

Introduktionsutbildning i KBT

Delmoment 5

Borderline personlighetsstörning

senast uppdaterad 2008-04-16

Borderline personlighetsstörning (BPD)

Att reglera känslor genom att utöva fysiskt våld på kroppen är inget nytt fenomen, människor har gjort det långt tillbaka i tiden. I socialstyrelsens rapport "Vad vi vet om flickor som skär sig" (2004) har de tagit upp ett fall som är daterat till 1700-tal där en tonårsflicka bet sig själv i armarna, var promiskuös, åt knappnålar och bitar av porslin.

I socialstyrelsens rapport (2004) står det att man i Turkiet har undersökt om självskadande beteende (SSB) har någon koppling till en traumatisk uppväxt och kom fram till att de som upplevt försummelse löper större risk att skada sig eller göra försök till suicid. De ungdomar som BRIS har kommit i kontakt med som skadar sig själva har visat tecken på depression, nedstämdhet, sömnproblem och en känsla av att inte duga till. Även självhat, maktlöshet och ensamhet är känslor som vissa känner. Sådant som kan öka sannolikheten för SSB är osämja inom familjen, alkoholmissbruk i hemmet, prestationskrav på sig själv, stress, mobbing, och relationskrav. Att bli utsatt för sexuella övergrepp, fysisk misshandel, eller försummelse kan vara faktorer som gör att en människas inställning till sig själv kan förändras, vissa tänker att de är något fel på dem, att de är dåliga eller psykiskt sjuka.

Borderline är en personlighetsstörning och ett begrepp som myntades i början av 1900-talet. Vid den tiden kategoriserades psykiskt sjuka patienter som antingen ångestneurotiska eller psykotiska. Det fanns dock en grupp patienter som inte tycktes passa in under någon av de två kategorierna, dessa patienter kallades därför borderline (efter engelskans "gränslinje", i mittlinjen).

Idag är borderline en välkänd diagnos inom psykiatri och innebär ångestproblem som tar sig uttryck i form av känslomässig instabilitet, ökad sårbarhet, impulsivitet, svart-vitt-tänkande ("allt eller inget"), identitetsproblem, separationsångest och problem att balansera närhet och avstånd i relationer. Man räknar med att det idag i Sverige finns ca 70 000 - 140 000 personer som uppfyller diagnoskriterierna för borderline personlighetsstörning (Källa: SBU Alert-rapport nr 2005-07).

Orsaken till borderlinestörning är inte helt känd men tros bero på en ökad sårbarhet eller ärftlighet för psykisk ohälsa i kombination med upplevt trauma. Idag är störningen tre gånger så vanlig bland kvinnor jämfört med män. Det finns även teorier om att de män som klassificeras med diagnosen "antisocial personlighetsstörning" egentligen har en borderlinestörning. Många psykiatriker anser att namnet borderline borde bytas ut till "emotionellt instabil personlighetsstörning".

Statistik och forskning

- ▶ ca 71% har varit/är utsatta för fysisk misshandel
- ▶ ca 68% har varit/är sexuellt utnyttjade, flickor och pojkar
- ▶ ca 62% upplever grovt våld i hemmet och familjen

Pågående forskning visar att borderlinepatienter oftare varit med om tidiga separationer från viktiga personer (fadern eller modern) samt att de blivit känslomässigt försummade av sina vårdgivare. Ofta är det så att föräldrar till borderlinepatienter också har svåra problem när det gäller impuls kontroll, känslomässig instabilitet eller drogmissbruk. (Utdrag från sajten Web4Health, om BPD och dess yttringar)

Biosocial teori

Marsha Linehan (huvudperson bakom dialektisk beteendeterapi, DBT) ser borderline personlighetsstörning (BPD, D=disorder, vedertagen internationell förkortning) främst som uttryck för en biologiskt betingad emotionell dysreglering, alltså att det finns **medfödda svårigheter att hantera känslor**. Dessa patienter tenderar att vara hyperkänsliga, emotionellt extremt sårbara, "hudlösa" och saknar förmåga att hantera denna hyperkänslighet. För det första är de hyperkänsliga för emotionella stimuli, d.v.s. de har mycket lätt för att reagera emotionellt. För det andra reagerar de med stor emotionell intensitet och för det tredje är reaktionerna långdragna och avklingar mycket långsamt. Denna emotionella hypersensibilitet tenderar till att de befinner sig i ett mer eller mindre permanent tillstånd av oupphörliga kriser där de aldrig hinner återhämta sig från en kris innan nästa dyker upp.

Enligt Linehan behöver inte denna grundläggande biologiskt baserade emotionella sårbarhet leda till emotionell dysreglering, som utmärker borderlinepatienterna. För att problemet skall uppstå krävs också en **invaliderande omgivning**. Det utmärkande för en invaliderande omgivning är att det råder en betydande skillnad mellan barnets upplevelser och hur viktiga personer i omgivningen beskriver eller svarar på dessa upplevelser. Det är alltså interaktionen mellan en biologiskt betingad emotionell sårbarhet och en invaliderande omgivning som enligt den biosociala teorin ger upphov till den emotionella dysregleringen, som utmärker BPD.

Linehan talar om **tre typer av invaliderande familjer**:

- ▶ **Den kaotiska familjen**, där det ofta förekommer missbruksproblem, frånvarande förälder och brist på tillsyn och omsorg om barnen.
- ▶ **Den perfekta familjen**, där föräldrarna av någon anledning inte kan tolerera negativa känsloreaktioner från barnen.
- ▶ **Den prestations- och kontrollinriktade familjen**, där fokus ligger på kognitiv kontroll av känslor, och prestation ses som ett kriterium på framgång.

Den emotionella dysregleringen leder enligt Linehan också till dysreglering ifråga om beteende, kommunikation, interpersonella relationer och självkänsla. Den identitetsstörning och relationsstörning, som är så utmärkande för borderlineproblematik, ses alltså som sekundär till den emotionella dysregleringen. Dessutom menar Linehan att den emotionella instabiliteten också leder till flera olika typer av beteendemässig dysreglering. Marsha Linehan intar en försiktig ståndpunkt vad gäller sexuella trauman och BPD. Hon konstaterar att berättelser om sexuella övergrepp oftare finns hos borderlinepatienter än andra psykiatriska patientgrupper, men att det är oklart om övergreppen i sig bidrar till utvecklingen av borderline-mönstret eller om både övergreppen och BPD'en är effekten av det störda familjemönstret och invalideringen.

Behandling med Dialektisk Beteendeterapi (DBT)

Den grupp DBT framför allt riktar in sig mot är självmordsnära och självskadande patienter med borderline personlighetsstörning, detta har gäckat psykologin och psykiatrin länge. Patienter med BPD har fått rykte om sig som bråkiga och problematiska och ofta har de skickats hit och dit mellan olika instanser, terapier och medicineringar. Olika skolbildningar står för olika sätt att se på problematiken, dess etiologi (uppkomst) och hur man bäst hjälper patienterna. I DBT utgår man från att BPD framför allt är en dysfunktion i emotionsregleringen och man betraktar många av de beteenden som associeras med BPD, till exempel självskada, som en följd av de dysreglerade känslorna (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006). DBT använder sig av en så kallad biosocial förklaringsmodell när man ska förklara uppkomsten (Linehan, 1993). Den biosociala teorin tar hänsyn både till medfödda variationer i temperament och till den miljö individen lever i samt det samspel som sker däremellan. Tanken är att personer med BPD är känslomässigt sårbara med avseende på tre aspekter: hög känslighet för emotionella stimuli, hög intensitet i emotionell respons och långsam återgång till neutralläge. Vad beträffar den psykosociala miljön är begreppet validering centralt. Ett barn som växer upp i en invaliderande miljö får aldrig sina känslor bekräftade och all kommunikation om inre upplevelser ignoreras, avfärdas eller bestraffas. I en sådan miljö lär sig barnet aldrig att förstå och reglera sina egna känslor och i kombination med den emotionella sårbarheten som tidigare nämnts blir konsekvenserna än mer långtgående (Kåver & Nilsson, 2002).

DBT-behandlingens fyra faser

Första fasens mål: stabilitet/säkerhet i nuet

1. Minska självskadande beteenden
2. Minska behandlingsstörande beteenden
3. Minska livsskvalitetsstörande beteenden
4. Öka kompetenta beteenden

Andra fasens mål: bearbeta livshändelser

5. Minska posttraumatisk stress

Tredje fasens mål: framåt

6. Öka självrespekt
7. Uppnå individuella mål

Fjärde fasens mål:

8. Skapa ett liv värt att leva/varaktig glädje
9. Vara engagerad i sitt eget liv
10. Vara engagerad i relationer
11. Känna sig levande och tillhörig

Medveten närvaro i DBT

Medveten närvaro är den färdighet som inleder färdighetsträningen och den repeteras även i inledningen av varje annat block. Den är på detta sätt central och kan sägas vara grunden de andra färdigheterna bygger på. Eftersom "ett deltagande utan sinnensnärvaro är kännetecknande för impulsivt och humörberoende beteende" antas en medvetet närvarande livsstil vara borderlinepatienter behjälplig på en rad sätt: att bättre kunna balansera mellan förnuft och känsla, att bättre kunna styra sitt sinnestillstånd istället för det omvända, att lättare fatta beslut; att minska osäkerhet och tomhetskänslor

Inom DBT väljer man att beskriva hur man går till väga för att öva medveten närvaro genom att tala om vad-färdigheter, hur-färdigheter och visshet. Dessa begrepp syftar alltså till att åskådliggöra hur man i DBT övar medveten närvaro men de är inte dessa som utgör medveten närvaro. Medveten närvaro har, som beskrivits ovan, med medvetenhets- och vakenhetstillstånd riktade mot nuet att göra och är inte bara en uppsättning tekniker Vad-färdigheterna - observera, beskriva och delta - beskriver vad man ska göra för att bli medvetet närvarande medan hur-färdigheterna beskriver hur man ska göra vad-färdigheterna.

När man observerar bör man så att säga ta ett steg tillbaka inom sig själv genom att vara uppmärksam på vad man upplever utan att fångas av upplevelsen, förändra den eller reagera på den. Att observera att man tänker på något obehagligt är inte samma sak som att tänka på något obehagligt. Detta skapar

en distans som kan minska sannolikheten för automatiskt undvikande. Den andra vad-färdigheten, beskriva, är att sätta ord på det man upplever och är en stor hjälp att hålla isär tankar, känslor och fakta, vilket underlättar kommunikation, självkontroll och undersökande av dysfunktionella kognitioner. Tankar och känslor ses som subjektiva reflektioner av verkligheten – inte verkligheten själv. Att delta är att helt uppmärksamt gå in i en aktivitet och att bli ett med det man gör utan att ha fokus på sig själv.

DBT:s tappning av medveten närvaro skiljer sig från andra terapiformers i och med att slutmålet inte är att skapa en objektiv distans utan snarare ett helhjärtat deltagande i sina upplevelse. Hur-färdigheterna är: inte värdera, fokusera på en sak i taget och vara effektiv. Borderlinepatienter tenderar att värdera både sig själv och andra antingen väldigt positivt eller negativt, och detta kan ställa till bekymmer. Syftet med att låta bli att värdera är emellertid inte att nyansera dessa värderingar utan snarare att visa på att man ofta inte alls behöver värdera. Värderingar drar ofta igång känslor och dessa kan vara svårare att hantera än ickevärderande tankar. Jämför "Jag har försovit mig" med "Jag är opålitlig och värdelös". Det gäller att istället skilja ut sina åsikter från den faktiska situationen.

Fokusera på en sak i taget handlar om att inte splittra uppmärksamheten utan att i stället verkligen gå in för det man gör med hela sin uppmärksamhet, vilket är något som borderlinepatienter ofta har svårt med. De distraheras lätt av minnesbilder, oro, grubblerier och negativa känslöstämningar. Likaså tenderar de att bry sig mer om vad som är rätt än vad som fungerar i olika situationer. Vara effektiv handlar just om att göra det situationen kräver och inte fastna i principer eller plågsamma känslor som hindrar en från att nå sina mål. Borderlinepatienter pendlar ofta mellan att se på sina liv ur ett alltigenom rationellt perspektiv och att låta sig styras helt av sina känslor. Den som fungerar helt känslomässigt förvanskar ofta fakta så att de passar in i det aktuella känslotillståndet. Denna dialektik försöker man i DBT hantera med hjälp av begreppet visshet (eng. wise mind) som står för en syntes av förnuft och känsla. Ibland brukar man också säga att vissheten innehåller ett element av intuition (Linehan, 1993).

Behandlare i DBT

Att framgångsrikt tillämpa DBT ställer stora krav på behandlarna (Swenson m.fl., 2002). Anna Kåver och Åsa Nilsson (2002) trycker på att en DBT-terapeut måste vara tekniskt skicklig och väl förtrogen med relevanta psykologiska teorier om inte behandlingen ska bli lidande. Även om DBT har visat sig möjlig att lära ut till kliniskt verksamma med olika yrkesbakgrund verkar en utbildning i KBT underlätta ett väl utfört arbete (SBU, 2005; Swenson m.fl., 2002).

Viktigt att tänka på vid behandling av Borderlinepatienter

Cirka 90 procent av patienter med borderline-diagnos som någon gång vårdats vid psykiatrisk klinik har gjort ett eller flera allvarliga suicidförsök. 10 procent dör till följd av suicid. Patienter med borderline har en mycket hög samsjuklighet av andra psykiatriska tillstånd. Till de vanligaste hör depression, ångestproblematik, ätstörningar, och missbruk. Patienter med borderline beskriver ofta att de har svårt att lyckas få andra att förstå hur de känner sig. Till exempel kan en djupt deprimerad självmordsnära borderline patient te sig i det närmaste neutral, så att behandlaren inte kommer på

tanken att fråga om eventuella suicidtankar. SSB och suicidförsök kan ibland utlösas av patientens svårigheter att kommunicera sina problem verbalt till omvärlden.

Att tänka på som behandlare:

- ▶ Vad har jag glömt att fråga?
- ▶ Vad är det jag inte tänkt på?
- ▶ Ha alltid validering som ett sätt att bemöta dessa patienter!
- ▶ Patienten alltid gör sitt bästa, även om det kan se ut som att de är destruktiva. Beteendet fyller alltid en funktion.

Behandling av borderline på HVB hem

De problem som vi kan möta när vi har den här gruppen av ungdomar inskrivna på ett HVB, är att de ofta är "besvärliga". De kräver mycket tid av sina behandlare och kontaktpersoner och det är inte sällan som de diskvalificerar personal och väljer en i personalen som den enda som de kan tänka sig att prata eller göra saker tillsammans med. Denne personal kan senare diskvalificeras i nästa stund och någon annan favoriseras.

Beteendemässigt har de ofta ett allvarligt självskadande och detta påverkar hela kontexten. De är vanligt med svårigheter att komma till ro på kvällarna då de ofta upplever svår ångest, vilket leder till att de oftast skadar sig själva på nätter och kvällar, vilket i sin tur ställer stora krav på behandlare, andra placerade och övrig personal.

Om vi tittar på DBT-behandlingen med dess fyra behandlingsfaser är vår erfarenhet att vi når till fas två, att arbeta med trauman och att ungdomen har flyttat till ett eget boende såsom utsluss. I denna fas börjar de ofta att skada sig själva igen och man får "börja om", så tillvida att planering som gäller boende och behandling får omstruktureras. Detta innebär ofta att ungdomen flyttar tillbaka till HVB och att behandlingen återigen handlar om att skapa trygghet och struktur.

Denna patientgrupp kräver ofta behandlingstider på mellan två och fyra år, innan de är så pass stabila och har tillräckliga färdigheter för att fungera i eget boende med skolgång eller arbete. Vissa visar sig vara så funktionshindrade att de uppfyller kraven för LSS.

Vid placering vid HVB är vår erfarenhet att frågeställningen ofta kan handla om borderline-problematik, medan det vid ett senare skede ibland kan visa sig att det snarare är frågan om en asperger-problematik.

Borderline diagnoskriterier enligt DSM-IV

För att diagnosticeras med borderline krävs att störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxen ålder. Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet med avseende på mellanmännsliga relationer, självbild och affekter.

Det finns också vissa kriterier som psykiatriker och psykologer använder för att diagnosticera borderline. Om en person uppvisar minst 5 av följande kriterier kan diagnosen borderline ställas:

- ▶ gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. (Observera att det suicidala/ självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) inte räknas in här.)
- ▶ uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
- ▶ uppvisar identitetsstörning, dvs. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
- ▶ visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Observera att det suicidala/ självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) inte räknas in här.
- ▶ uppvisar upprepat suicidalt (själmordsbenäget) beteende, suicidala gester, hot om självmord eller självstympande handlingar.
- ▶ är känslomässigt instabil, vilket beror på en ökad benägenhet att reagera med förändrad sinnestämning (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar.
- ▶ känner en kronisk tomhetskänsla.
- ▶ uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (t.ex. ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
- ▶ har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom (splittrad verklighetsuppfattning).

Diagnoskriterierna finns beskrivna i DSM-IV (fjärde upplagan), DSM betyder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders och är en handbok inom psykiatrin som innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd.