SUNDHEDSSTYRELSEN

2019

Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type

National klinisk retningslinje

IKKE GÆLDENDE



Hovedforfatter

Sundhedsstyrelsen

Kontaktperson

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

www.sst.dk

Sponsorer / Finansiering

Sundhedsstyrelsen

Ansvarsfraskrivelse

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

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

ISBN: 978-87-7014-093-5

IKKE GÆLDENDE

Indhold

Centrale budskaber 4
1 - Læsevejledning 9
2 - Indledning 11
3 - Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor. 2015 12
4 - Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview. 2015 15
4 - Psykoedukation 2019 15
5 - Multimodal psykoterapi 2019 23
6 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2019 28
7 - Monitorering af psykoterapi 2019 30
8 - Individuelle kriseplaner. 2015. 32
9 - Antidepressiv medicin. 2015. 35
10 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015. 39
11 - Antipsykotisk medicin. 2015. 44
12 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM 51
13 - Baggrund 53
14 - Implementering 54
15 - Monitorering 55
16 - Opdatering og videre forskning 56
17 - Fokuserede spørgsmål 57
18 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger 66
19 - Arbejdsgruppe og referencegruppe 68
20 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer 71
21 - Ordliste 73
Referencer 75

IKKE GÆLDENDE

Centrale budskaber

1 - Læsevejledning

2 - Indledning

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

Svag Anbefaling MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

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

God Praksis (Konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk, hvorfor de passende kan anvendes: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) [48], Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) [24], Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) [52]. International Personality Disorder Examination (IPDE)[34], og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykisk lidelser.

IKKE GÆLDENDE

4 - Psykoedukation 2019

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2019

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

5 - Multimodal psykoterapi 2019

Svag Anbefaling

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

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2019

Patientens motivation og ressourcer, sværhedsgraden af lidelsen og associerede vanskeligheder er vigtige elementer, som bør tages med i den individuelle vurdering af et relevant behandlingstilbud til den enkelte patient. Særligt i behandlingen af patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser, og hvor der i øvrigt skønnes at være behov for flerfaglige kompetencer, kan det være en fordel at tilbyde multimodal behandling. Unimodal behandling er psykoterapi i en enkelt modalitet, typisk kun gruppeterapi eller kun individuel terapi, hvis begge indgår udgør dette en multimodal behandling. I det multimodale behandlingsprogram kan der, foruden psykoterapi, indgå en eller flere behandlingstilgange, som indebærer en væsentlig forøgelse i den samlede behandlingstid (dosis). Eksempler på sådanne tilgange er: Psykoedukation, mindfulness, kropsterapi eller socialfærdighedstræning. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvilke type behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt.

IKKE GÆLDENDE

6 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2019

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at tilbyde enten kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder).

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2019

Det er vanskeligt på forhånd at afklare hvilke patienter, der vil have glæde af et psykoterapeutisk behandlingsforløb, der strækker sig udover 12 måneder. Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær personlighedsforstyrrelse samt ved svær social anamnese og evt. misbrug, kan der ofte være behov for et længere behandlingsforløb. Varigheden må derfor bero på en individuel vurdering. Ved patienter, hvor det ved afslutning af et standard pakkeforløb vurderes, at man med rette kan forvente effekt af yderligere behandling, eller hvor det skønnes, at yderligere behandling er nødvendig i forhold til at fastholde en opnået effekt, bør der være en mulighed for at tilbyde dette. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvor langt et behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt [43].

7 - Monitorering af psykoterapi 2019

Svag Anbefaling MOD

Anvend kun efter nøje overvejelse jævnligt monitorering af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, da monitorering på kort sigt (<12 måneder) muligvis medfører symptomforværring.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2019

Monitering kan fungere som en evaluering af behandlingseffekt. Den kan foretages med jævne mellerum f.eks fra ugebasis til hver 3. eller 6. måned. Følgende instrumenter kan fx anvendes til monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) [32], the Outcome Rating Scale (ORS) [36] og the Session Rating Scale (SRS) [23].

8 - Individuelle kriseplaner. 2015.

Svag Anbefaling

Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

IKKE GÆLDENDE

9 - Antidepressiv medicin. 2015.

Svag Anbefaling MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

10 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015.

Svag Anbefaling MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet 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.

11 - Antipsykotisk medicin. 2015.

Svag Anbefaling MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet 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.

IKKE GÆLDENDE

12 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM
13 - Baggrund
14 - Implementering
15 - Monitorering
16 - Opdatering og videre forskning
17 - Fokuserede spørgsmål
18 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger
19 - Arbejdsgruppe og referencegruppe
20 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
21 - Ordliste

IKKE GÆLDENDE

1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

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

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

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

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

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

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

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

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

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

- *Høj*: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- *Moderat*: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes
- *Lav*: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- *Meget lav*: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.
- *Nøgleinformation*: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

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

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

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

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

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

IKKE GÆLDENDE

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For en hurtig og informativ intriduktion til GRADE anbefales følgende artikel *G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction* (http://www.gradeworkinggroup.org). Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

IKKE GÆLDENDE

2 - Indledning

Formål
Formålet med den nationale kliniske retningslinje er at bidrage til en øget kvalitet i diagnostik og behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur. Dette gøres ved at bidrage med handlingsanvisende anbefalinger på udvalgte dele af de diagnose - og behandlingsindsatser, hvor der er behov for at evidensen kortlægges. Der er således ikke tale om en komplet behandlingsvejledning, men et udvalg af enkelte specifikke anbefalinger, der ved at blive implementeret i eksisterende instrukser kan styrke de udrednings - og behandlingsprocedurer, der findes på området.

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

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

Emneafgrænsning
Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger i patientforløbet ('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?
- Bør der anvendes et semi-struktureret personlighedsinterview, når patienter med borderline personlighedsforstyrrelse diagnosticeres?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation? (Opdateret i 2019)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi eller unimodal psykoterapi? (Opdateret i 2019)
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes kortvarig (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder)? (Opdateret i 2019)
- Bør effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse monitoreres struktureret og jævnligt ved brug af validerede instrumenter? (Opdateret i 2019)
- Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsforstyrrelse?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?
- Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antipsykotisk medicin (neuroleptika)?

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

Rationale for valg af opdatering i 2019
Beslutningen om at opdatere de fokuserede spørgsmål vedr. psykoedukation, multimodal behandling, lang versus kort behandling og monitorering blev truffet, fordi arbejdsgruppen vurderede at der var kommet ny evidens på dette område, siden retningslinjen blev publiceret i 2015.

Patientperspektivet
De relevante patientforeninger har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje.

IKKE GÆLDENDE

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

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

Prævalensen af BPF hos de praktiserende læger estimeres til at være mellem 5 – 20 % af den samlede patientpopulation *[20][37]*. Blandt de af den praktiserende læges patienter, som præsenterer sig med selvskadende adfærd, emotionel ustabilitet, selvmordsadfærd, tilbagevendende kontakter, og -komorbide lidelser, kaotiske relationer samt misbrug og impulsiv adfærd, vil prævalensen formodes at være højere. Patienter med BPF vil typisk have hyppige kontakter til sundhedsvæsenet *[49]*, hvor de præsenterer sig med forskellige somatiske symptomer *[22][29]*. 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 lidelse og tilstræbe det bedst mulige psykosociale funktionsniveau for patienten *[21]*.

Den praktiserende læges personlige kendskab til patienten, familien, den psykosociale baggrund og evt. genetiske dispositioner til psykisk lidelse 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.

Svag Anbefaling | MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

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

Kvaliteten af evidensen

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

Patientpræferencer

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.

Rationale

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

IKKE GÆLDENDE

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Oversat og valideret screeningsinstrument for personlighedsforstyrrelser

Sammenligning: Struktureret personlighedsinterview

Sammenfatning

Til besvarelsen af det fokuserede spørgsmål indgår to primære studier vedr. diagnostiske tests (observationelle studier)*[80] [87]*.

Germans gennemgår i 3 studier *[87]* den diagnostiske præcision af 8 forskellige redskaber (SAPAS-SR, S-SCID-II, NEO-FFI, SCID-II-PQ og SAPAS-INF, IPDS, PAS-Q, SAP) hvor SCID13 II anvendes som referencestandard. I alt indgår 376 patienter i psykiatrisk ambulant regi. Prævalensen af BPF varierer i de tre studier fra 48,1 % - 64,1 %.

I Chanen *[80]* 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 tabeller på Sundhedsstyrelsens hjemmeside). 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 prævalensen 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.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Struktureret personlighedsinterview	Valideret screeningsinstrument for personlighedsforstyrrelser	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alle outcome					Vi fandt ingen studier, der direkte besvarede det fokuserede spørgsmål

IKKE GÆLDENDE

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

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

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

Det gængse kliniske interview har til formål at identificere og klassificere patientens symptomer i ICD-10. Det bygger på behandlerens kendskab til psykopatologiske grundbegreber, typificering af kategorier og klinisk erfaring i selve interviewprocessen. Behandleren vil herefter sammenligne patientens sygdomsbillede med de officielle diagnostiske kriterier i ICD-10 med henblik på at finde en diagnose. Det er blevet mere almindeligt, at man indenfor de forskellige sygdomsgrupper nu støtter sig til en systematisk udredning gennem brug af instrumenter som SCAN, PSE og MINI. Imidlertid mangler disse instrumenter en sektion for udredning af personlighedspatologi. Semi-struktureret interview, som oprindeligt blev udviklet til forskningsbrug, identificerer BPF meget hyppigere end det kliniske interview *[50]*.

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

God Praksis (Konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk, hvorfor de passende kan anvendes: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) [48], Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) [24], Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) [52]. International Personality Disorder Examination (IPDE)[34], og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykisk lidelser.

Praktiske Oplysninger

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)(18), Structured Clinical Interview for DSMIV Personality Disorders (SCID-II)(19), Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD) *[52]*. International Personality Disorder Examination (IPDE)(20), og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10. Det er væsentligt, at der også foretages en grundig diagnostisk udredning for andre psykiske lidelser.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Med et semi-struktureret personlighedsinterview sikres en systematisk gennemgang af diagnosekriterierne for BPF. Det skønnes gavnligt, at et semi-struktureret interview sikrer en afdækning af karakteren og dybden af personlighedsstrukturen. Herved opnås et mere differentieret billede, herunder om der er flere personlighedsforstyrrelser, og behandling kan tilpasses i forhold hertil. Dette må formodes at opveje det ekstra tidsforbrug, idet det modvirker over- og underdiagnosticering og giver en indikator for

IKKE GÆLDENDE

sværhedsgraden/omfanget af personlighedspatologi.

Kvaliteten af evidensen

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

Patientpræferencer

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Struktureret personlighedsinterview (f.eks. SCID-II)

Sammenligning: Ustruktureret klinisk interview

Sammenfatning

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

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Ustruktureret klinisk interview	Struktureret personlighedsinterview	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alle outcome (All outcomes)					Vi fandt ingen studier, der direkte besvarede det fokuserede spørgsmål

4 - Psykoedukation 2019

Fokuseret spørgsmål:
Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

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

Svag Anbefaling

Overvej at tilbyde psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2019

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

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Der blev ikke fundet signifikante forskelle på nogen outcomes, hverken ved behandlingsafslutning eller ved længste opfølgningstidspunkt, men når baselineforskelle blev taget med i analyserne (der var generelt en større ændring i den gruppe, der modtog psykoedukation) fandt man mulige effekter af psykoedukation både på borderline sværhedsgrad, socialt funktionsniveau og interpersonelle problemer.

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

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

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

Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

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

Andre overvejelser

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

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

IKKE GÆLDENDE

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Psykoedukation

Sammenligning: Vanlig behandling

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består samlet af to randomiserede forsøg *[118][123]*. Disse forsøg er fundet tildels via søgningen i 2015 og i en ny søgning i forbindelse med opdateringen i 2019. I 2015 blev der fundet en systematisk oversigtsartikel *[114]*, som bidrog med 1 forsøg *[118]*. I forbindelse med opdateringen i 2019 blev der fundet et nyt forsøg i en supplerende søgning *[123]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier bestod af patienter diagnosticeret med Borderline Personligheds Forstyrrelse og interventionerne bestod af forskellige former for psykoedukation. Der blev ikke fundet nogen signifikante forskelle på de valgte outcomes, hverken ved behandlingsafslutning eller ved længste opfølgningstidspunkt. Disse analyser tager ikke hensyn til evt forskelle ved baseline. I rapporteringen af *[121]*, hvor baselineforskelle blev taget med i analyserne fandt de mulige signifikante effekter af psykoedukation både på borderline sværhedsgrad, socialt funktionsniveau og interpersonelle problemer *[123]*. Kvaliteten af outcomes var samlet set meget lav, da der var høj risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater. Dette er sammenligneligt med det man fandt i 2015, hvor der også sås evidens med høj risiko for bias og upræcise effektestimater.

Yderligere information om studierne kan tilgås som PDF eller datafil på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Vanlig behandling	Psykoedukation	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Frafald (Drop-out) Ved behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 0.5 (CI 95% 0.05 - 5.3) Baseret på data fra 80 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	**50** per 1.000	**25** per 1.000 Forskel: **25 færre** per 1.000 (CI 95% 47 færre - 215 mere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat [2]	Psykoedukation medfører muligvis ingen ændringer i frafald (drop-out)
Ikke alvorlige skadevirkninger (Non-serious adverse events) Ved					Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomsten af ikke-alvorlige skadevirkninger

behandlingsafslutning 6 Vigtig		
Brug af sundhedsydelser (Use of healthcare services) Længste follow-up efter behandlingsafslutning (longest follow-up after end of treatment) 6 Vigtig		Vi fandt ingen studier, der opgjorde brug af sundhedsydelser
Alvorlige skadevirkninger (Serious adverse events) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig		Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomsten af alvorlige skadevirkninger
Hospitalsindlæggelser (Hospitalsadmission) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig		Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomsten af hospitalsindlæggelser
Socialt funktionsniveau Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment) 9 Kritisk		Vi fandt ingen studier, der opgjorde socialt funktionsniveau ved længste follow-up efter endt behandling
Livskvalitet (Quality of life) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of		Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet ved længste follow-up efter endt behandling

treatment) 9 Kritisk				
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment) 9 Kritisk				Vi fandt ingen studier, der opgjorde borderline sværhedsgrad ved længste follow-up efter endt behandling
Socialt funktionsniveau (Social functioning) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig	Målt med: SAS Baseret på data fra: 77 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.28 lavere** (CI 95% 0.73 lavere - 0.16 højere)	**Meget lav** på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat, på grund af alvorlig risiko for bias [4]	Psykoedukation medfører muligvis ingen ændringer i social funktions niveau (social functioning)
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Zanarini rating scale, total score Baseret på data fra: 77 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel: **SMD 0.42 lavere** (CI 95% 0.87 lavere - 0.03 højere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat [6]	Psykoedukation medfører muligvis ingen ændringer i borderline sværhedsgrad (Borderline severity)
General funktionsniveau (General functioning) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig	Målt med: Sheehan disability scale Baseret på data fra: 77 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel: **MD 1.9 lavere** (CI 95% 5.2 lavere - 1.4 højere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist effektestimat [8]	Psykoedukation medfører muligvis ingen ændringer i generelt funktionsniveau (General functioning)
Interpersonelle problemer (Interpersonel problems) Ved behandlingsafslutning	Målt med: Zanarini, interpersonel score + "stormy relationships" Baseret på data fra: 127 patienter i 2	Forskel: **SMD 0.45 lavere** (CI 95% 0.96 lavere - 0.07 højere)	**Meget lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlig upræcist	Psykoedukation medfører muligvis ingen ændringer i interpersonelle problemer (Interpersonel

(end of treatment) 6 Vigtig	studier. [9] (Randomiserede studier)		effektestimat [10]	problems)
Interpersonelle problemer (interpersonel problems) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment) 6 Vigtig				Vi fandt ingen studier, der opgjorde interpersonelle problemer ved længste follow-up efter endt behandling
Symptombelastning (symptom distress) Ved behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig				Vi fandt ingen studier, der opgjorde symptombelastning ved behandlingsafslutning
Selvskadende adfærd (selfharm) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig				Vi fandt ingen studier, der opgjorde selvskadende adfærd ved behandlingsafslutning

1. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [123],
2. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimat: Meget alvorlig .** Kun data fra ét studie, Brede konfidensintervaller ;
3. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [123],
4. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimat: Meget alvorlig .** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;
5. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [123],
6. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimat: Meget alvorlig .** Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;
7. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [123],
8. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimat: Meget**

alvorlig . Brede konfidensintervaller, Kun data fra ét studie ;
9. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Zanarini 2008, Zanarini 2017. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [118], [123],
10. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Upræcist effektestimat: Meget alvorlig .** Få patienter (<100) /(100-300) inkludert i studiene, Brede konfidensintervaller ;

Referencer

[4] Metaanalyse NKR Borderline Psychoeducation 2018. Kan tilgås på SST.dk.

IKKE GÆLDENDE

5 - Multimodal psykoterapi 2019

Fokuseret spørgsmål:
Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes en eller flere samtidige psykoterapier?

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

Nogle af tilgangene anvender en kombination af forskellige behandlingsmodaliteter, mens andre udelukkende er baseret på en enkelt modalitet *[44]*. Flere evidensbaserede behandlinger rummer en kombination af følgende 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. Det ønskes afklaret, om der er forskel på effekten af henholdsvis specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, indeholdende mindst to modaliteter, hvoraf mindst én er psykoterapi, og unimodal psykoterapi.

Svag Anbefaling

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

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2019

Patientens motivation og ressourcer, sværhedsgraden af lidelsen og associerede vanskeligheder er vigtige elementer, som bør tages med i den individuelle vurdering af et relevant behandlingstilbud til den enkelte patient. Særligt i behandlingen af patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser, og hvor der i øvrigt skønnes at være behov for flerfaglige kompetencer, kan det være en fordel at tilbyde multimodal behandling. Unimodal behandling er psykoterapi i en enkelt modalitet, typisk kun gruppeterapi eller kun individuel terapi, hvis begge indgår udgør dette en multimodal behandling. I det multimodale behandlingsprogram kan der, foruden psykoterapi, indgå en eller flere behandlingstilgange, som indebærer en væsentlig forøgelse i den samlede behandlingstid (dosis). Eksempler på sådanne tilgange er: Psykoedukation, mindfulness, kropsterapi eller socialfærdighedstræning. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvilke type behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

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

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

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

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

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

Andre overvejelser

Ingen væsentlige problemer med anbefalet alternativ

IKKE GÆLDENDE

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Multimodal behandlingsprogram

Sammenligning: Unimodal behandlingsprogram

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består samlet af to randomiserede forsøg (i 4 artikler) *[136][137][138][139]*. Disse forsøg er fundet via søgning i forbindelse med opdateringen i 2019. I 2015 blev der ikke fundet nogle studier, der direkte sammenlignet multimodal psykoterapi med unimodal psykoterapi, hvilket skyldes andre inklusions og ekslusions kriterier. Istedet brugte man, i en indirekte analyse, en sammenligning af multimodal versus standardbehandling med unimodal versus standard behandling. Ved denne opdatering i 2019 er inklusion og eksklusions kriterierne ændret noget og der er derfor søgt tilbage til 2004.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier bestod af patienter diagnosticeret med Borderline Personligheds Forstyrrelse og interventionerne bestod af en kombineret multimodal mentaliserings baseret sammenlignet med en unimodal støttende gruppeterapi *[136][137]* og en multimodal dialektisk adfærdsterapi sammenlignet med en generel psykiatrisk behandling (General Psychiatric Mangement) *[138][139]*. Der blev ikke fundet nogen signifikante forskelle på nogen outcomes hverken ved behandlingsafslutning eller ved længste opfølgningstidspunkt. Kvaliteten af outcomes var samlet set meget lav, da der var høj risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimater. Dette er sammenligneligt med det man fandt i 2015, hvor der også sås evidens med høj risiko for bias og upræcise effektestimater i de indirekte analyser.

Yderligere information om studierne kan tilgås som PDF eller datafil på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Unimodal	 Multimodal	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Frafald (Drop out) Ved behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig	Relative risiko 1.02 (CI 95% 0.76 - 1.36) Baseret på data fra 291 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	**394** per 1.000	**409** per 1.000 Forskel: **15 mere** per 1.000 (CI 95% 98 færre - 145 mere)	**Meget lav** på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [2]	Der er muligvis ingen forskel på frafald ved multimodal eller unimodal psykoterapi

Livskvalitet (Quality of Life) Længste follow-up efter endt behandling (Longest follow-up after end of treatment) 9 Kritisk	Målt med: EQ-5D Højere bedre Baseret på data fra: 180 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 måneder	**67.69** (gennemsnit)	**64.31** (gennemsnit) Forskel: **MD 3.38 lavere** (CI 95% 9.53 lavere - 2.77 højere)	**Lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [4]	Der er muligvis ingen forskel på forbedring af livskvalitet ved multimodal eller unimodal psykoterapi
Socialt funktionsniveau (Global Assessment of Function) Længste follow-up efter endt behandling (Longest follow-up after end of treatment) 9 Kritisk	Målt med: GAF-F Højere bedre Baseret på data fra: 54 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 18 måneder	**53.9** (gennemsnit)	**60.5** (gennemsnit) Forskel: **MD 6.6 højere** (CI 95% 1.1 lavere - 14.3 højere)	**Meget lav** på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [6]	Der er muligvis ingen forskel på forbedring af socialt funktionsniveau ved multimodal eller unimodal psykoterapi
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment) 9 Kritisk	Lavere bedre Baseret på data fra: 180 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 måneder	**6.66** (gennemsnit)	**8.29** (gennemsnit) Forskel: **MD 1.63 højere** (CI 95% 0.1 lavere - 3.36 højere)	**Lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [8]	Der er muligvis ingen forskel på forbedring af borderline sværhedsgrad ved multimodal eller unimodal psykoterapi
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) Længste follow-up efter endt behandling (longest follow-up after end of treatment) 6 Vigtig	Målt med: IIP-64 total score Lavere bedre Baseret på data fra: 233 patienter i 2 studier. [9] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 6 måneder	Forskel: **SMD 0.07 lavere** (CI 95% 0.58 lavere - 0.45 højere)		**Meget lav** på grund af meget alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig inkonsistente resultater, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [10]	Der er muligvis ingen forskel på forbedring af interpersonelle problemer ved multimodal eller unimodal psykoterapi
Symptombelastning (Symptom distress) Ved	Målt med: SCL-90-R total score Lavere bedre	Forskel: **MD 0.02 lavere** (CI 95% 0.24 lavere - 0.19 højere)		**Meget lav** på grund af meget alvorlig risiko for	Der er muligvis ingen forskel på forbedring af symptombelastning ved

behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig	Baseret på data fra: 235 patienter i 2 studier. [11] (Randomiserede studier)			bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [12]	multimodal eller unimodal psykoterapi
Selvmordsforsøg (Suicide attempts) Ved behandlingsafslutning (End of treatment) 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra: 177 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)	**0.09** (gennemsnit)	**0.07** (gennemsnit) Forskel: **MD 0.02 lavere** (CI 95% 0.11 lavere - 0.07 højere)	**Lav** på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig upræcist effektestimat [14]	Der er muligvis ingen forskel på antal selvmordsforsøg ved multimodal eller unimodal psykoterapi
Ikke alvorlige skadevirkninger (Non serious adverse events) Ved behandlingsafslutning (end of treatment) 6 Vigtig					Vi fandt ingen studier der belyste dette outcome
Brug af sundhedsydelser (Use of healthcare) Længste follow-up efter endt behandling (Longest follow-up after end of treatment) 6 Vigtig					Vi fandt ingen studier der belyste dette outcome

1. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: Jorgensen 2014, McMain 2012. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [139], [137],
2. **Risiko for bias: Meget alvorlig .** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig . Publikationsbias: Ingen betydelig .**
3. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: McMain 2012. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [139],
4. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig . Publikationsbias: Ingen betydelig .**
5. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: Jorgensen 2014. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [137],
6. **Risiko for bias: Meget alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat:**

Alvorlig . Publikationsbias: Ingen betydelig .
7. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: McMain 2012. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [139],
8. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig . Publikationsbias: Ingen betydelig .**
9. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: McMain 2012, Jorgensen 2014. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [137], [139],
10. **Risiko for bias: Meget alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Alvorlig .** Den statistiske heterogenicitet er høj ; **Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig .** Brede konfidensintervaller ; **Publikationsbias: Ingen betydelig .**
11. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: McMain 2012, Jorgensen 2014. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [139], [137],
12. **Risiko for bias: Meget alvorlig .** Manglende blinding, Utilstrekkelig/manglende blinding i evalueringen, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig .** Brede konfidensintervaller ; **Publikationsbias: Ingen betydelig .**
13. Systematisk oversigtsartikel [6] med inkluderede studier: McMain 2012. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [139],
14. **Risiko for bias: Alvorlig .** Manglende blinding, Inkomplette data/eller Stort frafald ; **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig . Manglende overførbarhed: Ingen betydelig . Upræcist effektestimat: Alvorlig .** Kun data fra ét studie ; **Publikationsbias: Ingen betydelig .**

Referencer

[6] Metaanalyse NKR Borderline Unimodal ver multimodal behandling 2018. Kan tilgås på SST.dk..

IKKE GR

6 - Langvarig vs. kortvarig psykoterapi 2019

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

Der foreligger klar evidens for, at psykoterapi, herunder kognitiv adfærdsterapi (CBT), dialektisk adfærdsterapi (DBT), skemafokuseret terapi (SFT), mentaliseringsbaseret terapi (MBT), overføringsfokuseret psykoterapi (TFP) er effektivt til patienter med BPF *[44][51][60]*. Patienter med BPF er som gruppe meget heterogene både i klinisk fremtræden og sværhedsgrad. Forskelle i sværhedsgrad, patientpsykopatologi og funktionsevnetab fremgår ikke af det gældende diagnosesystem. I studier, der undersøger effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF, strækker behandlingen sig typisk over 6 til 36 måneder. I de fleste undersøgelser varer behandlingen ét år.

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

God Praksis (Konsensus)

Det er god praksis at tilbyde enten kortvarig psykoterapi (< 12 måneder) eller langvarig psykoterapi (≥ 12 måneder).

Anbefalingen er opdateret uden ændringer 2019

Det er vanskeligt på forhånd at afklare hvilke patienter, der vil have glæde af et psykoterapeutisk behandlingsforløb, der strækker sig udover 12 måneder. Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær personlighedsforstyrrelse samt ved svær social anamnese og evt. misbrug, kan der ofte være behov for et længere behandlingsforløb. Varigheden må derfor bero på en individuel vurdering. Ved patienter, hvor det ved afslutning af et standard pakkeforløb vurderes, at man med rette kan forvente effekt af yderligere behandling, eller hvor det skønnes, at yderligere behandling er nødvendig i forhold til at fastholde en opnået effekt, bør der være en mulighed for at tilbyde dette. Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvor langt et behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt [43].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

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.

Kvaliteten af evidensen

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

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Det vurderes, at varighed af behandling er præferencefølsomt.

Rationale

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

IKKE GÆLDENDE

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Psykoterapi i 12 måneder eller længere

Sammenligning: Psykoterapi i 12 måneder eller kortere

Sammenfatning

Der blev ved søgningen i 2015 og ved den opdaterede søgning i 2019 ikke identificeret studier, der besvarer det fokuserede spørgsmål. Der er derfor anvendt baggrundsmateriale (indirekte evidens) til besvarelse af spørgsmålet. For at vurdere eventuelle forskelle i effekt er der udført en subgruppeanalyse, hvor det er undersøgt, om der er signifikant forskel i effekten mellem de to typer af behandling. Analysen er baseret på 24 studier *[68][69][71][74][78][79][81][84][85][89][90][92][93][95][105][112][117][116][125][130][131][132][134][135]*. Oversigt over subgruppeanalyser for kortvarig og langvarig behandling ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Denne subgruppeanalyse er blevet opdateret i 2019. Arbejdsgruppen er bekendt med at der foregår forskning på området; "The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorders: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER)" trial vil præsentere endelige resultater i efteråret 2019 *[140]*.

Gennemgang af evidensen

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

Studierne omhandlende kortvarig behandling har en median opfølgningstid på 4,5 måned (range 2-9 måneder), og studierne omhandlende langvarig behandling har en median opfølgningstid på 12 måneder (range 12-28 måneder). En samlet oversigt over længden af interventionerne samt frekvensen af terapi for de inkluderede studier, kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

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

7 - Monitorering af psykoterapi 2019

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

Psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF strækker sig ofte over længere perioder. Der foreligger evidens, der peger på, at terapeuter sjældent er i stand til at vurdere patientens udbytte af psykoterapien på en valid måde *[26][27]*. 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 *[30]*. Det er formodningen, at disse metoder eventuelt kan mindske det traditionelt store frafald fra psykoterapi (25-40 %) *[35]*. Løbende feedback er en af flere mulige modeller. Monitorering kan også bestå i en evaluering af psykopatologien efter en vis behandlingsperiode.

Der forefindes systematiske reviews, som belyser spørgsmålet i andre patientgrupper end patienter med BPF. I en metaanalyse lavet af Lambert og kollegaer *[33]* ses en god effekt af at indføre et feedback monitorering system af psykopterapien, især til de mest belastede patienter, hvor man på forhånd var usikker på, hvilket udbytte de ville have af psykoterapi. *[41][46]* To nye systematiske reviews stiller spørgsmål ved effekten af outcome monitorering i psykiatriske populationer *[14][15]*. Det ene systematiske review peger også på mulige skadelige virkninger ved session til session monitorering*[15]*.

Svag Anbefaling | MOD

Anvend kun efter nøje overvejelse jævnligt monitorering af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, da monitorering på kort sigt (<12 måneder) muligvis medfører symptomforværring.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2019

Monitering kan fungere som en evaluering af behandlingseffekt. Den kan foretages med jævne mellerum f.eks fra ugebasis til hver 3. eller 6. måned. Følgende instrumenter kan fx anvendes til monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) [32], the Outcome Rating Scale (ORS) [36] og the Session Rating Scale (SRS) [23].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

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

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen er meget lav, da der er risiko for bias og meget alvorlig upræcist effektestimat.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

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

Andre overvejelser

IKKE GÆLDENDE

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

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

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

Sammenfatning

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af ét forsøg *[127]*. Dette er en ændring fra 2015 udgaven, hvor der ikke fandtes nogen forsøg som kunne inkluderes.

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

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

Informationer om studiet kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

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

8 - Individuelle kriseplaner. 2015.

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

Patienter med BPF oplever ofte emotionelle kriser, der kan føre til selvskade eller selvmordsforsøg. Omkring 70 % af patienterne udøver selvskadende handlinger og ca. 9 % mister livet ved selvmord *[30][39]*. Et akut eskalerende forbrug af alkohol/stoffer kan medføre forøget suicidal adfærd. Selvskade og selvmordsforsøg medfører ofte indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, og ved længere indlæggelser er der potentielt risiko for tab af selvstændighed og dermed tab af sociale færdigheder. Udarbejdelse af individuelle kriseplaner kan muligvis hjælpe patienter til at håndtere emotionelle kriser og være et hjælpemiddel til at nedbringe antallet af indlæggelser og forkorte indlæggelsestiden.

Forskning indenfor psykosespektret har vist, at kriseplaner kan mindske brug af tvangsbehandling overfor patienter med psykose *[28]*. For patienter med BPF er det uklart, hvilken effekt kriseplaner har, og hvad disse planer skal indeholde. Arbejdsgruppen ønskede at afklare, om der ses positive effekter i forhold til håndtering af kriser ved implementering af individuelle kriseplaner til BPF patienter.

Svag Anbefaling

Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

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 uhensigtsmæssige indlæggelser med brud i familie- og venneforhold, uddannelses- og arbejdsforløb. Fraset forbrug af tid til udarbejdelse af plan, vurderes kriseplaner ikke at være forbundet med skadevirkninger.

Kvaliteten af evidensen

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

Patientpræferencer

Der skønnes ikke at være præferencefølsomhed.

Rationale

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

IKKE GÆLDENDE

Fokuseret Spørgsmål

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

Intervention: Individuelle planer for håndtering af kriseperioder er udarbejdet

Sammenligning: Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperioder

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af ét RCT *[77]* og ét observationelt studie *[72]*.

Den fundne RCT*[77]* 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 *[72]*. 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.

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

	måneder		
Livskvalitet (Quality of life) 6 Vigtig			Vi fandt ingen evidens for dette outcome
Symptombelastning (General psychiatric pathology) 6 Vigtig			Vi fandt ingen evidens for dette outcome
Brug af sundhedsydelser (Use of health care) 6 Vigtig			Vi fandt ingen evidens for dette outcome
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) 6 Vigtig			Vi fandt ingen evidens for dette outcome

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [72],
2. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [77]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [77],

9 - Antidepressiv medicin. 2015.

Fokuseret spørgsmål:
Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?

Brug af antidepressiv medicin til patienter med BPF er udbredt *[49]* og anvendes også til behandling af BPF kernesymptomer *[19]*. Der er behov for større viden om fordele og ulemper ved brug af antidepressiv medicin til denne patientgruppe i forhold til behandling af personlighedsforstyrrelsen.

Svag Anbefaling | MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

Nøgleinformationer

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

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

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedstruktur, boderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system
Intervention: Antidepressiv medicin, opdelt på SSRI og lignende antidepressiva, TCA, MAO-hæmmer
Sammenligning: Placebo

IKKE GÆLDENDE

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af seks RCT*[98][104][106][108][110][111]* fra et Cochrane review *[113]*. Den opdaterede søgning identificerede ingen nye relevante studier.

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antidepressiv behandling med placebo behandling, viser ikke effekt i forhold til de valgte outcomes (se afsnit "Søgestrategi"). De identificerede studier belyser ikke livskvalitet og alvorlige skadevirkninger, som er defineret som kritiske outcomes, derfor er den samlede kvalitet af evidensen meget lav. Der er ingen data på brug af sundhedsydelser, selvmordsforsøg og generelle skadevirkninger. Oplysninger om skadevirkninger af de forskellige antidepressiva er derfor hentet fra "promedicin.dk" *[16]*.

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

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

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

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

1. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [111], [110], [108], [104], [98]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [108], [110], [98], [104], [111],
2. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [98]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [98],
3. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [110]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [110],
4. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [106], [108], [110], [111]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [106], [111], [110], [108],
5. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [110], [111]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [111], [110],
6. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [110], [111]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [110], [111],

IKKE G

10 - Stemningsstabiliserende medicin. 2015.

Fokuseret spørgsmål:
Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?

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

Svag Anbefaling | MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation. Ved påbegyndt behandling med stemningsstabiliserende medicin til patienter med BPF fastsættes et forventet behandlingsmål, og lægemidlerne seponeres ved manglende effekt eller uforholdsmæssige bivirkninger.

Nøgleinformationer

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

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

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

IKKE GÆLDENDE

Intervention: Stemningsstabiliserende medicin, opdelt på Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramat
Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af 8 RCT'er *[83][86][91][96][100][101][103][115]* fra ét Cochrane review *[113]*. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevante studie *[97]*.

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

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

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

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

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Placebo	 Stemningsstabiliserende medicin vs placebo	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alvorlige skadevirkninger (serious adverse events) 9 Kritisk					Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Frafald (Dropout) Carbamazepine, Valproate semisodium, Lamotrigin, Toprimat 6 Vigtig	Odds ratio 0.75 (CI 95% 0.34 - 1.62) Baseret på data fra 254 patienter i 8 studier. [1] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4-24 uger	**215** per 1.000	**170** per 1.000 Forskel: **45 færre** per 1.000 (CI 95% 130 færre - 92 mere)	**Moderat** Høj risiko for systematisk fejl	
Skadevirkning (Adverse event): Parasthesia	Relative risiko 3 (CI 95% 0.33 - 27.12) Baseret på data fra 56	**36**	**108**	**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl.	

Topiramat 6 Vigtig	patienter i 1 studier. [2] Opfølgningstid 10 uger	per 1.000 per 1.000 Forskel: **72 mere** per 1.000 (CI 95% 940 mere - 24 færre)		Bredt konfidensinterval
Skadevirkninger (Adverse event) Hovedpine, Topiramat 6 Vigtig	Relative risiko 1 (CI 95% 0.15 - 6.61) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	**71** per 1.000 **71** per 1.000 Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 398 mere - 60 færre)		**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Skadevirkning (Adverse event) Svimmelhed, Toprimat 6 Vigtig	Relative risiko 1.5 (CI 95% 0.27 - 8.3) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. [4] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	**71** per 1.000 **107** per 1.000 Forskel: **36 mere** per 1.000 (CI 95% 518 mere - 52 færre)		**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Skadevirkninger (Adverse event): Hukommelsesproblemer, Topiramat 6 Vigtig	Relative risiko 2 (CI 95% 0.55 - 7.22) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. [5] Opfølgningstid 10 uger	**107** per 1.000 **214** per 1.000 Forskel: **107 mere** per 1.000 (CI 95% 666 mere - 48 færre)		**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Skadevirkninger (Adverse event): Udmattelse, Topiramat 6 Vigtig	Relative risiko 2 (CI 95% 0.4 - 10.05) Baseret på data fra 56 patienter i 1 studier. [6] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 10 uger	**71** per 1.000 **142** per 1.000 Forskel: **71 mere** per 1.000 (CI 95% 643 mere - 43 færre)		**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl. Bredt konfidensinterval
Skadevirkninger totalt (Adverse events total) 6 Vigtig				Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Brug af sundhedsydelser (Use of health care) 6 Vigtig				Vi fandt ikke evidens for dette outcome

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

pathology) Carbamazepin, Divalproex, Tropimat 6 Vigtig	Baseret på data fra: 90 patienter i 3 studier. [10] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 4-12uger	(CI 95% 1.43 lavere - 0.28 lavere)	systematisk fejl. Høj heterogenitet (I^2=67%)	
Livskvalitet (Quality of life) 6 Vigtig				Vi fandt ikke evidens for dette outcome

1. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [96], [91], [86], [83], [115], [103], [101], [100]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [101], [83], [86], [103], [91], [96], [115], [100],
2. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [96]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
3. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [96]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
4. Systematisk oversigtsartikel med inkluderede studier: [96]. **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
5. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
6. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96],
7. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [103],
8. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [83],
9. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [96], [86], [83],
10. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [83], [97], [96],

IKKE

11 - Antipsykotisk medicin. 2015.

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

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

Svag Anbefaling | MOD

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

Opdatering af anbefalingen ikke vurderet nødvendig i 2019

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 produktresumeet i forhold til fx monitorering samt information og dokumentation.

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

Nøgleinformationer

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

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

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

Rationale

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

Fokuseret Spørgsmål

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

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

IKKE GÆLDENDE

Sammenligning: Placebo

Sammenfatning

Evidensgrundlaget består af 11 RCT'er *[75][88][94][98][99][102][107][109][110][111][121]* fra ét Cochrane review *[113]*. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevant studie *[120]*. Yderligere ét studie blev identificeret på en konference *[73]*. Se flow charts på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

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

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

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Effektestimater** Placebo	 Farmakologisk behandling med antipsykotika vs placebo	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammendrag**
Alvorlige skadevirkninger (Serious side effects) 9 Kritisk					Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Frafald (Dropout) Flupenthixol decanot, Haloperidol, Thiothixen, Olanzapin, Ziprasidon 6 Vigtig	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.84 - 1.3) Baseret på data fra 1,044 patienter i 11 studier. [1] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-24 uger	**338** per 1.000	**352** per 1.000 Forskel: **14 mere** per 1.000 (CI 95% 101 mere - 54 færre)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl	
Selvmordsadfærd (Suicidal behavior) Flupenthixol decanoate	Relative risiko 0.49 (CI 95% 0.26 - 0.92) Baseret på data fra 37 patienter i 1 studier. [2] (Randomiserede studier)	**789** per 1.000	**387** per 1.000 Forskel: **402 færre** per 1.000 (CI 95% 63 færre - 584 færre)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl	

6 Vigtig	Opfølgningstid 24 uger			
Skadevirkninger totalt (Adverse events total) Olanzepin, Ziprasedon, Quetiapin 6 Vigtig	Relative risiko 1.12 (CI 95% 0.99 - 1.27) Baseret på data fra 737 patienter i 4 studier. [3] Opfølgningstid 8-12 uger	**571** per 1.000	**640** per 1.000 Forskel: **69 mere** per 1.000 (CI 95% 154 mere - 6 færre)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl
Skadevirkninger (Adverse event) Forøget appetit, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 3.23 (CI 95% 1.94 - 5.37) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [4] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**74** per 1.000	**205** per 1.000 Forskel: **131 mere** per 1.000 (CI 95% 60 mere - 226 mere)	**Lav** Meget upræcist estimat
Skadevirkninger (Adverse event): Hovedpine, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 0.92 (CI 95% 0.57 - 1.48) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [5] Opfølgningstid 12 uger	**128** per 1.000	**119** per 1.000 Forskel: **9 færre** per 1.000 (CI 95% 51 færre - 50 mere)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl
Skadevirkninger (Adverse event): Svimmelhed, Ziprasidon 6 Vigtig	Odds ratio 10.36 (CI 95% 0.53 - 201.45) Baseret på data fra 60 patienter i 1 studier. [6] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**0** per 1.000	**0** per 1.000 Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)	**Meget lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
Skadevirkninger (Adverse event): Forstyrrelser i opmærksomhedsevnen, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 11.77 (CI 95% 0.64 - 214.7) Baseret på data fra 301 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**0** per 1.000	**0** per 1.000 Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)	**Meget lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
Skadevirkninger (Adverse event):	Odds ratio 2.03 (CI 95% 1.08 - 3.82)	**51**	**98**	**Moderat** Høj risiko for

Træthed, Olanzapin 6 Vigtig	Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [8] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	per 1.000	per 1.000 Forskel: **47 mere** per 1.000 (CI 95% 4 mere - 119 mere)	systematiske fejl.
Skadevirkninger (Adverse event): Søvnforstyrrelser, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 3.37 (CI 95% 1.89 - 6) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [9] Opfølgningstid 12 uger	**54** per 1.000	**161** per 1.000 Forskel: **107 mere** per 1.000 (CI 95% 43 mere - 201 mere)	**Lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
Skadevirkninger (Adverse event): Indsovningprobelmer, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 0.65 (CI 95% 0.33 - 1.28) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [10] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**74** per 1.000	**49** per 1.000 Forskel: **25 færre** per 1.000 (CI 95% 48 færre - 19 mere)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl.
Skadevirkninger (Adverse event): Angst, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 0.89 (CI 95% 0.32 - 2.52) Baseret på data fra 314 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**50** per 1.000	**45** per 1.000 Forskel: **5 færre** per 1.000 (CI 95% 33 færre - 67 mere)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl.
Skadevirkninger (Adverse event): Kvalme, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 0.81 (CI 95% 0.41 - 1.6) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. [12] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**64** per 1.000	**52** per 1.000 Forskel: **12 færre** per 1.000 (CI 95% 37 færre - 35 mere)	**Moderat** Høj risiko for systematiske fejl.
Skadevirkninger (Adverse event): Generelt ubehag, Ziprasedon	Odds ratio 7.76 (CI 95% 0.38 - 157.14) Baseret på data fra 60 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)	**0** per 1.000	**0** per 1.000 Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)	**Meget lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat

6 Vigtig	Opfølgningstid 12 uger				
Skadevirkninger (Adverse event): Forstoppelse, Ziprasidon 6 Vigtig	Odds ratio 9.15 (CI 95% 0.46 - 182.61) Baseret på data fra 28 patienter i 1 studier. [14] Opfølgningstid 12 uger	**0** per 1.000	**0** per 1.000	Forskel: **0 færre** per 1.000 (CI 95% 0 færre - 0 færre)	**Meget lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
Skadevirkninger (Adverse event): Mundtørhed, Olanzapin 6 Vigtig	Odds ratio 2.36 (CI 95% 1.1 - 5.08) Baseret på data fra 615 patienter i 2 studier. (Randomiserede studier) Opfølgningstid 12 uger	**32** per 1.000	**72** per 1.000	Forskel: **40 mere** per 1.000 (CI 95% 3 mere - 112 mere)	**Lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat
Brug af sundhedsydelser (Use of health care) 6 Vigtig					Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Selvmordsforsøg (Suicide attempt) 6 Vigtig					Vi fandt ikke evidens for dette outcome
Socialt funktionsniveau (Social function) Quetiapin, Haloperidol, Olanzepin 9 Kritisk	Målt med: GAF, GAS, CGI-S Højere bedre Baseret på data fra: 527 patienter i 5 studier. [15] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger			Forskel: **SMD 0 højere** (CI 95% 0.3 lavere - 0.31 højere)	**Lav** Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat
Borderline sværhedsgrad (Borderline serverity, Borterline syndrom)	Målt med: CGI-BPD, Zanarini Rating Scale for BPD Højere bedre Baseret på data fra:			Forskel: **SMD 0.22 lavere** (CI 95% 0.52 lavere - 0.07 højere)	**Meget lav** Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat. Høj

Haloperidol, Ziprasidon, Quetiapin, Olanzepin 9 Kritisk	471 patienter i 4 studier. [16] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger		heterogenitet	
Livskvalitet (Qality of life) 9 Kritisk				Vi fandt ingen evidens for dette outcome
Interpersoneller problemer (Interpersonal problems) Haloperidol, Aripiprazol, Ziprasidon 6 Vigtig	Målt med: ADDS, SCL-90-INT, CGI-BPD Lavere bedre Baseret på data fra: 226 patienter i 4 studier. [17] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 5-12 uger	Forskel: **SMD 0.39 lavere** (CI 95% 0.68 lavere - 0.11 lavere)	**Lav** Høj risiko for systematisk fejl. Meget upræcist estimat	
Symptombelastning (General psychiatric pathology) Haloperidol, Aripiprazol, Ziprasidon, Olanzepin, Quetiapin 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra: 579 patienter i 6 studier. [18] (Randomiserede studier) Opfølgningstid 8-12 uger	Forskel: **SMD 0.25 lavere** (CI 95% 0.62 lavere - 0.12 højere)	**Lav** Høj risiko for systematiske fejl. Meget upræcist estimat	

1. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107], [120], [75], [98], [102], [94], [109], [110], [88], [99], [111],
2. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [98],
3. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [73], [107], [120], [102],
4. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107], [120],
5. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120], [107],
6. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [102],
7. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120],
8. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120], [107],

9. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107], [120],
10. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107], [120],
11. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107],
12. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [107], [120],
13. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [102],
14. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120],
15. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [73], [109], [110], [111], [120],
16. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120], [110], [73], [102],
17. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [102], [99], [111], [110],
18. Systematisk oversigtsartikel . **Baselinerisiko/ komparator::** Kontrolarm i reference brugt til interventionen . **Understøttende referencer:** [120], [102], [99], [111], [73], [110],

IKKE GÆL

12 - Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

Tabel 1 Diagnose kriterier for BPF i henhold til ICD10

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

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

301.83	Borderline personlighedsforstyrrelse 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 fem (eller flere) af følgende:
	1. Desperate anstrengelser for at undgå at blive forladt i virkeligheden eller i fantasien. (Bemærk: inkluder ikke suicidal eller selvskadende adfærd dækket under kriterium 5). 2. Et mønster af ustabile eller intense interpersonelle forhold karakteriseret ved en vekslen mellem yderpunkter af idealisering og devaluering. 3. Identitetsforstyrrelse: Markant og vedholdende ustabilt selvbillede eller selvfornemmelse. 4. Impulsivitet på mindst 2 områder, som er potentielt selvskadende (fx forbrug, sex, rusmiddelindtag, skødesløs kørsel, overspisning). (Bemærk: inkluder ikke suicidal eller selvskadende adfærd dækket under kriterium 5). 5. Tilbagevendende suicidal adfærd, gestus eller trusler om selvskadende adfærd. 6. Affektiv ustabilitet forårsaget af en betydelig stemningsreaktivitet (fx intens

IKKE GÆLDENDE

	episodisk dysfori, irritabilitet eller angst, der som regel varer få timer og kun sjældent mere end få dage). 7. Kronisk følelse af tomhed. 8. Intens vrede, der ikke passer til situationen, eller vanskeligheder med at kontrollere vrede (fx hyppige temperamentsudbrud, konstant vrede, tilbagevendende fysiske slagsmål). 9. Forbigående stressrelaterede paranoide forestillinger eller svære dissociative symptomer.

IKKE GÆLDENDE

13 - Baggrund

Diagnosen emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, i daglig tale borderline personlighedsforstyrrelse (BPF), er en meget prævalent diagnose i psykiatrien og er forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer*[53][57][59][60]*. Patienter med BPF har sammenlignet med normalbefolkningen en levealder som er gennemsnittelig 18 år kortere *[61]*. Blandt alle stillede personlighedsforstyrrelses-diagnoser udgør BPF ca. en tredjedel *[40]*. Traditionelt har diagnosen ikke været anvendt meget til unge under 18 år, selv om diagnosesystemerne understreger, at BPF starter i ungdomsårene og i det seneste årti er diagnosen begyndt at blive mere anerkendt og anvendt til unge *[31]*. Der er også i de senere år blevet udført flere kliniske studier, der undersøger effekten af behandling af unge med BPF *[62][63]*.

Ifølge befolkningsundersøgelser forekommer BPF hos 1,6 % af befolkningen *[45]*. I den psykiatriske population er tallet en del højere, ca. 20 % *[25]*. Langt de fleste patienter, der diagnosticeres med BPF, er kvinder (87 %) *[40]*. Af et udtræk fra Landspatientregisteret lavet til brug for denne NKR fremgår det, at i alt 915 patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F.60.3x) blev behandlet stationært og ambulant i sygehusvæsenet i 2012. Her var kun 17 af disse personer under 18 år.

Patienter med BPF karakteriseres af ustabile relationer, usikker identitet, impulsivitet og problemer med affektregulering *[64]*. Patienter med BPF har ofte store psykosociale problemer samt komorbide lidelser som depression, misbrug, ADHD, PTSD, 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 *[54]*. Sværhedsgraden af BPF afspejles af antallet af opfyldte kriterier ved BPF, om den forekommer i kombinationen med en eller flere andre personlighedsforstyrrelser, og af antallet af og sværhedsgrad af evt. andre komorbide tilstande (fx misbrug eller spiseforstyrrelse) *[56]*.

Årsagerne til BPF skønnes at være både genetiske, biologiske og miljømæssige *[65]*. Den primære behandling af patienter med BPF er psykoterapeutisk behandling, men mange patienter behandles også farmakologisk *[66]*.

Denne psykoterapi 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 í 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 *[60][67]*. 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) *[47]*, under diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F60.31). De diagnostiske kriterier fremgår af bilag 1. I den amerikanske diagnoseklassifikation DSM-5 betegnes diagnosen Borderline Personality Disorder (301.83) *[17]*. 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 psykoserelateret 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 *[38]*. 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.

IKKE GÆLDENDE

14 - 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 Distriktspsykiatri, 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.

IKKE GÆLDENDE

15 - 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.

IKKE GÆLDENDE

16 - Opdatering og videre forskning

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

Videre forskning

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), daghospital (4-5 dage ugentlig), intensive ambulant (f.eks. 4-10 timer), "General Psychiatric Management" og ambulant (<4 timer ugentlig).
- Studier af effekt af brugen af individuelle kriseplaner.
- Studier i effekten af kriseintervention.

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.
- Studier af eventuelle skadelige virkninger forbundet med psykoterapi for BPF.
- Studier der kan hjælpe med at indentificere hvilke patienter der profiterer versus ikke-profieterer af forskellige interventioner, og/ eller har behov for lang- versus kort behandling

IKKE GÆLDENDE

17 - Fokuserede spørgsmål

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

Baggrund for valg af opdatering:
Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2019

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

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

Comparison (sammenligning)
Placebo

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

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

Baggrund for valg af opdatering:
Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuseret spørgsmål i 2019

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

Intervention

IKKE GÆLDENDE

Farmakologisk behandling med psykofarmaka, opdelt på Aripiprazol, Olanzapin, Ziprasidon, Haloperidol.

Comparison (sammenligning)
Placebo

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

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

Baggrund for valg af opdatering:
Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuseret spørgsmål i 2019

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

Intervention
Stemningsstabiliserende medicin, opdelt på Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramat

Comparison (sammenligning)
Placebo

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up*	*Kritisk*
Livskvalitet	*Længste follow-up*	*Kritisk*

IKKE GÆLDENDE

Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up*	*Kritisk*
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	*Længste follow-up*	*Vigtig*
Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Ikke alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvmordsrelateret adfærd	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Selvmordsforsøg	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

Baggrund for valg af opdatering:

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

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

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

Intervention
Psykoedukation

Comparison (sammenligning)
Ususal care

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Livskvalitet	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*

IKKE GÆLDENDE

Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Ikke alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvskadende adfærd (selfharm)	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Hospitalsindlæggelser	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes en eller flere samtidige psykoterapier?

Baggrund for valg af opdatering:
Arbejdsgruppen vurderer at der er kommet ny litteratur på området, hvorfor der er fundet grundlag for en opdatering af det pågældende PICO. I forbindelse med opdateringen er længste follow-up blevet præciseret til længste follow-up efter behandlingsafslutning. Selvmordsrelateret adfærd er blevet præciseret til selvskadende adfærd. Alvorlige skadevirkninger samt hospitalsindlæggelser er blevet inkluderet som nye outcome. Definitionen af interventionen og sammenligning er blevet præciseret.

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

Intervention
Multimodalt behandlingsprogram indeholdende mindst to former for psykoterapi individuelt eller i gruppe. Minimumskrav: Struktureret, manualiseret psykoterapi

Comparison (sammenligning)
Unimodal psykoterapeutisk behandling – individuelt eller i gruppe. Minimumskrav: Struktureret, manualiseret psykoterapi

Medicinsk behandling kan accepteres såfremt den gives til både Intervention og kontrol gruppe.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Livskvalitet	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*

IKKE GÆLDENDE

Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Ikke alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvskadende adfærd (selfharm)	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Hospitalsindlæggelser	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

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

Baggrund for valg af opdatering:

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

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

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

Intervention
Psykoterapi ≥ 12 måneder

Comparison (sammenligning)
Psykoterapi ≤ 12 måneder

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Livskvalitet	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

IKKE GÆLDENDE

Ikke alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvskadende adfærd (selfharm)	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Hospitalsindlæggelser	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

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

Baggrund for valg af opdatering:

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

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

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

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

Comparison (sammenligning)
Psykoterapisk behandlingsforløb, uden jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Livskvalitet	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Interpersonelle problemer (IIP) (SCL-90-INT, ADDS, CGI-BPD)	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*

IKKE GÆLDENDE

Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Ikke alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up efter behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvskadende adfærd (selfharm)	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Alvorlige skadevirkninger	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Hospitalsindlæggelser	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*

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

Baggrund for valg af opdatering:

Der blev ikke fundet grundlag for en opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2019

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

Intervention
Individuelle planer for håndtering af kriseperiode er udarbejdet

Comparison (sammenligning)
Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperiode

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Socialt funktionsniveau (GAF, GAS, CGI-S)	*Længste follow-up*	*Vigtig*
Livskvalitet	*Længste follow-up*	*Vigtig*
Borderline sværhedsgrad (CGI-BPD, Zanarini, Rating scale for BPD)	*Længste follow-up*	*Vigitig*
Symptombelastning	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Brug af sundhedsydelser	*Længste follow-up*	*Vigtig*
Drop-out	*Ved behandlingsafslutning*	*Vigtig*
Selvmordsrelateret adfærd	*Ved behandlingsafslutning*	*Kritisk*
Selvmordsforsøg	*Ved behandlingsafslutning*	*Kritisk*

IKKE GÆLDENDE

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

Baggrund for valg af opdatering:
Der blev ikke fundet grundlag for opdatering af dette fokuserede spørgsmål i 2019

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

Indextest
Oversat og valideret screeningsinstrument for Personlighedsforstyrrelser.

Referencestandard
Struktureret personlighedsinterview

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

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

Baggrund for valg af opdatering:
Der blev ikke fundet grundlag for at opdatere dette fokuserede spørgsmål i 2019

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

Indextest
Ustruktureret klinisk interview

Referencestandard
Struktureret personlighedsinterview (f. eks. SCIDII)

Outcomes	Kritisk/vigtig
Sensitivitet	*Ikke defineret*

IKKE GÆLDENDE

Specificitet	*Ikke defineret*
Raten af falsk positiv	*Ikke defineret*
Raten af falsk negativ	*Ikke defineret*
Konsekvenser af falsk positiv (overdiagnostik)	*Ikke defineret*
Konsekvenser af falsk negativ (underdiagnostik)	*Ikke defineret*
Patientrelaterede outcome	*Ikke defineret*

IKKE GÆLDENDE

18 - Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

SØGEBESKRIVELSE FOR OPDATEREDE PICO 3, 4, 5, 6
Søgeperiode 2014-18

Litteratursøgning til denne klniske 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. Søgningerne er foretaget af Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Ole Jakob Storebø. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser med angivelse af de opdateret PICO spørgsmål kan tilgås under Søgeprotokoller i dette afsnit. Søgeprotokollerne vil også være tilgængelige på www.sst.dk

Søgningerne for opdatering på de udvalgte PICOs er foretaget i følgende databaser og informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, Cochrane Database of Systematic Reviews, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Folkehelseinstituttet (Norge), Medline, Embase, PsycINFO og Cinahl.

Søgningerne er foretaget i perioden 5.-7. juli samt 7. december 2018 (PICO 4) i to trin. Første trin har været en international søgning efter guidelines, medicinske teknologivurderinger (MTV) og Cochrane reviews. Andet trin har været søgninger på hvert de fokuserede spørgsmål (PICOs) efter systematiske reviews, metaanalyser og primærlitteratur.

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

Inklusionskriterier
Publikations år: 2014 til juni 2018
Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk
Dokumentyper: Guidelines, systematiske reviews, meta-analyser, RCT (PICO 6 også observationelle studier)

Søgeprotokoller

Søgeprotokoller for de opdaterede PICO 3, 4, 5, 6, søgeperiode 2014-18 kan tilgås herunder:

- Guidelines og Cochrane reviews
- Systematiske reviews, metaanalyser og primære studier

Søgeprotokoller for alle PICOs, søgeperiode 2004-maj 2014 kan tilgås HER

SØGEBESKRIVELSE FOR PICO 1-10
Søgeperiode 2004-14

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 kan tilgås under Søgeprotokoller i dette afsnit eller på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Generelle søgetermer
Engelske: Borderline, Borderliner/s, Borderline personality disorder/s, Personality dysfunction, Personality disorder/s, Affective symptom/s
Danske: Borderline, Borderliner/s, Grænsepsykose/r, Personlighedsforstyrrelse/r, Emotionelt ustabil/instabil personlighedsforstyrrelse/r
Norske: Borderline, Borderliner/s, Grænsepsykose, Personlighetsforstyrrelse/r
Svenske: Borderline, Borderliner/s, Gränspsykos/er, Personlighetsstörning

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

IKKE GÆLDENDE

Generelle inklusionskriterier
Publikations år: 2004 – maj 2014 (ældre for visse PICO-spørgsmål) Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk
Population: Unge og voksne 15 år og opefter
Dokumentyper: 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 biblioteksdatabaser.

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

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

Der blev identificeret 8214 systematiske reviews og metaanalyser.

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

Søgeprotokoller

Søgeprotokoller for alle PICOs, søgeperiode 2004-14 kan tilgås herunder:

- Guidelines
- Sekundærlitteratur
- Primærlitteratur

Søgeprotokoller for de opdaterede PICO 3, 4, 5, 6, søgeperiode 2014-18 kan tilgås HER

Flow charts
Flow charts fra 2014-udgaven kan tilgås HER og fra 2018-udgaven HER.

Evidensvurderinger
AGREE-vurderinger, AMSTAR-vurderinger samt meta-analyser kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

IKKE GÆLDENDE

19 - Arbejdsgruppe og referencegruppe

Arbejdsgruppen 2018
Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

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

Sekretariat 2018

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

Peer review og offentlig høring 2018
Den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

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

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

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

---

Arbejdsgruppen 2015
Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

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

IKKE GÆLDENDE

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

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

Referencegruppen 2015
Referencegruppen vedr. NKR for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type, bestod af følgende personer:

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

Sekretariat 2015
Sekretariatet for begge grupper:

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

Peer review og offentlig høring 2015
Den nationale kliniske retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

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

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

IKKE GÆLDENDE

- Sigmund Karterud, professor, Oslo Universitet
- Stig Bernt Poulsen, lektor, Institut for psykologi på Københavns Universitet

IKKE GÆLDENDE

20 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

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

Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger

Stærk anbefaling for (Grøn)
Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.
Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Ordlyd: *Giv/brug/anvend…*

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

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

Implikationer:
De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Stærk anbefaling imod (Grøn+Rød)
Der gives en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nytteløs.

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

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

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

Implikationer:
De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.
Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

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

Ordlyd: *Overvej at…*

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

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

Implikationer:
De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.
Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag anbefaling imod (Gul+Rød)

IKKE GÆLDENDE

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

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

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

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

Implikationer:
De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

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

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

Ordlyd:
For:
Det er god praksis at overveje....

Imod:
Det er ikke god praksis rutinemæssigt at…

IKKE GÆLDENDE

21 - Ordliste

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

IKKE GÆLDENDE

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

IKKE GÆLDENDE

Referencer

[1] Tabeller til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor 2015. Kan tilgås på SST.dk.

[2] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Psykoedukation. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015.

[3] Metaanalyse NKR Borderline Psychoeducation 2018. Kan tilgås på SST.dk.

[4] Metaanalyse NKR Borderline Psychoeducation 2018. Kan tilgås på SST.dk.

[5] Metaanalyse NKR Borderline Multimodal psykoterapi 2018. Kan tilgås på SST.dk.

[6] Metaanalyse NKR Borderline Unimodal ver multimodal behandling 2018. Kan tilgås på SST.dk..

[7] Subgruppeanalyse for kortvarig og langvarig behandling (indirekte analyse) 2018 Kan tilgås på SST.dk.

[8] Studieoversigt over for kort - og langvarig behandlinger 2018 Kan tilgås på SST.dk.

[9] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Individuelle kriseplaner. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015. Kan tilgås på SST.dk.

[10] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Antidepressiv medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015 Kan tilgås på SST.dk.

[11] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Stemningsstabiliserende medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015 Kan tilgås på SST.dk.

[12] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje - Behandling af emotinel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Metaanalyse. Antipsykotisk medicin. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2015. Kan tilgås på SST.dk.

[13] The Short-Term MBT Project (MBT-RCT): NCT03677037 . Opdateret: 05.10.2018. Senest hentet: 28.02.2018.. Link

[14] Ostergard O.K : The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy-A systematic review and meta-analysis.. Psychother Res 2018; Journal

[15] Kendrick T : Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016; Journal

[16] Pro.medicin.dk. Opdateret: 06-02-2015. Senest hentet: 18-02-2015. Link

[17] American Psychiatric Association, American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2013; xliv, 947 s.

IKKE GÆLDENDE

[18] Andersen R, Simonsen E : Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. Ugeskrift for læger 2012;174(24):1664-1667

[19] Benjaminsen S : Farmakoterapi har effekt på nogle symptomer ved borderline-personlighedsforstyrrelse. Ugeskrift for læger [online] 2014;(2014-09-01): Link

[20] Huprich SK : Personality Pathology in Primary Care: Ongoing Needs for Detection and Intervention.. Journal of clinical psychology in medical settings 2018;25(1):43-54 Pubmed Journal

[21] Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M., Jackson HJ, McGorry PD : Prevention and early intervention for borderline personality disorder. The Medical journal of Australia 2007;187(7 Suppl):S18-21

[22] Coid J., Moran P., Bebbington P., Brugha T., Jenkins R., Farrell M., Singleton N., Ullrich S. : The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. Criminal behaviour and mental health : CBMH 2009;19(5):321-333 Journal

[23] Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, Claud DA, Reynolds LR, Brown J., Johnson LD : The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. Journal of brief Therapy 2003;3(1):3-12

[24] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS : Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, SCID-II. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IKKE GÆLDENDE

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

[36] 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IKKE GÆLDENDE

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

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

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

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

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

[56] Kongerslev MT, Simonsen E. : Personlighedens psykopatologi. Psykiatrisk klassifikation, klinisk fremtræden og diagnostisk udredning. . Simonsen E., Mathiesen BB(), (Eds.), Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog , Hans Reitzels Forlag, København 2017; pp. 175-221

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

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

[59] Stoffers-Winterling J.M., Storebo O.J., Vollm B.A., Mattivi J.T., Nielsen S.S., Kielsholm M.L., Faltinsen E.G., Simonsen E., Lieb K. : Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;(2):012956

[60] Storebo O.J., Stoffers-Winterling J.M., Vollm B.A., Kongerslev M.T., Mattivi J.T., Kielsholm M.L., Nielsen S.S., Jorgensen M.P., Faltinsen E.G., Lieb K., Simonsen E. : Psychological therapies for people with borderline personality disorder.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;(2):012955

[61] Fok ML-Y, Hayes RD, Chang C-K, Stewart R, Callard FJ, Moran P : Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder.. Journal of psychosomatic research 2012;73(2):104-7 Pubmed Journal

[62] Beck E, Bo S, Gondan M, Poulsen S, Pedersen L, Pedersen J, Simonsen E : Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial.. Trials 2016;17(1):314 Pubmed Journal

[63] Chanen A, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, Betts J, Reid S, Thompson K, McCutcheon L : Comparing three forms of early intervention for youth with borderline personality disorder (the MOBY study): study protocol for a randomised controlled trial.. Trials 2015;16 476 Pubmed Journal

[64] Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG : The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder.. Harvard review of psychiatry 6(4):201-7 Pubmed

IKKE GÆLDENDE

[65] Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M : Borderline personality disorder.. Lancet (London, England) 364(9432):453-61 Pubmed

[66] Bateman AW, Gunderson J, Mulder R : Treatment of personality disorder.. Lancet (London, England) 2015;385(9969):735-43 Pubmed Journal

[67] Sørensen P, Kjølbye M : Psykoterapeutisk behandling af emotionelt ustabile personlighedsforstyrrelser. In: Moderne Psykoterapi : teorier og metoder. Alberdi F, Rosenbaum B, Sørensen P, (Eds.). Hans Reitzels Forlag, 2015 s. 353-390

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[78] Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJ : A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. The Journal of nervous and mental disease 2010;198(4):299-304 Journal

[79] Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. : Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2010;44(2):162-173 Journal

IKKE GÆLDENDE

[80] Chanen AM, Jovev M., Djaja D., McDougall E., Yuen HP, Rawlings D., Jackson HJ : Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. Journal of personality disorders 2008;22(4):353-364 Journal

[81] Davidson K., Norrie J., Tyrer P., Gumley A., Tata P., Murray H., Palmer S. : The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial.. Journal of personality disorders 2006;20(5):450-465 Link

[82] Davidson K., Tyrer P., Gumley A., Tata P., Norrie J., Palmer S., Millar H., Drummond L., Seivewright H., Murray H., Macaulay F. : A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample.. Journal of personality disorders 2006;20(5):431-449 Link

[83] De la Fuente JM, Lotstra F. : A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 1994;4(4):479-486

[84] Doering S., Horz S., Rentrop M., Fischer-Kern M., Schuster P., Benecke C., Buchheim A., Martius P., Buchheim P. : Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial.. British Journal of Psychiatry 2010;196(5):389-395

[85] Farrell JM, Shaw IA, Webber MA : A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2009;40(2):317-328 Journal

[86] Frankenburg FR, Zanarini MC : Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. The Journal of clinical psychiatry 2002;63(5):442-446

[87] Germans S., Van Heck GL, Hodiamont PP : Results of the search for personality disorder screening tools: clinical implications.. Journal of Clinical Psychiatry 2012;73(2):165-173

[88] Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO : Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. Archives of General Psychiatry 1986;43(7):680-686

[89] Gratz KL, Gunderson JG : Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behavior therapy 2006;37(1):25-35

[90] Gregory RJ, Chlebowski S., Kang D., Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J., Virk S. : A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. Psychotherapy (Chicago, Ill.) 2008;45(1):28-41 Journal

[91] Hollander E., Allen A., Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R., Siever LJ, Merkatz L., Stein DJ : A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. The Journal of clinical psychiatry 2001;62(3):199-203

[92] Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J., Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA : Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy 2001;32(2):371-390 Journal

[93] Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A., Allmon D., Heard HL : Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry 1991;48(12):1060-1064

[94] Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JH, Gallop RJ : Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(6):999-1005

IKKE GÆLDENDE

[95] Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE : Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. The American Journal of Psychiatry 1994;151(12):1771-1776

[96] Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M., Kaplan P., Nickel C., Kettler C., Fartacek R., Lahmann C., Buschmann W., Tritt K., Bachler E., Mitterlehner F., Pedrosa Gil F., Leiberich P., Rother WK, Egger C. : Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. Journal of clinical psychopharmacology 2006;26(1):61-66

[97] Moen R, Freitag M, Miller M, Lee S, Romine A, Song S, Adityanjee A, Schulz SC : Efficacy of extended-release divalproex combined with "condensed" dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder.. Annals of Clinical Psychiatry Nov 2012;24(4):255-260 Link

[98] Montgomery SA, Montgomery D. : Pharmacological prevention of suicidal behaviour. Journal of affective disorders 1982;4(4):291-298

[99] Nickel MK, Muehlbacher M., Nickel C., Kettler C., Pedrosa Gil F., Bachler E., Buschmann W., Rother N., Fartacek R., Egger C., Anvar J., Rother WK, Loew TH, Kaplan P. : Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. The American Journal of Psychiatry 2006;163(5):833-838

[100] Nickel MK, Nickel C., Mitterlehner FO, Tritt K., Lahmann C., Leiberich PK, Rother WK, Loew TH : Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. The Journal of clinical psychiatry 2004;65(11):1515-1519

[101] Nickel MK, Nickel C., Kaplan P., Lahmann C., Muhlbacher M., Tritt K., Krawczyk J., Leiberich PK, Rother WK, Loew TH : Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. Biological psychiatry 2005;57(5):495-499

[102] Pascual JC, Soler J., Puigdemont D., Perez-Egea R., Tiana T., Alvarez E., Perez V. : Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. The Journal of clinical psychiatry 2008;69(4):603-608

[103] Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA : A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. International clinical psychopharmacology 2009;24(5):270-275

[104] Rinne T., van den Brink W., Wouters L., van Dyck R. : SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry 2002;159(12):2048-2054

[105] Rossouw TI, Fonagy P. : Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial.. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2012;51(12):1304-1313.e3

[106] Salzman C., Wolfson AN, Schatzberg A., Looper J., Henke R., Albanese M., Schwartz J., Miyawaki E. : Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. Journal of clinical psychopharmacology 1995;15(1):23-29

[107] Schulz SC, Zanarini MC, Bateman A., Bohus M., Detke HC, Trzaskoma Q., Tanaka Y., Lin D., Deberdt W., Corya S. : Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(6):485-492 Journal

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

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

IKKE GÆLDENDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[122] Pascual JC, Palomares N, Ibanez A, Portella MJ, Arza R, Reyes R, Feliu-Soler A, Diaz-Marsa M, Saiz-Ruiz J, Soler J, Carrasco JL : Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial.. BMC Psychiatry 2015;15(Journal Article):255

[123] Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM : Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. The Journal of clinical psychiatry 2018;79(3): Pubmed Journal

[124] Andreoli A., Burnand Y., Cochennec M-F, Ohlendorf P., Frambati L., Gaudry-Maire D., Di Clemente TH, Hourton G., Lorillard S., Canuto A., Frances A. : Disappointed Love and Suicide: A Randomized Controlled Trial of "Abandonment Psychotherapy" Among Borderline Patients. Journal of personality disorders 2016;30(2):271-287

IKKE GÆLDENDE

[125] Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes O, Hummelen B, Karterud S, Wilberg T : Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. Psychotherapy Research 2017;27(1):51-63

[126] Gullestad FS, Wilberg T., Klungsoyr O., Johansen MS, Urnes O., Karterud S. : Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research 2012;22(4):426-441 Journal

[127] de Jong K, Segaar J, Ingenhoven T, van Busschbach J, Timman R : Adverse Effects of Outcome Monitoring Feedback in Patients With Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial in Day Treatment and Inpatient Settings. Journal of personality disorders 2018;32(3):393-413

[128] Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, Berger T, de Roten Y, Marquet P, Despland J-N : Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Psychotherapy & Psychosomatics 2014;83(3):176-186

[129] Kramer U, Pascual-Leone A, Berthoud L, de Roten Y, Marquet P, Kolly S, Despland J-N, Page D : Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. Clinical Psychology & Psychotherapy 2016;23(3):189-202

[130] Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, Mueser KT : Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. Psychiatry research 2017;249 86-93

[131] Laurenssen EMP, Luyten P, Kikkert MJ, Westra D, Peen J, Soons MBJ, van Dam A-M, van Broekhuyzen AJ, Blankers M, Busschbach JJV, Dekker JJM : Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. Psychological medicine 2018;1-8

[132] Leppanen V., Hakko H., Sintonen H., Lindeman S. : Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. Community mental health journal 2016;52(2):216-227

[133] McMain SF, Fitzpatrick S, Boritz T, Barnhart R, Links P, Streiner DL : Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. Journal of personality disorders 2017;1-16

[134] McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL : A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 2017;135(2):138-148

[135] Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J : Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. European addiction research 2018;24(1):1-8

[136] Jorgensen CR, Freund C., Boye R., Jordet H., Andersen D., Kjolbye M. : Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. Acta Psychiatrica Scandinavica 2013;127(4):305-17

[137] Jorgensen CR, Boye R, Andersen D, Dossing Blaabjerg AH, Freund C, Jordet H, Kjolbye M : Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning.. Nordisk Psykologi 2014;66(4):254-273

[138] McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL : A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. The American Journal of Psychiatry 2009;166(12):1365-74

IKKE GÆLDENDE

[139] McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS : Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. The American Journal of Psychiatry 2012;169(6):650-61

[140] McMain SF, Chapman AL, Kuo JR, Guimond T, Streiner DL, Dixon-Gordon KL, Isaranuwatchai W, Hoch JS : The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. BMC Psychiatry 2018;18(1):230 Journal Link

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

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

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

[144] Søgeprotokol for NKR Borderline: Guidelines og Cochrane Reviews - søgeperiode 2014-18. Sundhedsstyrelsen, 2018.

[145] Søgeprotokol for NKR Borderline: Systematiske reviews, metaanalyser og primærlitteratur - søgeperiode 2014-18. Sundhedsstyrelsen, 2018 . Link

[146] Flowcharts for NKR Borderline: søgeperiode 2004-14. Sundhedsstyrelsen, 2014 Kan tilgås på SST.dk.

[147] Flowcharts for NKR Borderline: søgeperiode 2014-2018. Sundhedsstyrelsen, 2018 Kan tilgås på SST.dk .

IKKE GÆLDENDE