

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

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

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

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning.

Høringsversion 2. marts 2015

Format: PDF

HØRINGSVERSION

# Indhold

<b>1 Indledning</b>	<b>8</b>
1.1 Formål	8
1.2 Baggrund	8
1.3 Afgrænsning af patientgruppe	9
1.4 Målgruppe/brugere	9
1.5 Emneafgrænsning	9
1.6 Patientperspektivet	9
1.7 Juridiske forhold	9
<b>2 Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor</b>	<b>11</b>
2.1 Fokuseret spørgsmål	11
2.2 Anbefaling	11
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	11
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	11
2.5 Litteratur	11
2.6 Gennemgang af evidensen	11
2.7 Oversigt over evidens	12
2.8 Arbejdsgruppens overvejelser	12
2.9 Rationale for anbefaling	13
<b>3 Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview</b>	<b>14</b>
3.1 Fokuseret spørgsmål	14
3.2 Anbefaling	14
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	14
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	14
3.5 Litteratur	15
3.6 Arbejdsgruppens overvejelser	15
3.7 Rationale for anbefaling	15
<b>4 Psykoedukation</b>	<b>16</b>
4.1 Fokuseret spørgsmål	16
4.2 Anbefaling	16
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	16
4.5 Litteratur	16
4.6 Gennemgang af evidensen	16
4.7 Oversigt over evidens	17
4.8 Arbejdsgruppens overvejelser	18
4.9 Rationale for anbefaling	18
<b>5 Multimodal psykoterapi</b>	<b>19</b>
5.1 Fokuseret spørgsmål	19
5.2 Anbefaling	19
5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	19
5.4 Baggrund for valg af spørgsmål:	19
5.5 Litteratur	19
5.6 Gennemgang af baggrundsmateriale	20
5.7 Oversigt over subgruppeanalyser	20
5.8 Arbejdsgruppens overvejelser	20
5.9 Rationale for anbefaling	21
<b>6 Langvarig versus kortvarig psykoterapi</b>	<b>22</b>
6.1 Fokuseret spørgsmål	22
6.2 Anbefaling	22

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	22
6.4 Baggrund for valg af spørgsmål	22
6.5 Litteratur	22
6.6 Gennemgang af baggrundsmateriale	23
6.7 Oversigt over subgruppe analyser	23
6.8 Arbejdsgruppens overvejelser	23
6.9 Rationale for anbefaling	23
<b>7 Monitorering af psykoterapi</b>	<b>24</b>
7.1 Fokuseret spørgsmål	24
7.2 Anbefaling	24
7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	24
7.4 Baggrund for valg af spørgsmål	24
7.5 Litteratur	24
7.6 Rationale for anbefaling	25
<b>8 Individuelle kriseplaner</b>	<b>26</b>
8.1 Fokuseret spørgsmål	26
8.2 Anbefaling	26
8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	26
8.4 Baggrund for valg af spørgsmål	26
8.5 Litteratur	27
8.6 Gennemgang af evidensen	27
8.7 Oversigt over evidens	27
8.8 Arbejdsgruppens overvejelser	28
8.9 Rationale for anbefaling	29
<b>9 Antidepressiv medicin</b>	<b>29</b>
9.1 Fokuseret spørgsmål	29
9.2 Anbefaling	29
9.3 Baggrund for valg af spørgsmål	29
9.4 Litteratur	29
9.5 Gennemgang af evidensen	29
9.6 Oversigt over evidens	30
9.7 Arbejdsgruppens overvejelser	31
9.8 Rationale for anbefaling	32
<b>10 Stemningsstabiliserende medicin</b>	<b>33</b>
10.1 Fokuseret spørgsmål	33
10.2 Anbefaling	33
10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	33
10.4 Baggrund for valg af spørgsmål	33
10.5 Litteratur	33
10.6 Gennemgang af evidensen	33
10.7 Oversigt over evidens	34
10.8 Arbejdsgruppens overvejelser	36
10.9 Rationale for anbefaling	37
<b>11 Antipsykotisk medicin</b>	<b>38</b>
11.1 Fokuseret spørgsmål	38
11.2 Anbefaling	38
11.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	38
11.4 Baggrund for valg af spørgsmål	38
11.5 Litteratur	38
11.6 Gennemgang af evidensen	38
11.7 Oversigt over evidens	39
11.8 Arbejdsgruppens overvejelser	42
11.9 Rationale for anbefaling	42
<b>12 Referenceliste</b>	<b>44</b>

**Bilag 51**

<b>Bilag 1: Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM</b>	<b>52</b>
<b>Bilag 2: Implementering</b>	<b>54</b>
<b>Bilag 3: Monitorering</b>	<b>55</b>
<b>Bilag 4: Opdatering og videre forskning</b>	<b>56</b>
<b>Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode (max 1 side)</b>	<b>57</b>
<b>Bilag 6: Fokuserede spørgsmål</b>	<b>58</b>
<b>Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>	<b>66</b>
<b>Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart</b>	<b>69</b>
<b>Bilag 9: Evidensvurderinger</b>	<b>83</b>
<b>Bilag 10: Subgruppe analyser PICO 5</b>	<b>84</b>
<b>Bilag 11: Subgruppeanalyser PICO 6</b>	<b>87</b>
<b>Bilag 12: Tabeller til PIRO 1</b>	<b>89</b>
<b>Bilag 13: Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>	<b>99</b>
<b>Bilag 14: Forkortelser og begreber</b>	<b>102</b>

## EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

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

### Høj (⊕⊕⊕⊕)

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

### Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på 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.

## ANBEFALINGENS STYRKE

### Stærk anbefaling for ↑↑

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

### Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

### Svag/betinget anbefaling imod ↓

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

### Stærk anbefaling imod ↓↓

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

### God praksis ✓

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

## Centrale budskaber

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

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

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

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

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

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

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

↓ Anvend ikke rutinemæssigt antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

↓ Anvend ikke rutinemæssigt stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

↓ Anvend ikke rutinemæssigt antipsykotisk til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).

# 1 Indledning

## 1.1 Formål

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

## 1.2 Baggrund

Diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype, i daglig tale borderline personlighedsforstyrrelse (BPF), er den fjerde mest udbredte diagnose i psykiatrien og er forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer. Blandt alle stillede personlighedsforstyrrelsesdiagnoser udgør BPF ca. en tredjedel<sup>1</sup>.

Ifølge befolkningsundersøgelser forekommer BPF hos 1-2% af befolkningen<sup>2</sup>. I den psykiatriske population er tallet en del højere, ca. 20%<sup>3</sup>. Langt de fleste patienter, der diagnosticeres med BPF, er kvinder (87 %)<sup>1</sup>. Af et udtræk fra Landspatientregisteret lavet til brug for denne NKR fremgår det, at i alt 915 patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (F.60.3) blev behandlet stationært og ambulant i 2012. Kun 17 af disse personer var under 18 år.

Patienter med BPF karakteriseres af ustabile relationer, usikker identitet, impulsivitet og problemer med affektregulering<sup>4</sup>. Patienter med BPF har ofte komorbide lidelser som depression, misbrug, angst, spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd.

Årsagerne til BPF skønnes at være både genetiske, biologiske og miljømæssige<sup>4</sup>.

Den primære behandling af patienter med BPF er psykoterapeutisk behandling, men en del patienter behandles også farmakologisk<sup>5</sup>. Psykoterapi af BPF patienter har kommunikationen mellem patient og terapeut som centralt omdrejningspunkt. Denne kommunikation bygger både på en teoretisk reference ramme og en særlig samtale struktur. Derudover har andre faktorer som for eksempel terapiens længde, hyppighed, terapeutens uddannelse og mulighed for supervision, etc. betydning for rammerne. Formålet med psykoterapi er generelt, at patienten kan udvikle en selvstændighed i forhold til bearbejdning af egne vanskeligheder. Dette kan ske via udvikling af nye færdigheder, aflæring af dysfunktionelle mønstre eller via indsigt i den dynamik, som kan give symptomer<sup>6</sup>.

I Danmark diagnosticeres og klassificeres patienter med BPF i henhold til WHO's diagnoseklassifikation, (ICD-10)<sup>7</sup>, 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)<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>. Arbejdsgruppen har vurderet, at den fundne evidens, på trods af at den primært er baseret på patienter diag-



nosticeret i henhold til DSM systemet, med rimelighed kan appliceres på den danske population af patienter med BPF.

### 1.3 Afgrænsning af patientgruppe

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

### 1.4 Målgruppe/brugere

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

### 1.5 Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen (se fokuserede spørgsmål i bilag 6). Denne nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig således 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.

### 1.6 Patientperspektivet

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

### 1.7 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede ud-sagn 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.

HØRINGSVERSION

## 2 Identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse i primær sektor

### 2.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 2.2 Anbefaling

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

### 2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det er god praksis at overveje tilstedeværelse af mulig BPF, når patienter præsenterer sig med selvskadende adfærd, emotionel ustabilitet, selvmordsadfærd og -forsøg, angst, depression, og eller spiseforstyrrelse, med henblik på henvisning til psykiatrisk vurdering og eventuel udredning.

### 2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Prævalensen af BPF hos de praktiserende læger estimeres til at være mellem 5 – 20%<sup>10</sup>.

Patienter med BPF vil typisk have hyppige kontakter til sundhedsvæsenet<sup>11</sup>, hvor de præsenterer sig med forskellige somatiske symptomer<sup>12,13</sup>. Patienterne præsenterer sig herudover ofte med symptomer på angst, depression, nervøse og stressrelaterede tilstande. En tidlig diagnose og adækvat behandling er vigtig for at forebygge svær kronisk psykisk sygdom og tilstræbe det bedst mulige psykosociale funktionsniveau for patienten<sup>14</sup>.

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

### 2.5 Litteratur

Til besvarelsen af det fokuserede spørgsmål indgår to primære studier vedr. diagnostiske tests (observationelle studier)<sup>15,16</sup>. Flow charts findes i bilag 8.

### 2.6 Gennemgang af evidensen

Germans gennemgår i 3 studier<sup>15</sup> den diagnostiske præcision af 8 forskellige redskaber (SAPAS-SR, S-SCID-II, NEO-FFI, SCID-II-PQ og SAPAS-INF, IPDS,

PAS-Q, SAP) hvor SCID-II anvendes som referencestandard. I alt indgår 376 patienter i psykiatrisk ambulant regi. Prævalensen af BPF varierer i de tre studier fra 48.1% - 64.1%.

I Chanen indgår 101<sup>16</sup> patienter i alderen 15-25 år i psykiatrisk ambulant regi. Den diagnostiske præcision af redskaberne: MSI-BPD, BPQ, IPDE-BPD og SCID-II PQ-BPD sammenlignes alle med referencestandarden SCID-II. Prævalensen af BPD er her 21.8%.

Overordnet tegner der sig et billede af, at flere af instrumenterne potentielt kan bruges til at udelukke tilstedeværelsen af BPF (sandt negative), men er mindre velegnede til at udpege de personer, som har diagnosen BPF (sandt positive), når man korrigerer for prævalensen svarende til den praktiserende læge i primær sektor (se SoF tabeller bilag 12). Des lavere prævalens, desto bedre er instrumenterne til at udelukke diagnosen BPF.

Dog er der en række forbehold ved de fundne estimater: Risikoen for at over- eller underdiagnosticere BPF er betydelig og ved en prævalens mellem 5-20% ses en forekomst af falsk negative mellem 8-34 per 1000 patienter, der testes ved brug af f.eks. instrumentet SAPAS-SR. Antallet af falsk positive rangerer fra 160-190 patienter ved en estimeret prævalens på henholdsvis 20% og 5%. 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 kan anvendes hos den praktiserende læge i primær sektor med henblik på tidlig opsporing af patienter med mulig BPF, når SCID-II anvendes som referencestandard. Det skal noteres, at det ikke er muligt at finde screeningsredskaber med højere diagnostisk præcision end den udvalgte referencestandard.

## 2.7 Oversigt over evidens

Se **bilag 12** for summary of findings tabeller.

## 2.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	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.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige</b>	Brug af de undersøgte redskaber er forbundet med betydelig risiko for over- og underdiagnostik. Kon-

<b>effekter</b>	sekvensen af overdiagnostik er unødigt brug af ressourcer og belastning af patienten. De mulige konsekvenser af underdiagnostik er, at patienterne ikke tilbydes relevant behandling, hvilket kan have betydning for patienternes tilstand, udvikling og prognose.
<b>Værdier og præferencer</b>	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.
<b>Andre overvejelser</b>	

## 2.9 Rationale for anbefaling

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

## 3 Diagnostik af borderline personlighedsforstyrrelse med semi-struktureret personlighedsinterview

### 3.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 3.2 Anbefaling

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

### 3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

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

Følgende semistrukturerede instrumenter er oversat til og valideret på dansk: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)<sup>17</sup>, Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)<sup>18</sup>, International Personality Disorder Examination (IPDE)<sup>19</sup>, og kan dermed passende anvendes. IPDE er udviklet til diagnosticering efter ICD-10.

### 3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

Det gængse kliniske interview har til formål at identificere og klassificere patientens symptomer i ICD-10. Det bygger på behandlerens kendskab til psykopatologiske grundbegreber, typificering af kategorier og klinisk erfaring i selve interviewprocessen. Behandleren vil herefter sammenligne patientens sygdomsbillede med de officielle diagnostiske kriterier i ICD-10 med henblik på at finde en diagnose. Det er blevet mere almindeligt, at man indenfor de forskellige sygdomsgrupper nu støtter sig til en systematisk udredning gennem brug af instrumenter som SCAN, PSE og MINI. Imidlertid mangler disse instrumenter en sektion for udredning af personlighedspatologi. Semi-struktureret interview, som oprindeligt blev udviklet til forskningsbrug, identificerer BPF meget hyppigere end det kliniske interview<sup>20</sup>.

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.

### 3.5 Litteratur

Der blev ikke fundet litteratur, der kan besvare dette spørgsmål.

### 3.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	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 opnået mere differentieret billede, herunder af om der er flere personlighedsforstyrrelser, og behandling kan tilpasses i forhold hertil. Dette må formodes at opveje det ekstra tidsforbrug, idet det modvirker over- og underdiagnosticering.
<b>Værdier og præferencer</b>	Det forventes at patienter ønsker en grundig og præcis udredning med henblik på at opnå den rette diagnose.
<b>Andre overvejelser</b>	

### 3.7 Rationale for anbefaling

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

## 4 Psykoedukation

### 4.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?

### 4.2 Anbefaling

**↑Overvej at anvende psykoedukation til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse**

### 4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Psykoedukation kan med fordel foregå i grupper, såfremt patienten er i stand til at indgå i en sådan sammenhæng. Dette kan bidrage til såvel afstigmatisering som til oplevelser med at relatere sig til andre i en struktureret setting.

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. Dette kan foregå i grupper sammen med andre pårørende og patienter.

Patienterne kan have gavn af papirer med den vigtigste information fra undervisningen.

### 4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

### 4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét RCT<sup>21</sup> fra et Cochrane review<sup>22</sup>. Flow charts findes i bilag 8.

### 4.6 Gennemgang af evidensen

Det fundne RCT<sup>21</sup> inkluderer kun et af vores effektmål: Interpersonelle problemer hvor der ses en positiv effekt af interventionen. Der er tale om et lille studie med høj risiko for systematiske fejl og bredt konfidensinterval. Vi har ingen data på de kritiske effektmål.



## 4.7 Oversigt over evidens

### PICO 4: Psykoedukation for Borderline personlighedsforstyrrelse

**Patient eller population:** Patienter med Borderline personlighedsforstyrrelse

**Intervention:** psykoedukation

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)	Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe Interventionsgruppe				
	Baselinerisiko Effekten i interventionsgruppen				
	Kontrol Psykoedukation				
Sociale funktionsniveau (Social function)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
Livskvalitet (Quality of life)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (ZAN-BPD-"Stormy relationship")	Gennemsnitligt interpersonelle problemer i interventionsgruppen var <b>0,88 lavere</b> (1.59 til 0.17 lavere)		50 (1 studie) <sup>21</sup>	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2</sup>	Der ses en moderat gavnlig effekt i interventionsgruppen.
Varighed: 12 uger					
Frafald (Dropout)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome
Symptombelastning (General psychiatric pathology)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome
Ikke alvorlige skadevirkninger (non-serious adverse event-total)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome
Brug af sundhedsydelser		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome
Selvmondsrelateret adfærd (Suicidal behaviour)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome
Selvmondsforsøg (suicide attempt)		Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Vigtigt outcome

\*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

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

GRADE Working Group evidensgraderinger

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

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

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

**MEGET LAV kvalitet:** Vi er meget usikre på estimatet.

<sup>1</sup> Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>2</sup> Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>3</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

## 4.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ingen evidens for nogen af de kritiske effektmål, hvorfor den samlede kvalitet af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der er effekt af psykoedukation på interpersonelle problemer. Det er arbejdsgruppens erfaring, at for nogle patienter med BPF kan psykoedukation være mindre belastende end terapi, fordi psykoedukation indeholder et klart struktureret element. Patienterne møder andre patienter, hvilket kan give mulighed for at erfare andre måder at være på i relation til andre mennesker, ligesom det kan vænne patienten til en gruppesituation inden påbegyndelse af evt. gruppeterapi. Psykoedukation giver patienten større grundlag for at forstå sin egen lidelse, opnå en større kontrol og mulighed for at tage et større ansvar for sin behandling. Arbejdsgruppen vurderer, at der ikke er nogen potentielle skadevirkninger ved psykoedukation.
<b>Værdier og præferencer</b>	Det er arbejdsgruppens vurdering, at et flertal af patienterne vil acceptere et tilbud om psykoedukation, hvorfor behandlingen ikke skønnes at være præferencefølsom.
<b>Andre overvejelser</b>	Psykoedukation kan anvendes som en forbehandling og kan herved som minimum bidrage til afdækning af, hvilken behandling patienten skal tilbydes.

## 4.9 Rationale for anbefaling

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

## 5 Multimodal psykoterapi

### 5.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 5.2 Anbefaling

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

### 5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Sværhedsgraden af lidelsen, associerede vanskeligheder og personens ressourcer er vigtige elementer, som bør tages med i den individuelle vurdering af et relevant behandlingstilbud til den enkelte patient.

Særligt i behandlingen af patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser, og hvor der i øvrigt skønnes at være behov for flerfaglige kompetencer, bør det være muligt at tilbyde multimodal behandling.

Et multimodalt behandlingsprogram kan med fordel indeholde to eller flere af følgende modaliteter: Psykoterapi individuelt og i gruppe, psykoedukation, kunstterapi, musikterapi, kropsbehandling og medicinsk behandling.

### 5.4 Baggrund for valg af spørgsmål:

Der findes en række psykoterapeutiske tilgange, 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<sup>22</sup>. Flere evidensbaserede behandlinger rummer en kombination af følgende teoretisk integrerede modaliteter: Individuel psykoterapi, gruppeterapi, socialfærdighedstræning, psykoedukation, medikamentel behandling, social rehabilitering, pårørendeinddragelse og fysioterapeutiske tiltag i form af kropsterapi. En række behandlingsprogrammer kombinerer individuel behandling med gruppebehandling. Denne kombination anses som et centralt behandlingsmæssigt angrebspunkt for patologien ved BPF. Det ønskes afklaret, om der er forskel på effekten af henholdsvis specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, indeholdende mindst to modaliteter, hvoraf mindst én er psykoterapi, og unimodal psykoterapi.

### 5.5 Litteratur

Der er ikke identificeret studier, der besvarede det fokuserede spørgsmål. Flowchart findes i bilag 8. Der er derfor anvendt baggrundsmateriale (indirekte evidens) som bidrag til besvarelse af spørgsmålet. For at vurdere eventuelle forskelle i effekt, er der udført en subgruppeanalyse, hvor det er undersøgt, om der er signifikant forskel i effekten mellem de to typer af behandling. I analyserne er anvendt 14 studier. Heraf er 13 RCTs fra et Cochrane review<sup>22</sup> omhandlende effekt af psykoterapeutiske behandlingsmetoder og et nyere RCT<sup>23</sup>.

## 5.6 Gennemgang af baggrundsmateriale

De inkluderede studier anvendt i baggrundsanalyserne har alle sammenlignet en psykoterapeutisk intervention (multimodal eller unimodal) med vanlig behandling (Treatment as usual-TAU). De viser alle signifikante positive effekter på en lang række af de udvalgte effektmål.

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

## 5.7 Oversigt over subgruppeanalyser

Se **bilag 10** for oversigt over subgruppeanalyser.

## 5.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen, understøttet af baggrundsmateriale.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Både ved multimodal og unimodal psykoterapi ses klinisk relevante effekter af psykoterapeutisk behandling. Patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser kan have gavn af synergi mellem forskellige tilgange, idet der gives mulighed for at anvende flere målrettede metoder samtidig. I tilfælde, hvor unimodal terapi er tilstrækkelig, vil det være en fordel, at det er en mindre indgribende og omfangsrig behandling.</p> <p>Der er ikke rapporteret skadevirkninger ved nogen af fremgangsmåderne. En risiko ved multimodale programmer kan være at modaliteter modarbejder hinanden, fx ved sedativ virkning af medicin, eller hvis der sker brud på fortrolighed terapierne imellem.</p>
<b>Værdier og præferencer</b>	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.
<b>Andre overvejelser</b>	<p>Det skønnes, at muligheden for at give patienten valgfrihed i forhold til forskellige behandlingsmodaliteter kan øge kompliance.</p> <p>Multimodal behandling er formentlig mere ressour-</p>

cekrævende.

### 5.9 Rationale for anbefaling

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

HØRINGSVERSION

## 6 Langvarig versus kortvarig psykoterapi

### 6.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 6.2 Anbefaling

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

### 6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det er vanskeligt på forhånd at afklare, hvilke patienter der vil have glæde af et psykoterapeutisk behandlingsforløb, der strækker sig udover 12 måneder. Det er erfaringen, at ved kompliceret sygdom, særligt i form af flere samtidige personlighedsforstyrrelser og/eller svær personlighedsforstyrrelse samt ved svær social anamnese, kan der ofte være behov for et længere behandlingsforløb.

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

Det er god klinisk standard løbende at vurdere psykoterapeutiske behandlingsforløb og gennem denne vurdering afklare, hvor langt et behandlingsforløb patienten bør tilbydes. Det er ydermere vigtigt at vælge det rette niveau af behandling, hverken for meget eller for lidt<sup>6</sup>.

### 6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der foreligger klar videns for, at psykoterapi er effektivt til patienter med BPF<sup>22</sup>. Patienter med BPF er som gruppe meget heterogene både i type og sværhedsgrad. Forskelle i sværhedsgrad, patientpsykopatologi og funktionsevnetab fremgår ikke af det gældende diagnosesystem. I studier, der undersøger effekten af psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF, strækker behandlingen sig typisk over 6 til 36 måneder. I de fleste undersøgelser varer behandlingen ét år.

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

### 6.5 Litteratur

Der er ikke identificeret studier, der besvarer det fokuserede spørgsmål. Se flow-chart i bilag 8. Der er derfor anvendt baggrundsmateriale (indirekte evidens) til besvarelse af spørgsmålet. For at vurdere eventuelle forskelle i effekt er der udført en subgruppeanalyse, hvor det er undersøgt, om der er signifikant forskel i effekten mellem de to typer af behandling. I disse analyser er anvendt 18 studier. Heraf er

17 RCTs fra et Cochrane review omhandlende effekt af psykoterapeutiske behandlingsmetoder<sup>22</sup> og et nyere RCT<sup>23</sup>.

## 6.6 Gennemgang af baggrundsmateriale

De i baggrundsanalysen anvendte studier, der har sammenlignet en psykoterapeutisk intervention (kortvarig eller langvarig) med vanlig behandling (TAU), viser alle signifikante positive effekter på en lang række af de udvalgte effektmål (bilag 11). Der er ingen forskel på kortvarig psykoterapi (psykoterapi < 12 mdr.) sammenlignet med langvarig psykoterapi (psykoterapi ≥ 12 mdr.) i forhold til de valgte effektmål fraset symptombelastning, hvor der ses en signifikant større effekt af psykoterapi < 12 mdr. Studierne omhandlende kortvarig behandling har en median opfølgningstid på 6 måneder (range 2 til 8 måneder), og studierne omhandlende langvarig behandling har en median opfølgningstid på 12 måneder (range 12-18 måneder).

## 6.7 Oversigt over subgruppe analyser

Se **bilag 11** for oversigt over subgruppeanalyserne.

## 6.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens, der direkte besvarer det fokuserede spørgsmål, hvorfor anbefalingen er baseret på konsensus i arbejdsgruppen, understøttet af baggrundsmateriale.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der ses en effekt af såvel kortvarig som langvarig terapi, men der ses ikke en forskel i effekten mellem de to i en subgruppe sammenligning. Behandling over 12 måneder vil for nogle patienter være nødvendigt for at kunne ændre dybereliggende indre personlighedsstrukturer og automatisere nye funktionsmåder. For andre patienter vil denne behandling være unødigt lang. Nogle patienter med BPF kan ved langvarig terapi udvikle afhængighed af terapien og pseudohelbredelse med tillært terapiprogram.
<b>Værdier og præferencer</b>	Det vurderes, at varighed af behandling er præferencefølsomt, men at mange patienter ønsker at have mulighed for at få længerevarende psykoterapi.
<b>Andre overvejelser</b>	

## 6.9 Rationale for anbefaling

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

## 7 Monitorering af psykoterapi

### 7.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 7.2 Anbefaling

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

### 7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Monitorering kan fungere som en evaluering af behandlingseffekt. Den kan foretages med jævne mellemrum spændende fra ugebasis til hver 3. eller 6. måned.

Følgende instrumenter kan fx anvendes til monitorering: The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)<sup>24</sup>, the Outcome Rating Scale (ORS)<sup>25</sup> og the Session Rating Scale (RS)<sup>26</sup>.

### 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Psykoterapeutisk behandling af patienter med BPF strækker sig ofte over længere perioder. Der foreligger evidens, der peger på, at terapeuter sjældent er i stand til at vurdere patientens udbytte af psykoterapien på en valid måde<sup>27,28</sup>. 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<sup>34</sup>. Det er formodningen, at disse metoder eventuelt kan mindske det traditionelt store frafald fra psykoterapi (25-40 %)<sup>29</sup>. Løbende feedback er en af flere mulige modeller. Monitorering kan også bestå i en evaluering af psykopatologien efter en vis periodes behandling. Der er fundet enkelte studier, som belyser spørgsmålet i andre patientgrupper end patienter med BPF. I en meta-analyse lavet af Lambert og kollegaer, ses en god effekt af at indføre et feedback monitorering system af psykoterapien, især til de mest belastede patienter, hvor man på forhånd var usikker på, hvilket udbytte de ville have af psykoterapi<sup>30</sup>. To RCT'er, som har undersøgt effekten af systematisk feedback monitorering i forbindelse med behandling af spiseforstyrrelse, viste dog inkonklusive resultater<sup>31,32</sup>.

### 7.5 Litteratur

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



<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ingen evidens for dette fokuserede spørgsmål. Anbefalingen baseres på konsensus i arbejdsgruppen.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Anvendelse af monitorering kan muligvis medvirke til mindre frafald, fordi patienten føler sig inddraget i sin behandling i højere grad og kan eventuelt øge effekten af behandlingen og hjælpe terapeuten til en bedre tilpasning til patientens behov. Monitorering vil være tidskrævende og belastende for nogle patienter.
<b>Værdier og præferencer</b>	Monitorering ved feedback fra patienten vurderes ikke at være præferencefølsomt, idet det formodes, at patienterne ønsker at føle sig inddraget i behandlingen.
<b>Andre overvejelser</b>	Afhængigt af omfang af monitorering vil der være et øget ressourceforbrug, og det er væsentligt at få afklaret, om indsatsen står mål med de resultater, der kan opnås. Det vil derfor være en fordel, hvis monitorering udføres protokolleret.

## 7.6 Rationale for anbefaling

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

## 8 Individuelle kriseplaner

### 8.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 8.2 Anbefaling

**↑ Overvej at anvende individuelle kriseplaner til patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.**

### 8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

En individuel kriseplan er et behandlingsredskab for både patient og behandler. 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 i værksætte, 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 tryk til at arbejde med mere langsigtede problematikker.

Der skal udarbejdes kriseplaner til patienter, der er selvmordstruede.

### 8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med BPF oplever ofte emotionelle kriser, der kan føre til selvskade eller selvmordsforsøg. Omkring 70% af patienterne udøver selvskadende handlinger og ca. 9 % mister livet ved selvmord<sup>2,33</sup>.

Selvskade og selvmordsforsøg medfører ofte indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, og ved længere indlæggelser er der potentielt risiko for tab af selvstændighed og dermed tab af sociale færdigheder. Udarbejdelse af individuelle kriseplaner kan muligvis hjælpe patienter til at håndtere emotionelle kriser og være et hjælpemiddel til at nedbringe antallet af indlæggelser og forkorte indlæggelsestiden.

Forskning indenfor psykospektrumet har vist, at kriseplaner kan mindske brug af tvangsbehandling overfor patienter med psykose<sup>34</sup>.

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 af ved implementering af individuelle kriseplaner til BPF patienter.

## 8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af ét RCT<sup>35</sup> og ét observationelt studie<sup>36</sup>. Flow charts findes i bilag 8.

## 8.6 Gennemgang af evidensen

Den fundne RCT<sup>35</sup> 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 konfidens interval. Det observationelle studie inkluderer 200 patienter<sup>36</sup>. Kvaliteten af dette studie er meget lav, idet der ikke er kontrolleret for påvirkning fra brug af psykofarmaka og der er nedgraderet for indirectness, idet studiet undersøgte en kriseintervention og ikke individuelle kriseplaner. Studierne inkluderer kun data på selvmordsforsøg og socialt funktionsniveau. Vi har ingen data på det kritiske effektmål selvmordsrelateret adfærd, derfor vurderes den samlede kvalitet af evidensen meget lav.

## 8.7 Oversigt over evidens

### Individuelle kriseplaner versus ingen individuelle kriseplaner

**Patient eller population:** Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

**Settings:** Alle

**Intervention:** Individuelle kriseplaner

**Kontrol:** ingen individuelle kriseplaner

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baselinerisiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Ingen kriseplaner	Individuelle kriseplaner				
Selvmondsrelateret adfærd (suicidal behavior)			Kan ikke estimeres <sup>5</sup>			Kritisk outcome
Selvmondsforsøg (suicide attempt)				200 (1 studie) <sup>36</sup>	⊕⊕⊕⊕ <b>meget lav</b> <sup>3,4</sup>	Observationelt studie. 8% i interventionsgruppen forsøgte selvmord imod 17% i kontrolgruppen. Kritisk outcome
Varighed: 3 måneder	170 pr. 1000	80 pr. 1000 (95% CI: 64 til 98)				
Socialt funktionsniveau (social function) (Work and Social Adjustment Scale –WSAS)		Gennemsnitligt socialt funktionsniveau i interventionsgruppen var <b>0.25 lavere</b> (4,16 lavere til 3,66 højere)		72 (1 studie) <sup>35</sup>	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome
Varighed: 6 måneder						
Livskvalitet (Quality of life)			Kan ikke estimeres <sup>5</sup>			Vigtigt outcome

<b>Symptombelastning (General psychiatric pathology)</b>		Kan ikke estimeres <sup>5</sup>	Vigtigt outcome
<b>Brug af sundhedsydelser (Use of health care)</b>		Kan ikke estimeres <sup>5</sup>	Vigtigt outcome
<b>Borderline sværhedsgrad (borderline severity)</b>		Kan ikke estimeres <sup>5</sup>	Vigtigt outcome

\*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

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

GRADE Working Group evidensgraderinger

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

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

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

**MEGET LAV kvalitet:** Vi er meget usikre på estimatet.

<sup>1</sup>Høj risiko for systematisk fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>2</sup>Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>3</sup>Manglende kontrol for konfounders (psykofarmaka) (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>4</sup>Handler om kriseintervention og ikke om individuelle kriseplan (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>5</sup>Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

## 8.8 Arbejdsgruppens overvejelser

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

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

**Værdier og præferencer** Der skønnes ikke at være præferencefølsomhed.

### Andre overvejelser

## 8.9 Rationale for anbefaling

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

# 9 Antidepressiv medicin

## 9.1 Fokuseret spørgsmål

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

## 9.2 Anbefaling

↓ **Anvend ikke rutinemæssigt antidepressiva til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse(⊕○○○).**

## 9.3 Baggrund for valg af spørgsmål

Brug af antidepressiv medicin til patienter med BPF er udbredt<sup>11</sup> og anvendes også til behandling af BPF kernesymptomer<sup>37</sup>. Der er behov for større viden om fordele og ulemper ved brug af antidepressiv medicin til denne patientgruppe i forhold til behandling af personlighedsforstyrrelsen.

## 9.4 Litteratur

Evidensgrundlaget består af seks randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) fra et Cochrane review<sup>38</sup>. Den opdaterede søgning identificerede ingen nye relevante studier. Flow charts findes i bilag 8.

## 9.5 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antidepressiv behandling med placebo behandling, viser ikke effekt på nogen effektmål (bilag 8). De identificerede studier belyser ikke livskvalitet og alvorlige skadevirkninger, som er defineret som kritiske outcomes, derfor er den samlede kvalitet af evidensen meget lav. Der er ingen data på brug af sundhedsydelse, selvmordsforsøg og generelle skadevirkninger. Oplysninger om skadevirkninger af de forskellige antidepressiva er derfor hentet fra ”promedicin.dk”<sup>39</sup>.

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

## 9.6 Oversigt over evidens

### PICO 1 Farmakologisk behandling med Antidepressive medicinsk for borderline personlighedsforstyrrelse

**Patient eller population:** Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

**Intervention:** Farmakologisk behandling med antidepressiva vs placebo

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrol-gruppe Baseline risiko	Interventions-gruppe Effekten i interventionsgruppen				
	Placebo	Antidepressiva				
<b>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)</b> (Skala: Borderline Syndrom Index). Phenelzine sulfate Varighed: 5 uger		Den gennemsnitlige score på borderline sværhedsgrad (phenelzine) i interventionsgruppen var <b>1,78 lavere</b> (7,74 lavere til 4,18 højere)		62 (1 studie) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Kritisk outcome
<b>Socialt funktionsniveau (Social function)</b> (Skalaer: GAS, GAF) Amitriptyline, Fluoxetine og Phenelzine sulfate. Varighed: 5-12 uger		Det gennemsnitlige sociale funktionsniveau i interventionsgruppen var <b>0,25 standardafvigelser højere</b> (0,06 lavere til 0,57 højere)		161 (4 studier) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Kritisk outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 0%.
<b>Livskvalitet<sup>3</sup> (Quality of life) – ikke rapporteret (Quality of life)</b>			Kan ikke - estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
<b>Alvorlige skadevirkninger<sup>3</sup> (Serious adverse events)– ikke rapporteret</b>			Kan ikke - estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
<b>Frafald (Drop out)</b> Amitriptyline, Fluoxetine, Fluvoxamine, Mianserin og Phenelzine sulfate Varighed: 5-12 uger)	154 per 1000	169 per 1000 (90 til 295)	<b>OR 1,11</b> (0,54 til 2,29)	252 (5 studier) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 0%.
<b>Selvmodsfærd (Suicidal behaviour)</b> Mianserin: Varighed: 24 uger	690 per 1000	690 per 1000 (423 til 871)	<b>OR 1</b> (0,33 til 3,04)	58 (1 studie) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome

Brug af sundhedsydelser <sup>3</sup> (Use of health care) – ikke rapporteret		Kan ikke - estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Selvmodrsforsøg <sup>3</sup> (Suicide attempt) – ikke rapporteret		Kan ikke - estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Ikke alvorlige skadevirkninger <sup>3</sup> (Non-serious adverse events) - ikke rapporteret		Kan ikke - estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Interpersonelle problemer (Interpersonal problems)(Skalaer: SCL 90-INT), ADDs) Amitriptyline, Phenelzine sulfat Varighed: 5 uger	De gennemsnitlige interpersonelle problemer i interventionsgruppen var <b>0,07 standardafvigelse lavere</b> (0,69 lavere til 0,55 højere)	119 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 66%.
Symptombelastning (General psychiatric pathology)(Skalaer: SCL-90-GSI, Amitriptyline, Phenelzine sulfat Varighed 5-12 uger	Den gennemsnitlige symptombelastning i interventionsgruppen var <b>0,28 standardafvigelse lavere</b> (0,65 lavere til 0,08 højere)	119 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 0%.

\*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

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

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

GRADE Working Group evidensgraderinger

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

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

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

**MEGET LAV kvalitet:** Vi er meget usikre på estimatet.

<sup>1</sup> Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>2</sup> Bredt konfidens interval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>3</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

## 9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter.</b>	Farmakologisk behandling af patienter med BPF med antidepressive har ikke gavnlige effekt på nogen af de valgte effektmål.  Almindelige bivirkninger er hovedpine, svimmelhed, søvnforstyrrelser, træthed, vægtøgning, seksuelle

	forstyrrelser samt seponeringssymptomer. Yderligere bivirkninger fremgår af <a href="http://www.pro.medicin.dk">www.pro.medicin.dk</a>
<b>Værdier og præferencer</b>	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom
<b>Andre overvejelser</b>	Visse præparater kræver tæt opfølgning pga. forøget suicidalrisiko (TCA, MAOI, SSRI og NaSSA), risiko for epileptiske anfald (TCA), kardielle ledningsforstyrrelser (TCA) og alvorlige, livstruende interaktioner (MAOI).

## 9.8 Rationale for anbefaling

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



## 10 Stemningsstabiliserende medicin

### 10.1 Fokuseret spørgsmål

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

### 10.2 Anbefaling

↓ **Anvend ikke rutinemæssigt stemningsstabiliserende medicin til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

### 10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Stemningsstabiliserende medicin kan overvejes, hvis det i det konkrete tilfælde vurderes, at effekten på de interpersonelle problemer kan have positiv indvirkning på patientens mulighed for at profitere af den psykoterapeutiske behandling.

Den behandlingsansvarlige læge skal være opmærksom på, at ingen af de undersøgte præparater (Lamotrigine, Carbamazepine, Valproate semisodium, Toriramate og Divalproex) 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.

Hvis farmakologisk behandling overvejes, bør det ikke være den samme behandler, der både varetager farmakologisk behandling og psykoterapeutisk behandling.

### 10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

### 10.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af 8 RCT'er fra ét Cochrane review<sup>38</sup>. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevante studie<sup>40</sup>. Flow charts findes i bilag 8.

### 10.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet stemningsstabiliserende medicin med placebo behandling, viser effekt på interpersonelle problemer og symptombelastning. Der ses ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne i forhold til socialt funktionsniveau og borderline sværhedsgrad og frafald (bilag 9). 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 gene-

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

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

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

## 10.7 Oversigt over evidens

### Farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin for borderline personlighedsforstyrrelse

**Patient eller population:** Patienter med borderline personlighedsforstyrrelse

**Intervention:** Farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin vs placebo

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe Baselinersko	Interventionsgruppe Effekten i interventionsgruppen				
	Placebo	Stemningsstabiliserende				
<b>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity) (ZAN-BPD total score)</b> Lamotrigine. Varighed: 12 uger		Den gennemsnitlige score på borderline sværhedsgrad (lamotrigine) i interventionsgruppen var <b>2.2 lavere</b> (5.91 lavere til 1.51 højere)		27 (1 studie) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Kritisk outcome
<b>Sociale funktionsniveau (Social function) (GAS)</b> Carbamazepine Varighed: 4 uger		Den gennemsnitlige funktionsniveau score var i interventionsgruppen <b>7.02 højere</b> (10.39 lavere til 24.43 højere)		19 (1 studie) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>	Kritisk outcome.
<b>Livskvalitet<sup>3</sup> (Quality of life) – ikke rapporteret</b>			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
<b>Alvorlige skadevirkninger<sup>3</sup> (Serious adverse events) – ikke rapporteret</b>			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>			Kritisk outcome
<b>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (SCL-90-INT)</b>		De gennemsnitlige interpersonelle problemer i interventionsgruppen var <b>0.87</b>		105 (3 studier) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Mode-</b>	Vigtigt outcome Heterogeni-

(Carbamazepine, Valproate semisodium, topirimate) Varighed: 4-24 uger	standardafvigelse lavere (1.28 til 0.46 lavere)		rat <sup>1</sup>	tet=I <sup>2</sup> 0%.
Frafald (Dropout) Carbamazepine, valproate semisodium, lamotrigine, topirimate Varighed: 4-24 uger	215 per 1000	163 per 1000 (87 to 283)	OR 0.75 <sup>254</sup> (0.34 til 1.62) (8 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ Mod- rat <sup>1</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 15%.
Symptombelastning (General psychiatric pathology) (SCL-90) Carbamazepine, Divalproex, Topirimate Varighed: 4-12 uger	Den gennemsnitlige symptombelastning i interventionsgruppen var 0.57 standard afvigelser lavere (1.43 til 0.28 lavere)		90 (3 studier) <sup>38,40</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ lav <sup>1,4</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 67%.
Skadevirkninger total <sup>3</sup> (Adverse events total) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Brug af sundhedsydelser <sup>3</sup> (Use of health care) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Selvmoedsadfærd <sup>3</sup> (Suicidal behavior) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Selvmoedsforsøg <sup>3</sup> (Suicide attempt) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	Vigtigt outcome
Skadevirkning (Adverse event): Paraesthesia Topirimate Varighed: 10 uger	36 per 1000	107 per 1000 (12 til 969)	RR 3 <sup>56</sup> (0.33 til 27.12) (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ Meget lav <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome
Skadevirkning (Adverse event): Hovedpine Topirimate Varighed: 10 uger	71 per 1000	71 per 1000 (11 til 472)	RR 1 <sup>56</sup> (0.15 til 6.61) (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ Meget lav <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome.
Skadevirkning (Adverse event): Svimmelhed Topirimate Varighed: 10 uger	71 per 1000	107 per 1000 (19 til 593)	RR 1.5 <sup>56</sup> (0.27 til 8.3) (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ Meget lav <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome.
Skadevirkning (Adverse event): Hukommelsesproblemer Topirimate	107 per 1000	214 per 1000 (59 til 774)	RR 2 <sup>56</sup> (0.55 til 7.22) (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ ⊖ Meget lav <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome

<b>Varighed: 10 uger</b>					
<b>Skadevirkning (Adverse event): Udmattelse. Top-irramate</b>			<b>RR 2</b> (0.4 til 10.05)	56 (1 stu- die) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>
<b>Varighed: 10 uger</b>	<b>71 per 1000</b>	<b>143 per 1000</b> (29 til 718)			Vigtigt outcome.

\*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

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

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

GRADE Working Group evidensgraderinger

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

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

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

**MEGET LAV kvalitet:** Vi er meget usikre på estimatet.

<sup>1</sup> Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>2</sup> Bredt konfidensinterval (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>3</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>4</sup> Høj heterogenitet (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

## 10.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Behandling med stemningsstabiliserende medicin har signifikant effekt på interpersonelle problemer og symptombelastning, mens der for de andre effektmål 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.</p> <p>Almindelige bivirkninger ved de undersøgte stemningsstabiliserende præparater er gastro-intestinelle og kognitive bivirkninger samt svimmelhed, dobbeltsyn, ataksi, tremor, indsovningsbesvær og hovedpine. Yderligere bivirkninger fremgår af <a href="http://www.pro.medicin.dk">www.pro.medicin.dk</a>.</p>
<b>Værdier og præferencer</b>	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.

### 10.9 Rationale for anbefaling

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

HØRINGSVERSION

# 11 Antipsykotisk medicin

## 11.1 Fokuseret spørgsmål

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

## 11.2 Anbefaling

↓ **Anvend ikke rutinemæssigt antipsykotisk til behandling af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse (⊕○○○).**

## 11.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Antipsykotisk medicin kan overvejes, hvis det i det konkrete tilfælde vurderes, at effekten på de interpersonelle problemer kan have positiv indvirkning på patientens mulighed for at profitere af den psykoterapeutiske behandling og i forbindelse med suicidaladfærd og krisesituationer.

Hvis farmakologisk behandling overvejes, bør det ikke være den samme behandler, der både varetager farmakologisk behandling og psykoterapeutisk behandling.

## 11.4 Baggrund for valg af spørgsmål

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

## 11.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af 11 RCT'er fra ét Cochrane review<sup>38</sup>. Den opdaterede søgning identificerede yderligere ét relevant studie<sup>41</sup>. Yderligere ét studie blev identificeret på en konference<sup>42</sup>. Flow charts findes i bilag 8.

## 11.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier, som alle har sammenlignet antipsykotisk medicin med placebo behandling, viser en mindre effekt på interpersonelle problemer og en større effekt på selvmordsadfærd. Behandling med antipsykotika viser ikke effekt på socialt funktionsniveau, borderline sværhedsgrad, frafald og symptombelastning. I forhold til øvrige skadevirkninger totalt ses der ikke 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, indsovningsproblemer, angst, kvalme, generelt ubehag og forstoppelse ses ingen statistisk signifikant forskel mellem medicingruppen og placebo (bilag 9). 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 sundhedsyndelser og selvmordsforsøg. Vi har i metaanalyserne samlet studier, der undersøger forskellige antipsykotika: Flupenthixol decanote, Haloperidol, Aripiprazole, Thiothixene, Olanzepine, Ziprasidone og Quetiapine. Alle studier har høj risiko for systematiske fejl, og der er stor usikkerhed omkring estimerne. Alle studierne baserer sig på korte opfølgninger, oftest omkring 12 uger.

## 11.7 Oversigt over evidens

Antipsykotika til Borderline personlighedsforstyrrelse						
Patient eller population: patienter med Borderline personlighedsforstyrrelse						
Intervention: Farmakologisk behandling med antipsykotika vs placebo						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrol-gruppe	Interventionsgruppe				
		Effekten i interventionsgruppen				
	Baseline risiko					
	Kontrol	Antipsykotika				
<b>Socialt funktionsniveau (Social function)(GAF,GAS,CGI-S) Quetiapine, Haloperidol, Olanzepine</b> Varighed: 5 til 12 uger		Det gennemsnitlige sociale funktionsniveau(quetiapine, haloperidol,olanzapine) i interventionsgruppen var <b>0,00 standardafvigelser højere</b> (0,30 lavere til 0,31 højere)		527 (5 studier) <sup>38,4</sup> <sub>1,42</sub>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	Kritisk outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 59%.
<b>Livskvalitet<sup>3</sup> (Quality of life) - ikke rapporteret</b>			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	-		Kritisk outcome
<b>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)(Borderline Syndrom) Index,CGI-BPD, Zanarini Rating Scale for BPD) Haloperidol, Ziprasidone, Quetiapine,Olanzepine</b> Varighed:5 til 12 uger		Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad(haloperidol,olanzepine,ziprasidone,quetiapine) i interventionsgruppen var <b>0,22 standardafvigelser lavere</b> (0,52 lavere til 0,07 højere)		471 (4 studier) <sup>38,41,42</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2,4</sup>	Kritisk outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 42%.
<b>Alvorlige skadevirkninger<sup>3</sup>(Serious side effects) - ikke rapporteret</b>			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>	-		Kritisk outcome
<b>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems) (ADDS,SCL-90-INT,CGI-BPD) Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone</b>		De gennemsnitlige interpersonelle problemer (haloperidol,aripiprazole,ziprasidone) i interventionsgruppen var <b>0,39 standardafvigelser lavere</b> (0,68 til 0,11 lavere)		226 (4 studier) <sup>38</sup>	⊕⊕⊕ ⊖ <b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	Vigtigt outcome Heterogenitet=I <sup>2</sup> 13%.

Varighed: 5 til 12 uger					
<b>Frafald (Dropout)</b> (Flupenthixol decanote, Haloperidol, Thiothixene, Olanzapine, Ziprasidone)		<b>RR</b>	1044	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
	<b>338 pr. 1000</b>	<b>351 pr. 1000</b>	<b>1,04</b>	⊖	
		(284 til 439)	(0,84 til 1,3)	<b>Moderat</b> <sup>1</sup>	Heterogenitet= $I^2$ 31%.
Varighed: 5 til 24 uger					
<b>Selvmonds adfærd (Suicidal behavior)</b> Flupenthixol decanoate		<b>RR</b>	37	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
	<b>789 pr. 1000</b>	<b>387 pr. 1000</b>	<b>0,49</b>	⊖	
		(205 til 726)	(0,26 til 0,92)	<b>Moderat</b> <sup>1</sup>	
Varighed: 24 uger					
<b>Skadevirkninger totalt (Adverse events total)</b> Olanzapine, Ziprasidone, Quetiapine		<b>RR</b>	737	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
	<b>571 pr. 1000</b>	<b>640 pr. 1000</b>	<b>1,12</b>	⊖	
		(566 til 726)	(0,99 til 1,27)	<b>Moderat</b> <sup>1</sup>	
Varighed: 8 til 12 uger					
<b>Brug af sundhedsydelser<sup>3</sup></b> (Use of health care) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>		Vigtigt outcome
<b>Selvmondsforsøg<sup>3</sup></b> (Suicide attempt) – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres <sup>3</sup>		Vigtigt outcome
<b>Symptombelastning (General psychiatric pathology) (SCL-90)</b> Haloperidol, Aripiprazole, Ziprasidone, Olanzapine, Quetiapine		Den gennemsnitlige symptombelastning (haloperidol, aripiprazole, ziprasidone, quetiapine) i interventionsgruppen var <b>0.25 standardafvigelser lavere</b> (0,62 lavere til 0,12 højere)	579 (6 studier) <sup>38,41,42</sup>	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
				⊖	
				<b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	Heterogenitet= $I^2$ 76%.
Varighed: 8 til 12 uger					
<b>Skadevirkning (Adverse event): Forøget appetit</b> (Olanzapine)		<b>OR</b>	615	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
	<b>74 pr. 1000</b>	<b>204 pr. 1000</b>	<b>3,23</b>	⊖	
		(134 til 299)	(1,94 til 5,37)	<b>Lav</b> <sup>2</sup>	Heterogenitet= $I^2$ 0%.
Varighed: 12 uger					
<b>Skadevirkning (Adverse event): Hovedpine</b> (Olanzapine)		<b>OR</b>	615	⊕⊕⊕	Vigtigt outcome
	<b>128 pr. 1000</b>	<b>119 pr. 1000</b>	<b>0,92</b>	⊖	
		(77 til 179)	(0,57 til 1,48)	<b>Moderat</b> <sup>1</sup>	Heterogenitet= $I^2$



Varighed: 12 uger				33%.
Skadevirkning (Adverse event): Svimmelhed (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 10,36 (0,53 til 201,45)	60 (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Forstyrrelse i opmærksomhedsevnen (Olanzapine)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 11,77 (0,64 til 214,7)	301 (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Træthed (Olanzapine)	51 pr. 1000	99 pr. 1000 (55 til 171)	OR 2,03 (1,08 til 3,82)	615 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Moderat</b> <sup>1</sup> Heterogenitet=I <sup>2</sup> 52%.
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Søvnforstyrrelse (Olanzapine)	54 pr. 1000	163 pr. 1000 (98 til 257)	OR 3,37 (1,89 til 6)	615 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Lav</b> <sup>1,2</sup> Heterogenitet=I <sup>2</sup> 0%.
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Indsovningsproblemer (Olanzapine)	74 pr. 1000	49 pr. 1000 (26 til 92)	OR 0,65 (0,33 til 1,28)	615 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Moderat</b> <sup>1</sup> Heterogenitet=I <sup>2</sup> 15%.
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Angst (Olanzapine)	50 pr. 1000	45 pr. 1000 (17 til 118)	OR 0,89 (0,32 til 2,52)	314 (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Moderat</b> <sup>1</sup>
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Kvalme (Olanzapine)	64 pr. 1000	53 pr. 1000 (27 til 99)	OR 0,81 (0,41 til 1,6)	615 (2 studier) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Moderat</b> <sup>1</sup> Heterogenitet=I <sup>2</sup> 1%.
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Generelt ubehag (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 7,76 (0,38 til 157,14)	60 (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Forstoppelse (Ziprasidone)	0 pr. 1000	0 pr. 1000 (0 til 0)	OR 9,15 (0,46 til 182,61)	28 (1 studie) <sup>38</sup> ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖ <b>Meget lav</b> <sup>1,2</sup>
Varighed: 12 uger				
Skadevirkning (Adverse event): Mundtørhed	32 pr. 1000	72 pr. 1000	OR 2,36 (2 stu-	615 (2 stu- ⊕⊕⊕ Vigtigt outcome ⊖

(Olanzapine)	1000	(35 til 144)	(1,1 til dier) <sup>38</sup>	<b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	Heterogenitet= $I^2$
	32 pr.	72 pr. 1000	5,08)		
Varighed: 12 uger	1000	(35 til 144)			0%.

\*Baseline-risikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier; hvis der er valgt andre niveauer af baseline-risiko, er disse forklaret i tilhørende fodnoter. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baseline-risikoen og den relative effekt af intervention.

Der er ingen af studierne, der har estimeret, der adskiller sig fra de rapporterede, dvs. der er ingen subgruppe forskelle. Den eneste undtagelse er outcommet symptombelastning, men generelt vurderes det, at det er uproblematisk at poole.

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

GRADE Working Group evidensgraderinger

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

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

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

**MEGET LAV kvalitet:** Vi er meget usikre på estimatet.

<sup>1</sup> Høj risiko for systematiske fejl (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>2</sup> Meget upræcist estimat (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>3</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

<sup>4</sup> Høj heterogenitet (for yderligere beskrivelse af årsag til nedgradering, se bilag 9).

## 11.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Da kvaliteten for et eller flere af de kritiske outcomes er meget lav, er den samlede kvalitet af evidensen meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Der ses effekt på selvmordsadfærd, og moderat effekt på interpersonelle problemer. Der ses øget forekomst af en række forskellige bivirkninger.  Almindelige bivirkninger ved de undersøgte antipsykotiske præparater er ekstrapyramidale symptomer, autonome bivirkninger, sedation, svær vægtøgning, QTC-forlængelser, prolaktinøgning, østrogenpåvirkning, hyperglykæmi, priapisme, apati og depression. Yderligere bivirkninger fremgår af <a href="http://www.pro.medicin.dk">www.pro.medicin.dk</a>
<b>Værdier og præferencer</b>	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.
<b>Andre overvejelser</b>	

## 11.9 Rationale for anbefaling

Idet der kun ses små effekter af behandlingen på enkelte udvalgte effektmål, 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.

HØRINGSVERSION

## 12 Referenceliste

1. Pedersen L, Simonsen E. Incidence and prevalence rates of personality disorders in denmark-A register study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(8):543-548.
2. Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. *Personlighedspsykiatri*. 1. udgave ed. Kbh.: Akademisk Forlag; 2013:529 sider, ill.
3. Gunderson, John G., Links, Paul S., American Psychiatric Publishing,, *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. ; 2014.
4. Andersen R, Simonsen E. Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskrift for læger*. 2012;174(24):1664-1667.
5. Simonsen E, Haahr UH, Kjølbye M, Sørensen P. Personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger*. 2007;169(21):2002-2005.
6. Simonsen E, Møhl B. *Grundbog i psykiatri*. 1. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2010:959 sider, ill.
7. World Health Organization., Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health,. *WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Kbh.; [Risskov]: Munksgaard ; i samarbejde med WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health; 1995.
8. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013:xliv, 947 s.

9. Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G. Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *J Pers Disord*. 2002;16(3):283-292.
10. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(1):52-57.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2108-2114.
12. Coid J, Moran P, Bebbington P, et al. The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Crim Behav Ment Health*. 2009;19(5):321-333.
13. 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. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(10):765-776.
14. Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust*. 2007;187(7 Suppl):S18-21.
15. Germans S, Van Heck GL, Hodiament PP. Results of the search for personality disorder screening tools: Clinical implications. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(2):165-173.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=22401476>. Accessed 20120309. doi:  
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.11m07067>.

16. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord*. 2008;22(4):353-364.

17. Zanarini MC. *Diagnostic interview for personality disorders (DIPD)*. Belmont (MA): McLean Hospital; 1983.

18. First M, 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.

19. Loranger, Armand W., Janca, A., Sartorius, N.,. *Assessment and diagnosis of personality disorders : The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge, U.K.; New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1997.

20. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1570-1574.

21. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 2008;22(3):284-290.

22. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:005652.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=22895952>. Accessed 20120816. doi:

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>.

23. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(12):1304-1313.e3.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=23200287>. Accessed 20121203. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>.

24. Lambert MJ, Finch AE. The outcome questionnaire. In: Maruish ME, ed. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. 2nd ed. ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999:831-869.

25. 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.

26. Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, et al. The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of brief Therapy*. 2003;3(1):3-12.

27. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol*. 2005;61(2):155-163.

28. Hatfield D, McCullough L, Frantz SH, Krieger K. Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17(1):25-32.

29. McMurran M, Huband N, Overton E. Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(3):277-287.
30. Lambert MJ, Shimokawa K. Collecting client feedback. *Psychotherapy (Chic).* 2011;48(1):72-79.
31. Schmidt U, Landau S, Pombo-Carril MG, et al. Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol.* 2006;45(Pt 1):111-121.
32. Truitt KG. *Modeling treatment outcomes in eating disorders.* Loma Linda University; 2011.
33. Paris J. Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(1):42-48.
34. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szumukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;329(7458):136.
35. Borschmann R, Barrett B, Hellier JM, et al. Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2013;202(5):357-364.
- <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=23637110>. Accessed 20130502. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762>.



36. Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):287-292.
37. Benjaminsen S. Farmakoterapi har effekt på nogle symptomer ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskrift for læger [online]*. 2014(2014-09-01).
38. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(6):005653.  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=20556762>. Accessed 20100617. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2>.
39. Pro.medicin.dk. <http://pro.medicin.dk/>. Updated 06-02-201518-02-2015.
40. Moen R, Freitag M, Miller M, et al. Efficacy of extended-release divalproex combined with "condensed" dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry.* Nov 2012;24(4):255-260.
41. Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, et al. A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: A 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(10):1353-1362.  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=21535995>. Accessed 20111114. doi:  
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08m04138yel>.

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

HØRINGSVERSION

# Bilag

**Bilag 1:** Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

**Bilag 2:** Implementering

**Bilag 3:** Monitorering

**Bilag 4:** Opdatering og videre forskning

**Bilag 5:** Beskrivelse af anvendt metode

**Bilag 6:** Fokuserede spørgsmål på PICO-form

**Bilag 7:** Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

**Bilag 8:** Søgestrategi, inkl. flow chart

**Bilag 9:** Evidensvurderinger

**Bilag 10:** Subgruppe analyser PICO 5

**Bilag 11:** Subgruppeanalyser Pico 6

**Bilag 12:** Tabeller til PIRO 1

**Bilag 13:** Arbejdsgruppen og referencegruppen

**Bilag 14:** Forkortelser og begreber

# Bilag 1: Diagnostiske kriterier i henhold til ICD10 og DSM

Tabel 1

ICD-10: Diagnostiske kriterier	
F60.3	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur</p> <p>Generelle kriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for <math>\geq 2</math> af følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) erkendelse, holdning</li> <li>(2) følelsesliv</li> <li>(3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse</li> <li>(4) interpersonelle forhold</li> </ul> </li> <li>II. Adfærden gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig</li> <li>III. Adfærden går ud over patienten selv eller omgivelserne</li> <li>IV. Varighed siden barndom eller adolescens</li> <li>V. Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse</li> </ul> <p>Organisk ætiologi udelukkes</p>
	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Generelle kriterier for F60 opfyldte</li> <li>B. <math>\geq 3</math> af følgende, heraf altid (2): <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) tendens til at handle impulsivt og uoverlagt</li> <li>(2) stridbarhed, især ved impulsfrustration</li> <li>(3) affektlabilitet, eksplosivitet</li> <li>(4) manglende udholdenhed</li> <li>(5) ustabil og lunefuld humør</li> </ul> </li> </ul>
F60.31	<p>Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Generelle kriterier for F60 opfyldte</li> <li>B. Foruden 3 fra F60.30 B, mindst 2 af følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) forstyrret og usikker identitetsfølelse</li> <li>(2) tendens til intense og ustabile forhold til andre</li> <li>(3) udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene</li> <li>(4) tendens til selvdestruktivitet</li> <li>(5) kronisk tomhedsfølelse</li> </ul> </li> </ul>

Tabel 2

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

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.

HØRINGSVERSION

## Bilag 2: Implementering

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

### Hvordan udbredes kendskabet til retningslinjen?

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

Sundhedsstyrelsen ser meget gerne, at retningslinjen for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type omtales i lægehåndbogen på sundhed.dk og i diverse tidsskrifter.

De faglige selskaber, herunder bl.a. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Distriktpsychiatri, Dansk Selskab for Fysioterapi, Dansk Socialrådgiverforening og Dansk Sygepleje Selskab, er vigtige aktører i forhold til at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type omtales på de faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til quick guiden og den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår også, at retningslinjen præsenteres på årsmøder og konferencer i regi af de faglige selskaber. Information kan desuden formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Regionerne spiller også en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af retningslinjen gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis.

### Hvordan sikres det, at anbefalingerne implementeres lokalt?

For at understøtte anvendelse af den nationale kliniske retningslinje for emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type lokalt, er det hensigtsmæssigt, at retningslinjen samstemmes med og integreres i instrukser og vejledninger mv., som allerede findes og anvendes.

Det understreges, at implementering af den nationale kliniske retningslinje er et lokalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. Der er i foråret 2014 publiceret en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/implementeringshaandbog>). Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer.

## Bilag 3: Monitorering

### Proces- og effektindikatorer

Dette afsnit udarbejdes i høringsperioden.

HØRINGSVERSION

## Bilag 4: Opdatering og videre forskning

### Opdatering

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

### Videre forskning

#### Forskningsemner, der udspringer direkte af denne retningslinje:

Studier af effekten af af psykofarmaka.

Det er behov for forskning i validerede screeningsinstrumenter til at identificere mulige BPF i primær sektor.

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) og ambulant (<4 timer ugentlig)

Studier af forskelle i effekt af multimodal sammenlignet med unimodal psykoterapi.

Studier af effekten af psykoedukation.

Flere studier af BPF uden komorbiditet.

Studier af monitorering af farmakologiske og psykoterapeutiske behandlingsforløb.

Flere effektstudier med livskvalitet og social funktion som outcomemål.

Studier af effekt af bruge af individuelle kriseplaner.

Studier i effekten af kriseintervention.

#### Forskningsemner, der ligger udenfor de direkte behandlede emner i retningslinjen:

Studier i diagnostiske forskelle mellem DSM-5 og ICD-systemet for at klarlægge retningsliniernes anvendelsesområder, herunder studie af kernesymptomer.

Studier af under- og overdiagnosticering af BPF.

Studier af tidlig opsporings betydning for langtidsforløb.

Studier om stigmatisering.

Studier af BPF patienters neurobiologiske, neuropsykologiske og psykologiske handicap.

Studier af brug af generelle behandlingsprincipper ved BPF for ikke-eksperter.

Studier af effekt af gruppe, familierapi og andre multimodale behandlingsformer.



## Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode (max 1 side)

*For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR-metodeguide [indsæt link].*

Hvis man i den pågældende retningslinje har afvejet fra den udstukne metode, beskrives afvigelserne her.

HØRINGSVERSION

## Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

<b>Fokuseret spørgsmål 1 (PICO 1): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med antidepressiv medicin?</b>	
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 antidepressiver, TCA, MAO-hæmmer
Comparison (sammenligning):	Placebo
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

<b>Fokuseret spørgsmål 2 (PICO 2): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes farmakologisk behandling med stemningsstabiliserende medicin?</b>	
Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i

	henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Stemmingsstabiliserende medicin, opdelt på Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramet
Comparison (sammenligning):	Placebo
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning(vigtig)

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

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Farmakologisk behandling med psykofarmaka, opdelt på Aripiprazol, Olanzapin, Ziprasidon, Haloperidol
Comparison (sammenligning):	Placebo
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)

	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

<b>Fokuseret spørgsmål 4 (PICO 4): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes psykoedukation?</b>	
Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Psykoedukation i tillæg til usual care (minimumskrav skal defineres i forhold til struktur, indhold varighed i inkluderede studier)
Comparison (sammenligning):	Usual care
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)

	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up(vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 5 (PICO 5): Bør patienter med borderline personlighedsforstyrrelse tilbydes specialiserede multimodale behandlingsprogrammer, som inkluderer psykoterapi?**

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Specialiseret multimodalt behandlingsprogram Minimumskrav: Struktureret, manualiseret psykoterapi, ved individuelt, i gruppe eller individuelt og i gruppe kombineret med mindst yderligere én (eller to) af følgende modaliteter som f. eks: psykoedukation, kropsterapi, kunstterapi eller lignende.
Comparison (sammenligning):	Unimodal psykoterapeutisk behandling – individuelt eller i gruppe
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up(vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsfølg ved behandlingsafslutning

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

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Psykoterapi ≥ 12 måneder
Comparison (sammenligning):	Psykoterapi ≤ 12 måneder
Outcomes:	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (kritisk)
	Livskvalitet ved længste follow-up (kritisk)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up (kritisk)
	Interpersonelle problemer ved længste follow-up (IIP) (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Ikke alvorlige skadevirkninger ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up (vigtig)
	Drop-out ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (vigtig)

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

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Psykoterapeutisk behandlingsforløb med jævnlig, struktureret monitorering af effekt ved brug af validerede instrumenter.

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

<b>Fokuseret spørgsmål 8 (PICO 8): Bør der udarbejdes individuelle planer for håndtering af kriseperiode for patienter med borderline personlighedsfortyrrelse?</b>	
Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Intervention:	Individuelle planer for håndtering af kriseperiode er udarbejdet
Comparison (sammenligning):	Ingen individuelle planer for håndtering af kriseperiode.
Outcomes:	Selvmondsforsøg ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Selvmondsrelateret adfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Socialt funktionsniveau ved længste follow-up (vigtig)
	Symptombelastning ved behandlingsafslutning (vigtig)

	Brug af sundhedsydelser ved længste follow-up(vigtig)
	Drop-out ved længste follow-up(vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)
	Borderline sværhedsgrad ved længste follow-up(vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 9 (PIRO 1): Kan en behandler i primær sektor, i mødet med patienter med selvskadende adfærd, suicidal adfærd, misbrug, angstsymptomer, spiseforstyrrelse eller depression med fordel anvende et screeningsredskab med henblik på at identificere patienter med mulig borderline personlighedsforstyrrelse med henblik på henvisning til udredning?**

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Indextest:	Oversat og valideret screeningsinstrument for Personlighedsforstyrrelser.
Referencestandard:	Struktureret personlighedsinterview
Outcomes:	Sensitivitet, Specificitet
	Raten af falsk positive
	Raten af falsk negative
	Konsekvenser af falsk positive (overdignostik)
	Konsekvenser af falsk negative (overdignostik)
	Patientrelaterede outcomes

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

Population:	Patienter som har fået diagnosen Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F.60.31) i henhold til ICD-10 og DSM's klassifikations system.
Indextest	Ustruktureret klinisk interview
Referencestandard:	Struktureret personlighedsinterview (f. eks. SCID-



	II)
Outcomes:	Sensitivitet, Specificitet
	Raten af falsk positive
	Raten af falsk negative
	Konsekvenser af falsk positive (overdignostik)
	Konsekvenser af falsk negative (overdignostik)
	Patientrelaterede outcomes

HØRINGSVERSION

## Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

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

### **De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger**

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

#### **Stærk anbefaling for ↑↑**

Giv/brug/anvend...

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

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

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

Implikationer:

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

#### **Svag/betinget anbefaling for ↑**

Overvej at...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

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

Implikationer:

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

#### **Svag/betinget anbefaling imod ↓**

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

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

#### Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

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

#### Implikationer:

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

#### **Stærk anbefaling imod ↓↓**

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

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

#### Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

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

Implikationer:

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

***De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger***

***God praksis ✓***

*For:*

Det er god praksis at...

*Imod:*

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

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

## Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. flow chart

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

Der er foretaget tre systematiske søgninger: 1) en søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen); 2) en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser); 3) en opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur til og med maj 2014. Hvor der ikke er fundet sekundær litteratur, er der udelukkende søgt primærstudier 2004-2014, hvis ikke andet er angivet. Søgningerne er foretaget ved Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Ole Jakob Storebø. Søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

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

### Generelle søgetermer

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

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

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

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

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

### Generelle søgekriterier

Publikations år: 2004 – maj 2014 (ældre for visse PICO-spørgsmål)

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

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

### Guidelines-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget 25.7 – 30.7.2014 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge),

Kunnskapssenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), Swemed+, Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl samt de skandinaviske biblioteksdata-baser.

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

**Der blev identificeret 1779 guidelines og retningslinjer og MTV'er.**

### **De opfølgende søgninger**

#### Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

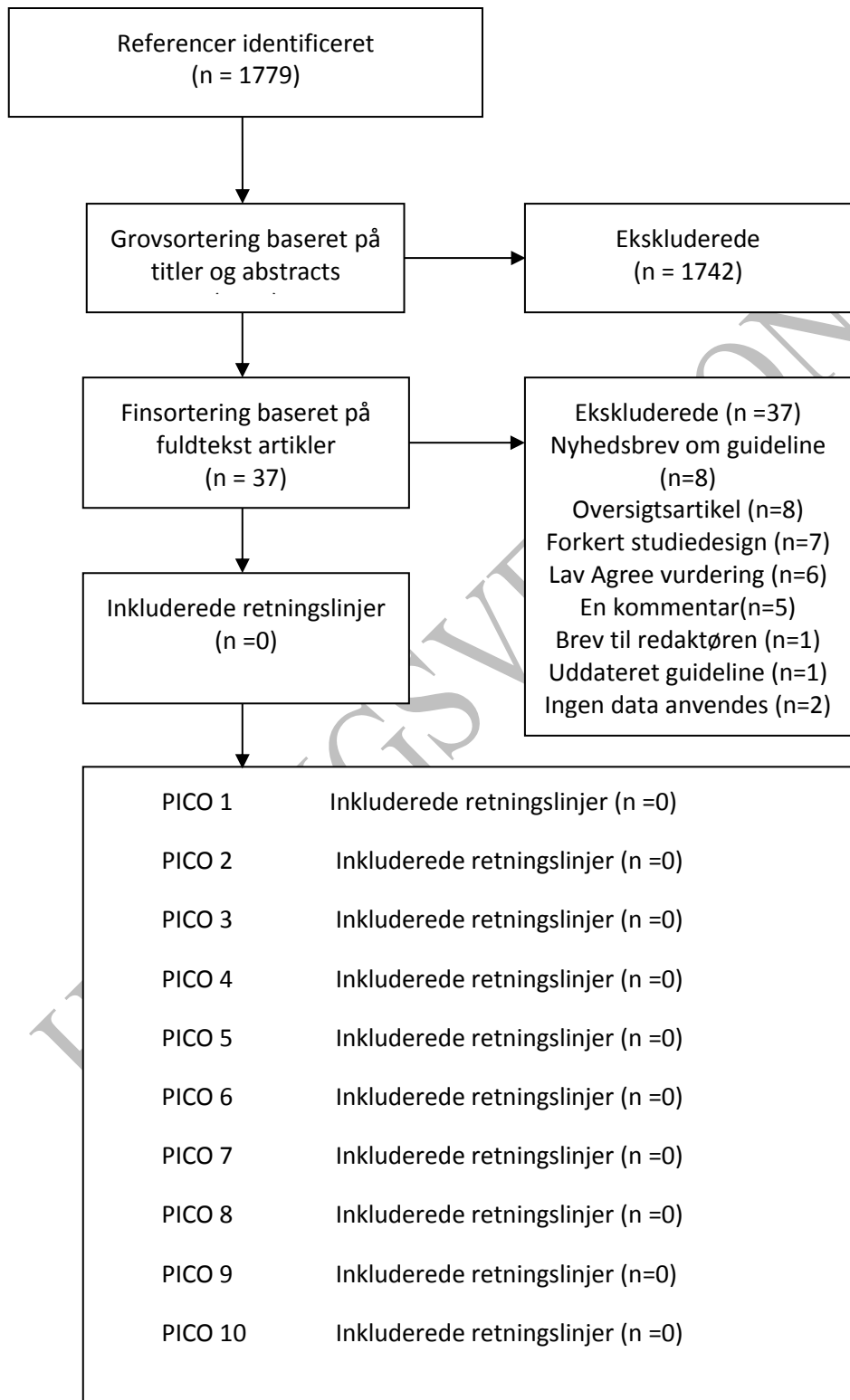
Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget 3. oktober – 7. november 2014. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt PICO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl og PsycInfo. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter sekundærlitteratur på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/>

Der blev identificeret 8214 systematiske reviews og metaanalyser.

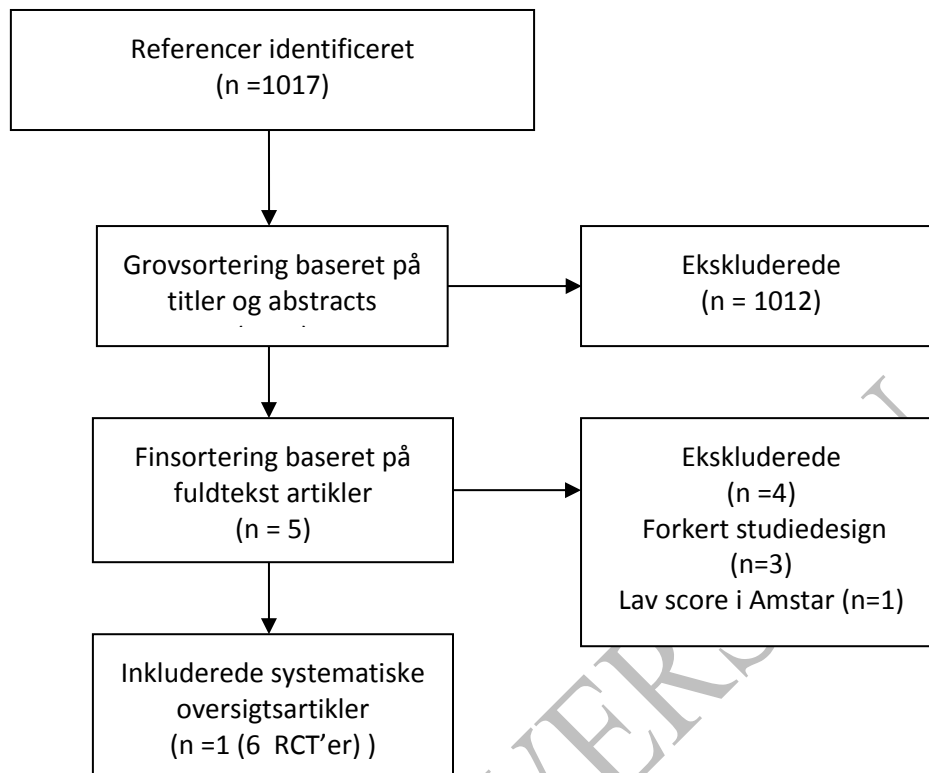
#### Søgning efter primære studier

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

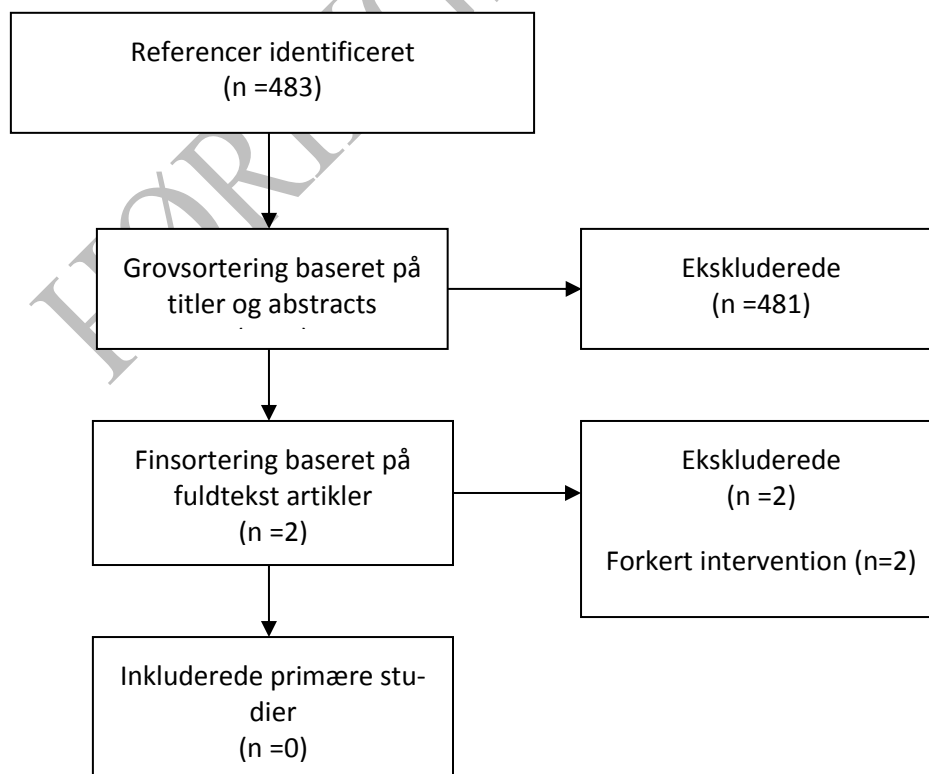
# Flowchart. Søgning efter retningslinjer



Flowchart PICO 1 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.

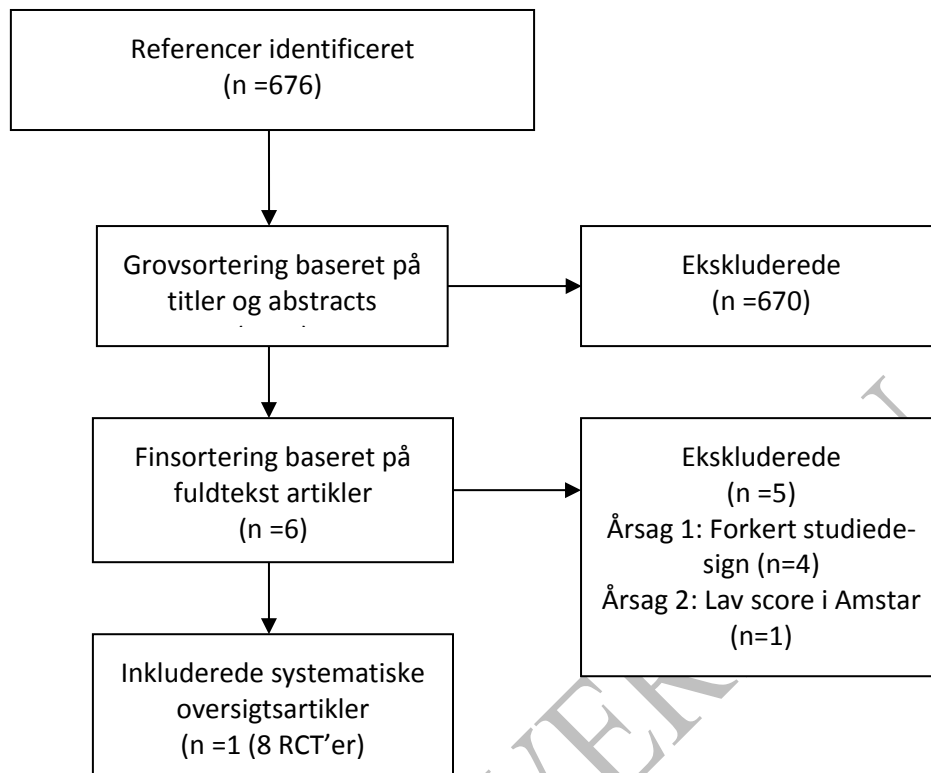


Flowchart. PICO 1 Søgning per spørgsmål efter primære studier.

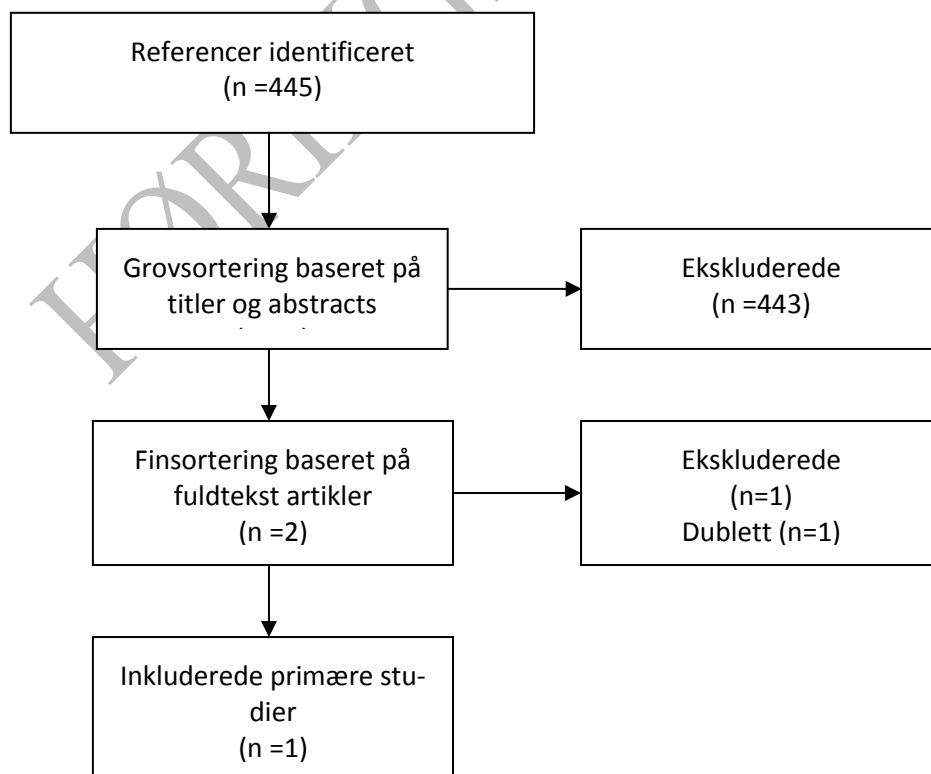




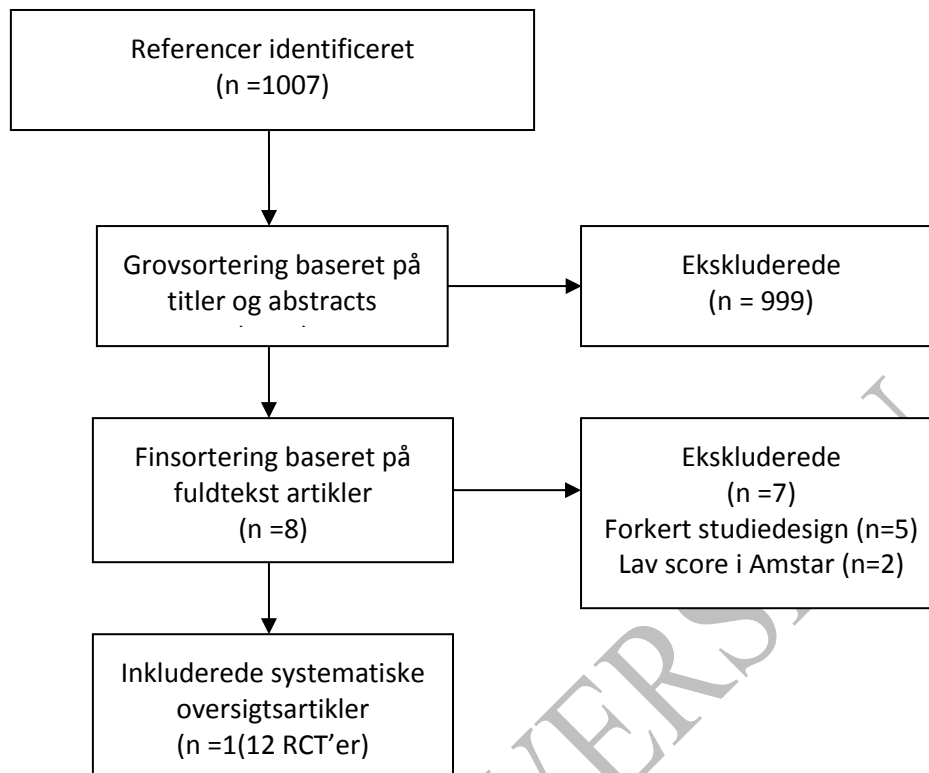
Flowchart PICO 2 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



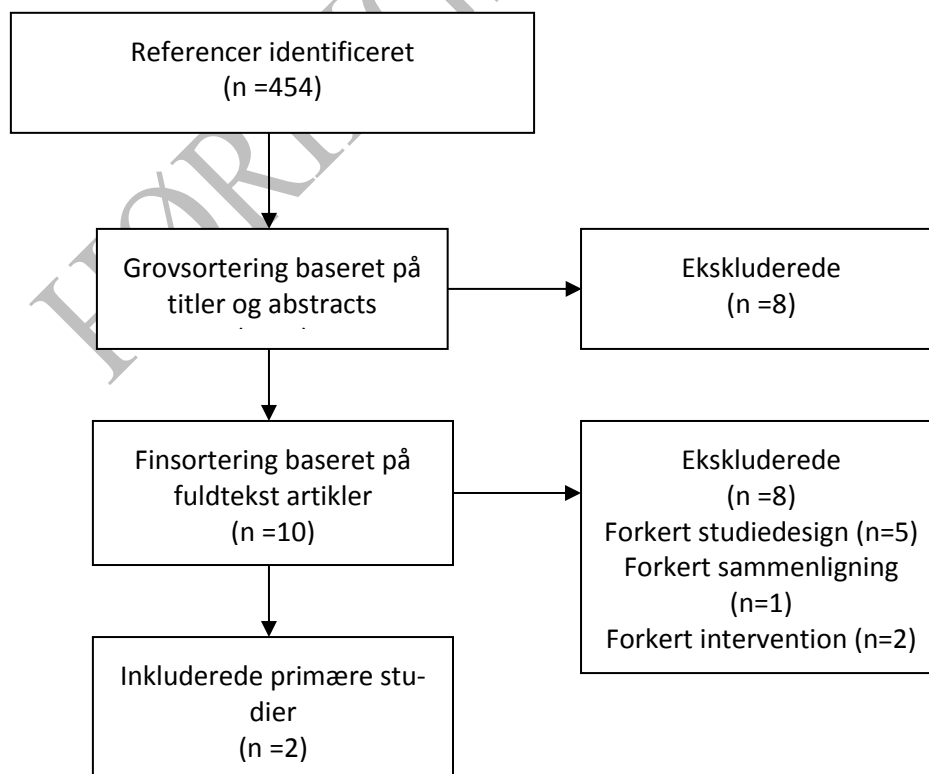
Flowchart. PICO 2 Søgning efter primære studier.



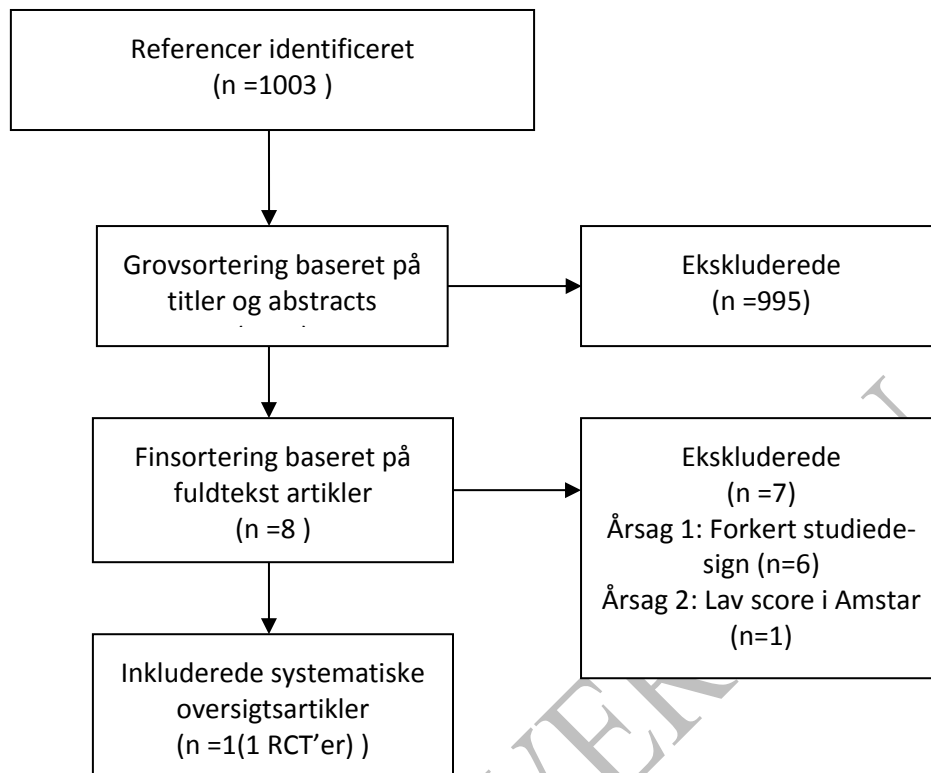
Flowchart. PICO 3 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



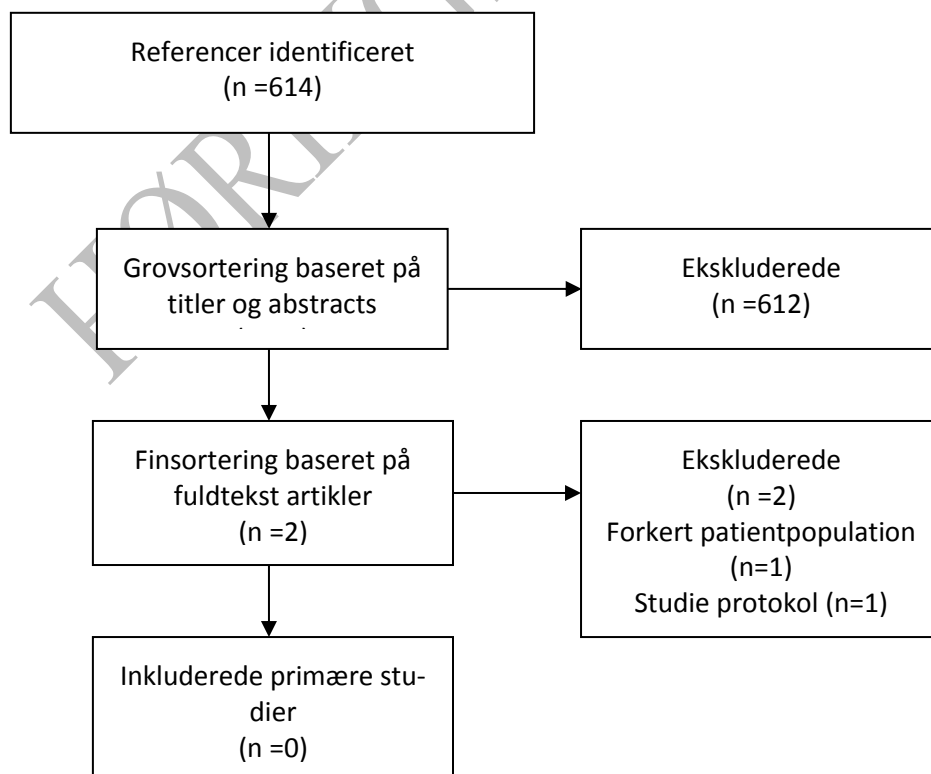
Flowchart PICO 3. Søgning efter primære studier.



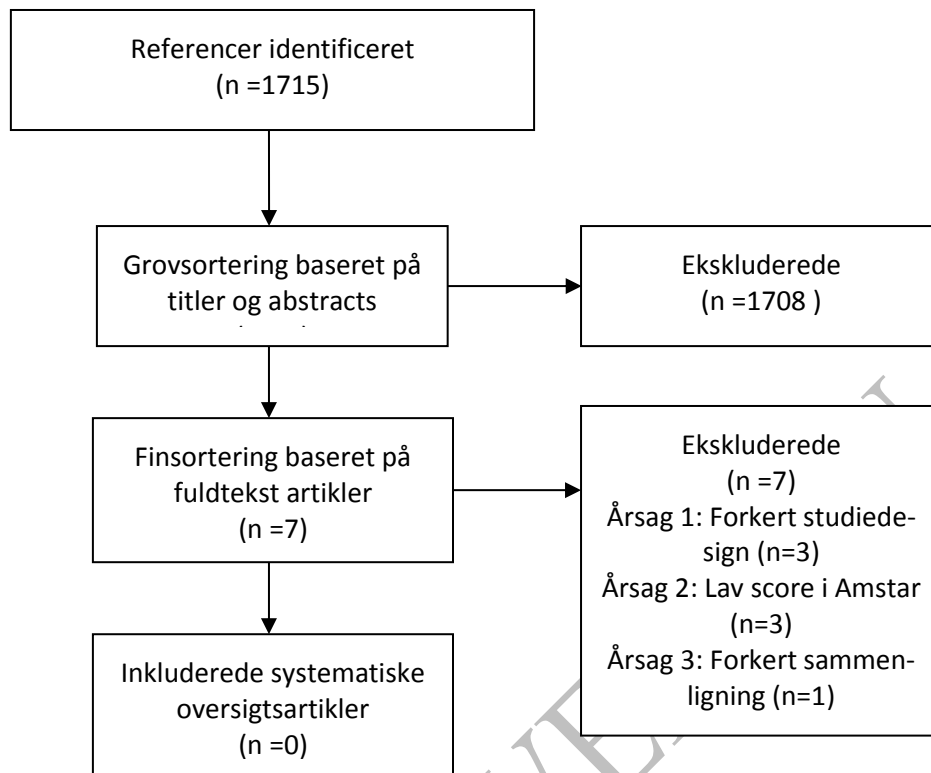
Flowchart PICO 4. Søgning per spørgsmål efter systematiske oversigtsartikler.



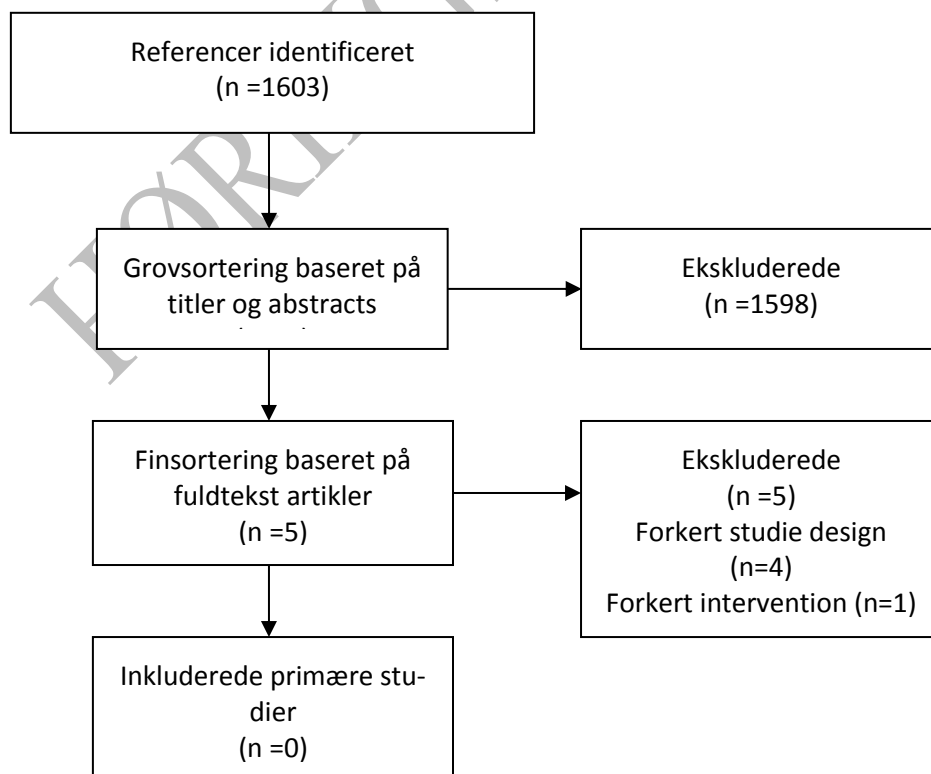
Flowchart PICO 4. Søgning per spørgsmål efter primære studier.



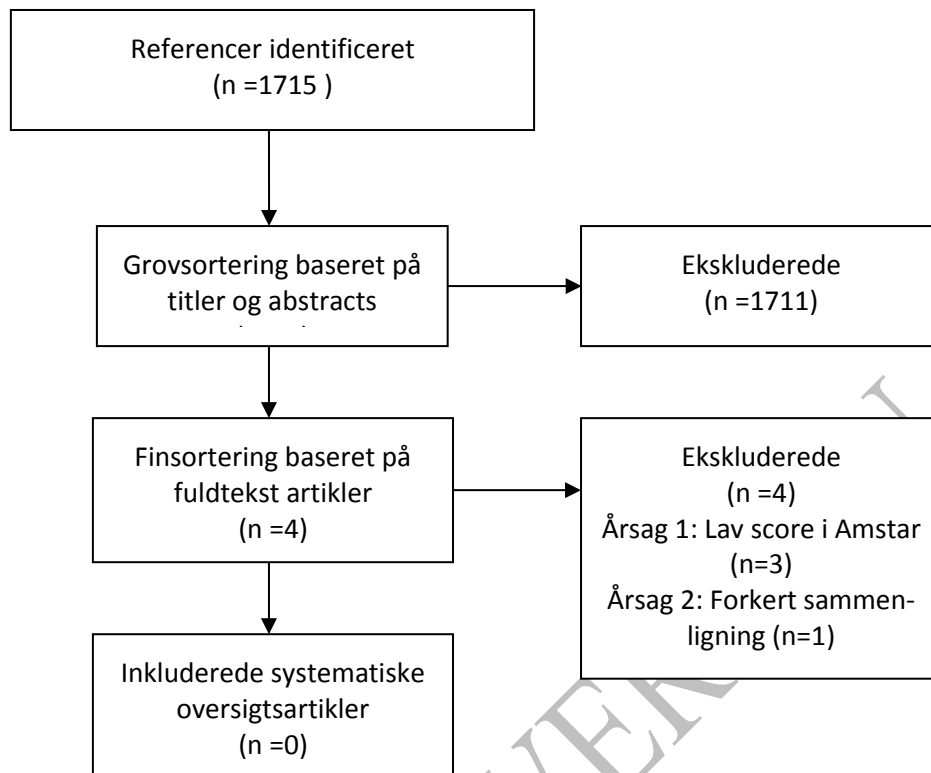
Flowchart PICO 5. Søgning per spørgsmål efter systematiske oversigtsartikler.



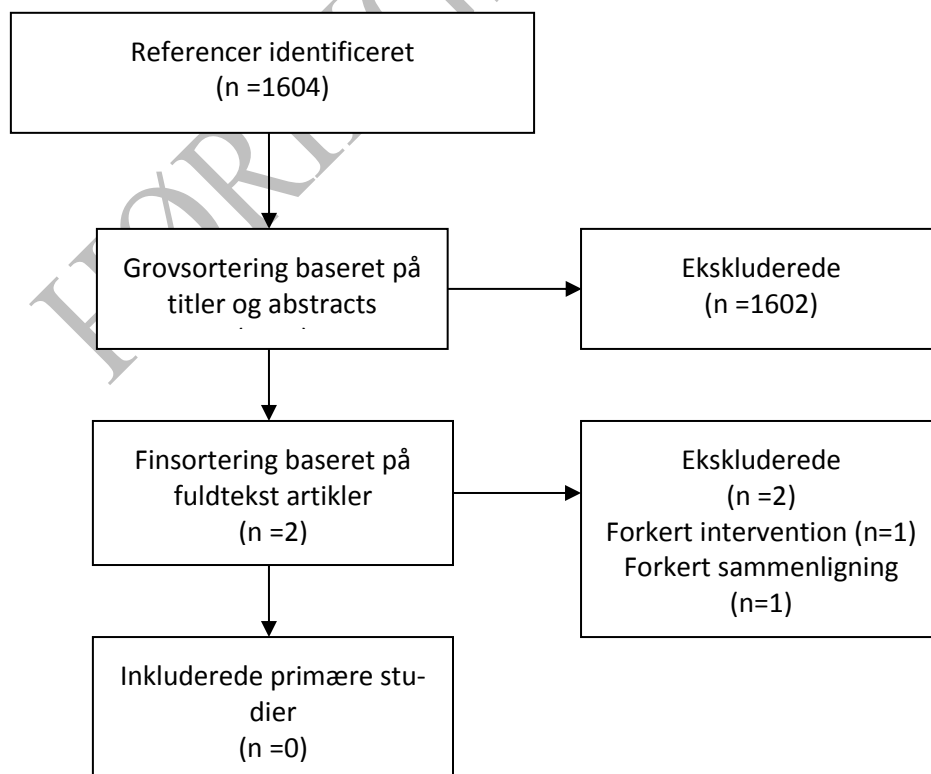
Flowchart PICO 5. Søgning efter primære studier.



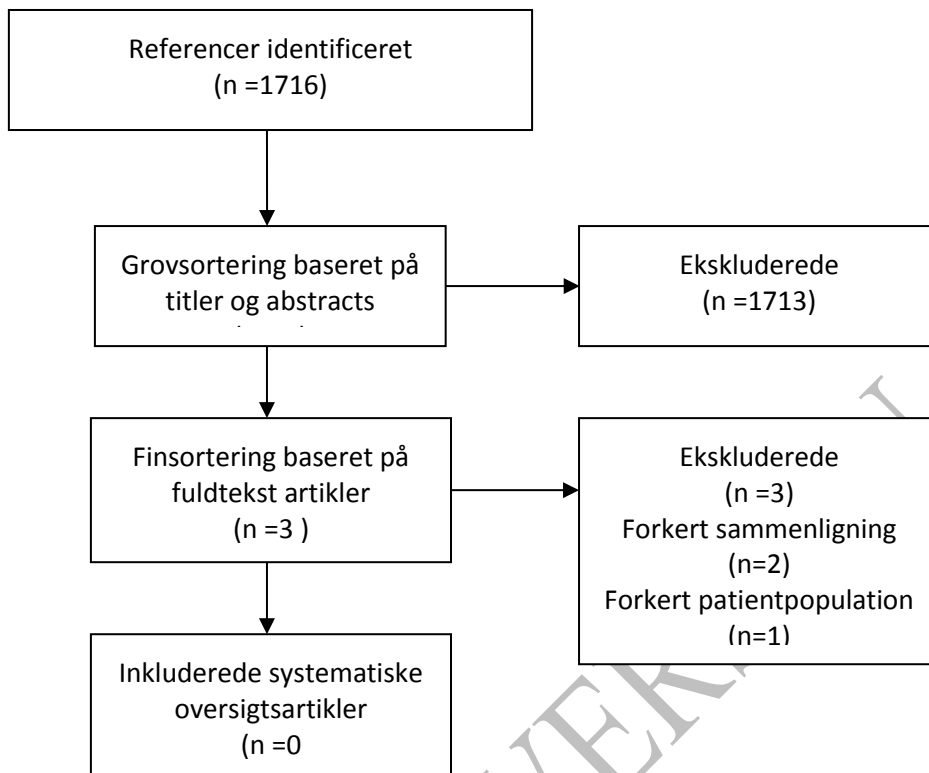
Flowchart PICO 6. Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



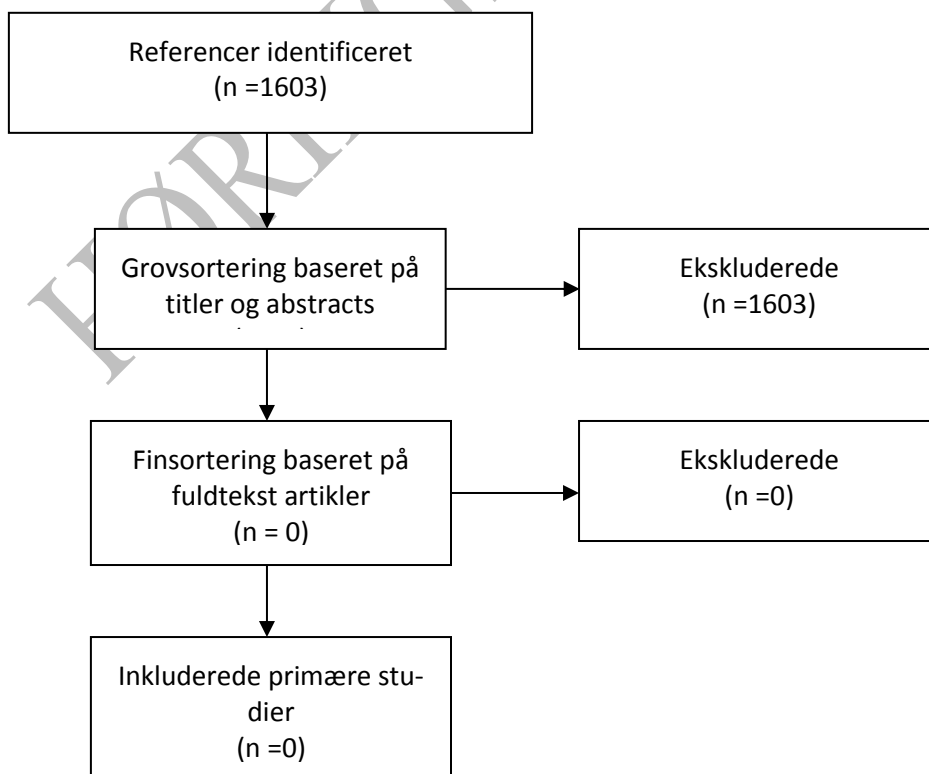
Flowchart PICO 6. Søgning efter primære studier.



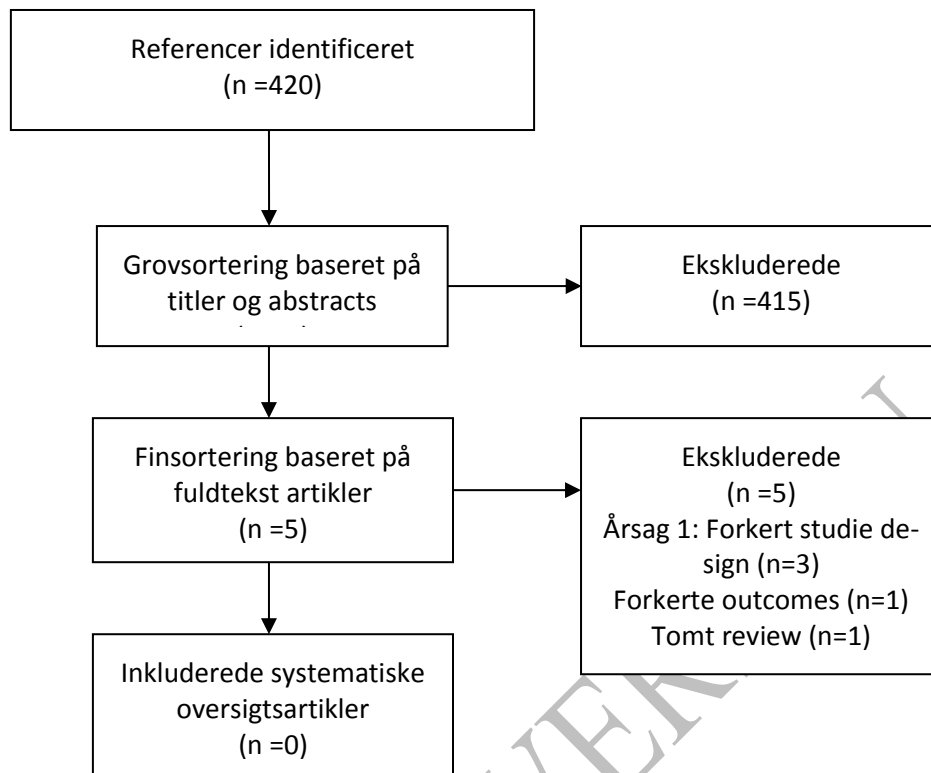
Flowchart. PICO 7 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



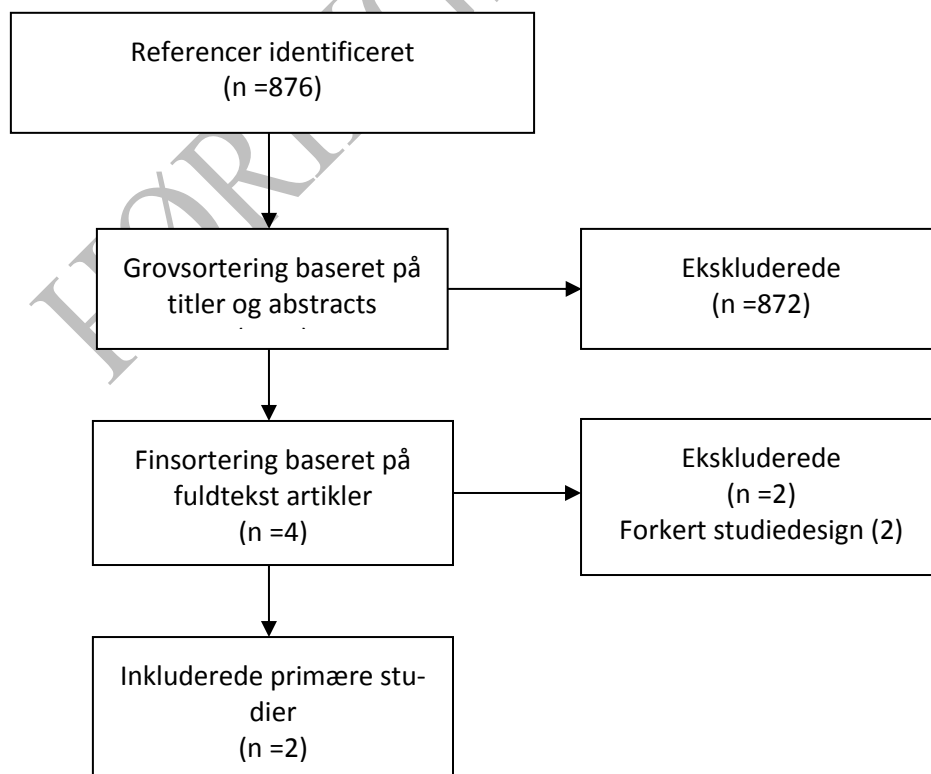
Flowchart. PICO 7 Søgning efter primære studier.



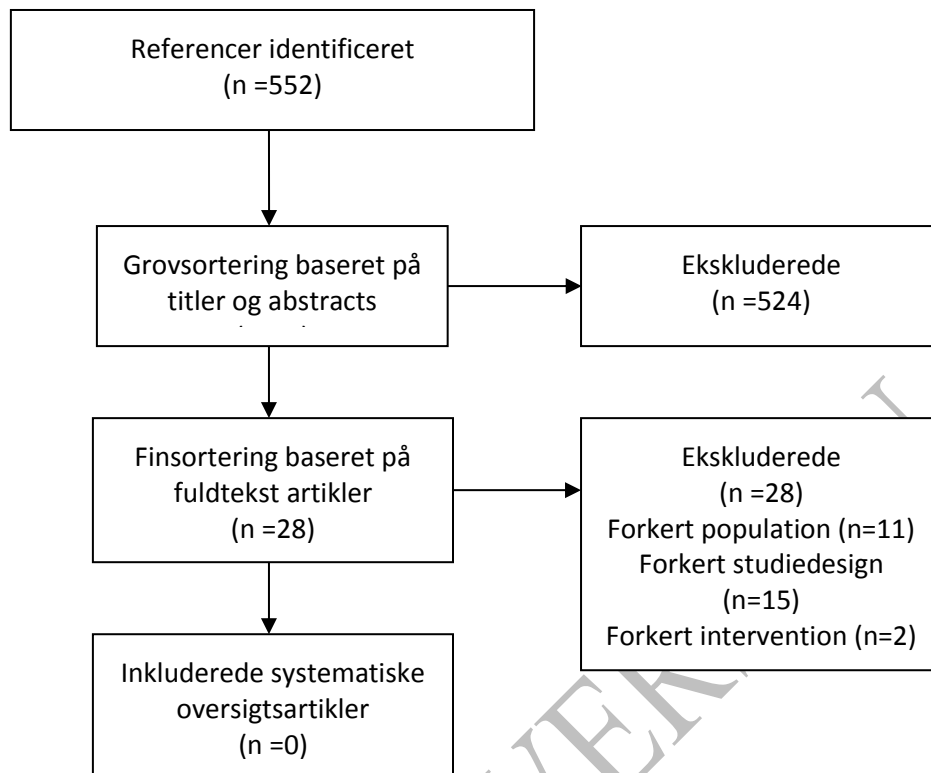
Flowchart. PICO 8 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



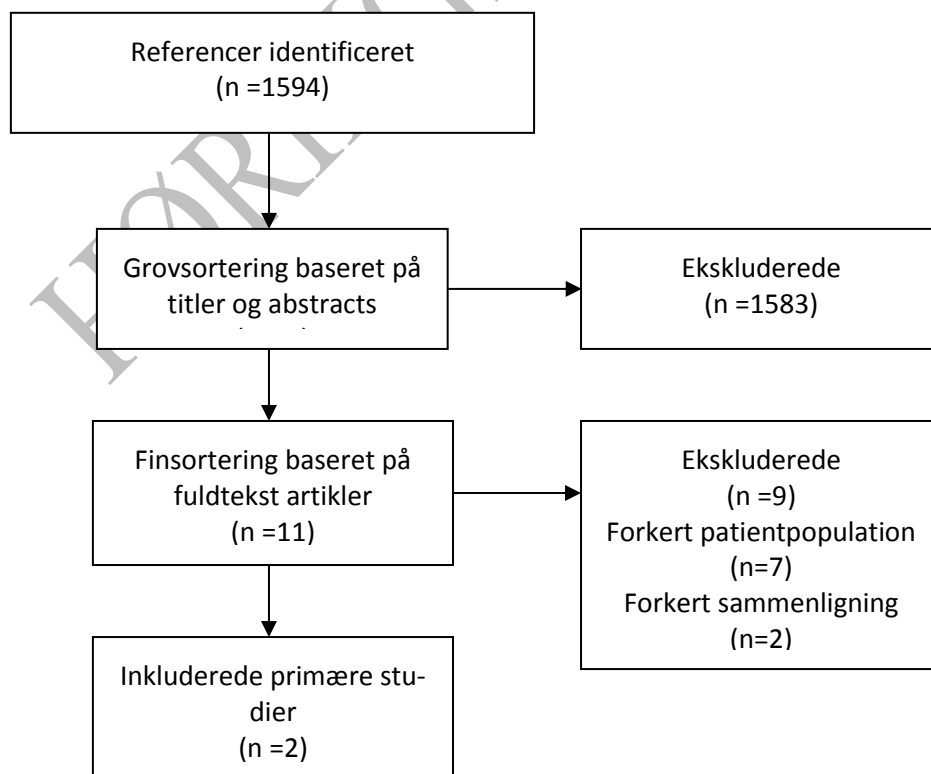
Flowchart. PICO 8 Søgning efter primære studier.



Flowchart. PIRO 1 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.

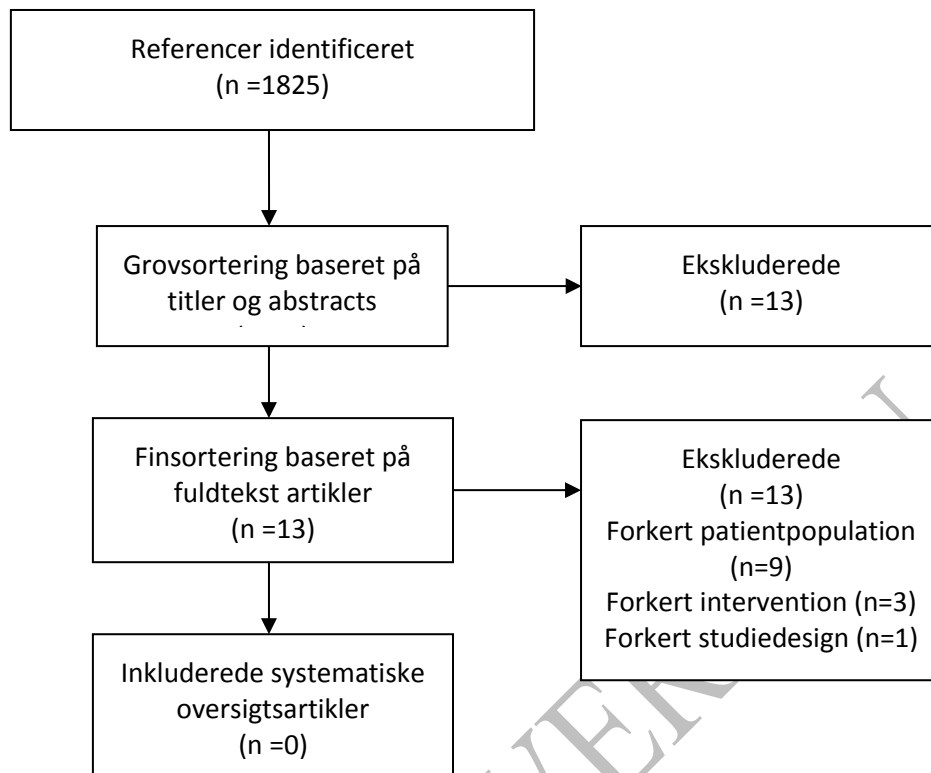


Flowchart. PIRO 1 Søgning efter primære studier.

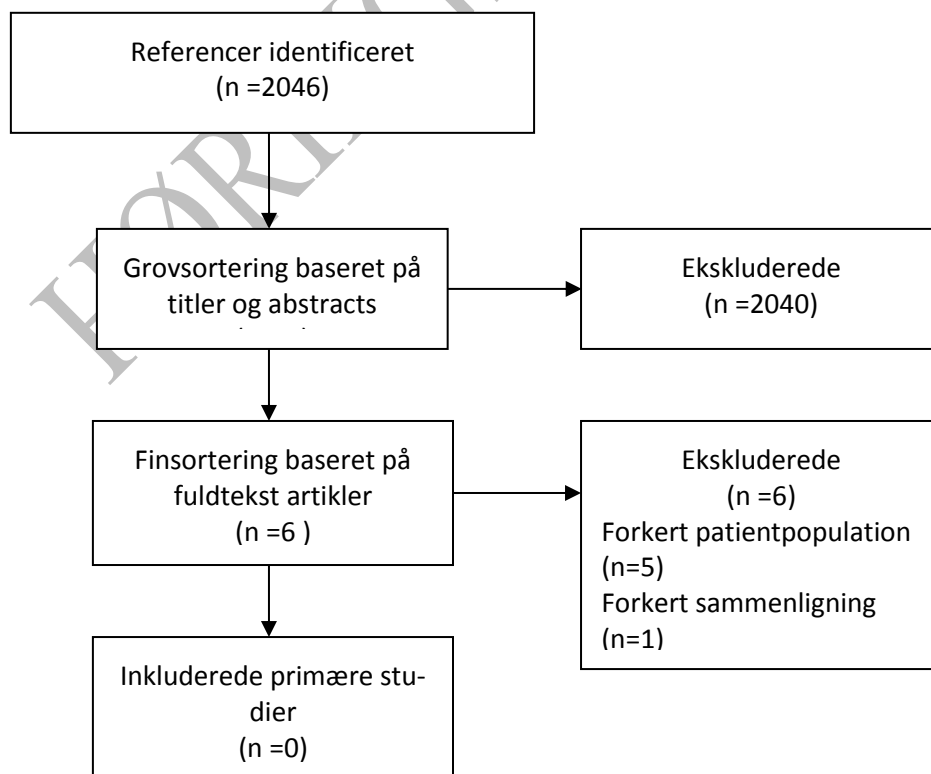




Flowchart. PIRO 2 Søgning efter systematiske oversigtsartikler.



Flowchart. PIRO 2 Søgning efter primære studier.



HØRINGSVERSION

## Bilag 9: Evidensvurderinger

Der linkes til:

- Udvidede evidensprofiler

Vedlægge kun Forest Plot på PICO 5 og 6

- AGREE-vurderinger
- AMSTAR-vurderinger
- Hvis relevant: Samlet RevMan-fil med risk of bias-vurderinger, characteristics of studies og meta-analyser.

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

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

*Evidensprofiler kan tilgås [her](#) [indsæt link]*

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

HØRINGSVERSION

## Bilag 10: Subgruppe analyser PICO 5

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

Outcomes	Subgruppe analyser:		Subgruppe forskel:
	Psykoterapi vs. TAU	Anden behandling + psykoterapi vs. TAU	
<b>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)</b>	Den gennemsnitlige effekt på borderline sværhedsgraden i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>1,06 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-2,21;-0,08).	Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling var <b>0,75 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,35; -0,14).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,63, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	140, baseret på metaanalyse af 4 studier	226, baseret på metaanalyse af 4 studier	
<b>Sociale funktionsniveau (Social function)</b>	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>0,31 standardafvigelser højere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,01;1,63).	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling, var <b>0,55 standardafvigelser højere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (0,14; 0,96).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,74, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	130, baseret på metaanalyse af 2 studier	200, baseret på metaanalyse af 3 studier	
<b>Livskvalitet<sup>2</sup> (Quality of life)</b> – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Alvorlige skadevirkninger<sup>2</sup> (Serious side effects)</b> - Ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Frafald (Drop out)</b>	Der er gennemsnitligt <b>31 % færre dropouts</b> i interventionsgruppen med kun psykoterapi ift. TAU, OR = 0,69. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,42;1,12).	Der er gennemsnitligt <b>102 % flere dropouts</b> i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 2,02. 95 % CI: (0,75;5,47).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,06, I <sup>2</sup> =72,3 %.
Antal deltagere	455, baseret på metaanalyse af 9 studier	332, baseret på metaanalyse af 5 studier	

<b>Selvmondsadfærd (Suicidal behavior)</b>	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>0,65 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,97:-0,33).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling, var <b>0,07 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,10: 0,96).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,29, I <sup>2</sup> =9,5 %.
Antal deltagere	139, baseret på metaanalyse af 6 studier	102, baseret på metaanalyse af 3 studier	
<b>Brug af sundheds-ydelser<sup>2</sup>(Use of health care)</b> - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Selvmondsforsøg (suicide attempt)</b>	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>0,47 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,61:0,66).	Ingen studier	Kan ikke estimeres
Antal deltagere	152, baseret på metaanalyse af 3 studier	-	
<b>Ikke alvorlige skadevirkninger<sup>2</sup> (Non-serious adverse events)</b> - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems - IPP)</b>	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>4,38 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-5,34:-3,42).	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi + anden behandling, var <b>0,54 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,13: 0,04).	Der findes en signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=<0,001, I <sup>2</sup> =97,8 %.
Antal deltagere	59, baseret på analyse af 1 studie	253, baseret på metaanalyse af 4 studier	
<b>Symptombelastning (general psychiatric pathology)</b>	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med kun psykoterapi, var <b>0,25 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,00:0,51).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi og anden behandling, var <b>0,53 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,93:- 0,13).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne. P=0,51, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	131, baseret på metaanalyse af 2 studier	203, baseret på metaanalyse af 3 studier	

---

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

---

<sup>1</sup> Kun studier med en varighed på op til 12 måneder er medtaget i analyserne

<sup>2</sup> Vi fandt ikke evidens for dette udfald

---

HØRINGSVERSION

## Bilag 11: Subgruppeanalyser PICO 6

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

Outcomes	Subgruppe analyser:		Subgruppe forskel:
	Psykoterapi <sup>1</sup> vs. TAU < 12 måneder	Psykoterapi vs. TAU ≥ 12 måneder	
<b>Borderline sværhedsgrad (Borderline severity)</b>	Den gennemsnitlige effekt på borderline sværhedsgraden i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,55 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI <sup>2</sup> : (-0,92;-0,17).	Den gennemsnitlige borderline sværhedsgrad i interventionsgruppen med psykoterapi var <b>0,55 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-3,85: 0,67).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,37, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	321, baseret på meta-analyse af 7 studier	89, baseret på metanalyse af 2 studier	
<b>Socialt funktionsniveau (Social function)</b>	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,36 standardafvigelser højere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (0,04;0,69).	Den gennemsnitlige effekt på det sociale funktionsniveau i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,13 standardafvigelser højere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,46: 0,72).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,47, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	276, baseret på meta-analyse af 5 studier	229, baseret på metanalyse af 3 studier	
<b>Livskvalitet<sup>3</sup> (Quality of life)</b> – ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Alvorlige skadevirkninger<sup>1</sup> (Serious side effects)</b>			Kan ikke estimeres
<b>Frafald (Drop out)</b>	Der er gennemsnitligt <b>26 % flere dropouts</b> i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 1,26. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,60;2,66).	Der er gennemsnitligt <b>44 % færre dropouts</b> i interventionsgruppen med psykoterapi ift. TAU, OR = 0,66. Dog er resultatet insignifikant. 95 % CI: (0,42;1,03).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne P=0,14, I <sup>2</sup> =0,54 %.
Antal deltagere	516, baseret på meta-analyse af 10 studier.	1028, baseret på metanalyse af 8 studier.	
<b>Selvmoedsadfærd (Suicidal behavior)</b>	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,26 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,74;0,22).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,63 standardafvigelser lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,21: 0,05).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,34, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	194, baseret på meta-analyse af 6 studier	328, baseret på metanalyse af 6 studier	

<b>Brug af sundhedsydelse<sup>1</sup> (Use of health care)</b> - ikke rapporteret			Kan ikke estimeres
<b>Selvmondsforsøg (suicide attempt)</b>	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>1,01 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,63;-0,40).	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,71 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-2,32: 0,90).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,73, I <sup>2</sup> =0 %.
Antal deltagere	58, baseret på metaanalyse af 2 studier	124, baseret på metanalyse af 3 studier	
<b>Ikke alvorlige skadevirkninger<sup>1</sup> - ikke rapporteret (Non-serious adverse events)</b>			Kan ikke estimeres
<b>Interpersonelle problemer (Interpersonal problems - IPP)</b>	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,59 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-1,07;-0,11).	Den gennemsnitlige effekt på IPP i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>2,10 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-4,84: 0,65).	Der findes ingen signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,29, I <sup>2</sup> =10,9 %.
Antal deltagere	297, baseret på metaanalyse af 5 studier	196, baseret på metanalyse af 3 studier	
<b>Symptombelastning (general psychiatric pathology)</b>	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,53 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,83;-0,22).	Den gennemsnitlige effekt på selvmordsadfærd i interventionsgruppen med psykoterapi, var <b>0,04 standardafvigelse lavere</b> i forhold til TAU. 95 % CI: (-0,30: 0,21).	Der findes en signifikant forskel mellem subgruppe analyserne for psykoterapi vs. TAU. P=0,02, I <sup>2</sup> =82,5 %.
Antal deltagere	233, baseret på metaanalyse af 4 studier	471, baseret på metanalyse af 3 studier	

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

<sup>1</sup> Vi fandt ikke evidens for dette udfald



# Bilag 12: Tabeller til PIRO 1

PIRO 1 - Kan en behandler i primær sektor, i mødet med patienter med selvskadende adfærd, suicidal adfærd, misbrug, angstsymptomer, spiseforstyrrelse eller depression med fordel anvende et screeningsredskab med henblik på at identificere patienter med mulig borderline personlighedsforstyrrelse med henblik på henvisning til udredning?

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

Sensitivity: 0.83 | Specificity: 0.8

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

1. Not primary care

2. risk of spectrum bias

3. only one study
- \*Typically seen in psychiatric outpatients (German et.al 2012)

\*\*Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)

\*\*\*Typically seen at the general practitioner (estimated)

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

Sensitivity: 0.77 | Specificity: 0.85

Test result	Number of results per 1000 patients tested	Number of participants	Quality of the Evi-	Comments
-------------	--	------------------------	---------------------	----------

	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***	(Studies)	
<b>True positives</b> (patients with borderline per- sonality disorder)	385	154	39		
<b>False negatives</b> (patients incor- rectly classified as not having borderline per- sonality disorder)	115	46	11	195	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>
<b>True negatives</b> (patients without borderline per- sonality disorder)	425	680	808		
<b>False positives</b> (patients incor- rectly classified as having bor- derline personali- ty disorder)	75	120	142	195	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>

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

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

Sensitivity: 0.78 | Specificity: 0.78

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
<b>True positives</b> (patients with borderline per- sonality disorder)	390	156	39			
<b>False negatives</b> (patients incor- rectly classified as not having borderline per- sonality disorder)	110	44	11	195 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>True negatives</b> (patients without borderline per- sonality disorder)	390	624	741	195 (1)	⊕○○○ VERY	

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
sonality disorder)					LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	110	176	209			

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

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

Sensitivity: 0.78 Specificity: 0.78

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

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

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

Sensitivity: 0.8 | Specificity: 0.82

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

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

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

Sensitivity: 0.63 | Specificity: 0.35

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 50%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
<b>True positives</b> (patients with borderline personality disorder)	315	126	32	195 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False negatives</b> (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	185	74	18			
<b>True negatives</b> (patients without borderline personality disorder)	175	280	332			
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	325	520	618			

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

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

Sensitivity: 0.69 | Specificity: 0.76

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 48.1%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
<b>True positives</b> (patients with borderline personality disorder)	332	138	34	102 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False negatives</b> (patients incorrectly classified as not having	149	62	16			

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 48.1%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
borderline personality disorder)						
<b>True negatives</b> (patients without borderline personality disorder)	394	608	722	102 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	125	192	228			

1. Not primary care
2. risk of spectrum bias
3. only one study

\*Typically seen in psychiatric outpatients (German et.al 2012)  
 \*\*Typically seen in primary care (Moran et.al. 2005)  
 \*\*\*Typically seen at the general practitioner (estimated)

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

Sensitivity: 0.76 | Specificity: 0.58

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

Test result	Number of results per 1000 patients tested			Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 48.1%*	Prevalence 20%**	Prevalence 5%***			
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	218	336	399			

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

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

Sensitivity: 0.77 | Specificity: 0.77

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
<b>True positives</b> (patients with borderline personality disorder)	168	39	101 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False negatives</b> (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	50	11			
<b>True negatives</b> (patients without borderline personality disorder)	602	731	101 (1)	⊕○○○ VERY LOW <sup>1 2 3</sup>	
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	180	219			

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

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

Sensitivity: 0.64 | Specificity: 0.85

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

1. risk of spectrum bias

2. not primary care (GP)

3. only one study
- \*Typically seen in youth mental health service (15-25 years) (Chanen et.al. 2005)

\*\* Typically seen at the general practitioner (estimated)

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

Sensitivity: 0.68 | Specificity: 0.75

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			



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

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

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

Sensitivity: 0.68 | Specificity: 0.9

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
<b>True positives</b> (patients with border-line personality disorder)	148	34	101 (1)		
<b>False negatives</b> (patients incorrectly classified as not having borderline personality disorder)	70	16			

Test result	Number of results per 1000 patients tested		Number of participants (Studies)	Quality of the Evidence (GRADE)	Comments
	Prevalence 21.8%*	Prevalence 5%**			
<b>True negatives</b> (patients without borderline personality disorder)	704	855	101 (1)		
<b>False positives</b> (patients incorrectly classified as having borderline personality disorder)	78	95			

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

## Bilag 13: Arbejdsgruppen og referencegruppen

### Arbejdsgruppen

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

[Listes i alfabetisk rækkefølge. Akademiske titler fremgår ikke]

- Ane Bonnerup Vind (formand), afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen
- Anette Møller Jensen, overlæge, Psykiatrisk Center Amager, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Erik Simonsen, professor, Psykiatrisk Forskningsenhed, Region Sjælland, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Gunnar Axelgaard, praktiserende læge, Vildbjerg, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Keld Bach Nielsen, sygeplejerske og lektor, Sygeplejerskeuddannelsen i Aarhus, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Kirsten Rosenkrantz Grage, psykolog, Psykiatrisk Center København, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Per Sørensen, overlæge, centerchef, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Sebastian Simonsen, psykolog, ph.d., Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Tina Hostrup Andersen, fysioterapeut, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Ulla Kathrine Mortensen, sygeplejerske, Klinik for Personlighedsforstyrrelser, Risskov, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab

### Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#) [indsæt link].

### Referencegruppen

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

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

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

## Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

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

## Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for moderat og svær bulimi har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Landsforeningen SIND
- Borderlinenetværket
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Ergoterapeutforeningen

- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktpsychiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Socialstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

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

## Bilag 14: Forkortelser og begreber

*Find en liste over forkortelser og begreber [her](#) (indsæt hyperlink).*

HØRINGSVERSION