

BORDER- LINE I PRAKTIKEN

TORBJÖRN ENGSTRÖM
& LOUISE CHESTA

Innehåll

Förord	5
1. Fakta och missuppfattningar	9
Lite om personlighetsyndrom	9
Kriterierna man ska uppfylla	11
Parallella diagnoser	20
Olika sorters borderline?	21
Vanliga frågeställningar och fördomar	22
2. Vardagen	29
Acceptans	30
Stress och triggers	31
Inte bara dalar, utan även toppar	33
Svart och vitt	34
Bra bemötande	34
Känslor	36
Öppenvården	38
Det blir bättre med åren	40
3. När det krisar	43
Dissociation	43
Ångest, depression och missbruk	44
Stress och press	46
Självd destruktivt beteende	47
Bemötande	50
Psykiatrisk heldygnsvård	51
4. Behandling	53
Frivillig vård och tvångsvård	55
Dialektisk beteendeterapi	61
Mentaliseringsbaserad terapi	62
Strukturerad klinisk behandling	63
Good psychiatric management	64
Efterord	67
Fakta och begrepp	71
Vidare läsning	74
Om författarna	77

Förord

Häromåret skrev jag en bok som fick namnet *Autism i praktiken*. Ämnet hade länge legat mig varmt om hjärtat och det var lustfyllt lätt att skriva om. Responsen jag fick, och även direkta uppmaningar från läsare, gjorde att jag en tid funderade över om jag inte borde skriva ännu en bok. Det var enkelt att bestämma att den i så fall skulle få namnet *Borderline i praktiken*. Anledningen var att borderline tidigt blev den diagnos jag vid sidan av autism helst och bäst hanterade i mitt jobb. Jag har jobbat som skötare/undersköterska i psykiatrisk slutenvård ett antal år, och mina möten med borderlinepatienter har varit talrika.

Liksom med den föregående boken är syftet att i första hand diskutera vardagliga frågeställningar. Upplägget är alltså detsamma och det är också rimligt, då de båda diagnoserna har en del gemensamt, trots att de i grunden är helt olika.

En sak som förenar autism och borderline är att de kan vara mycket svåra att förstå om man saknar kunskap och erfarenhet. Kanske är det också därför de förväxlas ibland, även av yrkesfolk.

En skillnad är att borderline är behandlingsbart! Faktum är att trots att många patienter har mycket allvarliga problem med borderline, ser det på lång sikt rätt ljus ut – om man bara tar sig igenom de tuffa åren.

I denna bok kallar jag tillståndet för borderline. Marsha Linehan, en av de främsta pionjerna inom detta ämne, använder också begreppet borderline, om det nu kan vara ett argument. För att komplicera saken används ibland följande uppdelning: *emotionellt instabilt personlighetssyndrom* för fall där impulsivitet står i fokus och *borderline* när det mer handlar om negativ självbild, problematiska interpersonella kontakter och så vidare. Det finns alltså goda skäl att förenkla terminologin lite grann, åtminstone i en handbok som denna.

En bok om borderline kan inte skrivas utan att psykiatrin till stor del utgör miljön. Trots det kommer vi naturligtvis att resonera om mer vardagliga sammanhang också. Säkert går det att tillämpa alla insikter i olika sammanhang.

Psykiatri är svårt! Det finns sällan möjlighet att ställa en diagnos genom provtagning. Man får i stället bedöma hur personer fungerar och använda överenskomna kriterietabeller för att se vilka egenskaper en viss person har. Det gör man inte för att sätta någon etikett eller stämpel, utan för att avgöra vilken hjälp som i bästa fall kan komma i fråga.

Det är klart att det kan bli fel då många diagnoser har snarlika symtom. Dessutom förskjuts diagnoskriterierna över tid.

Förhoppningsvis kommer framtiden att förstå dessa saker på ett bättre sätt. Men ännu är det 2020-tal och denna bok bygger på nutida tankar, trots att den gärna vill spekulera om hur framtiden kommer att se ut.

Måste diagnoser ens finnas? Många människor har med rätta starka känslor för dessa frågor, men i denna bok är hållningen så neutral det går. Här och nu vill vi som sagt använda diagnoser som ett sätt att veta vad vi talar om. För att kunna tala om företeelser måste man kalla dem något.

Personer med borderline är mycket missförstådda och tyvärr ofta också missaktade, ja, till och med fruktade. De diagnostiserade är oförtjänt lågt ansedda, och det beror i stor utsträckning på okunskap.

Genom denna bok vill jag så gott jag kan motverka detta. Den vänder sig till anhöriga, vänner och bekanta, samt inte minst till psykiatrisk vårdpersonal som ofta har med borderline att göra. Det kan vara nog så svårt, och just därför finns det skäl att finslipa sina redskap.

Nutiden känner många frontfigurer som berättar sin historia om diagnoser eller sjukdomar de har och bidrar till ökande kunskaper hos människor. De ger diagnosen ett ansikte. Vad gäller borderline är det annorlunda. Möjligen är diagnosen så stigmatiserad i breda kretsar att ingen kan förmå sig att gå före och bära fanan. Utan tvekan kommer detta att ändras, men när? Min förhoppning är att denna bok kan bidra till en sådan händelseutveckling.

Man fruktar eller ogillar ofta det man inte förstår. Det är inte så konstigt, men desto större anledning finns att reda ut de missförstånd som föreligger. Med borderline följer inte sällan ett mycket svårt lidande. Det är ett viktigt faktum man inte får glömma när känslorna svallar, tallrikarna flyger och glåporden haglar. När jag var relativt nyanställd inom psykiatrin stötte

jag på följande mening, som jag sedan dess burit med mig:
”Det är *de* som lider, inte vi.” Alla som jobbar med borderline professionellt borde bära denna devis i minnet.

Borderline är ett livshotande tillstånd och det är dags att sprida mer kunskap, förståelse och medkänsla för dem med diagnosen. Man beräknar att 3–7 procent av människor med borderline tar livet av sig, och en ännu större andel försöker göra det. Verkligen höga siffror, och än högre var de tidigare. För ett par decennier sedan brukade man räkna med 10 procent. Kan vården ha blivit bättre på att behandla just dessa patienter?

1. Fakta och missuppfattningar

För närmare hundra år sedan föreslogs beteckningen *borderline* av amerikanen Adolph Stern. Tanken var att vissa personer bedömdes befinna sig i gränslandet mellan psykos och neuros. Det är nog ingen nuförtiden som tänker att detta är en rimlig förklaring till tillståndet, men ordet *borderline* har en slagkraft som gjort att benämningen ännu lever.

Borderline räknas som ett personlighetssyndrom. I dessa sammanhang är byte av benämning vanligt, och det oegentliga i ordet *borderline* har gjort att man börjat tala om *emotionellt instabilt personlighetssyndrom* (EIPS). Rent informativt är det ett bättre begrepp, men i vardagslag sägs ännu *borderline*. Enklast är bäst?

Var och en får se på detta på sitt eget vis. I denna bok kommer benämningen *borderline* att av flera skäl vara den som används.

Lite om personlighetssyndrom

Diagnosen *borderline* är alltså en del av ett större sammanhang. Den är ett av ett tiotal personlighetssyndrom, och trots att kartan här är på väg att ritas om, kan det vara på sin plats

att gå igenom vad ett personlighetssyndrom egentligen är för något.

Om en person *över tid* fungerar påtagligt annorlunda än de flesta andra i omgivningen kan man misstänka ett personlighetssyndrom. Detta ska enligt diagnosmanualen ICD ha pågått i minst två år. Episoder och faser som klingar av räknas inte. Personen ska fungera annorlunda både *i sig själv* (gällande exempelvis självinsikt och identitet) och *i förhållande till andra* (vara oförstående till att andra tänker och uppträder annorlunda än en själv och ha stor erfarenhet av att komma på kant med sin omgivning).

När det har slagits fast att ett personlighetssyndrom föreligger specificeras vilket av de många syndromen som är kännetecknande för personen i fråga. I skrivande stund verkar det som att alla personlighetssyndrom förutom borderline ska slås ihop till ett enda i en kommande uppdatering av diagnosmanualen.

Det är viktigt att poängtera att personlighetsdiagnoser normalt inte sätts före arton års ålder. Barn och ungdomar är ju i en växande fas, och det kan svänga snabbt.

Vad är då orsaken till att en person får de personlighetsdrag som kallas borderline? I denna bok ska vi inte alltför mycket fördjupa oss i detta. Vi nöjer oss med att nämna att de flesta teorier anger följande två viktiga komponenter:

1. Genetisk sårbarhet (nutida bedömningar visar att borderline påtagligt påverkas av generna).
2. Problematisk barndom med till exempel traumatiska händelser och icke-validerande vårdnadshavare.

Som vanligt är det inte riktigt så enkelt. Ingen av dessa omständigheter tycks nödvändig och inte heller tycks förekomsten av

båda faktorerna nödvändigtvis leda till att en person utvecklar borderline.

Vi lämnar frågan med det och konstaterar att detta är vetenskapens nuvarande hållning och att många individer har fått borderline av just dessa orsaker. De bevingade ordparen *arv och miljö* samt *kropp och själ* är vår förklaringsmodell just nu. Men helt säkert kommer framtiden att medföra nya och djupare insikter.

Kriterierna man ska uppfylla

*”Alla mina problem har med relationer att göra.”
Kvinna med borderline*

Man brukar retoriskt säga att psykiatri inte är en fråga om att ta fram en våg och en tumstock för att identifiera vilka problem en person har, inte heller duger ett blodprov eller en röntgenbild av hjärnan. Man studerar i stället hur personen fungerar och uppträder och bestämmer sig, om man har befogenhet att ställa diagnos, för vilken som är den korrekta. Det vill säga om egenskaperna *påverkar personens tillvaro på ett negativt sätt*. Om personen vi talar om uppfyller ett antal diagnoskriterier men lever ett liv som inte är nämnvärt problematiskt, ska ingen diagnos sättas.

Allt detta kan låta godtyckligt, och det är det nog på sitt sätt också. Men diagnoserna är inte ett självändamål. De är endast till för att man ska kunna kommunicera om problemen och tänka ut vilka stödinsatser och behandlingar personen kan vara hjälpt av. Eventuellt negativa känslor som en del människor har för vissa termer kan vara förståeliga, men pragmatiskt sett är det bra att försöka se saken neutralt. Att vi alla dessutom

har *olika* känslor för dessa sammanhang är ännu ett argument för att acceptera samtidens terminologi.

Vidare kan man fundera över hur man kommit fram till att det finns just nio kriterier för diagnosen borderline och att just minst fem måste uppfyllas för att diagnos ska sättas. Dessutom spelar det i det läget ingen roll *vilka* fem av de nio som uppfylls. Men man får se det med god vilja och konstatera att personer som uppfyller fem eller fler har en hel del gemensamt.

Tillåter man sig att spekulera om framtiden kan man tänka sig att de psykiatriska diagnosmanualerna kommer att skrivas om ifall man hittar bättre sätt att definiera tillstånden. Där är vi inte ännu, men det skadar inte att bevara i minnet att dessa frågeställningar är färskvaror som kontinuerligt uppdateras.

För övrigt är det inte ovanligt att man hör personer säga att de ”känner igen sig i alla kriterierna, möjligen inte så mycket i (exempelvis) nummer fem eller sju”. Det gör att man ändå kan känna att kriterierna som de nu faktiskt är formulerade inte är slumpmässiga. Det tycks som att de faktiskt ringar in ett och samma tillstånd.

Låt oss nu äntligen titta lite närmare på de nio kriterierna och illustrera dem med verkliga eller uppiktade resonemang. (De brukar presenteras i en annan ordning, men jag har sorterat om dem lite för sammanhangets skull.)