



**BORDERLINE
PERSONLIGHETSSTÖRNING**

-

VAD HÄNDER EFTER DET ATT DIAGNOSEN GIVITS?

Carina Johansson och Maria Andersson

10 p Uppsats, Psykologi 41-60

Institutionen för individ och samhälle

2004

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för Individ och Samhälle
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se

Borderline Personality Disorder – what happens after the diagnosis has been given?

Carina Johansson
Maria Andersson

The purpose of this study is to illuminate the experiences of psychologists in the treatment of patients with borderline personalities. Recent research has found that 1-2 % of the population have borderline personalities as does every 4th psychiatric patient. 8-10 % of the borderline patients who has been through treatment in psychiatric clinics eventually commit suicide. This essay is built on different psychologists' experiences of their own work with the treatment of borderline patients. The perspectives are, primarily, dynamic, cognitive and DBT. Using semi-structured interviews with psychologists who treat patients with borderline diagnoses, it is hoped that it will be possible to illuminate the treatments that are in use and, in addition to gain insights into the process from diagnosis to recovery.

Syftet är att belysa psykologers erfarenheter av behandlingsarbete med borderlinepersonligheter. Nya forskningsresultat visar att ca.1-2% av befolkningen har borderline och utgör var fjärde patient på psykiatrisk klinik. 8-10% av de borderlinepatienter som vårdats vid psykiatrisk klinik begår självmord. Uppsatsen bygger på olika psykologers samlade erfarenheter utifrån det praktiska arbetet i terapin. Perspektiven som behandlas är både det dynamiska samt det kognitivt beteendeoriktade med DBT i spetsen. Utifrån halvstrukturerade intervjuer med psykologer som arbetar med behandling av personer med borderline har vi belyst dessa terapimetoder samt fått insikt i förloppet från diagnos till återhämtning.

Borderline

Självva begreppet borderline är engelska och betyder ungefär ”gränsfall” eller ”gränslinje”(Carlberg, 2001). Personer med borderline kan sägas befinna sig ”på gränsen”, antingen mot neuros eller närmare psykos, mellan identitet och icke identitet. Hela tiden befinner sig även dessa personer mellan sina försök till total förintelse (själv mord) och sina försök till att leva (Crafoord, 1980). Den emotionellt instabila personligheten har bl.a. Cullberg (2003) använt som ett mer övergripande begrepp på borderlinepersonligheten. Carlberg (2001) skriver att: ”Borderlinestörning är inte ett enhetligt begrepp utan kan ses som ett kontinuum av störningar. Långt ner på detta kontinuum finns störningar som närmar sig psykos och långt upp finns störningar som närmar sig neuros.” (s.260) Borderlinebegreppet bör ses utifrån den viktiga gränsöverskridande utveckling som människor genomgår för att bli självständiga, fungerande människor (Crafoord, 1995). Borderlinepersonligheterna är de som inte kunnat ta sig över denna ”gräns” utan stannat upp i utvecklingen för att den känslomässiga grunden varit otillräcklig. Borderlinepersonligheten kan säga karaktäriseras av sitt övergripande mönster av känslomässig instabilitet, bristande impuls kontroll, sina relationsproblem samt kroniska suicida tankar (Crafoord, 1995).

Ca.1-2 procent av befolkningen (Nilson & Silfving, 2002; Näslund, 1998) och minst var fjärde patient som behandlas vid psykiatrisk klinik har diagnosen borderline. 8-10 procent av de borderlinepatienter som vårdats vid psykiatrisk klinik dör till följd av självmord (Näslund, 1998). Förekomsten av borderline är enligt Näslund (1998) och Nilson & Silfving (2002) uppskattad till 70 000 till 140 000 personer över 18 år i Sverige. Detta gör att borderline är vanligare förekommande än exempelvis schizofreni som cirka 35 000 svenskar lider av (Näslund, 1998). Medelåldern för fullbordat självmord är 32 år (Nilson & Silfving, 2002).

Undersökningar visar att uppemot 2 procent av befolkningen i västvärlden skulle uppfylla de diagnostiska kriterierna för BPD, Bordeline Personality Disorder (Kåver & Nilsonne, 2002). I USA beräknas ca.2% av befolkningen ha borderline personlighetsstörning och utgöra 10% av patienterna vid psykiatriska kliniker (Linehan m.fl, 2004). Även här har forskning visat på att 10% av patienterna begår självmord (American Psychiatric Association citerad i Smith & Peck, 2004; Linehan m.fl, 2004). Annan amerikansk forskning har visat på att självmord i samband med borderline är något som ofta begås efter 30 års ålder och att personen i fråga då ofta försökt tidigare vid ett antal tillfällen (Paris, 2002).

De flesta som diagnostiseras borderline är kvinnor (Paris, 2002; Linehan m.fl, 2004; Bender och Skodol, 2003; Kåver och Nilsonne, 2002; Näslund, 1998). 70-80 procent av de borderline-diagnostiserade personerna är kvinnor (Näslund, 1998). Den ökade frekvensen kan bero på att de verkligen drabbas oftare än män eller att det faktiskt är så att båda könen drabbas lika ofta, men att kvinnor oftare får diagnosen. En annan faktor kan vara att kvinnor kan reagera annorlunda än män vid depression. Dagens kvinnor med familj, yrkesarbete, studier och hushållsarbete ökar förväntningarna och gör att de blir mer sårbara. Hon beskriver hur det är känt att borderlinemän är ovilligare än kvinnor när det gäller att söka hjälp för sin störning (Näslund, 1988).

Forskning (ref. i Näslund, 1998) visar att pojkar i skolåldern drabbas oftare av borderline-symtomen än jämnåriga flickor, även om dessa inte diagnostiseras borderline. Hon redogör för hur borderlinesymtomen följer männen upp i åldern, men att de överskuggas av andra yttringar. Det kan vara missbruk av alkohol eller narkotika och antisocialt beteende, vilket gör att männen hamnar i klammer med rättvisan. Kvinnorna blir istället deprimerade och kanske försöker ta livet av sig. De blir då diagnostiserade och hamnar inom psykiatri (Näslund, 1998). Andrew, Skodol & Bender (2003) hade i sin studie frågeställningen om hur det kommer sig att fler kvinnor än män diagnostiseras borderline. Det fanns många olika faktorer som borde tas hänsyn till. De menade att personer som utsattes för någon av dessa faktorer

skulle ha lättare utveckla borderline än andra. Ökad risk att utveckla störning fanns utifrån riskfaktorer som bl.a. gener, hormoner, hjärnans struktur och funktion, medfött temperament, personlighetsstruktur och egenskaper, föräldraskap, övergrepp samt socioekonomisk status. De fann i sin studie att det fanns skillnader mellan könen, men menade att dessa berodde på vilka riskfaktorer personerna utsatts för. Detta resulterade i olika förutsättningar utifrån det biologiska, men även det sociala.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) är en manual som den svenska psykiatrin använder sig av för att ställa diagnosen borderline personlighetsstörning. I DSM-IV finns det nio kriterier eller kännetecken som är utmärkande för en borderline personlighetsstörning. För att få diagnosen BPS måste patienten uppfylla minst fem av dessa kriterier (Näslund, 1998).

- 1) Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
- 2) Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande extrem nedvärdering.
- 3) Uppvisar identitetsstörning då patienten har kraftigt störd, förvriden eller instabil självbild.
- 4) Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv. Ex. promiskuöst sex, drogmissbruk, hetsätning, slösaktighet eller vårdslöshet i trafik.
- 5) Uppvisar upprepat suicidalt beteende, hot om suicidförsök eller självmisshandel.
- 6) Känslomässig instabilitet då patienten hastigt svänger i humöret och irritationen, ångesten eller depressionen varar vanligtvis i några timmar och sällan mer än några dagar.
- 7) Känner en kronisk tomhetskänsla.
- 8) Uppvisar intensiv, inadekvat vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser. Ex. återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål.
- 9) Har kortvariga, övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller svåra dissociationsfenomen. (Näslund, 1998)

Världshälsoorganisationens internationella klassifikationssystem (International Classification of Diseases, ICD-10) benämner borderline som en emotionellt instabil personlighetsstörning, av typen borderline (Näslund, 1998). Kriterierna för att diagnos skall ställas utgår från en sammanhängande, beskrivande text. Näslund (1998) har översatt den emotionellt instabila personlighetsstörningen enligt ICD-10 och hon skriver följande:

”En personlighetsstörning som karaktäriseras av en uttalad tendens att agera impulsivt och utan att betänka eventuella konsekvenser. Humöret är oberäkneligt och föränderligt. Det är vanligt med affektutbrott och en oförmåga att kontrollera de våldsamma reaktionerna. Det finns en tendens till grälsjukt och konfliktsökande beteende, speciellt då impulsiva handlingar bromsas eller hindras. Två typer av personlighetsstörningar kan urskiljas; den impulsiva typen som främst karaktäriseras av emotionell instabilitet och brist på impuls kontroll och borderlinetyper som karaktäriseras av osäkerhet vad beträffar självuppfattning, livsmål och inre val, en kronisk känsla av tomhet, intensiva och instabila interpersonella relationer samt en tendens till självdestruktivt beteende inklusive suicidhandlingar och suicidförsök.” (Näslund, 1998, s.23)

Kriterier som dynamiskt inriktade Otto Kernberg (1983) anger för att en diagnos för borderline skall kunna ställas ses utifrån tre specifika tecken. Dessa är identitetsdiffusion, primitiv försvarsorganisation och att realitetsprövningen oftast är god.

1) Identitetsdiffusion innebär en dålig integration av uppfattning om självet och om dem i sin närmaste omgivning. Detta kan upplevas som om att de inte vet vilka de är eller vad de tänker. De kan istället försöka vara som de tror att andra vill ha dem. De kan uppträda som om de vore en annan person. De kan ha en tomhetskänsla gentemot sig själva, och självuppfattningen kan vara motstridig och likaså beteendet. De kan uppleva sig som bäst/sämst, de kan älska eller hata, idealisera eller nedvärdera. Denna bristande integration i

självbegreppet försämrar den känslomässiga förståelsen av andra människor. Individer med identitetsdiffusion växlar mellan känslomässiga tillstånd som inkluderar ett beteende och en självuppfattning som för de, inom området, professionella människorna är starkt iögonfallande. Det gör det också mycket svårt att se individen som en hel människa. (Kernberg, 1988)

2) Primitiv försvarsorganisation är den försvarsorganisation som yngre barn använder sig av. Exempel på sådana försvar är förnekande, projektion, projektiv identifikation, omnipotens och nedvärdering samt splitting/klyvning. Försvaren skyddar individen från intrapsykisk konflikt. Tolkning av mekanismerna förbättrar det direkta, omedelbara fungerandet och samordnar jaget. (Kernberg, 1988)

3) Realitetsprövningen är oftast god, förutom då det gäller gott och ont hos objekten. Detta innebär förmågan att kunna skilja mellan vad som hör till individen själv respektive till objekten. Det innebär också att veta vilka stimuli och impulser som kommer från utsidan och vilka som kommer från det inre. De inre föreställningarna skall även finnas i den yttre omgivningen då realitetsprövningen är god, annars är det mer av en hallucinatorisk karaktär. (Kernberg, 1988)

Till dessa kriterier kommer, enligt Kernberg (1983) även vissa ospecifika tecken. Det är tecken som tyder på jagsvagheter. Jagsvagheter betyder att jagets grunduppbyggnad är så skör att den inte klarar att hantera de påfrestningar som en människa normalt skall tåla. De tre ospecifika tecken som tyder på denna jagsvagheter menar Kernberg är följande:

1) Bristande frustrationstolerans kan personen uppvisa när de primitiva försvarsmekanismerna inte kan binda ångesten tillräckligt. En individ med låg ångesttolerans tål ett mindre mått av spänning innan han/hon upplever symtomen eller att det regressiva beteendet ökar. (Kernberg, 1988) De agerar istället ut, dvs uttrycker sina känslor i handling som ofta kan vara explosiva känsloutbrott.

2) Bristande impulskontroll. Impulser som jaget släpper fram för att minska ångest – eller impulstrycket. Impulsreaktioner kan vara bl. a. självmordsförsök eller misshandel. Impulskontroll syftar på i vilken grad individen klarar av att uppleva starka känslor eller ett starkt driftryck utan att med detsamma behöva handla på ett sätt som strider emot det socialt accepterade eller emot bättre vetande. (Kernberg, 1988) När en impuls far igenom hjärnan reagerar en människa med bristande impulskontroll blixtnabbt och agerar utan någon eftertanke på varken konsekvenser eller överenskomna regler.

3) Bristande sublimeringsförmåga. Borderlinepersonligheter har en nedsatt förmåga att omvandla driftimpulser till acceptabla aktiviteter; t ex att förvandla problem till skapande aktiviteter. Sublimeringsförmågans viktigaste sidor är enligt Kernberg (1994) kreativa prestationer och skaparglädje. Hos borderlinepersonligheter är denna sublimeringsförmåga nedsatt och till följd av detta ökar ångestuttrycken.

Borderlinepersonligheten använder sig av primitiva försvar, alltså försvar på låg nivå. Till de primitiva försvaren räknas bl.a. förnekande, projektion, projektiv identifikation och splitting/klyvning. Andra försvar som borderlinepersonligheten använder sig av är primitiv idealisering samt omnipotens och nedvärdering. Denna försvarsorganisation är av största betydelse för att diagnosen skall kunna ställas.

1) Projektion innebär att man projicerar – ”lägger över” – ångesten på någon annan. ”Sändaren” projicerar över sina känslor på ”mottagaren”. Omedvetet för man över obehagliga tankar och känslor på andra genom att tillskriva dessa ”andra” personer sina egna ångestfyllda känslor, tankar eller egenskaper (Nilson & Silfving, 2002).

2) Projektiv identifikation: Även detta försvar har en ångestreducerande effekt. För att dämpa sin ångest projiceras dessa negativa impulser eller behov på någon annan. ”Mottagaren” får ta emot och bära ångesten. Identifieringen gör att borderlinepersonen har blivit av med och undgår dessa negativa impulser och egenskaper. Den projektiva identifikationen är en strävan

efter att bli kvitt önskade aspekter av sig själv genom att deponera dessa aspekter på någon annan och få tillbaka dessa i modifierad version (Carlberg, 2001).

3) Splitting/klyvning. Huvudförsvaret i borderlinepersonligheten anses i det dynamiska perspektivet vara splitting/klyvning och innebär att personen ser sig själv och andra som antingen helt goda eller totalt onda. Splittingen/klyvningen har alltså gjort att det bara finns svart eller vitt, utan nyanser. Enligt Kernberg är detta den viktigaste försvarsmekanismen hos borderlinepersonligheten (Crafoord, 1995). Eftersom onda och goda upplevelser eller känslor mot samma individ hålls åtskilda blir resultatet att borderlinepersonligheten får en bristande förmåga när det gäller att uppleva inre konflikter. Den inre självbilden är även den uppdelad och splittingen gör att det goda kan skyddas från det onda genom att hålla dessa två sidor åtskilda (Carlberg, 2001). Det främsta syftet med att använda splitting som försvar är alltså att försvara de positiva själv- och objektrelationerna så att dessa hålls från de negativa. Otto Kernberg (citerad i Crafoord, 1995) hävdar att denna klyvningsmekanism är orsaken till borderlinestörningen. Han menar att jagsvagheter hos barnet leder till klyvningen vilket i sin tur leder till den specifika jagsvagheter som denna personlighet senare uppvisar i sin störning. Hur barnet kommer att utvecklas och uppfatta sig självt utifrån omgivningen och hur relationen mellan mor och barn fortskrider i tidig ålder är alltså av stor betydelse. Två av de främsta teoretikerna som bidragit till att se den viktiga aspekten av mor-barnrelationen och den sk. objektrelationsutvecklingen är Melanie Klein (1882 - 1960) och Margaret Mahler (1897 - 1985). Klein menade att denna relationsutveckling är av största vikt för att barnet skall utvecklas normalt och hon har även bidragit till att se hur betydelsefull aggressionen är i denna tidiga utveckling (Carlberg, 2001). Mahler har även hon bidragit till en djupare förklaring till hur denna splitting uppkommit och vad som kan tänkas göra att denna mekanism inte "försvinner" hos borderlinepersonligheten. Mahlers bidrag har hon kallat separations - individuationsprocessen och handlar om hur barnet tillsammans med modern utvecklas mot oberoende. Barnet skall under fyra faser utvecklas mot ökad själv- och objektkonstans, då barnet stimuleras till att kunna se nyanserna i både sig själv och få ökad förståelse för andra människor i omgivningen. Crafoord (1995) skriver att:

"En lyckligt genomgången separations-individuationsprocess innebär att man tillägnat sig förmågan att bära de små sorger som varje separation innebär utan att överväldigas av depression och ångest."(s.76)

Den första relationen mellan modern och barnet blir en slags "modell" för alla senare relationer, men alla nya erfarenheter ger naturligtvis nya inre representationer, men grunden är fortfarande av stor vikt. Det finns dock många olika faktorer som kan påverka utvecklingen, allt från barnets egen driftstyrka till omgivningens påverkan. Även om två psykoanalytiker till synes har en delad version av hur uppkomsten av borderline utvecklas är de flesta författare överens om att den känsliga tiden under separations-individuationsprocessen är av stor betydelse för fortsatt eller avtagande utveckling. Den största oron ligger i lösningen på närmandekrisen och den tidiga jagutvecklingen (Crafoord, 1995).

4) Omnipotens och nedvärdering: Personer med borderline kan uppvisa tecken på att de ena stunden är omnipotenta d.v.s. att de uppvisar starkt självhävdande fantasier om sig själva. I nästa stund kan de istället nedvärdera sig själva totalt. Dessa hastiga kast mellan omnipotens och nedvärdering, anser Kernberg, beror på att personerna lider av en "dålig" självbild som leder till en starkt negativ självuppfattning som visar sig i nedvärderingen. De har samtidigt starka fantasier kring självhävdelse, vilket kommer till uttryck genom omnipotensen (Cullberg, 2003).

5) Primitiv idealisering är ett slags skydd mot "det onda". "Det goda" idealiseras så att objekten blir allgoda, orealistiska och kraftfulla. Man kan enkelt säga att den onda respektive den goda sidan av ett objekt förstärks (Crafoord, 1995).

6) Förnekande är ett försvar som brukar räknas till en av de tidigaste utvecklade mekanismerna och innebär att man förnekar problemet omedvetet och det tas inte in i det medvetna.

Förutom diagnoskriterierna med specifika och ospecifika tecken samt försvarsorganisationen, kan borderline-personlighetens karaktärsdrag och symptombild ge vägledning. Nedan följer ett antal symptombilder och drag som enligt Cullberg (2003) i större eller mindre utsträckning är vanliga hos personer med borderlineorganisation.

1) Den mest framträdande och dominerande känslan i borderline-personligheten är aggressiviteten och personer med borderline upplever och uttrycker aggressiviteten starkast. Borderlinepersonligheten måste ha kontroll på (eg. sina egna onda avsikter) omvärldens onda avsikter för att inte det goda skall förstöras. Personen reagerar med en rädsla för att släppa fram sin kärlek till andra, de är skygga och håller distans till andra. Den som kommer borderlinepersonligheten för nära ses ofta som ett hot och kan då mötas med hat. Om psykotiska reaktioner uppstår kan personen behöva omhändertas p g a att den aggressiva självhävdelsen blir farlig för omgivningen. (Cullberg, 2003)

2) Psykotiska genombrott vid belastning: Psykos är en psykisk sjukdom, verklighetsuppfattningen hos personen är bruten och tolkningen av omvärlden är så privat att en annan människa inte kan förstå dennes verklighetsuppfattning (Cullberg, 2003).

3) Avvikande sexuella behov och fantasier

4) Fobier och Ångest

5) Promiskuitet

6) Anorexia nervosa betyder nervös aptitlöshet, sjukdomen är vanligast bland kvinnor i åldern 15-25 år. Anorexia kan i allvarigare fall leda till döden och den vanligaste dödsorsaken är självmord. Elektrolytstörningar kan till följd av anorexi leda till döden. Anorexi visar sig så att individen går ner i vikt avsiktligt, personen har en förändrad kroppsuppfattning, en rädsla för övervikt och strävar därför efter en låg kroppsvikt. Symtom kan vara överdriven fysisk aktivitet, framkallade kräkningar och användande av laxermedel (Cullberg, 2003).

7) Hypokondriska föreställningar

8) Mytomani

9) Kleptomani

10) Missbruk: Vid påfrestningar och ångest kan orala reaktionsmönster uppkomma. Dessa kan visa sig i form av missbruk av mat, droger, alkohol och sexualitet. Personen kan använda sig av t ex äta i övermått eller avstå från att äta. Att inte äta, ger personen en styrkeupplevelse i sin känsla av behovslöshet. Perioder av alkoholism börjar ofta som impuls hos personen som ger efter sin impuls att dricka, likadant är det för drogmissbruk som helt plötsligt oförklarligt uppträder. Det är vanligt att personen förnekar sitt missbruk, trots att det är uppenbart för omgivningen att det finns ett missbruk (Cullberg, 2003).

Alkoholmissbruk i kombination med borderline ökar risken för självmord till det dubbla, jämfört med om det enbart finns en borderlinediagnos (Näslund, 1998).

11) Misshandel av kvinnor och barn liknar problematiken som vid missbruk av alkohol och droger. Det är vanligt att personen förnekar misshandeln efteråt, trots att det är uppenbart för omgivningen vad som hänt. I vissa fall, i stället för förnekande, avvisas handlingen som obegriplig och fruktansvärd av den som misshandlat. Impulsen att slå kommer ofta efter en speciell uppladdning och kränkning (Cullberg, 2003).

12) Självmisshandel kan utlösas av patientens svårigheter att kommunicera sin inre smärta till omvärlden. Självmisshandel tillsammans med till exempel depression, ätstörning, missbruk och ångestsjukdomar är vanligt. Separationer är smärtsamma för de flesta människor, men för en person med borderline upplevs ofta separation som en avgrundsdjup förtvivlan, en känsla

av total övergivenhet och en bottenlös tomhet som tycks omöjlig att leva vidare med. Inte sällan handlar självmisshandel om denna rädsla för att lämnas. Självmisshandel kan utgöra en slags lindring av den stress som personen upplever samt en känsla av kontroll. En undersökning (ref. i Näslund, 1998) baserad på 62 borderlinekvinnor uppvisade resultatet att 41 av dessa hade misshandlat sig själva under upprepade tillfällen.

13) Själv mord (suicid) betyder att personen medvetet försöker skada sig kroppsligt så att det kan leda till döden. Själv mordsförsök innebär att personen försökt skada sig själv men att skadan inte varit dödlig (Cullberg, 2003).

Det finns tre olika huvudbakgrunder till att klyvningen kvarstår och gör att de goda och onda inre representationerna (bilderna) inte integreras till fullo. Cullberg (2003) menar att denna klyvningsbenägenhet, som är karakteristisk för borderlinepersonligheten, kan uppstå utifrån tre olika faktorer.

Dessa tre bakgrunder är traumatiska upplevelser, ett destruktivt samspel mellan modern/vårdnadshavaren och barnet och den genetiska sårbarheten.

Om barnet utsatts för upplevelser av det traumatiska slaget under en längre tid eller under upprepade tillfällen kan detta medföra att barnet psykologiska utvecklingsmöjligheter försämras och det goda och det onda sammansmälts inte. Traumatiska upplevelser som kan påverka utvecklingen som Cullberg (2003) tar upp är misshandel, skiftande vårdnadshavare, sexuella övergrepp och en oberäknelig omgivning.

Utvecklingen av objektkonstans kan förhindras om barnets behov inte tillgodoses, utan det försummas, nonchaleras eller missförstås systematiskt. Barnets upplevelse av sig själv blir då motstridig och barnet får det svårare att kunna förstå och förutsäga andras avsikter (Cullberg, 2003).

När det genetiskt finns en tendens till en sårbar personlighetsutveckling kan barnet löpa större risk för att få en bestående klyvning. Cullberg (2003) menar att det dock är så att denna sårbarhet kan gå två vägar, allt beroende på omgivningens påverkan och stöd. Om barnet med ett genetiskt anlag för sårbarhet får stöd, uppmuntran och en trygg uppväxt kan denna sårbarhet utvecklas i positiv riktning. Barn som istället har denna benägenhet och inte växer upp under samma trygga, stödjande förutsättningar, löper större risk för att klyvningen skall bli bestående.

Man bör enligt Cullberg (2003) alltså se att det finns flera faktorer som kan påverka att en personlighetsstörning uppkommer. Det finns de barn som trots en misär uppväxt under missförhållanden inte utvecklar en störning. Det finns även de som, trots en benägenhet till en sårbar personlighetsutveckling, inte utvecklar någon klyvning. Dessa barn har fått den tid och uppmuntran i sin uppväxt som behövts.

Det finns två olika sätt för borderlinepersoner att hantera sin inre oro (Nilson & Silfving, 2002). Inåtagerande borderlinepersoner vänder sin smärta inåt, både mot kroppen och mot sig själva. I värsta fall försöker de skada sig själva fysiskt och psykiskt. De verkar helt hjälplösa och är inställsamma på ett outtalat, invecklat sätt och de vädjar om omvårdnad från omgivningen. De lägger sitt öde i den anhöriges händer. Risken är stor att den som är nära anhörig får ta på sig en föräldraroll åt borderlinepersonen, för att denne behöver det. Med föräldrarollen menas en som skall vara t ex bestämd, gränssättande, lyssnande och räddande när personen behöver hjälp med livets svårigheter. Den inåtvände borderlinepersonen är mer själv mordsbenägen, har benägenhet för depression och fungerar sämre i arbetet och vardagslivet (Nilson & Silfving, 2002).

Utåtagerande borderlinepersonen uppvisar en föraktfull och oberoende fasad mot sin omgivning och menar att de inte behöver någon. I själva verket så har personen ett djupt beroende/oberoende-problem som visar sig på olika sätt. De är mer projicerande och aggressiva och de kan med lätthet verbalt kränka andra i sin omgivning. Personen med borderline tycks konstigt nog inte medvetna om hur sårande deras beteende är för dem som utsätts för deras elakheter. Detta i sin tur leder till att kränkningen blir ännu värre.

Utåtagerande personer lägger över det som är jobbigt på omgivningen och slipper på det sättet hantera det jobbiga själva. Den utåtagerande klarar sig bra i det hårda samhällsklimat som råder nu. Det uppmuntrar till snabba klipp, snabba förändringar, ett ytligt beteende och en förmåga att "ta för sig" (Nilson & Silfvig, 2002).

Det är dock så att borderlinepatienterna uppfyller många gånger fler sjukdomskriterier enligt DSM än enbart diagnosen borderline. Dessa symtom beskrivs av Linehan m.fl.(2004) i en översikt utifrån forskning som gjorts inom ämnet. Tre studier (Zanarini, Zimmerman, McGlashan citerade i Linehan, 2004) har pekat på att 41-83% av personer som diagnostiserats borderline har ofta en historik som inneburit svåra depressioner. Tidigare diagnoser var även posttraumatisk stress (46-56%), sociala fobier (23-47%), panikstörningar (31-48%) eller någon form av ätstörningar (29-53%).

I litteraturen kring borderline finner man olika beskrivningar utifrån olika synsätt. Olika författare och forskare har också olika syn på vilken behandlingsmetod som bäst behandlar störningen. Näslund (1998) beskriver hur det rått stor oenighet bland olika kliniker hur denna form av psykisk störning skall benämnas samt vilka diagnoskriterier som skall gälla. Hon skriver att: "Orsaken till de vitt skilda uppfattningarna ifråga om diagnos och benämning är att ingen annan form av psykisk ohälsa är så mångskiftande i sina symptom och så svårfångat för den som vill beskriva det." (Näslund, 1998, s.19) Den term som, enligt Näslund, idag används av de flesta kliniker är borderline personlighetsstörning (BPS).

Diagnoskriterier enligt ICD-10, DSM IV och Kernbergs kriterier för en borderline personlighetsorganisation ligger alltså till grund för att ställa diagnosen. Många olika terapeutiska modeller har utvecklats och de som arbetar med borderlinepatienter försöker utifrån olika synsätt behandla denna störning. Tre av behandlingsmetoderna är kognitiv beteendeterapi (KBT), dialektisk beteendeterapi (DBT) samt dynamisk inriktad psykoterapi. Det finns alltså inte bara en förklaring till borderlineproblematikens bakgrund eller en metod för att behandla denna störning. Den psykodynamiska teorin har sin förklaringsmodell medan de kognitiva teorierna grundas på andra modeller. De olika teorierna har olika antaganden om varför människan agerar och handlar på olika sätt och vad som orsakar detta. Utifrån olika litteratur ska vi på ett kortfattat sätt förklara lite om de olika modellerna som de olika teorierna grundas på, samt beskriva lite om de olika terapiformerna.

På 1950-talet började en grupp patienter med avsaknad av bl a självinsikt, häftiga sinnesstämningar och känslökast, beskrivas av psykoterapeuter och psykoanalytiker (Kernberg, 1980). Termen borderline blev synonymt med "den besvärliga patienten".

Den dynamiska psykoterapin har till stor del utformats efter en skraddarsydd modell av Otto Kernberg och som är en väl vetenskapligt utvärderad modell (Kernberg, 1994). Terapin bygger på en uppfattning om att en stabil, patologisk psykisk struktur bestämmer vilka karakteristiska beteenden som är viktigast för borderline tillståndet och vilka psykoterapeutiska tekniker som rekommenderas. Den dynamiskt inriktade psykoterapin skall öka patientens förmåga att uppleva sig själv och andra och minska behovet av att använda försvar som försvagar jaget. Detta skall göra att patienterna utvecklar en ökad kapacitet och kontrollera sina impulser, sin ångest och sina affekter och drifter. De skall kunna utveckla stabilare relationer och uppleva närhet och kärlek (Kernberg, 1994).

Freud skiljde mellan olika former av överföring som hade betydelse i terapin. Det han kallade för positiv överföring var ett begrepp som innefattade patientens förväntningar och dennes förtroende för terapeuten – om dessa var av positiv karaktär (Eriksson & Lundh, 1994).

Eriksson & Lundh (1994) menar att:

"Denna positiva överföring ses som ett viktigt medel i psykoanalytisk terapi, men inte bara ett medel vilket som helst, utan en nödvändig förutsättning för att behandlingen ska lyckas." (s. 62)

Att patienten blir positivt inställd till terapin och terapeuten är alltså en förutsättning för en fungerande och framgångsrik behandling. Denna positiva överföring menade Freud var en

faktor som skapade motivation hos patienten för att denne skulle övervinna sitt motstånd när det gällde att ta upp ångestladdade ämnen och istället försöka ta emot terapeutens tolkningar. På så vis skulle patienten få en djupare insikt för att bättre kunna arbeta utifrån detta. Det är dock viktigt att poängtera att dessa förväntningar dels på terapin och dels på terapeuten måste vara "rimliga". Annars kan förväntningarna bli för stora och omöjliga att nå, vilket kan leda till att det blir som ett hinder för terapin istället. Tillsammans med terapeuten poängteras patientens möjligheter till att kunna associera fritt och söka efter innebörden av olika känslor och tankar och se sambandet mellan olika upplevelser (Eriksson & Lundh, 1994). Betydelsen av struktur och ramar för personer som lider av stark ångest tas upp av Sundin-Korsár (1996). Hon skriver om hur strukturen ger trygghet och är en hållfast punkt när allt annat i tillvaron är i gungning.

Enligt Eriksson & Lundh (1994) är "förmågan till empatisk inlevelse i patientens tankar, känslor och behov" den grundläggande egenskapen för en terapeut i psykoanalytisk terapi. Kohut (beskriven i Eriksson m.fl, 1994) står för uppfattningen om att det empatiska gensvaret och förståelsen är centralt i den psykoanalytiska terapin och menar att detta är av vikt speciellt vid personlighetsstörningar. En grundlig genomgång med patienten om processen och förutsättningarna för terapin är viktigt (Crafoord, 1995). Borderlinepatienten behöver kunnigt mottagande och att behandlingens upplägg är viktigt (Cullberg, 2003). Det är viktigt att informera familjen om risken för att patienten trots behandling kan begå självmord (Kernberg, 1994).

När man ser till terapeutens roll i det psykoterapeutiska behandlingsarbetet pekar två olika studier (Messiner, 1993; Goldstein, 1988) på olika faktorer som är viktiga att tänka på. Utifrån ett perspektiv på treparts ramverk som förbund, överföring och motöverföring, kan terapeuten bedriva sin terapi. I det komplexa arbetet med borderlinepatienten måste terapeuten vara medveten om att det finns en bred variation i spektrumet. Individuella skillnader mellan olika patienter gör att terapeuten måste vara osedvanligt flexibel och anpassningsbar. Faran är stor att terapeutens auktoritet undermineras. Det är därför viktigt att terapeuten är medveten om sina egna motöverföringar. I terapeutiskt arbete är det ytterst viktigt att få tillgång till patientens inre värld. Om terapeuten får signaler om att något är fel med terapin måste detta uppmärksammas och reflekteras över. Terapeuten måste dessutom ha god insikt om sitt eget beteende, sina attityder och känslor. Egen upplevd terapi kan hjälpa terapeuten i sitt arbete (Meissner, 1993). Terapeuten behöver få handledning och egenterapi för att behålla sitt omdöme och sin integritet. Den som arbetar med dessa patienter behöver kanske samtidigt arbeta med andra typer av patienter (Crafoord, 1999). Sundin-Korsár (1996) skriver att:

"Det är också nödvändigt att hela tiden verka för samarbete och öppen och tydlig kommunikation mellan dem som arbetar med vårdtagaren" (s. 29)

Borderlinepersoners skräck för att bli övergivna samt deras bristande tillit till andra människor är ett av problemen som terapeuten möter. Genom kontinuitet i kontakterna, möjligheterna att fortsätta under en längre tid samt schemaläggning utan byte av personal för ofta är tre viktiga faktorer i behandlingen. Hon menar att utifrån dessa tre faktorer kan ett växande förtroende för terapeuten utvecklas och samtidigt öka patientens chanser att minska deras rädsla för separationer. Det är även viktigt att terapeuten är uppmärksam på verkliga separationer som kanske hänt i patientens liv, för att se till vilken betydelse de fortfarande kan ha (Sundin-Korsár, 1996). Även Näslund (1998) beskriver långsiktighet, kontinuitet samt behandling hos en och samma terapeut som viktiga faktorer i arbetet med borderlinepatienter. I en guide för terapeuter som skall inleda psykoterapi med en borderlinepatient, vill Goldstein (1988) ge några riktlinjer för en framgångsrik terapi. Det finns allmänna frågor som måste tas hänsyn till när en terapi skall påbörjas. En stabil och terapeutisk omgivning samt en neutral och handlingskraftig terapeut rekommenderas (Goldstein, 1988).

Den första uppföljningsstudien gjordes under 1970-talet med borderlinepatienter som genomgått psykoterapi (Paris, 2002). Denna studie sträckte sig över en femårs-period, men patienterna visade inga tecken på direkta förändringar trots terapi. De nästföljande fyra studierna som gjordes i USA på 1980-talet sträckte sig över en femtonårsperiod och visade att terapier av olika slag lett till framsteg och förbättring av störningen. I den ena studien visade resultaten att enbart 25% av patienterna fortfarande uppfyllde de diagnostiska kriterierna för borderline efter dessa femton år. (Brown, Nowlis och Paris, 1987 citerad i Paris, 2002) Denna skillnad menar dock Paris (2002) kan beskrivas utifrån att förloppet varit för kort vid första uppföljningstillfället.

En annan uppföljningsstudie som gjordes av Meares, Stevenson & Comerford (1999) visade även den hur patienter förbättrats efter genomförd psykoterapi. I denna studie fanns 30 patienter med borderline som behandlades med psykoterapi, 2 gånger/vecka i 1 år. Dessa patienter jämfördes med 30 patienter som stod på väntelista för terapi under 1 år, de fick inte psykoterapi. Utifrån DSM kriterierna mättes resultatet fram, mätningarna gjordes i början och slutet av 1 års behandling och bland dem på väntelistan för psykoterapi gjordes mätningen efter drygt 1 år. De flesta patienterna medicinerade innan terapin startade men medicin kunde långsamt tas bort. Meares m fl. (1999) kom fram till att patienter som fick psykoterapi var signifikant bättre. 30% av patienterna uppfyllde inte längre DMS kriterierna för diagnosen och vid en uppföljning 5 år efter terapibehandlingen kvarstod denna förbättring. Hos dem som stod på väntelista efter drygt 1 år hade ingen förändring skett. Meares m fl. (1999) slutsats var att psykoterapi kan leda till långvarig förbättring av svåra personlighetsstörningar.

Marsha Linehan som är professor vid University of Washington, Seattle, USA har utformat ett särskilt terapiprogram för borderlinepatienter. Dialektisk beteendeterapi, DBT, är speciellt avsett för de borderlinepatienter som skadar sig själva eller som återkommande försöker begå självmord (Näslund, 1998).

Näslund (1998) beskriver den dialektiska beteendeterapin som ett ”hopplock” med lite kognitiva inslag, lite beteendeterapi samt lite av ”österländsk visdom från Zen”.

Den grundläggande dialektiken (ung. sammansmältning av två motsatser) i DBT beskriver Näslund (1998) är den att:

”.....terapeuten måste 1. *acceptera patienten precis som hon är* och samtidigt 2. *lära henne att förändra sig*. Terapins syfte är att lösa problem och få till stånd positiva förändringar, men dessa ansträngningar måste balanseras av terapeutens bekräftelse av patientens känslor, tankar och beteende.” (s. 159)

DBT innehåller dels individualterapi som sträcker sig över ett par år, samt en slags färdighetsträning som håller på i ungefär ett år. Linehan (2000) beskriver att målen för färdighetsträningen är ”att förändra beteenden, känslor och tankar som ger upphov till svårigheter och inre smärta”. (s. 185) I färdighetsträningen arbetar terapeuten och patienten för att ta bort beteenden som leder till kaos i relationer, labila känslor, impulsivitet samt bristande kontroll över tankarna. Nilson & Silfving (2001) beskriver hur färdighetsträningen omfattar fyra olika delområden:

1) Att vara medvetet närvarande (Steg 1) Träning i att vara här och nu, kunna uppfatta och beskriva det sinnestillstånd i vilket han/hon befinner sig samt öva sig i att anpassa sitt förhållningssätt utifrån situationen. (Linehan, 2000)

2) Att hantera relationer (Steg 2) Övning i att kunna relatera till andra utan att skapa konflikter eller välja att dra sig undan, samtidigt som övning sker i att kunna svara upp till omgivningens krav utan att ge upp sin egen vilja. (Nilson & Silfving, 2001)

3) Att hantera känslor (Steg 3) Personen får öva sig i att hantera sina känslor och att handla efter förnuftet. De får träna på att sätta namn på sina känslor och försöka njuta av situationer. (Linehan, 2000)

4) Att stå ut när det är svårt (Steg 4) Träning i att inte fördöma eller nedvärdera sin omgivning, utan försöka acceptera den som den är. Försök till att acceptera sig själv så att lidandet blir mindre i dennes strävan för perfektion. (Nilson & Silfving, 2001)

Inom DBT används olika specifika dialektiska strategier för att öka patienternas medvetenhet. Färdighetsträningen för patienten börjar med att inrikta sig på att öka "den medvetna närvaron", vilken går ut på att fokusera på nuet och se till det som händer inom och utanför en själv. Borderlinepatienter pendlar ofta mellan att se på sin situation utifrån ett rationellt och intellektuellt perspektiv, medan patienten styrs av starka känslor, vilket kan leda till impulsiva eventuellt destruktiva handlingar (Kåver m.fl, 2002). Den dialektiska terapin inriktar sig således på att använda strategier för att se sambandet mellan känsla och intellekt. Grundstrategin om "att vara medvetet närvarande" genomsyrar allt terapiarbete och utgör grunden för patientens utvecklande av andra färdigheter. Riktlinjer i DBT är att framsteg hos patienten alltid förstärks och att dysfunktionella beteenden aldrig ska förstärkas (Kåver m.fl, 2002). Åsa Nilssonne (introduktionsförfattare i Linehan, 2000) beskriver hur det finns tre viktiga aspekter att se till under terapisesioner med borderlinepatienter. Dessa tre menar Nilssonne till viss del kännetecknar de flesta personer med borderline och namnges som:

- 1) Känslomässig sårbarhet – att misstro det man känner. (arbetas med i steg 1, steg 3 och steg 4) Denna känslomässiga sårbarhet som man finner hos många med borderline är så stark att minsta beröring kan ge upphov till en intensiv inre smärta. Eftersom man misstror sig själv så lyssnar de med borderline ofta på andra och ser deras reaktioner. Styrkan i att lita på sig själv saknas (Linehan, 2000).
- 2) Aktiv passivitet – skenbar kompetens. (arbetas med i steg 1, steg 2, steg 3 och steg 4) Personer med borderline närmar sig i många fall problem på ett passivt och hjälplöst sätt och vill gärna ha hjälp av omgivningen. Den skenbara kompetensen innebär att många av dessa personer uppvisar en ytterst kompetent sida inför andra och att de klarar av vardagliga problem. I nästa stund klarar hon/han inte av dem alls. Bekymret ligger i att emellanåt egentligen vara helt kapabel till lösningen, men svårigheterna med att inte kunna behärska och reglera sina känslor och sitt beteende gör att situationen kan bli ytterst svår. Linehan (2000) skriver att "resultatet blir att hon känner sig hjälplös och utan hopp i en värld där hon har misslyckats gång på gång".(s.17) För att förhindra detta försöker personen istället uppvisa och beskriva en många gånger orealistisk bild av sig själv inför andra (Linehan, 2000).
- 3) Kontinuerliga kriser – obearbetad sorg.(arbetas med i steg 1, steg 3 och steg 4) Borderlineindivider som är självmordsnära befinner sig mer eller mindre i kontinuerlig kris, eftersom de reagerar så starkt på händelser med så intensiva känslor (Linehan, 2000).

När man ser till terapeutens roll inom DBT menar Kåver och Nilssonne (2002) att den dialektiska terapeuten hjälper patienten och påvisar möjligheterna att "förflytta sig från >antingen-eller< till >både-och<. Budskapet är att sanningen varken är absolut eller relativ, utan snarare under ständig utveckling i tiden" (s. 127). När svårigheter uppstår försöker terapeuten omdefiniera problemsituationen till en möjlighet för patienten att träna färdigheter utifrån den färdighetsmanual som används (Kåver m.fl, 2002). Alla dialektiska beteendeterapeuter ingår i ett behandlingsteam som tar upp och diskuterar eventuella svårigheter eller problem som uppstått i behandlingen med någon patient (Näslund, 1998). Terapeuterna får handledning i DBT för att förstärka och få terapeuterna att mer se till de positiva egenskaperna hos patienterna, vilket skall göra att terapin blir bättre. De terapeuter som arbetar med denna typ av patienter kan samla på sig de negativa känslor som borderlinepersonerna vill göra sig av med (Näslund, 1998).

Den stora skillnaden mellan DBT och andra terapiformer är den att patienten även mellan terapitimmar har möjlighet att ringa och nå samtalsterapeuten. Detta menar Näslund (1998)

behövs och tillåts i denna form av terapi eftersom en av stöttepelarna i DBT är att patienten aldrig är ensam i arbetet. Patienten stöts i sina försök att träna på att effektivt be om hjälp i en krissituation – istället för att skada sig själv eller försöka ta sitt liv (Näslund, 1998).

Dessa effekter har studerats av många och har följts upp under loppet av ett år. Linehan m.fl. (2004) beskriver hur sju olika undersökningar mellan åren 1991-2003 där DBT visat sig ha positiva effekter på patienterna. Dessa studier visar att DBT är en väl utvecklad terapiform för behandling av borderline, som har empiriskt underlag (Linehan m fl, 2004; Paris, 2002; Peck och Smith, 2004; Heard, Swales och Williams, 2000). Historiskt sett har borderline kanske setts som en tung och ”hopplös” diagnos, men nyare forskning (bilaga 3) visar på att 75% av svenska patienter som diagnostiserats inte längre har diagnosen efter sex år, oavsett vilken typ av behandling de genomgått (DN, 2003-12-01). Detta visar på att modifieringar inom terapeutiskt arbete varit framgångsrika och förbättrat statistiken avsevärt under årens lopp. DBT är en av de terapimetoder som har visat sig ha positiva effekter på borderlinepatienter, vilka lärt sig kontrollera sina känslor och impulser (Linehan m.fl..2004). Det är viktigt att vara medveten om att ett flertal av borderline patienterna även haft svåra depressioner, posttraumatisk stress eller ätstörningar, förutom sin personlighetsstörning. Det är även viktigt att se till terapeutens egen roll i samspelet med borderlinepatienten, för hur behandlingen kommer att lyckas (Messiner, 1993).

KBT, kognitiv beteendeterapi är en terapiform som växt fram ur två olika terapier, dels den beteendeterapeutiska och dels den kognitivt inriktade formen (Nilson & Silfving, 2002). Beteendeterapin menar att våra beteenden är inlärd (istället för omedvetna konflikter) och stärks och utvecklas utifrån de konsekvenser som de får för varje individ (Nilsson & Silfving, 2002). Den beteendeinriktade terapin siktar in sig på att försöka förändra individens beteende genom modifikation och på så vis förändras dennes känslor, tankar och föreställningar (Sivik, 1990). Den kognitiva terapin bygger istället för beteendeförändring på tankeprocesser. Genom att förändra dessa föreställningar kan individen förändra sina känslor och beteenden (Sivik, 1990). Hur människor tolkar och tänker kring olika situationer är alltså huvudfaktorn i den kognitiva inriktningen. Den kognitiva terapin inriktar sig därför på att ändra dessa tankemönster hos individen för att bättre kunna styra sitt känsloliv och sina handlingar (Nilson & Silfving, 2002). En av den kognitivt inriktade psykologens förgrundsgestalter är schweizaren Jean Piaget, som intresserade sig för att försöka förstå hur framförallt barns tänkande och intelligens utvecklas (Karlsson, 1994).

Tanke → *Känsla* → *Handling*

KBT är en blandning av dessa två terapiformer som bygger på Aaron T Becks teorier (Cullberg, 2003; Eriksson & Lundh, 1994; Perris, 1996). Den före detta psykoanalytikern Beck undersökte hur deprimerade personer verkade förvränga verkligheten under depressioner. Personerna verkade ha utvecklat en slags systematisk, negativ informationsbearbetning, vilken behövde brytas för att personerna skulle komma till rätta med dessa negativa förvrängningar av verkligheten (Eriksson & Lundh, 1994). Författarna menar att ”patienten måste fås att inse att deras tolkningar och föreställningar innebär förvrängningar av verkligheten, och de måste fås att utveckla mer realistiska uppfattningar” (s.104). Nilsson & Silfving (2002) beskriver hur KBT inriktar sig på att skapa nya inläringssituationer. Patienten skall då förändra sitt sätt att tänka, känna och agera. Aaron T Beck utvecklade begreppet ”kognitiv triad”, som innebär att en individ styrs av tre olika sorters tankar utifrån vilka individen reagerar och beter sig (Karlsson, 2001). Negativa tankar om sig själv, om omvärlden och om framtiden ger individen ett systematiskt sätt att tänka negativt (Perris, 1996). Den kognitiva terapin inriktar sig på att bryta denna negativa triad och försöka skapa en positiv typ av triad istället (Karlsson, 1994).

Inom den kognitiva terapin använder sig terapeuten av många olika tekniker som kan tänkas ha effekt och förändra patientens dysfunktionella tankemönster och sätt att tänka i olika situationer (Eriksson & Lundh, 1994).

I den kognitivt beteendearterapin gör patient och terapeut upp en dagordning om vilka frågor som skall tas upp under sessionen (Eriksson & Lundh, 1994). Terapeuten ger patienten hemuppgifter, som terapeut och patient sedan går igenom tillsammans vid nästa tillfälle (Nilsson & Silfving, 2002).

En studie (Raj, Kumaraiah & Bhide, 2001) pekar på den kognitiva beteendearterapins effektivitet på patienter med självskadebeteende. 20 deltagare fick genomgå KBT och 20 andra deltagare fick medicinsk behandling. Resultatet visade att bara den grupp som fått KBT visade en signifikant förbättring, förutom när det gällde deras impulsivitet.

Personer med borderline väcker ofta starka känslorreaktioner hos dem som de möter och att de som arbetar inom psykiatri är väl insatta i att det sällan är lugnt kring dessa personligheter (Sundin-Korsár, 1996). En undersökning (Strauss & Carpenters citerad i Topor, 2001) visade på tre viktiga faktorer för en god prognos. Dessa var goda sociala relationer, sysselsättning/funktion i arbetslivet och sjukhusvård. De patienter som hade bra relationer innan behandling hade också de största förutsättningarna för att få ett bra socialt stöd efteråt. De som var ute i arbetslivet redan före behandlingen var de som visade de största möjligheterna till att kunna fungera i arbetet efteråt. De personer som haft sjukhusvård innan behandling visade sig vara de som hade bäst prognos för att klara sig utan efter behandlingen. Det sämsta utfallet var bland de patienter som hade vistats i fängelse, våldtäktsmän med osocial personlighet, kvinnor som utsatts för incest och de som haft en brutal uppväxt. 50% av kvinnorna med borderline hade utsatts för incest. Enligt denna studie var de som begick självmord bland dem med borderline 9%. Denna siffra steg om det fanns en affektiv störning och/eller drogmissbruk. Topor (2001) menar att känsla av hjälplöshet och uttalad risk för våld, kan ge en dödlig utgång.

Nilsson & Silfving (2002) är enbart två av de författare som pekar på betydelsen av att det inte finns ett sätt eller en modell för att behandla borderline. De menar att man måste se till att varje människa är unik och att all behandling innefattar så mycket mer än enbart strategierna eller om dessa är psykodynamiskt, kognitivt eller dialektiskt inriktade. Vårt intresse ligger i att ge reflektion och ge insikt om hur denna personlighetsstörning behandlas utifrån de tre olika perspektiven.

Syfte

Syftet är att belysa psykologers erfarenheter av behandlingsarbete med borderline-personligheter.

Frågeställningar

- Vilka behandlingsformer använder psykologerna sig av?
- Vilka faktorer anser psykologerna påverkar terapibehandlingens effekt?
- Hur behandlas borderlineproblematikens uttryck mer specifikt i terapin?

Metod

Urval

Genom kontakter med olika psykiatriska mottagningar har vi fått tag på informanter som utifrån olika terapiarbete ägnar sig åt behandling av borderlinepatienter.

Vårt urval är ett subjektivt urval, där vi sökt upp personer som vi vet arbetar med behandling och som sedan tackat ja till att vara med i vår studie (Denscombe, 2000).

(Alla namn är fingerade för att inte avslöja källan)

1) Johan, kognitivt beteendeorienterad psykolog sedan 15 år tillbaka.

Hade tidigare arbetat med den dynamiska formen av terapi, men bytt inriktning till den kognitiva. Arbetade nu inom öppenvården och hade behandlat många borderlinepatienter med bl.a. ätstörningar.

2) Antonio, dynamiskt inriktad psykolog sedan 15 år tillbaka.

Arbetade mycket med speciellt borderlinekvinnor som hade psykosomatiska problem och ätstörningar. Arbetade med den dynamiskt inriktade psykoterapiformen.

3) Robert, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad psykolog sedan tre år tillbaka.

Hade utbildning inom kognitiv beteendeterapi och arbetade nu med DBT (dialektisk beteendeterapi) och ingick i ett DBT-team.

4) Lisa, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri sedan 30 år tillbaka. Hade under många år arbetat med personlighetsstörda patienter på bl.a. behandlingshem. Arbetade nu i ett DBT-team.

5) Stina, dynamiskt inriktad psykolog och psykoterapeut sedan över 30 år tillbaka.

Arbetade med dynamisk psykoterapi, mest individualpsykoterapi med barn, ungdomar och föräldrar eller samspelsbehandling. Hade även arbetat som psykolog och familjeterapeut tidigare.

Mätinstrument

För att närmare kunna belysa och undersöka behandlingen har halvstrukturerade intervjuer använts som gav möjlighet till öppna svar. Informanterna informerades om att de fick vara anonyma. Det var frivilligt att delta. Intervjuerna spelades in på band efter det att informanten givit sitt samtycke. Informanterna hade 3 olika inriktningar. Två av dem var dynamiskt inriktade, en var kognitivt beteendeorienterad och två arbetade med DBT. Vår förhoppning var från början att få möjlighet att intervjua två personer (en man och en kvinna) som arbetade med samma terapiform. Vi lyckades inte få tag på en kvinnlig psykolog som arbetade med kognitiv beteendeterapi. Den kognitiva beteendeterapin fick därför representeras av endast en informant. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjumall (bilaga 1) med olika teman.

Tillvägagångssätt

Vid telefonintervjuerna använde vi en högtalartelefon och en bandspelare, dels för att vi båda skulle kunna höra vad informanten sa och dels för att intervjun kunde spelas in utan höga telefonkostnader. Detta skulle ha blivit följden om vi använt Telias tjänst ”konferenssamtal”. En student intervjuade och den andra lyssnade aktivt. Vid intervjuerna med informanten närvarande i samma rum, användes bandspelare. En student intervjuade och den andra studenten var observatör. Intervjuerna tog mellan 35 och 60 minuter, beroende på hur mycket informanten ville säga. Efter intervjun fick informanten en TRISS-lott som tack och de som önskade, fick löfte om att få ett exemplar av uppsatsen i färdigt, godkänt skick.

Bearbetning och analys

Alla intervjuer avlyssnades och skrevs ut ordagrant på dator. Materialet bearbetades och analyserades sedan utifrån olika teman och kategorier. Frågorna till informanterna ställdes utifrån en intervjumall. Informanternas svar varierade i omfattning så de enskilda intervjuerna varierade och blev ca 10-20 sidor långa. Vårt intervjumaterial blev ca 100 sidor. Efter en första bearbetning blev det ca 40 sidor. Materialet blev relativt stort så analyseringen av materialet genomfördes utifrån att alla informanternas svar på en och samma fråga sammanställdes på ett och samma papper. Detta underlättade analyseringen utifrån de olika perspektiven och gjorde det lättare att koppla samman svaren med den teoretiska delen av uppsatsen. Analysen gjordes genom att gå igenom svaren och koppla ihop dem till teori och vetenskapliga artiklar.

Resultatdiskussion

1. Vilka behandlingsformer använder psykologerna sig av?

Varför har dessa psykologer valt just denna typ av terapiform?

På vilket sätt inriktar sig just den valda terapiformen på att hjälpa personer med borderlineproblematik?

Johan (KBT) menade att han valt denna typ av terapiform eftersom han ansåg att KBT var en konkret och praktiskt användbar metod och tillade att just när det gällde personlighetsstörningar så ansåg han att förhållningssättet i KBT var ett mer aktivt förhållningssätt än när han arbetat med den dynamiska formen. Han menade vidare att han tyckte KBT var en form som innehöll bra beskrivningar av personers fungerande och var en konkret användningsbar metod. Johan fortsatte med att tillägga vikten av att inte låsa sig vid en specifik inriktning, utan vara öppen för alla verktyg som kan behövas i terapin med borderlinepersoner.

Den dynamiskt inriktade psykologen *Antonio* menade att deras terapiform på ett bra sätt inriktade sig på just denna typ av problematik och att den stämde in på de patienter som han hade.

Stina (dynamiskt inriktad) beskrev hur stimulerande det var att kunna växla mellan att ha korta kontakter och att ha långvariga kontakter där hon fick möjlighet att gå på djupet. Hon beskrev hur hon inte bara ville förändra beteenden utan även försöka förstå de bakomliggande faktorer som påverkar, inte bara människans inre liv utan även de yttre konsekvenser dessa får för människan i vardagliga situationer. Hon beskrev att det inte är så enkelt att förstå hur de internaliserade objekten och dessa personers självbild kan gestalta sig när det handlar om en svår bakomliggande problematik. Hon beskrev hur hon tyckte att denna metod var bra för att kunna hjälpa personen att bli starkare inombords så att dessa klarar av att ha inre motstridiga tankar och känslor för att kunna stå ut med det goda och det onda i livet och hantera det.

Lisa (DBT) berättade om hur hon tyckte denna terapiform var en bra form eftersom den bedrivs inom öppenvården och att patienterna då fick behålla sitt nätverk och vårdas hemifrån, istället för att bli omhändertagen. Vid frågan om hur terapiformen inriktar sig på just borderline menade Lisa att DBT är en form som just är framtagen för borderline. Hon beskrev hur denna metod hjälper patienten att öka sina färdigheter för ökad stabilitet och hur de ska kunna hantera sina känslor och reaktioner innan bakgrunden tas itu med. Alltså varför patienten har det svårt. Hon ansåg att detta var en metod som innebar att allt togs itu med i rätt ordning.

Robert (DBT) beskrev att hans val av terapiform inte var svårt eftersom han hade en kognitivt beteendearbetande bakgrund i sin utbildning och att DBT ligger nära denna typ av terapiform. Även Robert beskrev hur denna terapiform är framtagen för just borderline och menade att den kognitivt inriktade beteendeterapin var mycket mer inriktad på att snabbt förändra personers beteende. Han menade att den dialektiska beteendeterapin inriktade sig mer på färdighetsträningen vilket skulle leda till att färdighetsbristerna hos dessa personer skulle behandlas och även öka måttet av validering av patienten för att få en större balans mellan acceptering och förändring.

2. Vilka faktorer anser psykologerna påverkar terapibehandlingens effekt?

De viktigaste och mest värdefullaste kvalitéerna hos en psykolog

Fyra av informanterna uppgav att det är viktigt med ett dialektiskt förhållningssätt speciellt när det gäller denna grupp av patienter. Informanternas erfarenheter av arbetet med borderlinepatienter resulterade alltså i att dessa först och främst ansåg att dialektiska kvalitéer var det viktigaste för en terapeut/psykolog. Dialektiken som Näslund (1998) beskriver som en balansering mellan acceptans och förändring för patienten är således en viktig kvalité som psykologen behöver besitta för att utföra sitt arbete. Detta är inte så underligt med tanke på hur grundläggande det är för denna grupp att känna sig accepterade, samtidigt som en förändring av deras problematik är central.

Två av informanterna nämnde även vikten av att psykologen kunde sätta gränser och vara tydlig med ramarna (DBT och dynamiskt inriktade). Gränssättningen och dess betydelse kan härledas till vad Sundin-Korsár (1996) påpekar om hur betydelsefullt det är med struktur och ramar för dessa personligheter och hur denna struktur kan ge trygghet åt dessa patienter.

De två dialektiskt inriktade informanterna uppgav även kvalitéer som ärlighet och äkthet som de ansåg vara av vikt. När man ser till ärligheten och äktheten så anser vi dessa vara något av ett slags A & O för att patienten och psykologen skall kunna ha ett bra samarbete och kunna arbeta för förändring. Kohuts(citerad i Eriksson m.fl, 1994) påpekanden om hur viktigt det är med det empatiska gensvaret och förståelsen för patienten i terapin är bara en av författarna som tar upp denna egenskaps betydelse för terapeutisk framgång.

En från DBT och en dynamiskt inriktad påvisade vikten av tålmod och hur viktigt det var att kunna stå ut och orka med alla känslor som patienten har. En av de dialektiskt beteendearbetande personerna uppgav att humor var en värdefull kvalité hos dem som arbetade med denna grupp av patienter. Tålmod och humor är säkerligen andra viktiga kvalitéer som behövs i arbetet med denna grupp av patienter. Sundin-Korsár (1996) har ju beskrivit att det sällan är lugnt kring dessa personligheter.

Andra aspekter som kom upp var vikten av att inte förlora sig i en massa tekniker som den kognitivt inriktade psykologen påpekade. Detta stämmer överens med vad Eriksson & Lundh (1994) samt Nilson m.fl (2002) beskriver om KBT och hur viktigt det är att använda sig av många olika tekniker inom KBT som kan tänkas ha effekt.

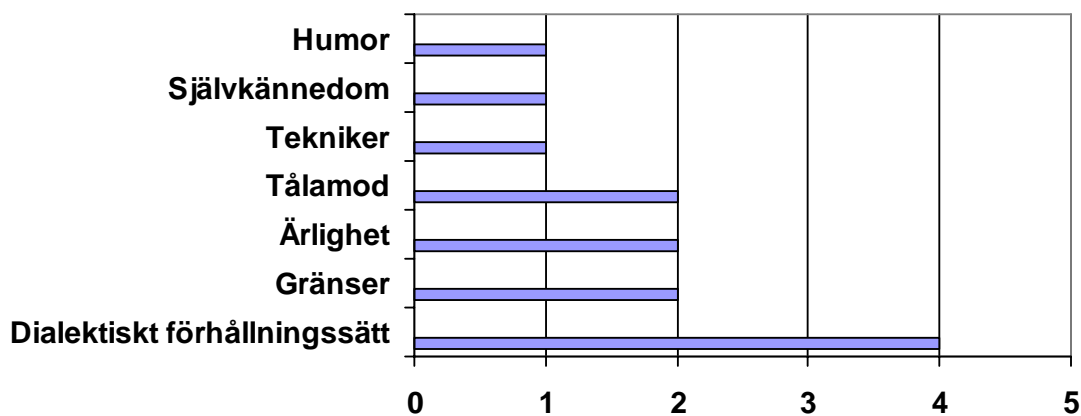
Den dynamiskt inriktade psykologen menade att det var viktigt att psykologen kunde ta emot dom projektiva identifikationerna och kunna arbeta via överföring och motöverföring, samt att ha den där ”containing”förmågan. En av de dynamiskt inriktade psykologerna delgav oss betydelsen av att psykologen är väl förankrad i sig själv.

”Man måste känna sig själv rätt väl. Patienten ser i dina ögon om du ser rädd ut. Man får inte bli förvånad om patienten säger någonting om ditt tillstånd, om du är ledsen eller något. Man måste våga stå kvar vid sina tankegångar.....” (Antonio, dynamiskt inriktad psykolog)

När man ser till värdet av att som psykolog vara väl förankrad i sig själv så beskrivs denna självkännedomens betydelse av många författare. Speciellt det dynamiska perspektivet beskrivs av Meissner (1993) och hur viktigt det är att terapeuten har god insikt om sitt eget beteende, sina känslor och attityder, för att kunna vara medveten om sina egna motöverföringar. Detta är också det som framkom under intervjuerna och påpekades av de dynamiskt inriktade

eftersom den psykodynamiska terapin är den som använder sig av olika slags överföringar. Det dynamiska perspektivet framhöll även vikten av att klara av att ta emot de projektioner som patienten projicerar på psykologen. Även detta begrepp ingår i de dynamiska beskrivningarna av borderlinepersonligheter bl.a. gjorda av Kernberg (1988).

De viktigaste och värdefullaste kvalitéerna hos en psykolog



Beskrivningarna som gjorts av informanterna visar på kvalitéer som utifrån denna grupp av patienter och deras problematik, innebär möjligheter att nå framsteg i behandlingen.

Psykologens förhållningssätt

Den kognitivt inriktade psykologen menade att det viktigaste var att hitta valideringar av patienten. Denna ”duglighet” eller ”äkthet” som patienten ska känna är viktig för förändring. Valideringar av patienten som den kognitivt inriktade psykologen tar upp är något som även benämns av bl.a. Näslund (1998). Hon beskriver hur viktigt det är att psykologen accepterar patienten precis som hon är, så att patienten kan förändra sig. Hon menar precis som den kognitivt inriktade psykologen att patientens ansträngningar måste balanseras av terapeutens bekräftelse av patientens känslor, tankar och beteende. Det är dock intressant att se att just det som Näslund tagit upp är den grundläggande dialektiken i DBT. Utifrån detta kan ses likheter med vad den kognitivt inriktade psykologen poängterade.

Det dynamiska perspektivet speglades av att båda poängterade vikten av ramarna och regelbundenheten i samtalen. De menade att i arbetet med just denna grupp av patienter spelade ramarna en stor roll. Det var viktigt att vara tydlig i vad som gällde och hålla på dessa ramar för patienternas bästa. Betydelsen av att vara väl förankrad i sig själv, för att på så vis ha ett bra förhållningssätt poängterades också.

Det dynamiska perspektivets poängterande av ramar och regelbundenhet i samtalen är något som även tas upp av Sundin-Korsár (1996). Hon menar också att denna kontinuitet i kontakterna är viktig, eftersom den kan ge förutsättningar för ett växande förtroende för psykologen samtidigt som deras rädsla kan minska. Näslund (1998) är en annan författare som också beskriver betydelsen av långsiktighet och kontinuitet i behandlingen med borderlinepatienter. När man ser till patienternas separationskänslighet och hur viktigt det är att skapa så mycket tillit det går och en trygg situation så kan skäligen kontinuiteten vara väsentlig. Vi tror att trygghet och kontinuitet utan tvivel är grundläggande för många patienter, men hos denna grupp speciellt viktig eftersom problematiken ser ut som den gör.

Inom DBT poängterades det dialektiska förhållningssättet. Detta präglas av att i terapin försöker balansera acceptans och förändring i den relation som finns mellan patient och behandlaren. Vikten av att köra med helt ”öppna kort” och förklara strategier och färdigheter för patienten var också en central del av terapin. På detta vis fick patienten vetskap om vad som hände och varför. Betydelsen av att vara ”varmt hjärtlös” och att vara ärlig även om det var obekvämt och göra detta med en underton av humor betonades också.

Relationen mellan psykolog och patient

Det som framkom som en genomsam nämnare var vikten av ett samarbete mot gemensamma mål. Oavsett inriktning var alla ense om att relationen skulle präglas av äkthet, genuinitet, förtroende, tillit och att man som psykolog fanns där när det behövdes. Informanterna använde olika begrepp för att tydliggöra andra aspekter som för dem var viktiga.

Faktumet att samarbetet mellan psykolog och patient var en grundläggande faktor, för att sträva mot gemensamma mål, beskrivs även av Eriksson & Lundh (1994). De menar att det är viktigt att patienten blir positivt inställd till terapin och till terapeuten för att nå framgång. Att psykologen visar äkthet/genuinitet så att patienten kan känna tillit och skapa ett förtroende för psykologen kan förstås utifrån den omfattande problematiken.

Den kognitivt inriktade psykologen menade förutom samarbetet att det var viktigt att psykologen hela tiden stämmer av under terapisessionerna.

Behovet av att hela tiden stämma av med patienten är en del av KBT. Eriksson & Lundh (1994) pekar på hur man inom KBT använder sig av en dagordning som psykolog och patient gör tillsammans inför varje session. Denna dagordning visar på vilka frågor som är viktiga att ta upp under just denna session. Det är därför inte så konstigt att den kognitivt inriktade psykologen tog upp just det här.

Den ena dynamiskt inriktade psykologen påpekade att det var viktigt att sträva efter att det som skett i terapi rummet blev en del av patientens inre värld för att patienten skulle uppnå ökad själv- och objektkonstans.

Strävan efter att ökad själv- och objektkonstans är den dynamiska beskrivningen då barnet ska genomgå separations-individuationsprocessen som Mahler har beskrivit. Crafoord (1995) beskriver hur barnet enligt Mahlers process skall genomgå dessa fyra faser för att få ökad förståelse för andra människor i omgivningen (objektkonstans) och att klara av att se nyanserna i sig själv (självkonstans). Eftersom splittingen enligt det dynamiska inte ”försvinner”, utan beror på denna processutveckling, kan betydelsen av upplevelserna i terapin förstås som viktiga. Detta för att ge patienten möjligheter att få nya inre representationer och en mer nyanserad bild av sig själv och av omgivningen.

Svårigheter i terapin

Den kognitivt inriktade psykologen beskrev hur det kunde vara svårt att hantera de hastigt uppstigande känslorna, som ofta sekundärt uppvisas i ilska, men som primärt är känslor av skuld och skam. Han menade även att det kunde vara svårt att hantera när patienten inte dyker upp eller om patienten skar sig eller hotade med suicid. Han tog upp det dysfunktionella beteendet och hur viktigt det var som psykolog att inte förstärka detta beteende genom att ex. överreagera när någon skurit sig eller hotade med suicid.

Svårigheter som häftiga känslolast och plötsliga utbrott samt bekymmer i form av att patienten inte dyker upp kan utläsas från intervjun med den kognitivt inriktade psykologen. Linehan (2000) beskriver också att borderlinepersoner ofta har en så stark känslomässig

sårbarhet att minsta beröring kan ge upphov till en intensiv inre smärta. I dessa fall tittar ofta, enligt Nilsonne (Linehan, 2000), borderlinepersoner på andras reaktioner eftersom de misstror sig själva. Det är vid dessa hastigt uppstigande känslorna som psykologen inte skall reagera "för starkt". Inom både KBT och DBT nämner dels Kåver m.fl. (2002) samt Eriksson & Lundh (1994) hur viktigt det är att förändra de dysfunktionella tankemönstren – inte förstärka. Det är inte så underligt att en av psykologerna tog upp detta med intensiteten i känslolivet och vilka effekter det kan skapa i terapirummet eller under en terapisession.

Det dynamiska perspektivet speglades av separationsångesten och hur utvecklingen för att bli en egen individ gått snett. Mahlers teorier om separation-individuation och hur barnet under perioden mellan 6 månader till 2½ års ålder utvecklas till att bli en egen person. Om barnet fått en grav problematik vid 6 månaders ålder var skillnad än om det hade fått problemen vid 2-2½ år. Denna sorgsenhet, övergivenhet och ensamhet som barnen/vuxna kan ha, var alla områden som innebar komplikationer för patienten när dessa känslor berördes eller när de hamnade i situationer då dessa känslor aktualiserades. Svårigheten i den terapeutiska situationen kunde vara separationsångesten och dess uttryck eller om barnet hade diagnostiserats som ADHD. Informanten menade att diagnosen då ställts utan hänsyn till att deras beteende och övergivenhetsrädsla inte bara var ett neurologiskt handikapp.

”...Nästan alltid blir det *aktivitet som försvar* och patienterna försvinner i dagens psykiatriska kultur in i koncentrations problematikkonceptet. Mycket av den här hyperaktiviteten som man kan se som både en rent kroppslig reaktion och en psykisks utlevelse diagnostiseras numera alltför ofta bara i ADHD termer. Allt som handlar om okoncentration och alltför stor motorisk rörlighet blir till ADHD. Och man ser inte att en del av det här inte är neurologiskt handikapp, utan det kan för en del patienter vara ett beteende för att hålla borta känslor av ensamhet och sorgsenhet....” (Stina, dynamiskt inriktad psykolog och psykoterapeut)

Sundin-Korsár (1996) är en av författarna som beskriver patienternas skräck för att bli övergivna samt deras bristande tillit till andra människor och att detta var något som psykologen möter i terapin. Att försöka få dessa människor trygga utifrån terapins gång, en tolkning skulle kunna vara att det inte kan vara det lättaste, samtidigt som man skall (så gott det går) få patienterna att lita på psykologen. Patienternas bristande tillit till människor kan, enligt vår uppfattning, förstås utifrån det många gånger bristande förtroendet för andra viktiga personer under patienternas uppväxt. Människan behöver ha upplevt tron på andra för att våga lita på människor i sin omgivning, samt för att utveckla en tro på sig själv. Om man har haft en bristande uppväxt eller har övergrepp med sig i bagaget, skadas givetvis förtroendet till andra. Crafoord (1995) beskriver att en lyckligt genomgången separation-individuationsprocess innebär att personen fått en förmåga att bära sorgerna som varje separation innebär, utan att bli deprimerad eller få ångest. Förståelsen av denna utveckling och betydelsen av när denna skett kan hjälpa till att se en större helhetsbild av personen och hur psykologen skall handskas med denna separationsångest hos varje enskild patient. Det dialektiska perspektivet beskrev att det kunde vara hårt att känslomässigt höra patienters historier och den hemska bakgrund som en del haft. Det kunde handla om övergrepp eller en uppväxt under andra hemska förhållanden. Det som kunde vara svårt i den terapeutiska situationen att ständigt vara på vakt när det gällde den dialektiska biten. Vikten av att inte dras med i det här svart/vita utan som behandlare vara observant och balansera upp det. Exemplet som användes var att om patienten varit inlagd på en avdelning och kommit i konflikt med personalen så tenderade patienten att måla upp en situationsbild där det faktiskt kunde låta som om personalen betett sig illa. För att balansera upp detta så behövde då psykologen fråga: Vad finns det mer i det här? Vad är det vi har glömt?

Inom DBT togs just vikten av det dialektiska förhållningssättet upp och hur viktigt det var att inte dras med i det svart/vita tänkandet. Även detta är en aspekt av hur intensiteten i känslolivet kan påverka omgivningen och hur viktigt det är att psykologen är medveten om patienternas problematik. Betydelsen av att vara observant och balansera upp påpekades ju av informanten. Meissner (1993) anser att terapeuten måste vara osedvanligt flexibel och anpassningsbar för att kunna handskas med sina borderline patienter. Han åsyftar att terapeuten måste vara observant och kunna ta upp signaler på fel i terapin för att kunna undvika bakslag i behandlingen. Den många gånger känslomässigt berörande uppväxt som patienterna har med sig i bagaget kan förstås vara svår att lyssna till och det är just detta som framkom under en av intervjuerna. Näslund (1998) har ju beskrivit risken att psykologer som arbetar med borderlinepatienter kan samla på sig negativa känslor som patienten vill göra sig av med. Det är här som man kan se till vad Meissner (1993) menar om att det är viktigt att psykologens är observant och klarar av att balansera upp situationen.

Samarbete kring patienten

Inom det kognitiva och det dynamiska är psykologerna ensamma i terapisituationen, men de samarbetar ofta med andra personer som är involverade i patientens problematik på olika sätt. Detta kan vara samspel mellan dagsjukvården, kuratorer eller medicinerande läkare, allt beroende på var patienten befinner sig i vårdkedjan. När det gällde barn så var det många gånger viktigt att samarbeta med föräldrarna, syskon, förskolan eller skolan eller andra personer som kunde vara viktiga för barnet ex. assistenter.

När det gäller den dialektiska terapin så handlar allt om en teambehandling. DBT, som innehåller både färdighetsträning och individualterapi, går ut på att dessa individualterapeuter ingår i ett team. Teamet träffas en gång i veckan, då de går igenom patienter, behandling, tittar på videofilmer av sessioner och får kontinuerlig handledning i behandlingen. Så samarbetet kring patienterna är stort. Samarbete med institutioner utanför kan inkludera försäkringskassa, arbetsförmedling eller socialtjänsten. En av informanterna påpekade att detta ”yttre” samarbete många gånger skulle behöva vara större än vad det var.

”Om med samarbete menas med socialtjänsten eller liksom inom övriga psykiatrin, om patienten samtidigt är inlagd på avdelning, så ser det ganska olika ut förstås beroende på olika omständigheter – alltså från patientens sida eller socialtjänstens. Så där kan vi säga att samarbetet många gånger skulle behöva vara större än vad det är.” (Robert, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad psykolog)

Det faktum att informanternas beskrivningar av samarbetet skiljer sig åt beror på de olika terapiernas upplägg. Inom DBT beskrivs, bl.a. av Näslund (1998), hur de dialektiska beteendeterapeuterna ingår i ett behandlingsteam och att teamet diskuterar eventuella svårigheter eller problem som uppstått i behandlingen. Vi anser att det var intressant att få ta del av hur betydelsefullt samarbetet med ”yttre” personer eller instanser var för att öka patientens möjligheter för att nå framgång i behandlingen. Vi tror att samarbete kan ge patienten större chanser, eftersom en helhetsbild av deras situation kanske kan skapa ytterligare förutsättningar för ökad förståelse och insikt om individuell förbättring. Sundin-Korsár (1996) är en av författarna som tar upp vikten av samarbetet och betydelsen av öppen och tydlig kommunikation mellan dem som arbetar med vårdtagaren. Hon menar att det är en nödvändighet.

Stöd för terapeuten/psykologen

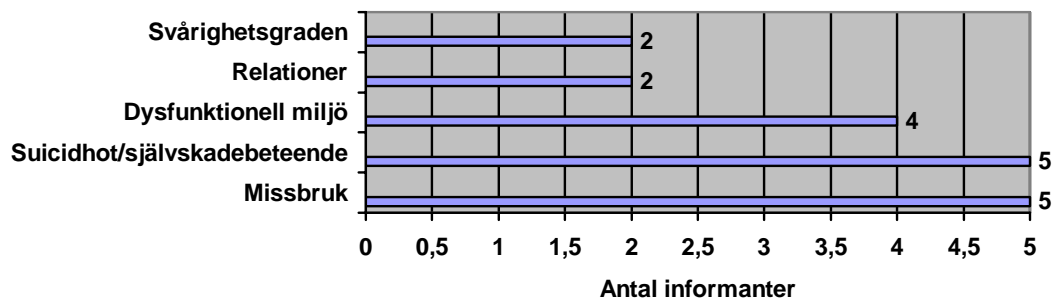
Inom det kognitiva och dynamiska fanns det hela tiden möjlighet till stöd från andra kollegor vid behov. Inom DBT fanns det stöd och handledning i teamet. Man arbetade inte ensam med en patient utan patienten var hela teamets patient.

När man ser till stödet som fanns för psykologerna utanför terapirummet så fanns sådana möjligheter. Detta menar Näslund (1998) är viktigt på olika sätt. Hon har beskrivit att inom DBT så får terapeuterna handledning för att terapin ska bli bättre, eftersom de under handledningen kan få möjlighet att se till de positiva egenskaperna hos patienterna. Näslund (1998) har även tagit upp hur svårigheter och eventuella problem kunde diskuteras i teamet och hur viktigt detta var. Vi tror att stöd och råd kan fylla sin funktion eftersom borderlineproblematiken är så mångfasetterad och omfattande. Det var enligt vår uppfattning angenämt att höra att informanterna hade det stöd som de kände sig behöva.

Patientfaktorer som kan påverka behandlingen

Informanterna beskrev hur olika faktorer i olika hög grad kunde påverka behandlingen och de var rörande ense om att missbruk och självdestruktivitet/suicidhot var två stora påverkansfaktorer. Linehan (2000) skriver om hur självmordsnära borderlinepersoner befinner sig mer eller mindre i kontinuerlig kris p.g.a. att de reagerar med så intensiva känslor på olika händelser. Utifrån detta kan man sen se till varför obearbetad sorg och kontinuerliga kriser som leder till självmordsförsök kan påverka behandlingen, eftersom självskadebeteendet i allra högsta grad är något som kommer att läggas fokus på under terapin. Om patienten har borderlinediagnos samt självskadar sig ökar givetvis patientens problematikområde.

Faktorer som kan påverka



En av informanterna tog upp att missbruk ofta var ett försök till att hålla borta den kraftfulla ångesten. Näslund (1998) beskriver hur alkoholmissbruk i kombination med borderline ökar risken för självmord till det dubbla, jämfört med om det enbart finns en borderlinediagnos. Även undersökningen gjord av Strauss & Carpenter (citerad i Topor, 2001) pekar på att missbruk var en faktor som försämrade behandlingen eftersom antalet av de som försökt begå självmord ökade om de haft ett drogmissbruk också.

De som levde i en dysfunktionell miljö i konstiga relationer eller i en familj som inte fungerade var en annan faktor som poängterades och som kunde bli till negativa förstärkare istället för att ha en betydelsefull roll i positiv bemärkelse.

Betydelsen av att ha en fungerande miljö som fungerade som positiv förstärkare kan ses med utgångspunkt i vad Linehan (2000) skriver om att borderlinepersoner tenderar att se till

omgivningens reaktioner eftersom de inte vågar lita på sig själva. Omgivningen kommer då att spela stor roll när det gäller att klara av terapins syfte och lära sig hantera olika situationer. Linehan (2000) menar också att i många fall närmar sig borderlinepersoner omgivningen på ett passivt och hjälplöst sätt, men vill egentligen ha deras hjälp. Positiva förstärkare kan här ses som en central faktor för att personen skall nå framgång i sin behandling och bli bättre. Negativa förstärkare som tas upp i intervjuerna kan förstås påverka behandlingen eftersom den dysfunktionella miljön kanske t.o.m. stärker de dysfunktionella beteenden som borderlinepersonen har.

En av informanterna tog upp hur relationsfaktorer kunde aktualiseras i form av en ny relation eller en längre relations obalans. När då dessa beroende- och närhetsaspekter berördes under terapin kunde patienten fyllas av känslor som saknad, skam och förtvivlan. Frågor som: "Vad är närhet?" eller "Hur kan man leva nära en annan människa utan att bli uppslukad eller dominera själv?" aktualiserades i denna fas av behandlingen. När de började närma sig de enormt stora hål som många patienter hade med sig, så var det inte lätt för dem. Relationsfaktorn som uppdagades i intervjuerna kan härledas till vad Cullberg (2003) menar när han påpekar att personer med borderline ofta reagerar med rädsla när de skall släppa fram sin kärlek till andra. Borderlinepersonen blir då skygga och distanstagande och de som kommer personen för nära kan ses som ett hot. Informanternas påpekanden om relationsfaktorn och hur då beroende- och närhetsaspekter berördes visar på hur denna saknad, skam och förtvivlan är oerhört känslomässigt laddade ämnen för borderlinepersoner.

Andra faktorer som nämndes var hur svårighetsgraden på patientens problematik kunde inverka och om denna kanske innefattade ex. ätstörningar i form av Anorexi.

Det sociala stödets inverkan på patienten och behandlingens möjligheter

Alla informanter var rörande överens om att det sociala stödet hade stor betydelse för patienten. Omgivningen ansågs vara av stor vikt både i positivt avseende, men även i negativ bemärkelse. Trygghet i tillvaron och fungerande familje- och vänskapsrelationer bidrog till att förstärka och uppmuntra positiva beteenden och stödjade patienten så att denne fick en möjlighet att komma vidare. En av informanterna beskrev hur borderlinepersoner oftast "slitit" ut sina syskon eller vänner och vid terapins början ofta är ganska ensamma. Efter en tids terapi kunde förhoppningsvis patienten behålla relationer och kompisar, vilket gav patienterna ökade möjligheter att bli starkare och komma vidare i livet.

Som vi tidigare tagit upp finns mycket skrivet om hur viktig omgivningen är i olika avseenden som en positiv förstärkare. Trygghetsfaktorn är, enligt vår uppfattning, viktig för alla människor, men av yttersta vikt för personer med borderline. Linehan (2000) beskriver hur ett av stegen i färdighetsträningen just går ut på att borderlinepersonen övar sig i att klara av att relatera till andra, utan att skapa konflikter eller dra sig undan. För att klara av att skapa och eventuellt bibehålla relationer i vardagen, så finner vi att det borde vara lättast när det finns ett stöd runt omkring som hjälper till.

Informanterna beskrev även hur omgivningen på ett destruktivt sätt kunde komma att påverka patienten negativt. Genom att förstärka sånt som är problematiskt för patienterna kunde omgivningen istället vidmakthålla patientens problem. Det ena exemplet som gavs var om omgivningen ger han/hon mycket uppmärksamhet när han/hon självskadar sig eller efter ett självmordsförsök. Det dysfunktionella beteendet som borderlinepersoner uppvisar, kan vidmakthållas genom det som informanterna beskriver som negativa förstärkare i omgivningen. Både inom KBT och DBT tas betydelsen av att inte förstärka dysfunktionellt

beteende upp av både Kåver m.fl (2002) samt av Eriksson & Lundh (1994). Om det poängteras hur viktigt det är att inte förstärka dessa tankemönster i terapin, så anser vi att det borde gälla resten av den närmaste omgivningen också.

Det andra exemplet som gavs där omgivningen kunde bibehålla problematiken var då barn som vistades halva tiden hos vardera föräldern kunde komma ”i kläm”. Hon beskrev hur barnets värld ibland kunde bestå av två föräldrar som hatade varandra och som inte accepterade den andra parten. Barnet kunde dock vara tvunget att vistas i båda hemmen och internalisera båda världarna. Hon menade att föräldrarna egentligen aktivt upprätthåller en splitt. När man såg till omgivningens betydelse i de här fallen var det inget positivt. Hon menade då att man var tvungen att arbeta mycket med att få föräldrarna så att dessa inte såg till sina egna behov först utan satte barnet i centrum.

Betydelsen av inre representationer utifrån alla nya erfarenheter är något som framhävs av Crafoord (1995). Hon menar också att det dynamiska perspektivet framhåller att den första relationen mellan modern och barnet blir en slags ”inre modell” och har betydelse för senare gemenskaper. Barnets påtvingade internalisering av de båda världarna, som inte alls kommer överens, kan troligtvis påverka och skapa svårigheter för barnet.

Andra yttre faktorer som kan påverka behandlingen

En av de dialektiskt inriktade informanterna tog upp att slutenvård, då patienten var inlagd på avdelning. Detta kunde påverka behandlingen och patienten på ett destruktivt sätt. Informanten gav ett exempel på hur patienten under fas 2 ibland kunde behöva en planerad inläggning eftersom denna fas innehöll exponering av trauman m.m som kunde vara känslomässigt upprörande och det kunde då bli svårt för patienten att stå ut med sig själv. Informanten beskrev att patienten ibland får mest uppmärksamhet och stöd när dessa gör sig själva illa eller får utbrott på olika sätt. Han menade att patienten på sitt vis försökte få stanna i den trygga miljö som vårdavdelningen innebar och hur patienten försökte att verkligen fortsätta vara ”sjuk” för att få stanna. Patientens försöker då tyvärr på ett destruktivt sätt bevisa att de är sjuka och behöver personalens stöd och reaktioner. Informanten beskrev hur han och andra kolleger på olika sätt försökte handleda personal på slutenvårds-avdelningar och utbilda om borderline personlighetsstörning och hur dessa personer kan fungera och agera.

Den ena dialektiskt beteendeariktade informantens beskrivning av hur slutenvården kunde vara en faktor som inverkar på behandlingen kan förstås utifrån det resonemang som fördes kring varför det kunde bli så. Kåver m.fl (2002) beskriver hur borderlinepatienter ofta pendlar mellan att se på sin situation utifrån ett rationellt och intellektuellt perspektiv samtidigt som patienten styrs av starka känslor. Känslorna kan i sin tur leda till impulsiva eventuellt destruktiva handlingar. De impulsiva, destruktiva handlingarna som patienten gör väcker uppmärksamhet hos personalen. Observansen är just en reaktion och som vi tagit upp tidigare vill patienten ha denna uppmärksamhet. Borderlinepersonerna tenderar enligt Linehan (2000) att känna sig hjälplösa och utan hopp eftersom de misslyckats gång på gång. Ångesten över att bli övergiven kan förstås bli så stor att patienten riskerar sin hälsa för att få stanna. Separationsångesten för denna patient är påtaglig och kanske kan utbildning stoppa vissa patienter innan något allvarigare hänt. Inte sällan handlar just självmisshandel om rädslan att bli lämnad. Kernberg (1988) är en av författarna som har beskrivit hur borderlinepersoner med bristande impulskontroll reagerar och agerar utan eftertanke på konsekvenser, just för att minska ångesttrycket. Han beskriver att impulsreaktionerna kan vara självmordsförsök eller misshandel. Självmisshandel omfattar personer som är inåtagerande, medan de utåtagerande mer troligt misshandlar (Nilsson & Silfvig, 2002).

En av de dynamiskt inriktade psykologerna menade att en annan yttre faktor som kan påverka behandlingens effekter var för barn hela förskole- och skolsituationen. Hon pekade på att denna situation var A & O för dem. Informanten redogjorde för hur dagens jättestora barngrupper gjorde att barn med denna typ av problematik kunde bli svårhanterligt för både barnet, de andra barnen och personalen. En ond cirkel skapas då dessa barn upplevs som besvärliga och personalen inte hinner eller orkar ta hand om problematikens utåtagerande. Hon uttryckte att dessa barn med grav separations-individuationsproblematik har problem i sina objektrelationer och då blir människorna runt omkring dessa barn direkt indragna. Hon menade att barnen triggas igång i relationer och att i förskole- och skolsituationen "utsätts" då barnet av olika typer av objektrelationer som de inte kan dra sig undan. Detta kunde bli svårhanterligt för dem eftersom dessa barn hela tiden söker sig till objekt, men inte hittar ett bekvämt sätt att vara i en relation eller vet hur de ska förhålla sig till andra.

Den andra faktorn som framkom under intervjuerna var hur förskole- och skolsituationen kunde påverka eftersom det var så stora grupper och att det fanns för lite personal. Den onda cirkeln som skapades då kan ses utifrån vad vi tidigare tagit upp angående objektrelationernas betydelse och hur viktigt det är att de internaliserade objekten ger positiv förstärkning. Omgivningens påverkan är även påtaglig i det här svaret.

3. Hur behandlas borderlineproblematiken mer specifikt under terapin?

Terapiprocessens längd

Informanterna svarade på denna fråga allt mellan 1-5 år. Den ena dynamiskt inriktade psykologen menade att behandlingen som innebar långa avslut i perioder kunde vara allt mellan 2-5 år. Den andra dynamiskt inriktade psykologen som även behandlat barn pratade om ett till två år då de träffades regelbundet en till två gånger per vecka. De dialektiskt beteendeariktade uppgav dels ett och ett halvt år till två år samt tre till fyra år. Den kognitivt inriktade psykologen pratade om många, många år och tillade att många av dessa patienter på olika sätt förblir patienter och behöver stöd hela livet.

Borderlinepatienter kan uppfylla fler sjukdomskriterier. 41-83% har/ har haft svåra depressioner, 23-47% lider av posttraumatisk stress, 31-48% uppvisar panikstörningar och 29-53% har ätstörningar (Linehan, 2004). Detta gör att dessa patienter återkommer för att få vård i omgångar under hela livet, precis som psykologen med kognitiv inriktning menade. Vi tror att beroende på vad informanterna menade med behandlingstid så varierade svaren. Några talade om 1-5 år, medan en annan talade om periodvis behandling under hela patientens liv. Det är viktigt att tänka på att en person med borderline inte bara kan ha denna störning utan även ha andra diagnoser som t ex depression och detta kan påverka patientens allmäntillstånd och förvärra situationen ytterligare.

Hade de behandlat flest kvinnor eller flest män som diagnostiserats borderline?

När det gällde vuxna så fick vi ett enhetligt svar från fyra av informanterna där de beskrev att de hade behandlat flest kvinnor. En av de dynamiskt inriktade psykologerna menade dock att fördelningen var ganska jämn.

När vi sedan frågade vad dom trodde att denna snedfördelning berodde på fick vi svaret att männens och kvinnornas relaterade symtom skilde sig åt. Detta menade informanterna ledde till att de olika könen befann sig inom olika områden. Två av informanterna pekade på att skillnaden utifrån deras erfarenhet var att kvinnorna oftare vårdades inom psykiatrin medan

männen återfanns i missbrukarvården eller kriminalvården. En av informanterna beskrev hur kvinnorna oftare har relaterade problem som gör att de oftare hamnar inom psykiatrin. Det kan vara posttraumatisk stress, ätstörningar eller ångestproblematik vilka överrepresenteras av kvinnorna. Informanten menade att männen i större utsträckning uppvisade substansrelaterade störningar som t.ex. missbruk, vilket gjorde att dessa oftare hamnade inom andra områden än inom sjukvårdens psykiatrimottagningar.

Näslund (1998) skriver att 70-80 % av de personer med borderline som får denna diagnos är kvinnor. Av informanterna hade övervägande delen behandlat flest kvinnor, så en snedfördelning mellan könen var uppenbar även här. Att informanterna behandlade flest kvinnor, trodde de berodde på att kvinnornas och männens symtom på borderline ofta skiljer sig åt. På grund av detta så hamnar kvinnor och män på olika ställen. Kvinnor hamnar i psykiatrin och män i missbruks- eller kriminalvården. Detta menar även Görel Kristina Näslund som har skrivit en artikel i Dagbladet 18 september 2004 (bilaga 2). Hon beskriver att männen med borderline hamnar i kriminalvården i stället för inom psykiatrivården. Det var precis det som framkom under våra intervjuer också. Näslund (1998) skriver ju också om olika orsaker till varför hon tror snedfördelningen beror på. Hennes faktorer stämmer väl överens med vad informanterna under intervjuerna uppgav.

En dynamiskt inriktad psykolog, som även behandlat barn, beskrev hur denna diagnos sällan ställs på barn eftersom dessa inte har en färdig identitet. Problematiken som innefattar grava störningar och brister i hela separations- och individuationsprocessen får istället ofta andra benämningar än borderline. Hon beskrev det så här:

”Nu faller denna problematik dessutom ofta under en ADHD-diagnos eller ibland under olika tvångssyndom, så själva grundproblematiken missas för en del av dessa patienter. Många av dessa barn skulle också kunna falla under beteckningen borderline.....” (Stina, dynamiskt inriktad psykolog)

Informanten redogjorde för hur hon upplevde att pojkarna tidigare utmärkte sig på ett utåtagerande sätt, ex. så märktes detta tydligare i förskolan/skolan då dessa pojkar involverade omgivningen med sin aggressivitet. Hon menade att hon ofta såg denna typ av problematik hos pojkar i 6-7 års åldern. Hon menade att dessa barn är de som egentligen har kraftiga rädslor och ångest över känslor och som berör teman som övergivenhet, ensamhet och konkurrens med andra. Hon menade vidare att hon haft fler flickor där bekymren kommit i tonåren och att de istället vänt sin smärta inåt. Denna dåliga självkänsla kunde flickorna uttrycka genom olika slags självskadebeteende, anorexi/bulimi och det kunde skapa svårigheter för dem i alla intima relationer.

När det gäller barn så visade sig symtomen på borderline hos pojkar som var utåtagerande när de var i 6-7 års ålder, medan flickorna oftare visade symtom i tonåren. Näslund (1998) har ju också menat att pojkar i skolåldern oftare visar borderlinesymtom än jämnåriga flickor gör. Hon har även beskrivit just det som togs upp i intervjun om hur flickornas symtom gör att de hamnar inom psykiatrin och hur pojkarnas symtom leder till missbruk eller kriminalitet. Vi tyckte att det var anmärkningsvärt att några av de barn som skulle kunna få en borderlinediagnos i vuxen ålder, istället felaktigt får andra diagnoser som bl.a. ADHD*.

*ADHD/DAMP är funktionshinder som innebär en störning i uppmärksamheten, aktivitetskontrollen, motoriken och sinnesintryckbearbetningen. Carlsson, S., Hjelmquist, E. & Lundberg, I. (2000) *Delaktig eller utanför* Borea Bokförlag: Umeå

Finns det några skillnader mellan könen, när det gäller terapin/behandlingen?

På denna fråga var informanterna rörande överens om att terapin/behandlingen inte påverkades utav könet i sig, utan anpassades efter den profil av problem som patienten hade. Könet i sig var inte det intressanta utan de menade att det alltid var en människa de mötte, men att de relaterade problemen skilde sig åt, vilka gav fokus under behandlingen.

Könet var alltså inte det primärt mest intressanta, utan fokus kom att läggas på de könsspecifika uttrycks sätt som problematiken medfört.

Två av informanterna beskrev det så här:

”..... Behandlingen anpassas ju förstås efter den profil av problem som patienten har. Så har patienten problem med ätstörningar så blir det förstås ett fokus nångång under behandlingen. Har patienten problem med missbruk så blir det fokus i behandlingen. Har patienten problem med aggressivitet, kriminalitet eller våld, så blir det också ett fokus i behandlingen. Så det är mer det som styr hur behandlingen ser ut än könet förstås....”

(Robert, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad psykolog)

”Män går alldeles utmärkt att behandla, annars är ju borderline-män lite annorlunda, de är mer utåtagerande. Kvinnor är mer inåtagerande, de vänder sin smärta inåt”. (Antonio, dynamiskt inriktad psykolog)

Hjälpa patienter att se nyanser istället för bara svart/vitt eller gott/ont

Inom det kognitiva så arbetar man t ex med relationer. Det kan handla om hur man betar sig i en relation. Patienten får diskutera och öva sig på olika vis i hur de ska vara i en relation. De får lära sig förstå varför han/hon betar sig som de gör och får tänka över vad det kan få för konsekvenser i relationen. De lär sig att se helheten. Han poängterade dock att han inte tänkte i termer som svart/vitt och gott/ont.

Att öva sig på att se helheten och att patienten får diskutera och öva sig på olika sätt i hur de ska vara i en relation var aspekter som togs upp inom KBT. Inom KBT har bl.a. Eriksson & Lundh beskrivit hur patienten måste fås att utveckla mer realistiska uppfattningar. Hur patienten betar sig i en relation och varför hon/han gör så här och vilka konsekvenser det fick, var alla aspekter som togs upp i intervjun. Karlsson (1994) har ju beskrivit hur den kognitiva terapin inriktar sig på att bryta den negativa triaden, för att skapa en positiv triad istället. Om patienten tenderar att tänka negativt om sig själv, omgivningen och om framtiden så skapas ett negativt mönster. Att föra upp ämnet och diskutera, öva sig och förstå varför patienten betar sig på ett visst sätt är alla faktorer för att försöka ändra patientens negativa triad och deras förvrängningar av verkligheten.

Inom den dynamiska inriktningen arbetar psykologen när det gäller mindre barn, mycket med nyanser, eftersom dessa barn ännu inte träffat på fenomenet ”gradskillnad” inom ett begrepp. Psykologen arbetar utifrån att se hur barnet rör sig (slänger sig i en stol/sjunkner ner) eller på vilket sätt som barnet målar (starka färger med hårt penntryck/svagare färger med lösare penntryck). Psykologen kan då ha dessa konkreta exempel som utgångspunkt för att visa barnet alternativa modeller och att det inte bara finns ett ”antingen eller”, utan alternativa förhållningssätt.

”Jag märker ofta att barn efter en tids behandling börjar nyansera sitt sätt att gå i trappen till terapirummet (vi har många trappor i huset). De kan hoppa eller ta två trappsteg åt gången. De åker lite på ledstången eller de går tyst eller hårt. Mycket arbete sker via att kroppen först måste uppfatta och pröva det fenomen som sedan kan få en psykisk och kognitiv motsvarighet!”

(Stina, dynamiskt inriktad psykolog och psykoterapeut)

När det gäller äldre barn, tonåringar och vuxna används istället språkliga nyanser för att försöka göra tanken tänkbar för patienten. Psykologen försöker ta fram att det kan finnas andra aspekter i situationen som patienten kanske blivit upprörd över. Psykologen kan då använda sig av språkliga nyanser och peka på olika gradskillnader och på så vis hjälpa patienterna till ett rikare språk och utöka patienternas kognitiva banor.

Inom den dynamiskt inriktade terapin beskrevs hur nyanser togs upp och samtalades kring utifrån hur utvecklat patientens språk var. I den dynamiska terapin har Eriksson & Lundh just poängterat hur patientens möjligheter att associera fritt och söka efter innebörden av olika känslor och tankar tillsammans med terapeuten. Terapin skall på så vis öka patientens möjligheter att se sambandet mellan olika upplevelser och situationer. Att söka efter språkliga nyanser och gradskillnad inom olika begrepp skapar då förutsättningar för att se nyanser och inte bara svart/vitt eller gott/ont. Det dynamiska perspektivet anser att huvudförsvaret hos borderlinepersoner är splitting/klyvning och Crafoord (1995) har ju beskrivit hur personerna med borderline utifrån denna splitt tänker i svart/vita banor, utan nyanser. Det är därför inte så underligt att den dynamiska terapin har inriktat sig på att försöka få patienten att se skiftningar.

Inom DBT ingår detta i hela mindfulness-delen då patienten aktivt får jobba med att titta på saker och ting och beskriva dem på ett neutralt sätt. Det gäller att aktivt arbeta med att förändra dömande och värderande tankar. Utifrån det dialektiska förhållningssättet försöker terapeuten balansera ytterligheterna genom att ex. fråga patienten om det finns det nåt annat sätt att beskriva situationen på. Man försöker lära patienten att saker och ting kan vara både goda och onda samtidigt.

När man ser till begreppsramen inom DBT så beskrivs inte patienternas brist av nyanser utifrån den splitt/klyvning som Kernberg talar om. Linehan (2000) redogör istället för hur DBT:s färdighetsträning innebär att ”förändra beteenden, känslor och tankar som ger upphov till svårigheter och inre smärta”. Det som framkom under intervjun var ju att hela mindfulness-delen (”Att vara medvetet närvarande”) försökte få patienten att lära sig se nyanser. Kåver & Nilsson (2002) beskriver ju hur denna fas 1 innefattar att patienten skall lära sig att fokusera på nuet och se till vad som händer inom och utanför patienten. Under denna fas skall, enligt Linehan, 2000, patienten träna på att kunna uppfatta och beskriva det tillstånd som han/hon befinner sig i just nu. Med utgångspunkt från det här skall patienten lära sig att anpassa sitt förhållningssätt med hänsyn till situationen. De dömande och värderande tankarna som informanten beskriver skall bearbetas, är just den negativa bild som borderlinepersoner har en viss tendens att ha, både om sig själva och om omgivningen.

Alla informanterna oavsett inriktning kan ses ha likheter i sitt sätt att arbeta med ”nyansseende” hos personer med borderline. Alla informanterna samtalar och diskuterar med patienterna om olika begrepp och situationer, vilka sedan nyanseras och beskrivs på andra sätt av psykologen.

Hjälpa patienten så att denne får en mer enhetlig bild av sig själv och omgivningen

I den dynamiska terapin arbetar man med patienter som inte har uppfattningen av ”både-och” i sig, utan ser sig själva och sin omgivning i termer av ”antingen-eller”. Psykologen arbetar mycket med att patienten ska få en upplevelse av ett ”både-och” och inte bara kunna tänka en tanke åt gången. Genom detta kan man stärka identiteten och patienten kan klara av att ha en inre dialog om motstridiga känslor och tankar. Det är viktigt att patienten får en upplevelse av

att de inte är en delad person, utan att de istället består av en mängd olika aspekter. I arbetet med barn och ungdomar förmedlar inte psykologen allt genom språket. Arbete med olika färger, samtidigt som barnen pratar om sina känslor, kan vara en del av terapin.

”.....som hos en flicka där jag arbetat via olika färger som hon infört i terapin. Så när hon ritade, så pratade hon om känslor i samband med färgerna. Först var det bara små pluttar på en teckning. Det var lite rött där och grönt här, men utan något tillsynes meningsbärande sammanhang. Men senare gjorde hon upprepade gånger som en sorts regnbåge, och alla färgerna låg bredvid varandra på papperet och det var olika känslor bredvid varandra. Först då kunde jag säga till henne på ett självklart sätt att: ”Alla färger finns på pappret, precis som alla dom känslorna finns i dig!” (Stina, dynamiskt inriktad psykolog och psykoterapeut)

Identitetsdiffusion beskrivs av Kernberg (1988) som innefattar en tomhetskänsla gentemot sig själva och en självuppfattning som kan vara motstridig och likaså beteendet. Kernberg menar även att den bristande integrationen i självbegreppet försämrar den känslomässiga förståelsen av andra människor. Denna identitetsdiffusion menar Kernberg (1988) leder till att det kan bli svårt att uppfatta individen som en ”hel” människa. Det är utifrån denna identitetsdiffusion som man kan uppfatta det som poängterades av den dynamiska inriktningen. Poängteringen av att försöka få patienten att uppleva sig själv som en ”hel” människa, samt hur psykologen försöker få patienten att klara av att ha en inre dialog om motstridiga tankar och känslor. Termer som ”både-och” istället för ”antingen-eller” kan förstås genom psykologens försök för få patienten att inte bara klara av en tanke åt gången, utan faktiskt se sig själv och sin omgivning utifrån ett ”både-och”. Det kan innefatta två eller flera motstridiga tankar eller känslor samtidigt. I svaren vi fått från det dynamiska perspektivet kan även utläsas vad Kernberg (1988) och Carlberg (2001) beskriver hur försvaren skyddar individen från intrapsykisk konflikt och att tolkningar av försvarsmekanismerna förbättrar det direkta, omedelbara fungerandet och samordnar jaget. Carlberg (2001) har ju också skrivit om att självbilden hos borderlinepersoner är uppdelad och hur gott och ont hålls åtskilda för att det goda skall skyddas från det onda. Vi anser att det var ett intressant exempel som informanten beskrev för oss under intervjun. Exemplet visar tydligt på hur andra resurser än enbart språkliga begrepp kan leda till skapandet av andra tankar och känslor hos varje enskild individ.

I DBT det är sällan direkt fokus på identiteten i behandlingen. I DBT finns tre faser: fas 1 handlar om att vara stabil och säker i nuet, minska livshotande beteenden och självskador samt minska livskvalitetsstörda beteenden. När man nått den här stabiliteten kan man gå in i fas 2 och sen vidare till fas 3. Patienten blir mindre impulsiv och skadar inte sig själv. De kanske kan uppta någon typ av aktivitet på fritiden och börja arbeta igen eller studera. Då blir även identiteten mer stabil och självbilden stabilare. En av informanterna beskrev att:

”Alltså få tillfälle att faktiskt stanna upp och få reflektera på ett objektvt sätt vad det är som händer kan ge dom en mer stabil självbild.” (Robert, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad psykolog)

Det finns ett personlighetstest som kallas Dip-Q²). Med hjälp av detta kan patienten testa sig med jämna mellanrum för att se om borderlinedragen minskat och då kan terapeuten och patienten tillsammans gå igenom och kanske se vissa förändringar. Man försöker då tillsammans se på saker i vardagslivet och fråga sig ”Hur ser det ut idag och hur såg det ut då?”

De informanter som vi intervjuade inom DBT använde DSM-IV diagnosmanual för att ställa diagnosen borderline. En av kriterierna handlar om identitetsstörning. Näslund (1988) beskriver hur denna störning uppvisas i form av en kraftigt störd, förvriden eller instabil identitet. Även om identiteten sällan är fokus i behandlingen menade ju informanten att hela behandlingen gav personerna en stabilare självbild och identitet. När man ser till de fyra

faserna i färdighetsträningen arbetar patienten på olika sätt med självbilden och identiteten. Att vara medvetet närvarande, klara av att hantera relationer och känslor samt stå ut när det är svårt innefattar alla olika aspekter för att stabilisera bilden av sig själv, sin omgivning och stärka sin identitet.

2) Dip-Q, personlighetstest som används under DBT-behandling eller på läkarordination.

Hjälpa patienten att hantera de snabba kasten mellan idealisering och nedvärdering av sig själva och sin omgivning

Flera psykologer beskrev, oavsett inriktning, att deras erfarenhet av personer med borderline var att dessa tenderade att idealisera och nedvärdera andra, medan de uppvisade en ständigt nedvärderande bild av sig själva. De menade att det var sällan som patienterna idealiserade sig själva.

Det faktum att många informanter berättade om att deras borderlinepatienter ständigt nedvärderade sig själva och aldrig beskrev sig utifrån en idealiserande bild, tror vi kan bero på att informanternas patienter ofta var kvinnor. Vi menar att kvinnorna som var övervägande delen av patienterna oftare är inåtagerande och vänder då sin smärta inåt, som Nilsson & Silfving (2002) beskriver. Männerna som representerar den övervägande delen av utåtagerande personligheter, agerar istället utåt på sin omgivning. Utifrån detta menar vi att sambandet mellan svaret vi fick och könet på patienterna har betydelse. Eftersom informanterna behandlat flest kvinnor svarade de utifrån "deras" patienter. Hade majoriteten som informanterna behandlat varit män, tror vi att svaret kunde ha blivit annorlunda p.g.a. männens utåtagerande aggression. Dessa aspekter tas ju även upp under intervjuerna i form av att informanterna pekar på könsskillnader och var de tror kvinnor respektive män hamnar och vilka konsekvenser deras agerande då får.

Inom den kognitiva terapin arbetar man med att försöka förändra patientens skam och skuld och patientens upplevelser av att vara en dålig människa.

KBT beskriver även i den här frågan hur psykologen försöker bryta den negativa informationsbearbetningen, som Eriksson & Lundh (1994) skriver om, för att istället få patienten att komma till rätta med sin förvrängda bild av verkligheten.

I den dynamiska terapin handlar det om att vara tillgänglig och att finnas där när patienten är rädd, orolig eller ångestfylld. Terapeuten tittar på vilka delar som är starkare än andra hos patienten och låter denna del kanske ta stor plats under en tid för att denna ska kunna utforskas t.ex. rädslan för att bli beroende av en annan människa. Patienter får jobba med och prata om vad han/hon upplever och utforskar på så vis den del som är rädd eller ledsen. På så vis kan patienten bli starkare och denne kan få ihop mer självförsörjande sidor.

Inom den dynamiskt inriktade terapin lades vikt på att vara tillgänglig, vilket tagits upp under frågorna som berörts angående psykologens roll och betydelsen av att skapa en trygg miljö och ett samarbetsklimat mellan psykolog och patient. Ytterligare beskrivs hur patienten får prata om olika slags upplevelser och hur de tillsammans utforskar områden som för patienten kan vara ångestladdade. Eriksson & Lundh (1994) har också skrivit om det här att föra upp ångestladdade ämnen och hur viktigt det då är att patienten är positivt inställd, för att denne skall kunna ta emot psykologens tolkningar. Man kan se till vad Carlberg (2001) skriver om att borderlinepersoner håller isär goda och onda upplevelser eller känslor mot samma individ. Han menar att splittingen på så vis skapar en bristande förmåga att uppleva inre konflikter.

Genom att föra upp ämnena till ytan och samtala kring vad dessa känslor egentligen står för, tror vi kan underlätta och få patienten att se problemet eller situationen ur ett annat perspektiv, samt få reda på vilken den primära känslan egentligen är.

I den dialektiska terapin försöker man balansera upp det som patienten beskriver och ställa frågan: "Vänta! Vad är det vi glömmer? Finns det något här som vi har glömt eller som vi inte har tagit upp?" Det är dessutom viktigt att bekräfta patienten, att giltighetsförklara de upplevelser och känslor som patienten har. I DBT så för patienten dagbok varje dag och så följer man upp det som skrivits på det individuella samtalet (i terapin). Då görs en kedjeanalys som går ut på att tillsammans försöka se vad som utlöst impulshandlingen och vad som hände. Syftet är att ge patienten färdigheter så att denne i ett senare skede själv kan ta ansvar för sina tvära kast.

I DSM-IV som är den diagnosmanual som används för att ställa diagnos inom DBT, framgår av punkt nummer två att personerna kan uppvisa extrem idealisering ömsom extrem nedvärdering av personer i sin omgivning (Näslund, 1998). Informanten tar i sitt exempel upp hur psykologen kan balansera upp det och ställa frågor så att patienten får möjlighet att se situationen ur ett annat perspektiv. I fas 4 ingår enligt Nilsson & Silfving (2002) just träning i att inte fördöma eller nedvärdera sin omgivning eller sig själv, utan försöka acceptera saker och ting som de är. Vidare redogör Kåver m.fl. (2002) för hur terapeuten försöker omdefiniera problemsituationen och på så vis skapa en möjlighet för patienten att träna färdigheter.

Likheterna mellan de olika perspektiven kan ses som att alla inriktningarna för upp ångestladdade ämnen och försöker omdefiniera eller utvidga patientens synsätt för att få denne att mer se till de positiva aspekterna av sig själv och sin omgivning.

Lära patienten att använda sig av andra försvar än de primitiva

Den dynamiska terapin går ut på att patienten får jobba med självbilden. Om en patient som är utåtagerande, så kraftigt att det stör hela personens liv och omvärldens, då måste man kanske börja arbeta med frustrationstoleransen. Psykologen måste kanske börja med att stärka försvaren på olika sätt.

"Hur skall du göra för att hålla i dig när du blir så arg? Tänk först, slå sen!"
(Stina, dynamiskt inriktad psykolog och psykoterapeut)

I den dynamiska terapin arbetar man även med att minska antal projektioner för att försöka skapa ett "jag" och ett "du" som kan samspela.

Kernberg (1994) har skrivit om att den dynamiskt inriktade psykoterapin skall göra att patienten skall minska sina behov av att använda försvar som försvagar jaget. Kernberg har ju beskrivit hur den primitiva försvarsorganisationen skyddar individen från en intrapsykisk konflikt och hur en tolkning av mekanismerna skall göra att jaget samordnas. Bristande frustrationstolerans som informanten berättar om är, enligt Kernberg (1998), ett av tre ospecifika tecken som personer med borderline uppvisar när de primitiva försvarsmekanismerna inte klarar av att binda ångesten. Vi tror att informanten beskriver hur försvaren behöver stärkas för att patienten skall klara av att binda ångesten, istället för att agera ut den.

I DBT arbetar man också för att minska antalet projektioner, även om detta inte var ett av begreppen som användes inom DBT. En av informanterna pekade dock på att även om man inte inom DBT använde sig av dessa termer så utgick hela terapin på att patienten skulle lära

sig att använda andra försvar än de primitiva. Patienten skulle klara av att se verkligheten som den var - inte som han/hon ville att den skulle vara.

Betydelsen av att minska antalet projektioner var något som båda inriktningarna tog upp i intervjuerna. Borderlinepersoner har enligt Nilsson & Silfving (2002) benägenhet att tillskriva andra personer känslor eller tankar som de vill bli av med och på så vis lätta ångesttrycket. Vi tror att när patienten under terapin kan få hjälp med att se till hur verkligheten egentligen är, skapas också möjligheterna för att minska antalet projektioner. En av informanterna tog ju även upp betydelsen av att patienten skulle se verkligheten som den var.

Lära patienten att bättre kunna kontrollera och reglera sina känslor

Inom KBT arbetar man på olika vis för att inte förstärka dysfunktionellt beteende och att hjälpa patienten att hitta till hur man handskas med problembeteendet. Om patienten skär sig, har ätstörningar eller överreagerar i form av ilska, försöker man se till vilka konsekvenser problembeteendet får och jobba utifrån det.

Inom KBT beskrevs hur patientens dysfunktionella tankemönster skulle brytas och hur patienten skulle se till vilka konsekvenser dennes beteende fick. Detta tas upp av Nilsson & Silfving (2002) som beskriver hur KBT inriktar sig på att skapa nya inlärningsituationer. Patienten skall då förändra sitt sätt att tänka, känna och agera.

I dynamisk terapi kan man börja med att identifiera känslan i patientens berättelser och arbeta med den. Det finns intellektuellt värtaliga personer som har kommit långt i livet med t.ex. en akademisk utbildning.. Terapeuten måste därför fråga sig vad som ligger bakom det här språket. Det är viktigt att terapeuten identifierar känslan i sig själv, för ofta så är det massa ord som döljer det känslomässiga budskapet. Efter att terapeuten identifierat känslan i det som patienten berättat kan man börja namnge denna känsla. På så vis kan terapeuten sätta ord på känslan och lägga tillbaka denna hos patienten, som i sin tur kan förstå denna känsla. Det här kan vara känslor som patienten haft skäl att hålla borta.

Inom den dynamiskt inriktade terapin poängterades identifiering av känslan hos psykologen för att sedan föras över tillbaka på patienten. Freud (Eriksson & Lundh, 1994) menade att olika former av överföringar hade betydelse i den dynamiskt inriktade psykoterapin. Den positiva överföringen (patientens förväntningar och förtroende för terapeuten) skulle enligt Freud minska patientens motstånd och skapa motivation hos patienten. Då skulle det bli lättare att ta upp ångestladdade ämnen och istället försöka ta emot terapeutens tolkningar. Det är just detta som vi förmodar informanten hade för avsikt att förmedla. Eriksson & Lundh (1994) beskriver också att den grundläggande egenskapen för en terapeut i psykoanalytisk terapi är förmågan till empatisk inlevelse i patientens tankar, känslor och behov.

DBT har en modul i färdighetsträningen som handlar om att reglera känslor. Ofta går patienten igenom modulen två gånger som är åtta veckor lång. Modulen innefattar att patienten lär sig sätta ord på sina känslor, känslornas funktion och vad vi har dem till. Samtidigt har patienten hemuppgifter för att öva på dom här färdigheterna och att öva sig på att reglera sina känslor. I individualterapien görs kedjeanalyser, en form av beteendeanalyser, av saker och ting som har gått snett. Om patienten har skurit sej eller slagits så görs en detaljerad beteendeanalys som visar på olika länkar som leder fram till varför han/hon gör så här. Detta ska då leda till att kedjan bryts och de starka känslorna inte leder fram till något depressivt för patienten.

DSM-IV har i två av kriterierna tagit upp den känslomässiga instabiliteten och hur personer med borderline kan ha svårt att kontrollera sina aggressiva impulser (Näslund, 1998).

Fas 3 i färdighetsträningen innehåller just reglering av känslor och enligt Linehan (2000) får patienten just under denna fas öva sig på att hantera sina känslor. Informanterna beskrev ju hur patienten arbetar med känslorna i färdighetsträningen och hur beteendeanalyser i individualterapi skulle förhindra att patienten skulle agera på ett destruktivt sätt igen. Kåver m.fl (2002) har påpekat hur terapin går in för att använda sig av strategier för att patienterna skall se sambandet mellan känsla och intellekt. Linehan (2000) menar att inom DBTs färdighetsträning arbetar terapeuten och patienten för att just ta bort beteenden som leder till kaos, labila känslor, impulsivitet och bristande kontroll över tankarna.

Strategier för att patienten skall kunna omvandla driftsimpulser till mer acceptabla aktiviteter

Dynamiskt inriktade strategier kan vara att patienten lär sig att lita på sig själv. När patienten är arg är det tillåtet att tala om att han/hon är arg. Det är också viktigt att patienten får lära sig att det ibland inte är så konstigt att man är rädd. När det gäller arbete med barn och ungdomar så är det inte bara orden mellan terapeut och barnet/ungdomen som var viktiga. Terapeuten möter barnet i leken eller på andra sätt på symbolnivå. När barnet lekte i sandlådan eller spelade spel, så fanns möjligheten att mötas. På så vis omvandlade barnet driftsimpulser till mer acceptabla uttrycksformer.

”Men för oss människor kommer denna omvandling oftast inte genom en intellektuell insikt eller förståelse utan genom att först ha upplevt det hela ofta först i rent kroppslig form. Och för barn sker det ofta i lekens former.”
(Stina, dynamiskt inriktad psykolog)

Närhet/avstånd var något som lätt kunde iscensättas i barnets lek genom samspelet med terapeuten. Terapeuten gjorde olika tankar tänkbara, inte genom konkreta interventioner utan genom öppna förslag och tolkningar som barnet kunde ta till sig.

Att patienten lär sig att de kan lita på sin egen känsla, anser vi, kan vara en förutsättning för att kunna bli medveten om sina driftsimpulser och kanske lära sig att uttrycka dessa på ett bättre sätt. Vad det gäller strategier för att öka stabiliteten i humör, känsloliv och kunna omvandla driftsimpulser till acceptabla aktiviteter tog den dynamiska inriktningen fram sin psykoterapi efter Otto Kernberg modell. Kernberg (1994) beskriver också hur terapin skall öka patientens förmåga att uppleva sig själv och andra och minska behovet av försvar. Patienten skall på så vis öka sin kapacitet och kontrollera sina impulser, ångest, drifter och affekter. Kernberg (1983) har även beskrivit hur borderlinepatienter har en nedsatt förmåga att omvandla driftsimpulser till ex. skapande aktiviteter. Detta menade ju en av de dynamiskt inriktade informanterna kunde ske genom öppna förslag och tolkningar som barnet kunde ta till sig.

I DBT handlar det om att kunna uttrycka känslor. I färdighetsträningen så går man igenom alla känslor. Det kan vara rädsla, glädje, ilska och konkreta färdigheter för att hantera just dessa känslor. Vid ilska som är berättigad behöver patienten få bekräftelse på sina känslor. Patienten får lära sig hantera de här starka känslorna för att kunna kontrollera impulserna. Den primära känslan som kan handla om rädslan att bli lämnad, som är ganska centralt för många av de här patienterna, uttrycks inte sällan som ilska istället för ledsnad. Gradvis exponering av känslor ökar patientens möjligheter att hantera den starka känslan. Många gånger handlar det om att plocka fram den primära känslan och exponera den. En av informanterna uttryckte att terapeuten använder en strategi där han/hon för tillbaka känslan till patienten och tog ett exempel:

”Nej, vänta! I den här situationen som du beskriver så hade jag själv upplevt... så hade jag varit rädd. Känner du igen dig? Kan det finnas rädsla med?” Ja, kanske det.” säger patienten. Ofta är det så outhärdligt att det knappt går att prata om det. Så där är det liksom en gradvis exponering för den här känslan. För blir man mindre rädd blir man samtidigt inte arg!” (Robert, dialektiskt beteendearbetande psykolog)

Kåver m.fl (2002) beskriver hur borderline patienter ofta pendlar mellan att se på sin situation utifrån ett rationellt och intellektuellt perspektiv, men att patienten styrs av starka känslor, vilka kan leda till impulsiva, destruktiva handlingar. Med hjälp av terapeuten kan då känslan som ligger ”bakom” tas fram och påvisas, vilket vi menar skulle göra att patienten tydligare kan sätta namn på känslan och förstå de bakomliggande faktorerna till sitt beteende.

Likheter som vi ser är att alla inriktningarna går ut på att öka patientens förmåga att hantera sina känslor, humör och impulser. Patienterna får olika ”verktyg” för att hantera situationer när de uppkommer och reagera på ett acceptabelt sätt, dels mot sig själva och sin omgivning. Det olika inriktningarna har lite olika sätt att hjälpa sina patienter utifrån den inriktning de valt att arbeta med, men vi menar att de i grunden strävar mot samma mål – att ge patienten förutsättningar för ett mer lätthanterligt liv.

g. Minska patienternas rädsla för separationer

I den kognitiva terapin går terapeuten igenom konkreta situationer som involverat patienten. Tillsammans går man igenom kedjan och patienten får tänka igenom: ”Vad exakt hände?” ”Vad kände jag då?” Patienten får lära sig handskas med kriser. Patienten får möjlighet att bygga upp färdigheter inom många områden för att kunna lugna sig själv och förstå vad känslor är. De får även lära sig att hantera sina relationer.

”.....Separation och separationskris, kris. Personer som är emotionellt instabila lever i återkommande kristillstånd och olika slag. Kris på kris på kris....Att kunna handskas med dessa kriser. Man behöver bygga upp färdigheter på många områden alltså, kunna lugna sig själv på olika vis, att förstå vad känslor är för någonting osv. Hantera sina relationer inte minst.”
(Johan, kognitivt beteendearbetande psykolog)

I den kognitiva beteendeterapin inriktar man sig återigen på att bryta det dysfunktionella tankemönstret som Eriksson & Lundh (1994) pratar om. När informanten berättar om hur personer med borderline befinner sig i kris kan man se till vad Sundin-Korsár (1996) har beskrivit. Hon menar att de personer som arbetar inom psykiatri är väl insatta i att det sällan är lugnt kring dessa personligheter. Vi tror att informanten avsåg att tydliggöra dessa kriser och oroligheter som kan finnas kring borderlinepersoner.

I dynamisk terapi så måste terapeuten först och främst tänka på vilken sorts patient som de har framför sig. Är det en patient som faktiskt varit med om att mamma och pappa har dött eller att någon av dem försvunnit ur barnets liv? Det är alltså inte en fantasi, utan det har hänt i verkliga livet. I sådana sammanhang måste terapeuten arbeta på ett annat sätt, än med en patient som t.ex. har en ovanligt nära relation till sin mamma. På så sätt blir det två olika tekniker. Terapeuten måste hela tiden ha patientens historia med sig, för att försöka förstå varför den individuella problematiken ser ut som den gör. Hur ser det ut på riktigt för den här personen? Hur ser de inre upplevelserna ut?

Betydelsen av att se till vad patienten haft för tidigare upplevelser och om de inneburit verkliga separationer, är något som informanten inom den dynamiska inriktningen tar upp. Sundin-Korsár (1996) påpekar hur viktigt det är att terapeuten uppmärksammar verkliga

separationer och förluster som ägt rum i vårdtagarens tidigare liv, för att se vilken betydelse som de fortfarande kan ha.

I DBT är identifiering av känslor viktig, ”medveten närvaro”. Att stanna upp och notera vad det är som faktiskt händer. ”Vad är det för känsla?” Patienterna får beskriva den neutralt eller objektivt. Patienterna får öva på att validera sig själv istället för att fly ifrån känslan. Terapeuten blockerar och stoppar sekundära känslor som ilska t.ex. och exponerar för den primära känslan, t.ex. rädslan för att bli lämnad. Patienterna övas i att egentligen stå ut med rädslan, eftersom de aldrig kan vara helt säkra på att aldrig bli lämnade. Patienterna får även lära sig reglera sina känslor, så att de kan ta hand om sig själva och kunna trösta sig själva om de är ledsna eller rädda. En av informanterna menade även att det var viktigt att patienterna lärde känna sig själva och fick en slags sjukdomsinsikt. Hon uttryckte sig så här:

”Ja just det, det är ju jag som är som är sån där därför att jag har dysfunktionella funktioner” och då kanske inte det blir lika skrämmande. Att man förstår varför.

(Lisa, dialektiskt beteendeterapeutiskt inriktad sjuksköterska)

Den övning som patienterna i inom DBT beskrivs även av Nilsson & Silfving (2002) och innefattar fas 1 (Att vara medvetet närvarande), fas 3 (Att hantera känslor) och fas 4 (Att stå ut när det är svårt). Det är precis dessa faser som vi anser kommer fram i intervjuunderlaget. Näslund (1998) har pekat på att patienten i DBT stöttas i sina försök att träna på att effektivt be om hjälp i en krissituation – istället för att skada sig själv eller försöka ta sitt liv.

Viktigt att ytterligare poängtera när det gäller att behandla och hjälpa just denna grupp av patienter

Den kognitivt inriktade terapeuten upplever att det är svårt att sitta själv med allt. Det är viktigt att man samarbetar. Det är viktigt för patienten om det skall hända någonting, så att arbetet blir konstruktivt, så att man förhindrar att förstärka negativt beteende hos patienten.

En av de dynamiskt inriktade psykologerna tycker att det är viktigt att poängtera att deras problem alltid kommer att finnas. Det finns stunder av panik och det händer alltid något. Det finns stunder då de säger att de skall ta livet av sig. Att man som psykolog måste ha en stabilitet inom sig och se om sitt eget för att inte bränna ut sig.

En annan av de dynamiskt inriktade psykologerna beskriver hur viktigt det är att barnet har fått en ”en trygg bas” som John Bowlby har skrivit om med samma namn (Bowlby, 2001). Denna kan tjäna som utgångspunkt för det fortsatta egna livet. Det är viktigt med en god språngbräda och ”tankningsstation” under uppväxten. Att ge barnet trygghet och en egen ”verktygslåda”, är föräldrarnas uppgift. Om inte föräldrarna har förmåga att ge barnet denna verktygslåda måste någon annan för barnet viktig person, göra detta. Alla förebilder barnet mött som varit trygga och förutsägbara, men ändå stimulerat tillväxt och utveckling, internaliseras efterhand som egna inre representationer och blir till en kärna inuti. Informanten tar även upp att det samhälle vi lever i nu, där den egna narcissistiska beundran står i fokus, gör att bilden av människans inre liv ses annorlunda. Hon beskriver:

”T.ex. så har ju receptförskrivningarna av antidepressiva medel till tonåringar fördubblats under de senaste åren. När vi sprider en sådan bild av människans inre liv, så tror jag att det är många som tror att vanlig vilshenhet och normala depressiva känslöstämningar inte bör finnas. Och då kan man inte heller hantera en vanlig tonårsutveckling och inte heller de delar i psyket som ändå hör hemma där och som inte ska splittas av.”

(Stina, dynamiskt inriktad psykolog)

I DBT är det mest centrala att man tittar på funktionen hos patienterna. Patienternas beteenden beskrivs ofta som manipulativa, men då menar informanten inom DBT att det är viktigt att tänka på att patienter inte gör saker för att vara besvärliga. Patienten tar till sånt som den vet fungerar eller som den vet har fungerat tidigare. I DBT anser man inte att man föds med en personlighetsstörning. Man kan lära patienten andra sätt att hantera känslor, andra sätt att förhålla sig i relationer. När patienten förändrar beteendet har man också förändrat personligheten. Informanten tyckte att det var viktigt att se till vilken funktion som varje beteende egentligen uppfyllde hos patienten.

Slutdiskussion

Först och främst har vi konstaterat att "eldsjälar" finns! Terapiarbete med borderlinepersonligheter verkar, enligt vår uppfattning, vara ett arbete som kräver god självkännet, tålmod, uthållighet, humor, ärlighet, framåtanda och en djup kunskap om problematikens mångfasetterade uttrycksätt.

Dessa fem informanters erfarenheter av behandlingsarbete med borderline-personligheter har gjort att vi fått större insikt i vad som händer efter det att diagnosen givits. Vårt intresse låg ju i att få veta lite mer om hur terapierna egentligen hjälper patienterna på olika sätt, utifrån de olika terapiformerna. Svaren vi fick av informanterna har givit oss en uppfattning om hur behandling kan gå till samt vad som kan påverka terapin i negativ respektive positiv riktning. Informanternas många gånger konkreta svar har gett oss en förståelse för hur betydelsefullt deras arbete är. Betydelsefullt för att människor med borderline skall känna sig förstådda, trygga och få styrkan att, så gott det går, klara av att lita på någon.

Våra slutsatser är att psykologen måste känna sig själv, ha tålmod, kunna vara ärlig och sätta gränser. Det är viktigt att patienten får bekräftelse, känner trygghet och får lära sig se nyanser. Det är viktigt för patienten och behandlingen att det finns ett väl fungerade samarbete med t ex, läkare, socialtjänst eller försäkringskassa.

Man bör vara medveten om att t ex missbruk och självskadebeteende kan påverka behandlingen. Det är viktigt att patienten bygger upp sitt självförtroende och tilliten till andra människor. Miljön kring patienten har stor betydelse. Om det sociala stödet skall fungera måste patienten "fångas upp" av psykiatrin innan släkt och nära vänner hinner slitas ut. Trygghetskänslan är grundläggande för att borderlinepatienten skall kunna skapa väl fungerande relationer. Stora barngrupper kan bli till en ond cirkel om barnet ses som besvärligt och om personalen inte orkar eller hinner ta tag i problematiken.

Förekomsten av borderline kanske är jämnt fördelad mellan könen, men skiljer sig åt när det gäller hur personen agerar ut sin personlighetsstörning, vilket gör att sjukvården och samhället också agerar olika. Kvinnor med borderline får i större utsträckning hjälp inom psykiatrin. Männen hamnar oftare inom kriminal- eller missbruksvården. Kvinnornas många gånger inåtagerande beteende jämfört med männens utåtagerande, kan ha betydelse för hur problematiken kommer till uttryck. Anmärkningsvärt är att vissa barn, som skulle kunna få en borderlinediagnos i vuxen ålder, istället kan få felaktiga diagnoser t.ex. ADHD.

Patienten måste lära sig se helheten och lära sig hur man beter sig i relationer. Denne måste reflektera över sitt beteende och lära sig vilka konsekvenserna kan bli av sitt handlande. Det är viktigt att lära sig att det kan finnas "både och" och inte bara "antingen eller". De kan genom att öva bättre hantera sina känslor. Genom att "gå tillbaka" och titta på vad som hände,

kan patienten få hjälp. Det är viktigt att lära sig vad känslor är och vad de står för och att det inte är farligt att vara t ex glad, rädd eller arg.

Alla informanterna oavsett inriktning kan ses ha likheter i sitt sätt att arbeta med "nyansseende" hos personer med borderline. Alla informanterna samtalar och diskuterar med patienterna om olika begrepp och situationer, vilka sedan nyanseras och beskrivs på andra sätt av psykologen.

Alla inriktningarna för också upp ångestladdade ämnen och försöker omdefiniera eller utvidga patientens synsätt för att få denne att mer se till de positiva aspekterna av sig själv och sin omgivning.

Likheter som vi ser är även att alla inriktningarna går ut på att öka patientens förmåga att hantera sina känslor, sina impulser och sitt humör. Patienterna får olika "verktyg" för att hantera situationer när de uppkommer och reagera på ett acceptabelt sätt, dels mot sig själva och sin omgivning. Det olika inriktningarna har lite olika sätt att hjälpa sina patienter utifrån den inriktning de valt att arbeta med, men vi menar att de i grunden strävar mot samma mål – att ge patienten förutsättningar för ett mer lätthanterligt liv.

Halvstrukturerade intervjuer anser vi har varit ett bra mätinstrument för att få del av psykologers erfarenheter. Intervjumaterialet, tycker vi, gav oss ett bra underlag för att belysa dessa fem informanters behandling av personer med borderline. De intervjuer som gjordes per telefon fungerade bra och visade sig inte vara något hinder, utan fungerade på ett tillfredsställande sätt. Nackdelen med uppsatsen var att vi inte fick tag i en kvinnlig psykolog som ägnade sig åt kognitiv beteendeterapi. Vår förhoppning var att lyckas få tag på en man och en kvinna från varje terapiform.

I framtiden kan det vara intressant att fördjupa sig i hur personlighetsstörningen påverkar barn i en familj med borderlineproblematik. Hur vanligt förekommande är störningar hos barn, vars ena förälder lider av denna personlighetsstörning? Metoden för att få fram fakta om detta skulle kunna vara via intervjuer av psykologer och/eller terapeuter på BUP eller annan psykiatrisk mottagning.

En fråga som man kan ställa sig är hur allmänkunskapen är, i lägre respektive högre instanser. Kunskapen om denna typ av störning, tycker vi, behövs inom t.ex. rättsväsendet och socialtjänsten. Vid vårdnadstvister kan denna problematik bli ytterst tydlig, eftersom de utåtagerande med borderline tenderar att ljuga och förtala den andre. Vid förtalskampanjer och misshandel kanske kunnskap om borderlinepersonlighetens problematik hade varit bra för att bättre kunna belysa hela situationen. Kanske kunde mer kunskap kring borderline, öka förståelsen för dessa människor och deras problematik. Detta gäller även inom skolväsendet, vilka vi tror många gånger inte har tillräcklig kunskap om borderline och dess uttrycks sätt. Kanske skulle information öka möjligheterna för de elever som hamnar ikläm på olika sätt. Vi menar att andra begrepp som Asbergers syndrom, DAMP och ADHD är välkända inom skolvärlden. Borderline är dock, enligt vår uppfattning, en problematik som kanske färre hört talas om.

Vi vill också nämna att man bör fånga upp barn och ungdomar tidigt som visar tecken på att något inte stämmer, genom t ex BVC och skolsjukvård. Symtom som tyder på utåtagerande problematik som gör att barnet/ungdomen kan få problem t ex med kamrater i förskolan eller skolan behöver tas på allvar och utredas tidigt. Symtom på att dra sig undan och t ex sluta äta regerbundet är allvarligt och bör tas på fullt allvar och utredas snabbt.

Det skulle också vara intressant att ta reda på vilket anhängstöd det finns för dem som har en relation med en borderlineperson. Om det finns stöd, hur får den anhörige då reda på att det finns? För att få svar på dessa frågor skulle man förslagsvis kunna vända sig till en psykolog, en psykiatrisk mottagning, familjerådgivning för intervju eller att intervjua en anhörig som har varit/är tillsammans med en borderlineperson. Utifrån den litteratur vi läst samt en del från internet, har vi fått uppfattningen om att det många gånger går till den gränsen att partnern i förhållandet utplånar sig själv. Detta kan då leda till att partnern söker kontakt utifrån sitt eget behov av stöd och hjälp. Med ökad allmänkunskap kanske man skulle kunna hjälpa personer i denna situation, i ett tidigare skede. Det vi funnit är att det finns ett visst stöd genom t ex anhörigföreningen www.anbo.se och hemsidan www.bpd.com.

Sen har vi förstått att det är fler kvinnor än män som diagnostiseras med borderline. En intressant frågeställning är varför fördelningen är skev och om det finns fler svar än de vi fick av informanterna i vår studie. En studie som baseras på både biologiska och sociokulturella faktorer och dess inverkan, kanske skulle kunna belysa orsaken till denna fördelning ytterligare. Allmänna värderingar och normer för manligt och kvinnligt, tror vi, också kan ha viss betydelse. Det skulle vara intressant att utföra en liknande studie som vår igen, fast denna gång undersöka de tre terapiformernas behandling av män som fått diagnosen borderline.

Att vara anhörig måste ju vara mycket svårt också. Vi tycker att det kan vara viktigt att informera dem väl om vad borderline innebär. Både för den drabbade och för de anhöriga är det viktigt att se saker även utifrån den drabbades synvinkel, för att de skall kunna få en "ärlig" chans till en någorlunda fungerade relation.

Att bemöta en människa med borderline kan alla gånger inte vara så lätt. Då de kan vara väldigt manipulativa och uträknande, är det nog lätt att som okunnig hamna i deras "fällor". Vi tror att det är centralt att vara konsekvent och tillförlitlig i sitt beteende gentemot dem. Det är enligt vår åsikt viktigt att se att borderlinepersoner är människor med en mycket komplicerad störning, som man måste ha tålamod med. De behöver precis som alla andra människor stöd av andra i sina kriser. Att svika denna grupp av människor är det sista man skall göra.

Referenslista

Tidskriftsreferenser

- Bender, D. & Skodol, A. (2003). Why are woman diagnosed borderline more than men? Psychiatric Quaterly, 74, 349-360.
- Bohus, M., Lieb, K., Linehan, M., Schmani, C & Zanarini, M. (2004). Borderline personality disorder. Lancet, 364, 453-461.
- Giovacchini, P. (1993). Treatment issues with borderline patients and psychosomatic focus. American Journal of psychotherapy, 47, 228-244.
- Goldstein, W. (1988). Beginning psychotherapy with the bordeline patient. American Journal of psychotherapy, 42, 561-573.
- Goldstein, W.(1995). The borderline Patient: Update on diagnosis, theory and treatment from a psychodynamic perspective. American Journal of psychotherapy, 49, 317-337.
- Kernberg, O. (1993). Suicidal behavior in borderline patients: Diagnosis and psychoterapeutic considerations. American Journal of Psychotherapy, 47, 245-254.
- Meissner, W. (1993). Treatment of patients in the bordeline spectrum: An overview American Journal of psychotherapy, 47, 184-193.
- Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with Borderline personality disorder. Harvard Rev Psychiat, 10, 315-323.
- Raj. M. A. J., Kumaraiah, V., Bhide, A.V. (2001). Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. Acta Psychiatrica Scandinavica, 6, 340-346.
- Smith, L. & Peck P. (2004). Dialectical behavior therapy: A Review and call to research Journal of Mental helth counseeling, 26, 25-39.
- Stevenson, J., Meares, R. & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. Australian and New Zealand Journal of psychiatry; 33, 467-472
- Swales, M., Heard H. & Williams J. (2000). Linehan ´s dialectical behaviour therapy (DBT) for borderline personality: Overview and adaptation. Journal of mental helth, 9, 7-24.

Bokreferenser

- Bowlby, J. (2001). En trygg bas. Borås: Natur och Kultur.
- Carlberg, G. (2001). Dynamisk psykiatri i teori och praktik. Stockholm: Natur och Kultur.
- Crafoord, C. (1980). Borderlinepersonligheten – översikt och synpunkter. Stockholm: Kungliga Boktryckeriet.
- Crafoord, C. (1995). En bok om borderline. Borås: Natur och Kultur.
- Crafoord, C. (1999). På lång sikt- fem fallstudier av tidig personlighetsstörning i långtidspsykoterapi. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (2003). Dynamisk utvecklingspsykologi. Stockholm: Natur och Kultur.
- Denscombe, M. (2000). Forskningshandboken. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, . (1994). Psykologins grunder. Lund; Studentlitteratur.

- Kernberg, O. (1983). Borderlinetillstånd och patologisk narcissism. Borås: Natur och Kultur
- Kernberg, O. (1988). Svåra personlighetsstörningar. Borås: Natur och Kultur
- Kernberg, O. F. (1994). Psykodynamisk terapi vid behandling av borderlinepatienter. Nordstedt tryckeri.
- Kernberg, O. (1997). Aggression. Borås: Natur och Kultur
- Kåver, A & Nilsson, Å. (2002). Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Stockholm: Natur och kultur.
- Linehan, M. M. (2000). Dialektisk beteendeterapi – färdighetsträningsmanual. Falköping: Erlanders Gummessons.
- Lundh, L-G & Eriksson, B. (1994), Psykoterapins skolbildningar, Lund: Studentlitteratur.
- Näslund, K. (1998). Borderline personlighetsstörning. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nilson, G. & Silfving, T. (2002) Farliga relationer. Stockholm: Cura Bokförlag.
- Perris, C. (1996). Kognitiv terapi i teori och praktik. Borås; Centraltryckeriet.
- Sivik, T. (1990). Dynamisk psykoterapi. Lund; Studentlitteratur.
- Sundin-Korsár, K. (1996). Borderlinepersonligheter – förhållningssätt i arbetet. Stockholm; Hagman AB.
- Svenska Psykiatriska Föreningen & Spri. (1997). Självordsnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Spri.
- Topor, A. (2001). Återhämtning från svåra psykiska störningar. Stockholm: Natur och Kultur.

(Bilaga 1)

Intervjumall

Öppningsfrågor

Yrkesbeskrivning

- 1) Yrkestitel?
- 2) Hur länge har Du arbetat som psykolog/terapeut?

Introduktionsfrågor

Terapiform

- 3) Vilken terapiform arbetar Du med?
- 4) Varför just denna terapiform?
- 5) På vilket sätt inriktar sig just denna terapiform på att hjälpa personer med borderline-problematik?

Genusperspektiv

- 6) Har Du behandlat flest kvinnor eller flest män som fått diagnosen borderline?
- 7) Finns det utifrån din erfarenhet några skillnader mellan könen när det gäller behandlingen/terapin?

Behandlingstid

- 8) Utifrån din erfarenhet, hur lång är i genomsnitt terapiprocessen för personer med borderline?

Övergångsfrågor

Terapeutens roll

- 9) Vad tycker Du är de viktigaste och värdefullaste kvalitéerna hos en terapeut/psykolog som arbetar med borderline-patienter?
- 10) Vad är viktigt, utifrån din erfarenhet, när det gäller terapeutens/psykologens förhållningssätt gentemot denna grupp av patienter?
- 11) Vad tycker Du är viktigast att försöka uppnå i relationen mellan Dig och patienten?
- 12) Finns det något som Du upplever som extra svårt i den terapeutiska situationen utifrån just den omfattande borderline-problematiken?
- 13) Finns det någon form av samarbete kring patienten?
- 14) Finns det någon möjlighet till stöd utanför terapin för terapeuter/psykologer ex. arbetskollaboratörer?

Faktorer som kan påverka behandlingen/terapin

15) Finns det utifrån patientens perspektiv några faktorer som kan påverka behandlings/terapiprocessen?

(Ex. tidigare eller pågående missbruk, upprepade självmordsförsök, brutal uppväxt, funktion i arbetslivet, kriminalitet, våldsbenägenhet, kön, utbildning, socioekonomisk status m.fl.)

Betydelsen av socialt stöd

16) Har det sociala stödet för patienten någon betydelse för hur behandlingen fortlöper? I så fall på vilket sätt?

17) Finns det några andra yttre faktorer som kan påverka behandlingens effekter, annat än de som vi nämnt? Vilka? På vilket sätt?

Nyckelfrågor

Sedan tänkte vi komma in lite på hur borderlineproblematiken mer specifikt behandlas under terapin, och vi undrar då...

Splitting/klyvning

18) På vilket sätt ser Du att Du hjälper patienten med att försöka se nyanser istället för bara svart eller vitt, gott eller ont? Hur sker detta under processen?

Identitetsdiffusion

19) Hur kan Ni hjälpa patienten att få en mer enhetlig bild av sig själv och sin omgivning? Kan Du ge exempel på hur Du går tillväga?

**Omnipotens/nedvärdering
Idealisering/nedvärdering av andra**

20) Hur hjälper Du patienten att hantera de snabba kasten mellan idealisering och nedvärdering av sig själva och sin omgivning? Kan Du ge exempel på hur man arbetar med detta under terapin?

Primitiva försvarsorganisationen

21) Inriktar sig terapin på något sätt på att försöka få patienten att använda sig av andra försvar än de primitiva, annat än det som vi nämnt? På vilket sätt kan detta ske? Kan Du ge något konkret exempel?

Affektiv instabilitet
Bristande frustrationstolerans
Bristande impuls kontroll

22) På vilket sätt arbetar Du med patientens möjligheter att kontrollera och reglera sina känslor?

23) Finns det några strategier för att patienten skall kunna öka stabiliteten i sitt humör och känsloliv? I så fall hur?

24) Finns det några strategier för att omvandla driftsimpulser (ex. aggressivitet) till mer acceptabla aktiviteter?

Separationsångest

25) Hur arbetar Du med patienten för att minska deras rädsla för separationer?

På vilket sätt kan detta ske?

Kan Du ge något konkret exempel?

Avslutande frågor

26) Finns det något annat som Du skulle vilja poängtera i arbetet kring dessa personer, som Du inte tycker framkommit?
Vad?

Varför?

Tack för Din medverkan!

(Bilaga 2)

Ur DN 14/2 2002

Män också sjuka - men i fängelset

Nej, sannolikt är det ingen skillnad mellan hur kvinnor och män drabbas av borderline personlighetsstörning. Men det tycks vara fler kvinnor som får diagnosen ställd som vuxna, förklarar Görel Kristina Näslund, leg psykolog, medicine doktor och författare till boken *Borderline personlighetsstörning* (Natur och Kultur 1998).

Hon tror att skillnaden mellan könen delvis kan hänga ihop så här: - En kvinna som söker hjälp inom psykiatri och uppfattas som aggressiv, riskerar att betraktas som avvikande. Samma sak om hon är promiskuös. Hos män anses det mer normalt, medan kvinnor får en diagnos!

Enligt amerikanska undersökningar lider 1,0-1,5 procent av befolkningen av borderline personlighetsstörning. Lika många män som kvinnor anses vara drabbade. Men den jämvikten får man bara om man också tar med män som sitter i fängelse och inte enbart räknar personer som sökt sjukhusvård.

- Medan kvinnorna är mer villiga att söka psykiatrisk hjälp, är männen mer antisociala, missbrukande och våldsamma. De agerar ut sina symtom och kan hamna i kriminalitet. En orsaken bakom borderline personlighetsstörning kan många gånger vara en mycket svår uppväxt, ofta med inslag av övergrepp, konstaterar Görel Kristina Näslund. Då kan det handla om fysisk misshandel samt psykiska och/eller sexuella övergrepp. När det gäller det sistnämnda är tyvärr kvinnor mer utsatta än män.

- Vid upprepade övergrepp kan ett barn liksom dela sig i två personer, berättar hon. Man skruvar känslomässigt av en del av sig själv så att det känns som om övergreppet drabbar någon annan. Så kan man utveckla olika personligheter.

En dr Jekyll och mr Hyde?

- Ja, eller ännu fler. Marilyn Monroe är den mest kända personen i världen med borderlineproblematik. Hon upplevde att hon hade flera personligheter inom sig och önskade att hon bara var en enda.

"Hör du bara en röst? Självt hör jag en hel

kommitté" har hon sagt i boken *The Biography* av Donald Spoto. Marilyn Monroe hade svårt att vara ensam, krävde ständiga bekräftelser, missbrukade sprit och tabletter, var känslomässigt instabil och levde i kaos. Ibland ledde hennes överdoser till att hon behövde läggas in på sjukhus.

Det här är typiskt för många människor med borderline personlighetsstörning. Men kan inte borderline ta sig olika uttryck? Även om många känner igen sig i SvD:s beskrivning av Jessica (Idagsidan 30/1), finns det de som inte känner igen sig alls. De blir istället mer självdestruktiva och behöver oftare söka psykiatrisk hjälp. Det är den gruppen psykologen Anna Käver möter (se artikel 6/2). Men Görel Kristina Näslund vill inte dela upp borderline personlighetsstörning i olika typer. - Alla är inte lika svårt drabbade, skulle jag vilja säga istället. Vissa skär sig inte, vissa har aldrig försökt ta livet av sig.

En annan fråga som många läsare ställt till oss på Idagsidan är hur barnen påverkas av att växa upp när den ena föräldern har tydliga borderlinesymtom. Görel Kristina Näslund är försiktig med att generalisera:

- Alla barn behöver trygghet och stabilitet, och om en förälder har en psykiatrisk diagnos har de en oerhört svår situation. Barnen får lätt skuldkänslor om mamma eller pappa skadar sig själv och tycker det är hemskt om de måste vara borta, på sjukhus.

- Men kom ihåg att en förälder med borderline personlighetsstörning är lika bra som alla andra på att älska sina barn!

Däremot är de själva en svårt lidande grupp, poängterar Görel Kristina Näslund.

Vad finns det för hjälp?

- Tyvärr är det få som kan tillräckligt mycket om borderline personlighetsstörning och hur den bäst behandlas. Och det är mest i storstäderna man möjligen kan hitta erfarna terapeuter.

Kan relationen mellan de vuxna parterna utvecklas med professionell hjälp?

- Det tar tid, konstaterar Görel Kristina Näslund. Men visst kan det bli bättre.

Agneta Lagercrantz

(Bilaga 3)

Ur DN 1 dec 2003

Tre av fyra med borderline blir friska

Intensiva, starkt svängande känslor som är svåra att reglera och bemästra. Instabila relationer med omväxlande idealisering och nedvärdering. Aggressiva utbrott, konstant ilska. Självskadande, självmordsförsök och hög frekvens fullbordade självmord.

DET ÄR NÅGRA AV de problem som brukar finnas vid borderlinestörning, eller emotionellt instabil personlighetsstörning som många hellre vill kalla det i dag.

- Tjejerna, för det handlar ofta om tjejer och unga kvinnor, har ett helvete, säger överläkare Eva Andersson. I många fall missar de samtidigt hela sin ungdom. Man ska inte dra sig för att ställa diagnosen tidigt, hellre utreda för mycket än för litet - för det finns hjälp.

"Överkänsligheten för känslor" som karakteriserar störningen innebär både en lägre tröskel för känslreaktioner, ovanligt starka sådana och längre tid för återhämtning.

Om borderline finns det lite mer forskning än när det gäller de flesta andra personlighetsstörningar. Den behandling som har det bästa dokumenterade stödet i dag är dialektisk beteendeterapi, DBT, och den använder man på borderlineenheten vid Karolinska sjukhuset. Det är en långvarig, mångfasetterad och rätt intensiv behandling som omfattar både gruppsamtal och individuella samtal med psykolog. Man riktar in sig på svårigheterna med att reglera emotioner, svårigheter med relationer och svårigheter med beteendet.

I GRUPP TRÄNAS olika färdigheter, i individualterapi följer man upp med exempel från patienternas egna erfarenheter. Händelser där det gått snett analyseras och man försöker hitta alternativ. Patienterna kan ringa till sin psykolog även mellan besöken för att få hjälp att använda det man tränat i praktiken.

Men det finns andra behandlingsmodeller också. Just nu pågår ett forskningsprojekt på Karolinska där man jämför DBT med en mer psykodynamisk terapiform speciellt för borderline, och med "sedvanlig behandling" i öppenvården.

Forskning om borderline tyder på att det kan finnas både genetiska, biologiska och psykologiska faktorer bakom, och att det kan vara olika i olika fall. En biologisk sårbarhet när det gäller emotioner och impulsivitet kan samverka med omständigheter i miljön. Enligt flera undersökningar har borderlinepatienter mycket oftare utsatts för sexuella övergrepp.

- Hos patienterna märks den stora spänvidden. En del har växt upp i en förfärlig miljö, en del kommer från miljöer där jag inte skulle kunna tänka mig något bättre, säger psykologen Peter Csatos på borderlineenheten.

EN ORSAK TILL att många kan ha dragit sig för att diagnostisera borderline hos unga människor är kanske att det setts som en tung och "hopplös" diagnos. Men den synen håller på att vända, säger Eva Andersson.

- Borderline är en personlighetsstörning med god prognos. Ny forskning visar att 75 procent av dem som diagnostiseras inte längre har diagnosen efter sex år, oavsett behandling. Men ungdomar är i en känslig utvecklingsperiod och det är viktigt att de, liksom naturligtvis äldre patienter med de problemen, får hjälp så att de kan slippa ur sitt helvete.

Malin Nordgren

