%*			
True positives (patients with borderline personality disorder)	500	156	39			
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	141	44	11	79 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
True negatives (patients without borderline personality disorder)	280	624	741			
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	79	176	209	79 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Not primary care | *Typically seen in psychiatric outpatients (German et.al 2012) |
| 2. risk of spectrum bias | **Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005) |
| 3. only one study | ***Typically seen at the general practitioner (estimated) |

Should PAS-Q (semistructured interview) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.8 | Specificity: 0.82

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	400	160	40	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	100	40	10			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	410	656	779	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	90	144	171			

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (German et.al 2012)
**Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should NEO-FFI (longer questionnaire) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.63 | Specificity: 0.35

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	315	126	32	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	185	74	18			

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
disorder)						
True negatives (patients without borderline personality disorder)	175	280	332	195 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	325	520	618			

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (Germans et.al 2012)
**Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should SAP (semistructured interview) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.69 | Specificity: 0.76

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 48.1%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	332	138	34	102 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	149	62	16			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	394	608	722	102 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	125	192	228			

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (Germans et.al 2012)
**Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should SAPAS-INF (structured interview) be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.76 | Specificity: 0.58

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 48.1%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
True positives (patients with borderline personality disorder)	366	152	38	102 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	115	48	12			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	301	464	551	102 ⁽¹⁶⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	218	336	399			

1. Not primary care
 2. risk of spectrum bias
 3. only one study
- *Typically seen in psychiatric outpatients (Germans et.al 2012)
**Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)
***Typically seen at the general practitioner (estimated)

Should IPDE-BPD be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.77 | Specificity: 0.77

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
True positives (patients with borderline personality disorder)	168	39	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	50	11			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	602	731	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	180	219			

1. risk of spectrum bias *Typically seen in youth mental health service (15-25 years) (Chanen et.al. 2005)
2. not primary care (GP) ** Typically seen at the general practitioner (estimated)
3. only one study

Should SCID-II PQ-BPD be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.64 | Specificity: 0.85

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
True positives (patients with borderline personality disorder)	140	32	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	78	18			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	665	808	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	117	142			

1. risk of spectrum bias *Typically seen in youth mental health service (15-25 years) (Chanen et.al. 2005)
2. not primary care (GP) ** Typically seen at the general practitioner (estimated)

3. only one study

Should MSI be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.68 | Specificity: 0.75

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
True positives (patients with borderline personality disorder)	148	34	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False negatives (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	70	16			
True negatives (patients without borderline personality disorder)	587	712	101 ⁽¹⁷⁾ (1)	⊕○○○ VERY LOW ^{1 2 3}	
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	195	238			

1. risk of spectrum bias *Typically seen in youth mental health service (15-25 years) (Chanen et.al. 2005)
 2. not primary care (GP) ** Typically seen at the general practitioner (estimated)
 3. only one study

Should BPQ be used to diagnose borderline personality disorder in primary care (GP)?

Sensitivity: 0.68 | Specificity: 0.9

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
True positives (patients with borderline personality disorder)	148	34	101 ⁽¹⁷⁾ (1)		
False negatives (patients incorrectly classified)	70	16			

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
as not having borderline personality disorder)					
True negatives (patients without borderline personality disorder)	704	855	101 ⁽¹⁷⁾ (1)		
False positives (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	78	95			

1. risk of spectrum bias *Typically seen in youth mental health service (15-25 years) (Chanen et.al. 2005)
2. not primary care (GP) ** Typically seen at the general practitioner (estimated)
3. only one study

Bilag 13: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, består 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, Risikov, 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. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#).

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, består 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 Kjølbjerg, udpeget af Region Nordjylland
- Peter Treufeldt, udpeget af Region Hovedstaden
- René Essom, udpeget af Kommunerne Landsforening
- Søren Bredkjær, udpeget af Region Sjælland

Sekretariat

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

Den nationale kliniske retningslinje for moderat og svær bulimi 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 Distriktpsychiatri
- 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

Bilag 14: Forkortelser og begreber

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, borderline type, 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-PQ-BPD	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 noradrenalingenoptagshæmmere
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 serotoninoptagshæmmere
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