



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Borderline - en sjuk diagnos?

- Borderline personlighetsstörning i ett socialkonstruktionistiskt perspektiv

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Maria Forsberg och Josefin Lundqvist

Handledare: Ing-Marie Johansson

FÖRORD

Vi vill tacka personalen på den psykiatriska mottagningen som lät oss få en inblick i sin verksamhet och ställde upp på intervjuer. Utan ert engagemang och er hjälpsamhet hade vi inte kunnat genomföra denna studie. Det har varit mycket intressant och inspirerande att få ta del av era berättelser och vi tror att ert arbete och känslomässiga engagemang betyder mycket för era patienter.

Vi vill även tacka vår handledare Ing - Marie Johansson som uppmuntrat och stöttat oss under arbetets gång.

P.S. Tack Anton för lånet av datorn.

Göteborg den 4 december 2008

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	2
2	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
3	BEGREPPSDEFINITIONER	3
4	BAKGRUND TILL DIAGNOSEN BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING OCH TIDIGARE FORSKNING	5
4.1	Borderline idag.....	5
4.2	Förekomst	7
4.3	Kan man bli frisk?.....	8
4.4	Behandling av BPS.....	8
4.5	Olika sätt att förklara BPS.....	9
5	METOD	10
5.1	Den psykiatriska öppenvårdsmottagningen	11
5.1	Avgränsningar.....	11
5.2	Val av datainsamlingsmetod.....	11
5.2.1	<i>Den kvalitativa djupintervjun</i>	11
5.2.2	<i>Insamling av litteratur och information</i>	12
5.3	Val av teori	12
5.4	Genomförandet	12
5.5	Databearbetning och analysförfarande	13
5.6	Etiska reflektioner.....	14
5.7	Metodologiska reflektioner	14
5.8	Studiens trovärdighet	15
5.9	Studiens angreppssätt.....	16
5.10	Urval.....	16
6	TEORETISKA PERSPEKTIV OCH CENTRALA BEGREPP	17
6.1	Socialkonstruktionismen och språket	17
6.2	Interaktionismen och psykisk sjukdom	17
6.3	Stämplingsteorin	17
7	REDOVISNING AV EMPIRI OCH ANALYS	19
7.1	Presentation av intervjupersonerna	19
7.2	Resultatredovisning och analys.....	20
7.2.1	<i>Hur väljer personalen att förklara uppkomsten av Borderline personlighetsstörning?</i>	20
7.2.2	<i>Vilka ord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen?</i>	22

7.2.3	<i>Hur ser personalen på patienternas möjlighet till tillfrisknande?</i>	24
8	DISKUSSION OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER.....	26
9	REFERENSER.....	29
10	APPENDIX.....	31
10.1	BILAGA 1 Informationsbrev	31
10.2	BILAGA 2 Intervjuguide	32
10.3	BILAGA 3 Analysprocess.....	34

ABSTRACT

Titel: Borderline - en sjuk diagnos? *Borderline personlighetsstörning i ett socialkonstruktionistiskt perspektiv*

Författare: Maria Forsberg och Josefin Lundqvist

Nyckelord: Borderline personlighetsstörning, diagnos, stigma.

Under historiens gång har en rad olika benämningar använts för att på något sätt ringa in de symptom vi idag kallar Borderline personlighetsstörning (BPS) och fortfarande är det inte helt lätt att greppa diagnosen. Studiens syfte är att ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv undersöka hur personal på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Västsverige beskriver Borderline personlighetsstörning hos sina patienter. För att besvara syftet används frågorna; Vilka nyckelord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen, hur väljer personalen att förklara uppkomsten av Borderline personlighetsstörning och hur ser personalen på patienternas möjlighet till tillfrisknande?

För att genomföra denna studie har en kvalitativ metod använts i form av djupintervjuer med sex anställda vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Även litteratur och olika vetenskapliga artiklar har använts för att på bästa sätt besvara studiens syfte. Det empiriska materialet har analyserats med hjälp av socialkonstruktionismens syn på språket, interaktionismens syn på psykisk sjukdom och stämplingsteorin.

Den första frågeställningen; vilka nyckelord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen resulterade i två kategorier. Dels en kategori som handlade om patienternas lidande och svårigheter och en som handlade om patienternas styrkor och positiva egenskaper. Det som kunde konstateras var dels att den ”negativa” kategorin var betydligt mer omfattande än den positiva. Men också att denna kategori till skillnad från den positiva, inte innehöll några beskrivningar av patienternas egenskaper.

Av den andra frågan, om hur personalen väljer att förklara uppkomsten av Borderline personlighetsstörning framkom att de flesta beskriver uppkomsten utifrån den biosociala modellen. Att BPS uppstår när en emotionellt sårbar person växer upp i en miljö där hon inte får lära sig att hantera sin känslighet. Även traumatiska upplevelser i barndomen tas upp som en faktor och de nämner sexuella övergrepp, misshandel och mobbing.

Den tredje frågan om hur personalen ser på patienternas möjlighet till tillfrisknande framkom att det råder delade meningar huruvida en individ med denna störning kan bli frisk eller inte. Därmed hade de också olika mål med behandlingen.

1 INLEDNING

Hydén (1995) säger att ” *Mitt syfte är ingalunda att förneka vare sig att sjukdomar finns eller att s.k. psykiska sjukdomar kan ha organiska orsaker. Frågan är istället om vi utifrån ett biomedicinskt tankesätt kan förstå sjukdomar, sjukdomsförlopp och behandling – eller om vi måste argumentera för att sjukdomar blir till i, och genom, sociala processer.*” (Hydén, 1995)

Citatet ovan kan antagligen uppfattas som provokativt för många människor. Tanken på att vi i vårt moderna, vetenskapssamhälle kanske inte till fullo förstår det vi idag kallar psykiska sjukdomar. Kanske är det inte helt korrekt att benämna personlighetsstörning som en form av psykisk sjukdom, men oavsett om personlighetsstörningar rent kliniskt sett inte hör till psykiska sjukdomar så får man anta att människor som lider av personlighetsstörningar i stor utsträckning betraktas som sjuka eller åtminstone avvikande av samhället. Samtidigt är det ju så att vi alla har drag av personlighetsstörningar i oss, vi är alla lite narcissistiska, vi kan alla vara emotionellt instabila och känna oss paranoidea eller bete oss tvångsmässigt ibland. Man kan fråga sig vad det egentligen är som skiljer oss från de som får en personlighetsstörningsdiagnos och därmed också varför vissa får stämpeln sjuk och andra inte. Att se psykisk sjukdom som en följd av olika sociala processer är något som vi i denna studie kommer att lägga fokus på.

Det fanns flera anledningar till att vi valde att skriva om just Borderline personlighetsstörning. Dels har vi båda stött på människor med Borderline personlighetsstörning i både arbetsliv och privatliv. Vad som också väckte vårt intresse var att vi uppfattat att begreppet borderline användes ganska godtyckligt bland människor i vår omgivning och att många inte tycktes veta vad borderline egentligen innebär. När vi började läsa in oss på ämnet kunde vi snabbt konstatera att det även i ett historiskt perspektiv har funnits en stor osäkerhet kring begreppet. Borderline personlighetsstörning har fått sitt namn från den tid då man delade in patienter i psykotiska och neurotiska. Vissa människor passade inte in i någon av dessa kategorier och benämndes därför som borderline som ungefär betyder gränsland.

Under historiens gång har en rad olika benämningar använts för att på något sätt ringa in de symptom vi idag kallar borderline och fortfarande är det inte helt lätt att greppa diagnosen. Idag ifrågasätts begreppet borderline för att vara missvisande och förlegat och benämningen emotionellt instabil personlighetsstörning blir allt vanligare. Vilket begrepp som är mest lämpat för att beskriva dessa människor kan man diskutera men borderline säger i alla fall något om den här gruppens utsatthet i samhället. Eftersom deras problem är svåra att ringa in och avgränsa gentemot andra personlighetsstörningar riskerar de att falla mellan stolarna i samhällets hjälpsystem och än så länge finns ingen självklar behandlingsmetod för personer med BPS. Så vad innebär egentligen Borderline personlighetsstörning och hur kan man förklara denna störning?

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv undersöka hur personal på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Västsverige beskriver Borderline personlighetsstörning hos sina patienter?

För att kunna besvara syftet kommer tre frågeställningar att användas;

- Vilka nyckelord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen?
- Hur väljer personalen att förklara uppkomsten av Borderline personlighetsstörning?
- Hur ser personalen på patienternas möjlighet till tillfrisknande?

3 BEGREPPSDEFINITIONER

Borderline personlighetsstörning

Det finns anledning att diskutera en övergång Borderline personlighetsstörning till begreppet emotionellt instabil personlighetsstörning som idag används i diagnosmanualen ICD-10, men eftersom de flesta av våra intervjupersoner i denna studie använde begreppet Borderline personlighetsstörning i sitt arbete och eftersom begreppet idag är etablerat i samhället kommer det att användas även i denna studie. För definition av begreppet se rubriken *Bakgrund till diagnosen och tidigare forskning*.

Personlighetsstörning

Personlighetsstörning definieras enligt DSM-IV som;

A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden:

- kognitioner (dvs. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
- affektivitet (dvs. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och orimligheten i det känslomässiga gensvaret)
- mellanmänskligt samspel impuls kontroll

B. Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang

C. Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxenålder.

E. Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.

F. Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex skalltrauma). (American Psychiatric Association, 1994)

DBT

Åsa Nilsson berättar i förordet till Linehan (2000) att DBT eller *Dialektisk Beteendeterapi*, utvecklades av Marsha Linehan, psykologiprofessor i Seattle och behandlingsmetoden fick sitt genombrott 1991 då resultatet från en randomiserad, kontrollerad studie presenterades. Studien visade att DBT hade större effekt för minskat självskadebeteende hos borderlinepatienter jämfört med annan psykoterapi. För första gången kunde man visa på att psykoterapeutisk behandling kunde hjälpa denna patientgrupp (Linehan, 2000).

DBT är i grunden en psykoterapeutisk behandlingsmetod och har som sin främsta förklaringsmodell biosocial teori (Grotstein, 1987; Millon, 1986) som bygger på dels medfödda temperamentsvariabler och det samspel som sker med miljön. (För en mer utförlig förklaring se rubriken *Olika sätt att förklara BPS* och avsnittet om biosocial modell) DBT bygger på fyra olika teoretiska hörnstenar nämligen inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zen buddhistisk filosofi (Käver och Nilsson, 2002). Näslund (1998) har i sin bok sammanfattat Linehans beskrivning av DBT och tar upp de två dialektiska ståndpunkter som behandlingen utgår från. Terapeuten ska dels 1. *Acceptera patienten precis som hon är* och samtidigt 2. *Lära henne att förändra sig*.

I det konkreta behandlingsarbetet arbetar man två och två med en patient under minst ett år. En samtalsterapeut jobbar med att lära patienten nya sätt att tänka för att bättre hantera sina känslsvängningar, sin frustration och kunna bearbeta problem. Den andra terapeuten är färdighetstränare och lär patienten olika sociala färdigheter. Denna terapi sker oftast i grupp och är uppdelad i fyra delar; Att vara medvetet närvarande (mindfulness), att skapa goda relationer, att reglera känslor och att överleva kriser. Syftet med DBT är att;

1. Minska patientens självmordsförsök och självskadebeteende
2. Behålla patienten kvar i terapin
3. Öka patientens livskvalitet

(Näslund, 1998)

MBT

En annan behandlingsmetod som började användas så nyligen som 2005 i Sverige är *Mentaliserings Baserad Terapi* (MBT). Rydén och Wallroth (2008) har skrivit den första boken om MBT på svenska. De berättar att MBT är en behandlingsmetod med psykoanalytisk teori och utvecklingsteori i grunden som utvecklats i London av Anthony Bateman och Peter Fonagy som har arbetat med den sedan 90-talet. Inom MBT antar man att personer med BPS har en bristande förmåga att mentalisera d.v.s. att reflektera över och förstå hur eget och andras beteende påverkas av mentala tillstånd, som till exempel tankar, fantasier och rädslor. Denna bristande förmåga får till följd att personen i fråga får svårt dels med att förstå sina egna känslor och dels att förstå och förutsäga andra människors intentioner och beteenden. Det självskadebeteende som många borderlinepatienter har förklaras här som ett sätt att hantera och reglera de outhärdliga känslor som patienten får när hon inte kan reflektera, mentalisera. MBT har som syfte att hjälpa personer med BPS att träna upp mentaliseringsförmågan och därigenom undvika att använda destruktiva beteenden som ett sätt att hantera sina känslor. Behandlingen sker både genom gruppterapi och enskild terapi. Man arbetar även med skrifterapi och målarterapi. Behandlingen för BPS pågår under ca 18 månader. (Rydén och Wallroth, 2008)

KPT

Kognitiv psykoterapi (KPT) introducerades av professor Carlo Perris (1986) under slutet av 70-talet och är en psykologisk behandlingsmetod som baseras på en specifik teori om hur emotionella störningar uppkommer. Den genomsyras av en humanistisk människosyn där patienten ses som

ett subjekt och aktivt deltar i sin behandling. KPT har en problemlösande karaktär och syftar till att lindra patientens symtom samt att handskas med de svårigheter som ligger till grund för det emotionella lidandet. Termen kognitiv betonar att terapeuten huvudsakligen eftersträvar symtomlindring genom att ändra dysfunktionella kognitioner. Med dysfunktionell kognition menas individens skeva uppfattning om sin situation, sina besvär, om sin person, omvärlden och framtiden. Förutsatt att den humanistiska människosynen och den terapeutiska hållningen bibehålls kan KPT även integrera tekniker från såväl psykodynamiska, beteendeterapeutiska och biologiska behandlingsmetoder (Perris, 1986).

4 BAKGRUND TILL DIAGNOSEN BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING OCH TIDIGARE FORSKNING

Silfving och Nilson (2001) berättar att begreppet borderline har sitt ursprung i den psykoanalytiska skolan och myntades av psykoanalytikern Adolf Stern då han 1938 publicerade sin artikel *The psychoanalytic investigation of and therapy in borderline group of neurosis*. Näslund (1998) menar att Borderline personlighetsstörning inte är ett fenomen som är särskilt tydligt avgränsat och därför inte heller lätt att på ett kortfattat och enkelt sätt beskriva. Kanske är det därför borderline under lång tid använts som en så kallad slasktrattsdiagnos. Under 1950-talet och flera årtionden därefter användes diagnosen något godtyckligt och de patienter som inte kunde klassas som klart psykotiska eller neurotiska fick istället diagnosen Borderline personlighetsstörning (Näslund, 1998). Det har även funnits en rad olika benämningar på de symptom vi idag kallar borderline. Silfving och Nilson (2001) tar upp benämningarna preschizofreni, borderlineschizofreni, gränspsykos och borderlineneuros. Idag är två benämningar vanliga; Borderline personlighetsstörning och emotionellt instabil personlighetsstörning. Att det är dessa två benämningar som dominerar beror på de två diagnostiska manualer vi använder i Sverige idag. Dels är det WHO's¹ *International Classification of Diseases (ICD-10)* där emotionellt instabil används. Sedan har vi det diagnossystem som är mest utbredd inom svensk psykiatri nämligen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* som inkluderat BPS sedan 1980 och därefter behållit borderline som begrepp (Silfving och Nilson, 2001).

4.1 Borderline idag

När man inom svensk psykiatri diagnostiserar en person med BPS så är det vanligast att man använder sig av DSMs kriterier. Manualen har omarbetats flera gånger och sedan 1994 gäller den fjärde versionen, DSM-IV. BPS karakteriseras enligt manualen av ett genomgående mönster av instabilitet i relationer med andra människor, i självbild och affekter (ung. känslor), samt markerad impulsivitet med början i tidig vuxen ålder. Här har man sammanställt nio kriterier varav minst fem behöver vara uppfyllda för att en person ska få diagnosen Borderline personlighetsstörning. Förutom detta gäller även det att kriterierna för personlighetsstörning i sig ska vara uppfyllda (Näslund, 1998). Nedan följer en förkortad version av kriterierna för Borderline personlighetsstörning;

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering
3. Uppvisar påtaglig osäkerhet och instabilitet i självbild och identitetskänsla

¹ World Health Organisation

4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (till exempel slösaktighet, sexuell äventyrlighet, medicin- eller drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning, kaotisk livsstil).
5. Vissa kan uppvisa suicidala gester, suicidhot och ibland upprepat suicidalt beteende, eller självstympande handlingar
6. Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (till exempel intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar)
7. Känner en kronisk tomhetskänsla
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (till exempel ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål)
9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller dissociativa symptom. (American Psychiatric Association, 1994)

I artikeln *Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder* av Elizabeth R. Lequesne och Richard G. Hersh (2004) har man historiskt undersökt fastställandet av diagnoser inom medicin och psykiatri och även diskuterat skälen till varför kliniker är oense om huruvida de ska ställa en diagnos som Borderline personlighetsstörning. Man har resonerat kring varför kliniker väljer att inte diagnostisera en person med BPS och kommit fram till att klinikerna ifrågasätter validiteten hos diagnosen och att de dessutom är oroliga över att patienten ska ta skada av den stigmatisering som de menar att diagnosen innebär. Författarna anser att det finns många anledningar till att göra diagnosen BPS öppen för granskning och diskussion mellan kliniker och patienter men tror att fastställandet av diagnosen skulle hjälpa patienten till ett snabbare tillfrisknande.

Förutom DSM-IV så finns det många andra beskrivningar av vad det innebär att lida av BPS. Silfving, Nilson (2001) har i sin bok *Farliga relationer? – Om borderline* gjort en beskrivning av vad som karaktäriserar personer med BPS i åtta punkter. De börjar med att ta upp att borderlinepersoner (härefter BP) kännetecknas av en **störd självuppfattning**, att deras självbild till stor del baseras på vad andra tycker och tänker och hur andra reagerar på dem. Om någon till exempel ger mig en kritisk kommentar bestämmer jag mig för att jag är en värdelös och usel människa. När jag å andra sidan får en komplimang ser jag mig själv som perfekt och fullkomlig.

Vidare menar de att BP har **instabila mellanmänskliga relationer**. BP har behov av tydliga och pålitliga relationer, samtidigt har de svårt att erkänna det behovet vilket gör att de avvisar människor och håller dem på avstånd. Just detta behov av närhet kontra distans har illustrerats av Hartvig, Ericson et al. (1999) som menar att det i själva verket är den centrala konflikten hos personer med BPS. BP upplever en stark längtan efter nära relationer men har på samma gång en önskan om att stå fri och obunden. BP lyckas inte reglera dessa två motstridiga behov och konsekvensen blir en ständig och plågsam rörelse från och mot människor (Bernsten och Franzén, 2005)

För att återgå till Silfving och Nilson (2001) lider också personer med BPS av **tankestörningar (s.k. kognitiva störningar)**. Under stress har BP svårt att hantera känslor och tankar. Rimliga krav som andra ställer kan upplevas som mycket pressande och svåra att leva upp till. Dessutom har BP ofta koncentrationssvårigheter och problem med att påbörja och avsluta en uppgift och dålig symboliseringsförmåga. Författarna tar vidare upp **impulsivt beteende** och den **affektabilitet** som även ingår som DSM-IVs kriterier. Något som däremot inte tas upp i DSM-IV är de **funktionsrelaterade svårigheter** som Silfving och Nilson (2001) menar är vanliga. Det handlar om att BP har svårt att utnyttja de erfarenheter och resurser de har. Trots att de kan ha

stor potential att lyckas med saker hindrar deras labilitet i känslor och tankar dem från att prestera i situationer som kräver koncentration, tolerans och anpassning.

Pseudokompetens kallar författarna den slags ”låtsade färdighet” som BP kan visa upp inför omgivningen. Personen kan ta sig an en uppgift med stort självförtroende och till synes stor kompetens medan omgivning ser att han eller hon inte ens klarar av de enklaste vardagliga sysslor utan stor ångest och påfrestning. Denna pseudokompetens kan enligt författarna förklaras av de stora perfektionskrav som många BP har på sig själva. Slutligen ingår även de **självdestruktiva handlingar** som DSM-IV tar upp som självstympande handlingar. Här ingår till exempel att personen skär eller bränner sig, förgiftar sig själv, skadar sina könsorgan eller ytterst tar sitt eget liv (Silfving och Nilson, 2001).

Vidare skiljer författarna på två olika typer av borderlinebeteende, nämligen inåt- och utåtagerande. De inåtagerande BP karaktäriseras av att de vänder sin smärta inåt mot sig själv och sin egen kropp. De kan uppfattas som hjälplösa, inställsamma och extremt klängiga av sin omgivning. De utåtagerande är mer aggressiva och projicerande² i sin karaktär. De verkar mer oberoende och hanterar sin smärta genom att agera ut mot andra i sin omgivning. Författarna spekulerar kring huruvida det inte är lättare för en utåtagerande BP att passa in i dagens samhälle, där fokus ligger på den egna personen, på yta och charm (Silfving och Nilson, 2001). Näslund (1998) frågar sig om BPS kanske till och med är just vår tids psykiska störning. Hon diskuterar samhällets krav på, inte bara en mätbar logisk intelligens hos människor utan också en högt utvecklad känslomässig intelligens som kräver att en person har förmåga att tygla impulser, leva sig in i andras känslor, kunna skapa goda relationer till människor och hantera olika svårigheter. Med andra ord allt det som personer med BPS har svårt att klara av. Hon tar upp att fler och fler unga idag verkar sakna förmåga till impulskontroll och känsloreglering och undrar därför om samhället idag i själva verket tenderar att skapa människor med borderlineproblematik och bristande känslomässig intelligens (Näslund, 1998).

4.2 Förekomst

Ungefär 1 - 2 % av befolkningen beräknas ha BPS. I siffror betyder det att ca 70 000 – 140 000 människor lider av denna personlighetsstörning i Sverige idag. Den är alltså betydligt fler än de som lider av schizofreni som är ca 35000. (Silfving och Nilson, 2001; Näslund, 1998) Näslund (1998) diskuterar förekomsten av BPS utifrån ett könsperspektiv och tar upp det faktum att 70 – 80 % av personerna med BPS är kvinnor. Hon frågar sig om det är så att kvinnor verkligen drabbas i större utsträckning eller om det handlar om att män inte får diagnosen i samma utsträckning som kvinnor. Vissa forskare menar att en av de starkaste riskfaktorerna för BPS är sexuellt utnyttjande i barndomen och att det är något som många fler kvinnor än män varit utsatta för. Näslund (1998) tar även upp skillnaden i hur föräldrar svarar mot sina barn och vikten av ett gott samspel mellan förälder och barn för att barnet ska utvecklas känslomässigt. Detta ställer hon i relation till det faktum att undersökningar visar att mödrar tenderar att svara bättre på sina söner och presenterar detta som en förklaring till att fler kvinnor utvecklar BPS (Näslund, 1998).

² Ett försvar på mellannivå som går ut på att en person överför sin egen känsla av till exempel ångest, på en annan person så att denna istället känner ångesten. Projektionen kan ske utan ord och utan att den andra personen märker något (Grina, 1997)

4.3 Kan man bli frisk?

James P. Breiling (2008) skriver i sin artikel *Foreword* att individer med Borderline personlighetsstörning fortsätter att vara en utmanande patientgrupp men att en ny och bättre och värld idag är möjlig för de flesta personer med BPS. Han pekar på att en diagnos idag kan ge individen en större chans att delvis tillfriskna. Trots detta kvarstår utmaningar, menar han. En del patienter uppvisar ingen signifikant minskning av symptom, även om många mår bättre. Författaren pekar på att sociala och arbetsrelaterade situationer ofta är problematiska för patienterna, liksom problem med den fysiska hälsan. Breiling säger att fortsatt forskning är nödvändig men att man kommit en bra bit på väg mot ett gott liv för dessa patienter. Silfving, Nilson (2001) är också positiva i sin syn på patienters möjlighet till tillfrisknande. De säger att trots att BPS är en allvarlig personlighetsstörning med omfattande, negativa konsekvenser, verkar det som att livet självt har en förmåga att i alla fall delvis läka dessa människor. De allra flesta personer med BPS lever relativt välfungerande liv i fyrtioårsåldern och studier har visat att i 75 % av de som fått diagnosen Borderline personlighetsstörning inte uppfyller kriterierna för diagnosen femton år senare (Silfving och Nilson, 2001).

Näslund (1998) tar upp några faktorer som kan verka försvårande när det gäller tillfrisknande från BPS. Hon nämner sådana faktorer som depression, psykisk ohälsa i familjen, tidigt insjuknande, känslomässig instabilitet, lågt IQ och en lång första sjukhusvistelse (Näslund, 1998). Silfving, Nilson (2001) tar på samma sätt upp faktorer som tyder på en god prognos för tillfrisknande, nämligen att BP har ett visst hopp inför framtiden, att BP har en viss frustrationstolerans, att BP inte är skilsmässobarn och att det finns en vilja hos BP att ta emot hjälp (Silfving och Nilson 2001).

4.4 Behandling av BPS

I artikeln *Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications* av Ron B. Aviram, Beth S. Brodsky och Barbara Stanley (2006) tar författarna upp svårigheter som kan uppstå i behandlingsarbetet med BP. De menar att BPS ofta beskrivs i negativa ordalag av kliniker men också av allmänheten. De antyder att Borderline personlighetsstörning är en väldigt stigmatiserande sjukdom och att denna stigmatisering kan påverka i vilken grad professionella tolererar dessa individers handlingar, tankar och emotionella reaktioner. Den kan också leda till att man förminskar individens symptom och förbiser deras styrkor, menar författarna. De tar även upp att det finns belägg för att vissa kliniker distanserar sig känslomässigt från personer med BPS och att denna distansering kan bli särskilt problematisk när det kommer till behandlingsarbetet; förutom att individer med BPS är ovanligt känsliga mot att känna sig avvisande och övergivna, kan de också reagera på ett negativt sätt (genom att skada sig själva eller dra sig ur behandling) om de uppfattar en sådan distansering och avvisning. I vilken grad terapeutens distansering är påverkad av stigmatiseringen är en viktig fråga som belyser möjligheten att stigmatiseringen associerad till BPS i sig själv kan bidra till de bristande resultaten som uppvisats med denna grupp människor.

När det gäller behandlingsmetoder finns det ännu ingen absolut framgångsrik behandlingsmetod för BPS och inte heller någon borderlinemedicin. (Näslund, 1998) Olika former av behandling har prövats genom tiderna, däribland psykoanalys, psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi (KBT) och olika former av läkemedelsbehandling så som neuroleptika, antidepressiva mediciner och litium, men inget har fungerat riktigt bra för just denna patientgrupp (Näslund, 1998). En metod som blivit alltmer vanligt förekommande är DBT eller *Dialektisk beteendeterapi* som det egentligen heter (Kåver och Nilsonne, 2000).

4.5 Olika sätt att förklara BPS

Det finns en rad olika förklaringsmodeller till varför en person drabbas av BPS. Näslund (1998) tar upp olika övergripande förklaringsmodeller så som, biologiska faktorer, utvecklingsteoretiska faktorer, psykosociala faktorer och då särskilt övergrepp i barndomen.

Till de förklaringsmodeller som både tar hänsyn till biologiska och sociala faktorer hör den biosociala modellen som ligger till grund för DBT (Dialektisk Beteendeterapi). DBT är en av de metoder som visat på goda resultat för behandling av BPS och är utvecklad och beskriven av Marsha Linehan (Kåver och Nilsonne, 2000). Jörgen Herlofson skriver i förordet till Näslund (1998) att han överraskas av Linehans sätt att se på denna patientgrupp. Enligt honom vägrar Linehan se BP:s svårigheter att hantera känslor och impulser som något sjukt, patologiskt. Istället uppfattar hon de starka känslorna som en resurs, om än de kan vara svåra att hantera både för BP och för deras omgivning (Näslund, 1998).

Linehan förklarar BPS, framförallt som en oförmåga att reglera känslor(emotioner). Denna oförmåga har sin grund dels i biologiska förutsättningar och dels i miljöfaktorer och deras samspel under en persons utveckling. BPS uppstår alltså när en emotionellt sårbar person växer upp i en miljö där hon inte får lära sig att hantera sin känslighet. Detta leder i sin tur till att personen utvecklar till exempel ett självskadebeteende. Känslomässig sårbarhet definieras av en:

1. Mycket hög känslighet för emotionella stimuli
2. Mycket hög intensitet i den känslomässiga reaktionen samt
3. långsam återgång till neutralläge.

(Kåver och Nilsonne, 2000)

Linehan (2000) menar att man i allmänhet kan säga att det finns en biologisk grund till bristande emotionell reglering men tror inte att vi någonsin kommer att hitta en enda biologisk avvikelse som kan förklara alla fall av BPS. Hon lyfter istället upp uppväxtmiljön som hon kallar den *invalidiserande omgivningen*. Hon beskriver denna som en omgivning som svarar på barnets kommunikation av känslor och tankar på ett icke intonande sätt, inte svarar alls eller svarar på ett extremt sätt. Detta får till följd att en avvikelse uppstår mellan barnets egen upplevelse av sig själv och sina känslor och den upplevelse som omgivningen svarar på. Detta kan resultera i att barnet utvecklar BPS (Linehan, 2000).

Som tidigare nämnt tar Näslund (1998) också upp betydelsen av förhållanden i uppväxten och kanske då framförallt sambandet mellan svåra barndomsupplevelser och BPS. Jämfört med patienter med andra personlighetsstörningar är det vanligare att personer med BPS har varit med om svåra övergrepp och försummelse i barndomen menar hon. Särskilt övergrepp av sexuell natur som incest och sexuellt utnyttjande är vanliga hos personer med BPS. Många av dessa personer lider även av PTSD³ (Näslund, 1998). I artikeln *The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature* av Anne Lise Holm och Elisabeth Severinsson (2008), styrks Näslunds resonemang om betydelsen av svåra barndomsupplevelser i relation till BPS. Författarna har undersökt begreppen smärta och oro hos kvinnor med diagnosen Borderline personlighetsstörning och kommit fram till att det hos dessa kvinnor finns en koppling mellan känslomässig smärta och upprepade traumatiska upplevelser i barndomen. Även en hög förekomst av rapporterade övergrepp framkom i undersökningen. Tre teman har framträtt ur materialet; det emotionellt utnyttjade och försummade barnet; som kämpar med känslor som leder till självskadade beteende; och sociala problem relaterade till svårigheter med att reglera

³ Post Traumatic Stress Disorder

känslor.

Ett av de stora namnen inom teorier om anknytning och barns utveckling är Daniel Stern, psykolog och psykoterapeut. Grina (1997) använder Sterns tankegångar som möjliga förklaringsfaktorer till att människor utvecklar BPS. Stern har skrivit en bok som heter *Spädbarnets interpersonella värld* i vilken han beskriver sin teori om självet's uppbyggnad och utveckling. I denna teori beskriver Stern det han kallar för känslointoning och tar upp begreppen selektiv intoning och felintoning. Vidare beskriver han också något som han kallar för RIG, *representationen av interaktioner som är generaliserade*.

Med *känslointoning* menar Stern att modern tonar in sitt barn och Grina beskriver ett av Sterns exempel på detta; ett barn ligger på golvet och sträcker sig efter en sak, mamman tonar in barnet genom att med sin röst säga *oooooj...oooooj*, i samma takt och med samma ansträngning som barnet. Med *selektiv intoning* menar han att mamman väljer att tona in de beteenden som hon kan acceptera och väljer bort de hon tycker mindre om. Detta är något som föräldrar oftast är omedvetna om men som används för att styra och forma barnet. Genom denna selektiva intoning upprättas ett "falskt själv" som barnet kanske kommer att föredra framför det äkta självet just för att kunna dela sina upplevelser med någon. Med felintoning menar Stern att modern väljer bort att tona in det beteende som hon vill att barnet ska utveckla i tron om att barnet utvecklar det önskvärda beteendet om modern inte stör. Stern menar dock att man måste uppmuntra det beteende som man vill att barnet ska utveckla (Grina, 1997).

Med begreppet RIG, (*representationen av interaktioner som är generaliserade*) menar Stern att barnet bygger upp ett kärnsjäl genom ett antal RIGs där ett RIG är ett medeltal av upplevelser som liknar varandra. Vidare menar han att barn tidigt har denna förmåga att sammanfatta upplevelser. Om barnets första år präglas av negativa upplevelser skapas det RIGs som till största delen är negativa och detta medför att individen får en negativ självbild. Detsamma gäller det motsatta, om en individ till största delen har positiva upplevelser skapas också positiva RIGs och därmed en positiv självbild. Stern menar att varje människa genom nya interaktioner kan påverka sina inre generaliserade representationer av sig själv, andra och sig själv i relation till andra. Vidare menar han att detta skulle kunna ses som en möjlighet till positiv påverkan i mötet med borderlinepatienter (Grina, 1997).

5 METOD

En observation

Jag ringer på klockan och blir insläppt till mottagningen. Egentligen ser det ut som en vanlig sjukhuskorridor med tavlor på väggarna och några bord och stolar utställda här och var. Men det känns verkligen inte som en sjukhuskorridor, man får inte den där kliniska känslan som när man går in på ett sjukhus. Tavlorna på väggarna är omsorgsfullt utvalda, riktig konst, tänker jag när jag passerar. Det finns en liten reception i början av korridoren och mitt emot en anslagstavla med information om anhörigträffar, artiklar från mottagningen, reklam från kamratgrupper och annat. Gamla möbler från second hand, varvas med moderna gardinlängder, tavlor och ljusfat. Färgerna är varma, röda. Det står en ensam, ganska stor palmliknande växt mitt i korridoren. Längre fram finns ett litet väntrum, egentligen inget rum utan mer en avgränsad del av rummet med fåtöljer, tidningar och till och med en liten korg med pocketböcker. En skylt på bordet ovanför upplyser besökaren om att det är fritt fram att låna en bok som man tycker är intressant. Jag blir erbjuden kaffe i vackra, mörkbruna keramikkoppar innan vi går in i terapeutens rum. Hennes rum går i rött det också. Gardinerna ser ut som tagna ur en inredningskatalog och på bordet står ännu ett fat med stearinljus. Fönstret är fyllt av gröna växter. Jag tar en klunk kaffe och trycker på rec-knappen.

5.1 Den psykiatriska öppenvårdsmottagningen

Enheten för personlighetsstörningar är en specialistenhet som har funnits sedan 2002 och har tolv anställda uppdelade på fyra olika behandlingsteam. Det finns ett MBT, KBT, DBT och ett KPT (Kognitiv Psykoterapi) - team. Vanligtvis är de som kommer till mottagningen mellan 18 och 25 år men man tar även emot yngre personer genom sitt samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin. De finns fem psykologer uppdelade på DBT och MBT-teamen och det är oftast de som utför bedömningar på patienterna som kommer från remissmottagningen till mottagningen. Under bedömningen fastslås det om patienten är på rätt enhet och man bestämmer vilket team patienten ska tillhöra. Förutom teamens olika arbete så bedriver man även en anhöriggrupp på kvällstid och arbetar med att utveckla ett omvårdnadsteam.

5.1 Avgränsningar

Den kvalitativa djupintervjun är en metod som passade vårt syfte och frågeställningar bra, eftersom den syftar till att upptäcka och förstå egenskapen hos någonting. Idealet hade varit att undersöka dessa frågeställningar på en bredare plan, till exempel undersöka hur man inom olika verksamheter i olika städer i Sverige ser på Borderline personlighetsstörning. Det hade även varit intressant att se på hur man i olika kulturer ser på störningen. Dels hade det gett en rikare bild av diagnosen och dels hade det varit möjligt att dra mer generella slutsatser utifrån den insamlade empirin.

Den kvalitativa forskningsintervjun är dock en metod som kräver tid, dels att hitta informanter som kan tänka sig att medverka men också bearbetning av materialet såsom transkribering, sammanställning och analys. Detta är en process som bör präglas av utforskarglädje, undran och kreativitet. De sju veckor som stod till förfogande för denna uppsats, anser vi vara alldeles för kort tid för att kunna genomföra en kvalitativ studie baserat på dessa inslag. Vi var därför tvungna att göra en omfattande begränsning av datainsamlingen.

Studien syftar inte till att vara en kartläggning av hur personal i allmänhet tänker om borderline utan fokuserar istället på personlighetsstörningen ur just denna personals synvinkel. Detta innebär att möjligheterna att dra mer generella slutsatser utifrån resultatet blir relativt begränsade. Trots detta anser vi att den insamlade kunskapen kan vara ett viktigt bidrag till en fortsatt debatt om samhällets syn på vad som är sjukt och vilken del samhället har i att skapa psykisk ohälsa och sjukdom.

5.2 Val av datainsamlingsmetod

5.2.1 Den kvalitativa djupintervjun

Svensson och Starrin (2006) beskriver den kvalitativa forskningsintervjun som en metod för att utröna, upptäcka och förstå egenskapen hos någonting. Att den utgår från ett antagande om att man inte från början vet vilka frågor som är viktiga eller inte. Vidare säger de att det krävs att intervjuaren är fantasifull, lyhörd och följer upp vad som kan vara av vikt för studiens centrala syfte (Svensson och Starrin, 1996).

Att intervjua personalen utifrån kvalitativ metod var enligt oss det bästa tillvägagångssättet för att besvara studiens syfte eftersom den efterfrågar deras egna tankar, upplevelser och reflektioner kring diagnosen BPS. Vi valde vidare att jobba med halvstrukturerade intervjuer för att lämna utrymme för improvisation och ett friare samtal där berättelsen kan få sväva ut en del. Detta är

viktigt för att skapa det öppna klimat och den trygghet som bör präglade en intervjusituation menar Svensson och Starrin (1996). Vi använde oss av en studieguide (bilaga1) med några övergripande frågeställningar och teman för att lättare kunna fokusera på målet med intervjun. Vi utgick från de typer av frågor Kvale tar upp i sin bok och började intervjuerna med *inledande frågor* för att få så spontana och detaljrika beskrivningar som möjligt, och för att kunna fånga upp det betydelsefulla i svaren med *uppföljningsfrågor* och *specificerande frågor* som resulterar i vidare beskrivning (Kvale, 1997).

5.2.2 Insamling av litteratur och information

För att hitta relevant information och vårt ämne har vi lånat böcker dels på stadsbibliotek i Göteborg och i Uddevalla. Vi har även sökt böcker vid Göteborgs Universitetsbibliotek (GUNDA) och använt referenslistor i böcker för att hitta nya källor. Vi har även tagit hjälp av kontakter inom socialtjänsten för att få ytterligare hjälp med litteratur. Internetsidor så som Google, Wikipedia och olika anhörigsidor var till stor hjälp i början av studien när vi försökte få en överblick av ämnet. För att hitta vetenskapliga artiklar till vår tidigare forskning använde vi databasen PsycInfo och sökte där med hjälp av olika kombinationer av orden; *borderline*, *borderline personality disorder*, *social stigma*, *diagnosis*, *socialculture factors*.

5.3 Val av teori

Vi har valt att använda lite olika former av teorier för att genomföra denna studie. Ett socialkonstruktionistiskt perspektiv har använts och då dess syn på språkets betydelse i interaktionen mellan människor. Vi anser också att ett konstruktionistiskt sätt att se på psykisk sjukdom är en betydelsefull motvikt till det psykiatriska, naturvetenskapliga sättet och det är viktigt att man medvetandegör vårt eget och samhällets sätt att se på de människor som anses sjuka eller avvikande. Vi har även använt interaktionistisk teori för att ge en syn på psykisk sjukdom. Till sist har vi inom interaktionismen plockat ut stämplingsteorin för att mer konkret kunna förklara interaktionismens ståndpunkter gällande psykisk sjukdom. Vi resonerade en del kring andra teorier, utvecklingsteorier, genusteorier m.m. men insåg snart att vi ville använda något mer provocerande, teorier och begrepp som utmanade och kunde ge en intressant vinkling på våra frågeställningar. Eftersom en av våra frågeställningar berörde just den språkliga aspekten av samspelet mellan personal och patienter, valde vi att presentera den delen av socialkonstruktionismen som berörde just språket. För att analysera våra frågeställningar om BPS uppkomst och prognos valde vi stämplingsteorin och då till stor del Goldbergs stämplingsmodell tillsammans med Goffmans begrepp stigma.

5.4 Genomförandet

Totalt genomfördes sex intervjuer, en intervju tog mellan 45 och 60 minuter att genomföra. Samtliga intervjuer gjordes med personal från en öppenvårdsmottagning i Västsverige med hjälp av vår intervjuguide. Intervjuguiden var indelad i fyra olika områden; bakgrund, verksamheten, behandlingsarbetet och utmaningar. Under vart och ett av dessa fyra områden hade vi en del stödfrågor för att hjälpa oss själva men även intervjupersonen att ”hålla tråden” under samtalet.

Intervjuerna spelades in på ljudband med hjälp av diktafon och efter transkribering makulerades banden. Kvale (1997) beskriver bandspelare som det vanligaste sättet att registrera en intervju och menar att den underlättar för intervjuaren att koncentrera sig på dynamiken i intervjun eftersom man slipper anteckna (Kvale, 1997). Om man spelar in en intervju är det också lätt att gå tillbaka i det insamlade materialet för att kanske upptäcka nyanser eller mönster som annars hade gått förlorade.

Vi informerade intervjupersonerna om syftet med studien, men även vad den skulle användas till och vem/vilka som skulle ta del av den. Vidare informerade vi om att intervjupersonerna skulle vara anonyma tillsammans med arbetsplatsen, att det var frivilligt att delta samt att de hade möjligheten att dra sig ur studien. Informationen gavs muntligt i början av intervjun men också i form av ett informationsbrev som lämnades över till intervjupersonen. Kvale (1997) menar att det är mycket viktigt att den som ska intervjuas får en bakgrund till studien för att den ska kunna genomföras på bästa sätt (Kvale, 1997). Efter bekräftande och godkännande från intervjupersonen påbörjades intervjun.

Intervjuerna inleddes med temat bakgrund dels för att få de personuppgifter som behövdes av men kanske främst för att på något sätt ”mjukstarta” intervjuerna och skapa en inledande kontakt mellan intervjuare och intervjuperson. Kvale (1997) säger att de första minuterna är avgörande för hur mycket intervjupersonen kommer att vilja dela med sig av sina erfarenheter (Kvale, 1997). Efter hand blev intervjuerna mer samtalsbetonade och de flesta intervjupersonerna pratade mer frispråkigt. Allt eftersom samtalet fortskred handlade vår roll som intervjuare mer om att stödja och lyssna än att ställa frågor. Varje intervju avslutades med att vi frågade om det fanns något som intervjupersonen ville tillägga och så tackade vi dem för att de ställt upp.

Intervjuerna genomfördes under två förmiddagar med en veckas mellanrum. Måndagar var nämligen den dagen som fungerade bäst för personalen eftersom de har sina behandlingskonferenser då och inga patienter finns på mottagningen under förmiddagen. Vi diskuterade möjligheten att vi båda skulle delta under alla intervjuer för att på så sätt stärka validiteten genom att vara två om att ställa följdfrågor men också genom att kunna transkribera och sammanställa intervjuerna i samma kontext. Eftersom vi hade ont om tid för uppsatsskrivandet, bestämde vi oss för att dela upp intervjuerna och göra tre var. Vi använde oss dock av samma intervjuguide och diskuterade ihop oss om att försöka uppräta samma förhållningssätt gentemot intervjupersonerna och deras svar. Under den första dagen hann vi med tre intervjuer och fick sen besked om att komma tillbaka nästa vecka. Tanken var att vi även vid nästa tillfälle skulle dela upp intervjuerna mellan oss men eftersom en av oss blev sjuk just innan de sista intervjuerna skulle genomföras så fick den andra göra dem istället. Vid detta tillfälle gjordes även en observation. Sammanställningen av intervjumaterialet skickades till respektive informant för godkännande innan intervjumaterialet användes.

5.5 Databearbetning och analysförfarande

Efter att ha samlat in alla intervjuer och kompletterat vissa uppgifter med personal så började själva bearbetningen. Intervjuerna transkriberades från tal till text ordagrant, vilket innebar att vi även noterade icke-verbal kommunikation som skratt och liknande. Vi ansåg det viktigt att inte begränsa studien genom att vara för selektiv med informationen i ett sådant tidigt stadium av forskningsprocessen. Detta eftersom vi var medvetna om att nya, vinklar kunde komma att dyka upp under samtalet som vi kanske var intresserade av att ta med i studien. Efter transkriberingen makulerades banden.

När vi skrivit ut och läst igenom alla intervjuerna flera gånger började vi försöka se mönster och avvikelser i materialet. Fanns det något alla intervjupersoner tog upp? Var det något vi väntat att höra som aldrig sades? I det här stadiet försökte vi att vara så öppna som möjligt och inte tänka för mycket på våra frågeställningar. När vi tillsammans diskuterat igenom intervjuerna insåg vi att vi delvis ville omarbota frågeställningarna. Till en början hade fokus legat på personalens upplevelse av behandlingsarbetet men nu väcktes intresset hos oss angående själva diagnosen,

vad benämner vi egentligen som sjukt och hur ”uppstår” sjukdom hos människor? Vi valde att rikta våra frågor mer mot diagnosen och hur personalen tänkte om den.

Analysen formulerades kring de tre frågeställningarna. Ett analysdokument upprättades där hela intervjumaterialet fördelades under dessa frågeställningar. Därefter markerades allt som direkt kunde kopplas till respektive frågeställning och som var relevant för syftet, utan att det övriga materialet raderades. Efter detta kopierades det markerade materialet till vårt huvuddokument och vi påbörjade en mer aktiv del av analysarbetet. För underlätta analysen grupperades olika fraser och resonemang i olika färgkategorier (för ett exempel av analysgången, se Bilaga 3) och dessa olika kategorier fördes sedan över i empiripresentationen.

5.6 Etiska reflektioner

De forskningsetiska principerna som står skrivna i Lagen om etikprövning som avser människor, har varit vår utgångspunkt när det gäller det etiska ställningstagandet under arbetets gång. Syftet med denna lag är att skydda den enskilda individen och hennes människovärde vid forskning (Sveriges rikets lag, 2003:460).

Vidare har vi valt att arbeta utifrån de etiska frågor som Kvale (1997) menar ska användas under hela forskningsprocessen, från tematisering till rapportering (Kvale, 1997). Inom intervjusituationen har vi därför valt att låta våra intervjupersoner vara anonyma gentemot allmänheten och detta informerade vi om när vi ringde och frågade om de ville ställa upp på intervjuer och även när vi träffades för intervjuerna. I redovisningen av empirin valde vi att benämna intervjupersonerna vid siffror; (IP 1) (IP 2). Ålder och yrkesbeteckning redovisades dock, vilket innebar att de själva skulle kunna identifiera sina arbetskamrater och därmed röja vem som sagt vad. Vi diskuterade om vi skulle fingera ålder, utbildning samt yrkesbenämning men bedömde att denna information inte skulle skada personalen eftersom de arbetar tätt tillsammans med arbetsuppgifter som kräver förtroende dem emellan.

Intervjupersonerna informerades även om syftet med studien, vem/vilka som skulle ta del av den samt att det var helt frivilligt för dem att delta. Vi lämnade även ett informationsbrev som förklarade dels syfte, anonymitet och frivillighet men som också innehöll våra kontaktuppgifter. Kvale (1997) menar att det är mycket viktigt att den som ska intervjuas får en bakgrund till studien för att den ska kunna genomföras på bästa sätt. Intervjupersonerna har fått godkänna sammanställningen och därmed haft inflytande över hur deras uttalanden tolkats (Kvale, 1997).

5.7 Metodologiska reflektioner

Att jobba med djupintervjuer är en fantastisk men också krävande uppgift. Att få vara med om att få samtala med en främmande människa och ta del av hennes kunskap och erfarenheter känns som ett privilegium men också som ett stort ansvar. När vi hade bestämt oss för vad vi ville undersöka så var djupintervjuer den enda metod vi kunde tänka oss att använda. Att använda en kvantitativ metod till exempel enkäter, för att undersöka vårt syfte uppfattade vi inte som ett relevant alternativ. Att fånga den sortens personliga upplevelser som vi var ute efter med hjälp av en enkät skulle vara att kräva väldigt mycket av intervjupersonerna. Dels tidsmässigt men det skulle också kräva mycket gällande deras förmåga att uttrycka sig i skrift.

Bearbetningen av det material vi samlat in var en utmanande del av forskningsprocessen. Transkriberingen var betydligt mer tidskrävande än vad vi väntat oss. Trots det var resultatet värt arbetet. När vi kunde läsa exakt hur samtalet sett ut blev det betydligt lättare att genomföra analysen. Eftersom vi hade de exakta formuleringarna var det lättare att undvika missförstånd

och feltolkningar och citaten som användes i analysen var lättare att förstå då de kunde kopplas till sitt sammanhang. En annan möjlighet till datainsamling hade varit att använda videoinspelning vid intervjutillfällena. Det hade varit intressant att fånga in även den icke-verbala aspekten av samtalen men eftersom detta inte var vårt huvudsakliga intresse så fungerade bandspelare mycket bra.

Analysen var nog det svåraste momentet i forskningsprocessen. Det fanns så mycket i intervjuerna som var intressant så det var svårt att veta vad vi skulle använda. Vi funderade en del kring vilken analysmetod vi skulle använda och läste på om bland annat Grounded Theory, meningskoncentrering och andra metoder. Det var dock inte helt lätt att välja metod när vi väl hade intervjuerna färdiga. Resultatet blev en kombination av många olika metoder, där ibland; *Grounded Theory* som enligt Svensson och Starrin (1996) innebär att man som forskare *inte* utgår från en förutbestämd teori utan låter datainsamlingen styra val av teori. Vidare menar man att forskningsfrågorna ska vara så öppna som möjligt och att problemprecisering snarare är en slutprodukt än en förutsättning (Svensson och Starrin, 1996). Omedvetet har arbetet bedrivits utifrån denna metod då vi påbörjade det ganska förutsättningslöst och inte riktigt visste vad vi skulle vänta oss, först efter att datainsamlingen var gjord valde vi teori. Vi har även omformulerat frågeställningarna under arbetets gång vilket kan ses som ett steg i GT. Vi har även använt oss av *meningskoncentrering* som innebär att långa uttalanden koncentreras till korta meningar, där det väsentliga presenteras (Kvale, 1997). Detta användes när vi sorterat ut allt material vi ville använda i analysen. Intervjupersonerna beskrev patienterna i långa resonemang och vi valde ut de nyckelord som vi ansåg var av intresse. Man kan också säga att vi valt att *skapa mening ad hoc* under analysarbetet eftersom vi, när vi läst igenom intervjuerna och fått ett allmänt intryck, gick tillbaka till särskilda avsnitt för att se närmre på ett fenomen. Till exempel så räknade vi ord för att se hur ofta de användes men även för att kunna urskilja de attityder gentemot patientgruppen som dessa ord lyfter pekade på (Kvale, 1997).

5.8 Studiens trovärdighet

Kvale (1997) menar att reliabiliteten är god om man får samma mätvärde varje gång man mäter samma sak med samma instrument (Kvale, 1997). Svensson och Starrin (1996) säger att hög reliabilitet inom den kvantitativa forskningen innebär att man får samma resultat vid upprepad mätning av ”konstant objekt”. Detta är dock svårt att göra i den kvalitativa studien då det finns svårigheter med det ”konstanta objektet”. En intervjuperson kan ju inte garantera att han/hon är emotionellt stabil och därmed har samma emotionella status vid varje intervjutillfälle.

När det gäller den här studien är det självklart svårt att tala om reliabilitet. Det finns ingen möjlighet att våra intervjupersoner skulle ge samma svar, samma resultat bara för att vi använde samma intervjuguide och det är inte heller något vi strävat efter. Visserligen har vi ställt samma frågor till alla men eftersom intervjupersonerna har olika bakgrund, ålder och utbildning så svarar de också olika, vilket vi betraktar som en fördel. Detta ger en rikare bild av det vi vill undersöka.

Svensson (1996) beskriver reliabilitetsbegreppet som mer sammanflätat med validitetsbegreppet i kvalitativa studier än i kvantitativa. Vidare menar han att man inte kan bedöma reliabiliteten utan att se till validiteten som har för avsikt att ange om man mäter vad som avsetts att mäta. Det är därför viktigt att de frågor man ställer till informanterna knyter an till studiens syfte och frågeställningar (Svensson och Starrin, 1996). Validitetsbegreppet inom kvalitativa studier är dock omdiskuterat och två skolor går att urskilja. Förespråkarna för validitetsbegreppet och förespråkare för alternativa begrepp. Kvale (1997) tillhör de som anser att validitetsbegreppet är användbart inom kvalitativ forskning och menar att det ska innefatta kontroll av trovärdigheten. Att det finns empiriska belegg för den tolkning man gjort. Ser man utifrån detta resonemang vågar vi hävda att vår studie har god validitet då våra tolkningar har god förankring i det

empiriska materialet (Kvale, 1997).

Några företrädare av den andra skolan, som talar mot ett användande av begreppet validitet i kvalitativ forskning, vill ersätta detta begrepp med ”autenticitet”. Några menar att det inte finns regler för validering av kvalitativ data som alltid ger sanningsenliga slutsatser. Man kan alltså inte genom en viss specifik teknik automatiskt uppnå validitet utan validiteten bör bedömas i förhållande till syfte och omständigheter och begrepp som förståelse, tolkning och innerbörd bör vara centrala begrepp (Svensson och Starrin 1996).

Att över huvud taget säga något om denna studiens reliabilitet och validitet uppfattar vi som svårt. Det finns ingen enad front om vad dessa begrepp egentligen innebär när det kommer till kvalitativa forskningsmetoder.

När det gäller generaliserbarhet verkar det vara en ständig fråga när det kommer till intervjuundersökningar, Går resultaten att generalisera? Eftersom att kvalitativa studier ofta bygger på små och icke-slumpmässiga urval är ofta generaliserbarheten begränsad (Kvale, 1997). Kvale tar dock upp några olika former av generalisering, däribland naturalistisk och analytisk generalisering. Denna naturalistiska generalisering uppstår från den personliga erfarenheten och leder till förväntningar om hur saker förhåller sig. Kunskapen kan verbaliseras och därmed övergå från tyst kunskap till påståendekunskap. Analytisk generalisering innebär att forskaren gör ett noga övervägande i vilken mån resultaten kan ge vägledning om vad som kommer att hända i en liknande situation. Generaliserbarheten är byggd på en påståendelogik och genom att tydliggöra de belägg och argument som kan stödja ett påstående gör forskaren det möjligt för läsaren att själv avgöra resultatens generaliserbarhet (Kvale, 1997). Eftersom vår studie endast innefattar en verksamhet, i en stad i Sverige är möjligheterna att dra mer generella slutsatser från studien begränsade vi har dock framlagt de belägg som våra påståenden bygger på, vilka teorier och perspektiv vi antagit. Med detta hoppas vi att läsaren själv kan avgöra huruvida studiens resultat går att generalisera eller inte.

5.9 Studiens angreppssätt

Ett helt induktivt angreppssätt gällande en sådan här undersökning är inte möjlig. Självklart har vi båda med oss en förförståelse in i forskningsprocessen som vi varken vill eller kan bortse från. Samtidigt har vi försökt att arbeta ganska förutsättningslöst och ansträngt oss för att vara så öppna som möjligt inför allt nytt vi lärt oss. Man får nog säga att studien haft ett abduktivt angreppssätt med både på förhand planerad riktning och förutsättningslöst sonderande.

5.10 Urval

Tanken var att vi skulle göra ett strategiskt urval där vi själva valde arbetsplats och personal för vår undersökning. Vi ringde runt till en rad olika verksamheter som till exempel olika barn- och ungdomspsykiatrier och ungdomsmottagningar. Ingen kunde ställa upp på intervjuer. Till slut fick vi tag i den psykiatriska öppenvårdsmottagningen och de var villiga att ställa upp. Vårt urval fick därmed bli den verksamhet och den personal som kunde ställa upp vid de tillfällen vi var där. I det här fallet var det kvinnlig personal som fanns tillgänglig. Eneroth (1984) säger att till skillnad från den kvantitativa metodens urval vars syfte är att få en modell av populationen så syftar den kvalitativa metodens urval till att innehålla så många olika slags kvaliteter som möjligt (Eneroth, 1984). I denna studie ingår intervjupersoner i olika åldrar med olika utbildningar, befattningar och arbetsuppgifter så i någon mån har vi fått en viss spridning på våra intervjupersoner vilket vi anser vara en god förutsättning för ett gott resultat.

6 TEORETISKA PERSPEKTIV OCH CENTRALA BEGREPP

6.1 Socialkonstruktionismen och språket

En viktig del i det konstruktivistiska tänkandet handlar om språkets betydelse när det gäller att föra vidare kunskap mellan människor. Vivien Burr (1995) presenterar socialkonstruktionismen i sin bok *An Introduction to Social Constructionism* och menar att vårt sätt att uppfatta världen konstrueras och upprätthålls av människans språkliga kommunikation i vardagen. Människan använder språket på olika sätt och talar på så sätt i olika verklighetskonstruktioner. På detta sätt blir det möjligt att genom att använda olika sorters språk, skapa olika verkligheter. Vidare är den språkliga processen som sker mellan människor också en maktkamp om vilken "sanning" och vilken verklighet som står över den andra. Makt är alltså en viktig aspekt inom språket och den makten innebär en större möjlighet att diktera vilken verklighetskonstruktion som ska gälla. Olika människor väljer sina egna verklighetskonstruktioner grundat på sina personliga erfarenheter och dessa påverkar också hur människan sen handlar. Burr påpekar slutligen att man inom socialkonstruktionismen menar att människors agerande och kunskap är sammankopplade och att våra olika bilder av världen leder till att vi agerar olika (Burr, 1995).

6.2 Interaktionismen och psykisk sjukdom

Inom det interaktionistiska perspektivet uppfattas psykisk sjukdom som en etikett eller en stämpel som man sätter på vissa personer, man förklarar psykisk sjukdom som något som ligger i betraktarens öga. Cuff och Payne (1979) beskriver det som en social position som tillskrivits den "sjuke" av andra samhällsmedlemmar. En person betraktas som psykiskt sjuk om andra säger att personen ifråga är psykiskt sjuk och etiketten "psykisk sjuk" skapar ett avvikande beteende just för att det är vad andra förväntar sig. Enligt författarna betraktar man inom interaktionismen medlemmarna av samhället som aktiva personer som skapar sociala handlingar utifrån sina tolkningar av situationer och miljö. Individerna både återspeglar en given struktur och skapar en ny struktur genom att interagera med varandra.

Vidare tar författarna upp makt som ett begrepp som anses vara av betydelse inom detta perspektiv. Vissa samhällsmedborgare har större makt när det gäller att sätta stämpeln "psykisk sjuk" på en individ. En psykiatriker besitter en sådan makt då det är allmänt accepterat att denne är expert på området. Psykiatrikerns diagnos befäster det sjuka hos patienten i samhällsmedborgarnas ögon. Individerna ifråga blir inte sjuk bara utifrån de underliga saker han företar sig utan också för att psykiatrikern har satt den stämpeln på honom (Cuff och Payne, 1979).

6.3 Stämplingsteorin

Stämplingsteorin är ett tillämpningsområde inom interaktionismen och det finns flera stora teoretiker som förknippas med teorin. En av dem är Erving Goffman (1972) en sociolog och antropolog som använder ordet stigma vilket han definierar som ett djupt misskrediterande attribut hos en individ. Goffman menar att man redan vid första anblicken fastställer en persons sociala identitet samt tillskriver den vissa egenskaper. Om denne person inte passar in i vad som anses vara normalt av samhället kan denne bli utstött och stämplad som avvikare. Han menar att avvikare inte är något man är utan något man blir. Stigmatiseringen leder till en person inte kan leva upp till de förväntningar som finns på en normal person i ett visst socialt sammanhang. Goffman beskriver tre olika typer av stigma. Den första är kroppsliga missbildningar till exempel synliga funktionshinder eller missbildningar. Den andra kallar han för "fläckar på den personliga karaktären" och menar att det kan vara till exempel kriminella, arbetslösa, homosexuella eller

förståndshandikappade. Den tredje typen av stigma benämner han som tribala, det vill säga stigma som har med den etniska tillhörigheten att göra (Goffman, 1972).

Hydén (1995) skriver att Goffman under femtiotalet förde fram tanken att psykisk sjukdom kunde ses, inte bara som ett medicinskt fenomen utan också som ett socialt sådant. Han menade att psykisk sjukdom kunde betraktas som resultatet av social avvikelse och lade särskild vikt vid omgivningens reaktioner på dessa avvikelser och reaktionernas betydelse (Hydén, 1995).

Repstad (1998) skriver att man inom stämplingsteorin anser att individer eller grupper av individer, som på något sätt skiljer sig från majoriteten människor eller avviker från de samhälleliga normerna riskerar att stämplas som avvikare. Denna stämpling, eller stigmatisering, gör att det avvikande beteendet förstärks och att den stämplade identifierar sig med sin avvikarroll. Andras uppfattningar gör att individen skapar en självbild som avvikare och riskerar att isoleras allt mer från det övriga samhället (Repstad, 1998).

Ted Goldberg (1993) docent i socialt arbetet vid Socialhögskolan i Stockholm, har beskrivit stämplingsteori i sin bok *Narkotikan avmystifierad* och presenterar där en modell uppdelad i fyra stadier. *Föräldrars stämpling, samhällelig stämpling, sekundär avvikelse och avvikelsspiralen*. Dessa fyra stadier kallar han för avvikarkarriären.

Föräldrars stämpling

När ett barn föds har det ingen självbild och vet inte något om vad som gäller i den värld de växer upp i. Därför krävs det att barnets omgivning, barnets signifikanta andra, reagerar på barnets spontana beteende för att barnet ska lära sig vilka normer och regler som gäller, men också för att barnet ska kunna bygga upp en självbild. Med detta sagt kan man förklara det som att vissa barn lär att omgivningen tycker om en, trots att den inte accepterar ens beteende för stunden medan andra får budskapet att det inte bara är beteendet som ogillas utan också barnet i sig. Vissa föräldrar ser ut att sakna förmåga att ge sina barn en god självbild. Föräldrars stämpling innefattar olika beteenden hos en förälder som allt från fysiskt och psykiskt våld och sexuella övergrepp till att föräldern överbeskyddar eller orealistiska förväntningar på barnet.

Samhällelig stämpling

När barnet börjar se mer av sin omgivning och möter världen utanför familjen till exempel i barnomsorgen grannar o.s.v. finns plötsligt fler signifikanta andra som bemöter barnets beteende och styr barnet i vad som är rätt och fel. Allt eftersom blir barnets beteende mer och mer socialt styrt och fortfarande är barnets handling mindre viktig än omgivningens reaktioner på det handlandet. Även här lär sig vissa barn att de själva är bra men vissa beteenden dåliga. Andra barn lär sig förstå det som att de är de själva som inte duger. Vilka barn detta handlar om är inte slumpmässigt styrt. Vanligtvis är det de barn som blivit stämplade av sina föräldrar som riskerar att stämplas även ute i samhället.

Sekundär avvikelse

När barnet blivit så pass gammalt att det ungefär kan förstå de samhälleliga normerna och har en någorlunda etablerad självbild kan det inträda i det tredje stadiet; sekundär avvikelse. Denna avvikelse innebär att barnet, eller ungdomen kan någorlunda skilja på rätt och fel och vet att dennes beteende strider mot kulturella normer. Grunden till den sekundära avvikelserna är en negativ självbild och beteendet ska förstås som ett sätt för individen att försvara sig mot, angripa eller anpassa sig till problem orsakade av stämpling. Den negativa självbilden gör att individen inte längre använder omgivningens reaktioner som vägledning för att bli accepterad i ett socialt sammanhang. Istället tolkas negativa reaktioner som ett ytterligare bevis för hur dålig individen är.

Avvikelsespiralen

Avvikelsespiralen kan beskrivas som en rörelse i fyra delar som börjar med att stämpling ger upphov till en negativ självbild som i leder till en sekundär avvikelse, som anses vara ett misslyckande i samhällets ögon, vilket leder till mer stämpling osv. I detta stadium har individen blivit sekundärt avvikande på flera olika områden och därför utsätts denna också för negativa reaktioner från många håll. När individen har kommit så här långt ner blir det allt svårare att bibehålla sin självbild, den bryts ner vilket leder till fler avvikelser och mer stämpling (Goldberg, 1993).

7 REDOVISNING AV EMPIRI OCH ANALYS

7.1 Presentation av intervjupersonerna

Intervjuperson 1

(härefter IP 1) är kvinna och 53 år gammal. Hon har arbetat på mottagningen i sex år och var själv med och startade upp verksamheten. Hon är utbildad försteskötare och har därefter genomgått en psykoterapiutbildning med psykodynamisk inriktning och slutligen utbildat sig till DBT-terapeut. Idag jobbar IP 1 i mottagningens DBT-team.

Intervjuperson 2

(härefter IP 2) är kvinna och 43 år gammal och utbildad psykolog. Hon har arbetat på mottagningen i två år. När hon började gjorde hon sin PTP och fick sin psykologlegitimation i januari 2008. IP 2 jobbar i mottagningens MBT-team.

Intervjuperson 3

(härefter IP 3) är kvinna och 48 år gammal. Hon har arbetat på mottagningen i fem år. Hon har en mentalskötarutbildning i botten och har efter det gått en steg ett – utbildning i psykoterapi i kognitiv beteende terapi (KBT) Idag jobbar hon i DBT-teamet.

Intervjuperson 4

(härefter IP 4) är kvinna och 38 år gammal. Hon har jobbat på mottagningen i nio månader och är utbildad psykolog. Hon håller även på att avsluta en psykoterapeututbildning och har även läst en del neuropsykologi och hälsopsykologi utöver grundutbildningen. Hon har tidigare arbetat som psykolog på vårdcentral i flera år. På mottagningen har hon fått utbildning i DBT-metoden och jobbar nu i det teamet.

Intervjuperson 5

(härefter IP 5) är kvinna och 41 år gammal. Hon har jobbat på mottagningen i en och en halv månad, men inom psykiatri sedan 1996. Större delen av tiden har hon arbetat främst med personer med BPS. Hon är undersköterska i botten och har skötarutbildning, steg ett i KPT (kognitiv psykoterapi) samt DBT

Intervjuperson 6

(härefter IP 6) är kvinna och 57 år gammal. Hon har jobbat på mottagningen i sju år, men inom psykiatri i fyrtio år. Hon är försteskötare i botten och har senare utbildat sig till sjuksköterska samt även steg ett i KPT kognitiv psykoterapi.

7.2 Resultatredovisning och analys

I detta avsnitt presenteras studiens resultat och analysen av empirin med hjälp av tidigare forskning, litteratur och den teoretiska tolkningsram som presenterats i under rubriken *Teoretiska perspektiv och centrala begrepp*.

7.2.1 Hur väljer personalen att förklara uppkomsten av Borderline personlighetsstörning?

"att man från början av någon anledning har ett känsligare nervsystem t.ex. det här med temperament och hur man kan reglera känslor i sig själv hur kroppen reagerar"(IP 4)

Samtliga intervjupersoner tar upp någon form av biologiska faktorer för att förklara förekomsten av BPS. Flera nämner den Biosociala teorin för att förklara BPS, de tar på olika sätt upp den medfödda sårbarheten, eller känsligheten som några kallar det. Begreppet invaliderande miljö som ingår i den Biosociala modellen används också, intervjupersonerna tar till exempel upp att växa upp i en kaotisk miljö eller att uppleva stress tidigt i livet. Som exempel på vilka miljöer som kan vara invaliderande miljöer nämns skolan, dagis och hemmet. Linehan (2000) förklarar det som att BPS uppstår när en emotionellt sårbar person växer upp i en miljö där hon inte får lära sig att hantera sin känslighet, alltså en invaliderande miljö. Hon menar att man i allmänhet kan säga att det finns en biologisk grund till bristande emotionell reglering men tror inte att vi någonsin kommer att hitta en enda biologisk avvikelse som kan förklara alla fall av BPS (Linehan, 2000).

"sen även det här med hur människor runt omkring dem har bemött dem sen de var små, allt från familjen då, hur klimatet varit där, hur man bemött deras känslor, samspelen mellan barn och föräldrar"(IP 4)

"du har ingen erfarenhet, inga referenser i huvudet av hur det känns att bli ombändertagen eller väl bemött eller välkommen eller tröstad och det skapar ju inte samhället, de svårigheterna. Det skapas ju i bristfälliga relationer mellan barn och vuxen."(IP 2)

Flera av intervjupersonerna tar upp problem i den tidiga utvecklingen. Deras erfarenhet är att dessa individer ofta har en ganska problematisk barndom och ser det som en bidragande faktor till att de har utvecklat BPS. Intervjupersonerna pratar om bristande relationer och samspel mellan förälder och barn, där barnet inte har haft möjlighet att lära sig att reglera sina känslor och inte blivit bemött på ett bra sätt. Även sexuella övergrepp tas upp som en bidragande faktor av merparten intervjupersoner. Goldberg (1993) tar också upp bristande relationer till föräldrarna; föräldrars stämpling är det första stadiet i det han kallar avvikarkarriären. Han menar att det är föräldrarnas uppgift att reagera på barnets spontana beteende för att det ska lära sig vilka normer och regler som gäller men också för att kunna påbörja en uppbyggnad av den egna självbilden. Sexuella övergrepp tar Goldberg upp som ett exempel på föräldrars stämpling. Man kan tolka det som att intervjupersonerna och Goldberg delar uppfattningen att bristande relationer till föräldrar kan vara ett viktigt led i en negativ utveckling för en individ. Däremot är de oense om vad denna negativa utveckling leder till, en roll som avvikare eller en sjukdom.

Att svåra upplevelser i barndomen, som till exempel sexuella övergrepp är vanligt förekommande hos personer med BPS styrks av artikeln *The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature* skriven av Anne Lise Holm och Elisabeth Severinsson (2008). Deras undersökning visar att känslomässig smärta hos kvinnor med BPS är relaterat till upprepade traumatiska upplevelser i barndomen och en hög förekomst av rapporterade övergrepp i barndomen framträdde i undersökningen.

Mobbing nämns också som en påverkande faktor av flera av intervjupersonerna. En säger så här;

”Mobbad är det många patienter som beskriver att de har varit, krigigt i skolan, eller upplevt sig i alla fall utanför eller udda.” (IP 3)

Repstad (1998) beskriver utifrån stämplingsteorin hur individer, som på något sätt skiljer sig från majoriteten människor eller avviker från samhällets normer kan komma att stämplas som avvikare. Denna stämpling, eller stigmatisering, gör att det avvikande beteendet förstärks och att den stämplade identifierar sig med sin avvikarroll. Andras uppfattningar gör att individen skapar en självbild som avvikare och riskerar att isoleras allt mer från det övriga samhället (Repstad, 1998). Om man väljer att se fenomenet mobbing, att vara mobbad utifrån ett stämplingssteoretiskt perspektiv kan känslan av utanförskap förstås som en del i en stämplingsprocess där individen har stämplats som avvikare. Stämplingen förstärker det avvikande beteendet och den mobbade personen kan komma att identifiera sig med rollen som mobbad, udda och utanför och även internalisera detta i sin självbild.

Detta med självbilden och hur en person ser på sig själv är det även en av intervjupersonerna som beskriver;

”det kan vara så många saker som spelar in (...) den egna upplevelsen av mig själv i jämförelse med andra” (IP 3)

Enligt Goldberg (1993) föds alla utan självbild. Istället är det genom vår närmaste omgivning och framförallt genom föräldrar som barnet börjar formulera sin självbild. Goldberg menar att det inte är någon slump att en individ blir stämplad, det finns ett samband mellan barn som blivit stämplade av sina föräldrar och de som senare stämplas av samhället. Utifrån detta skulle man kunna se det som att det inte heller är någon slump vilka barn och ungdomar som blir mobbade/stämplade i skolan. Det skulle antyda att de ungdomar som utvecklat BPS antagligen blivit stämplade i hemmen och därför senare i skolan blir utsatta för mobbing.

Det var en i personalen vars resonemang om orsaker till BPS skilde sig rätt markant från den övriga personalens. Hon tog upp samhällsperspektivet som förklarande faktor och sa så här;

”Jag tror att det (samhället; vår anmärkning)triggar dem, alla människor har ju brister i sin personlighet, det finns ju ingen som är felfri och perfekt i princip utan alla har ju brister och det kan man ju ha inom olika områden olika mycket. (...) Det triggar våra borderlinesidor i och med att det står för, det ökar på förytligandet, fjällan att du kan skapa en identitet genom att köpa ett visst utseende, kläder och så. Vi blir lurade, det förstärker det här borderline, de här dragen och det gynnar inte de som har brister och stora brister. Tvärtom, jag tror att det blir svårare för dem. De går i fjällan av att relationer ska se ut på ett visst sätt och gör det inte det så är det dåligt allting. Istället för att för att hjälpa människor som har svårt med sina relationer och bygga på nåt bra, skapa bra varaktiga relationer.” (IP2)

Näslund (1998) frågar sig om BPS kanske är vår tids psykiska störning. Hon menar att samhället har höga krav på människor, inte bara på logisk intelligens utan också på en högt utvecklad känslomässig intelligens som kräver förmåga att tygla impulser, leva sig in i andras känslor, kunna skapa goda relationer och hantera olika svårigheter. Med andra ord allt det som personer med BPS har svårt att klara av. Hon anser att fler och fler unga idag verkar sakna förmåga till impuls kontroll och känsloreglering och undrar därför om samhället idag i själva verket tenderar att skapa människor med borderlineproblematik och bristande känslomässig intelligens (Näslund, 1998).

7.2.2 Vilka ord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen?

Burr(1995) menar att vårt sätt att uppfatta världen konstrueras och upprätthålls i den språkliga kommunikation människor emellan. Genom att använda olika sorters språk, skapar vi olika verkligheter. Vidare är den språkliga processen som sker mellan människor också en maktkamp om vilken ”sanning” och vilken verklighet som står över den andra. Burr menar också att olika människor väljer sina egna verklighetskonstruktioner grundat på sina personliga erfarenheter och att dessa sedan påverkar hur människan sen handlar (Burr, 1995).

De ord som framtagits ur intervjumaterialet kan beskrivas i två kategorier. Den första kategorin beskriver patienterna utifrån deras **lidande** och deras **svårigheter**. Det finns ungefär sextio ord som hör hemma i denna kategori varav ungefär hälften av dem går att härröra till kategorin lidande och hälften till svårigheter. Personalen beskriver alltså inte sina patienter utifrån några negativa egenskaper utan snarare utifrån sina svårigheter och det lidande som dessa svårigheter leder till. Orden i kategorin presenteras utan åtskillnad i avsnittet nedan. Detta på grund av att intervjupersonerna ofta pratar om båda aspekterna i ett och samma resonemang.

I intervjuerna består den språkliga bilden av borderlinepatienten framförallt av ord som handlar om lidande och svårigheter. Personalen har alltså framförallt en negativ bild av vad det innebär för patienten att lida av BPS. Utifrån Burrs resonemang skulle man kunna anta att denna språkbild sedan överförs till patienten och att den bilden blir en del av patientens verklighetskonstruktion. Detta på grund av att personalen har en maktposition i förhållande till patienterna och att den leder till att personalens tolkning av ”sanningen” får företräde. Detta skulle innebära att denna ”sanning” i sin tur påverkar hur patienterna agerar. Här kan man fråga sig om en mer positiv bild av BPS hade kunnat leda till färre svårigheter och ett minskat lidande för dessa patienter?

Tre av intervjupersonerna beskriver patientgruppen som en grupp individer där många lider av ångest och panikångest. Fyra av intervjupersonerna beskriver patienterna som högsuicidala och en väljer att beskriva personlighetsstörningen som en dödlig sjukdom.

”som tur är har ju ingen av mina patienter dött här än då, men vi vet ju ändå att risken är ganska stor, det är ju en dödlig sjukdom. Det är ju ändå ganska många procent som tar livet av sig varje år. Så vi har väl ändå tur här, att det är så pass få här, men det är ändå nåt man får ha med sig, att det kan hända”(IP 3)

Tre av intervjupersonerna beskriver gruppen som individer med ett stort lidande. De flesta berättar om självskadebeteende hos sina patienter men menar också att självskadebeteende innefattar många olika beteenden. Man nämner skärande, att de lever på gränsen hela tiden. Man tar även upp ätstörningar, alkoholkonsumtion och stöld. Två nämner droger och promiskuitet och en påpekar att självskadebeteendet också kan innebära att konsumera relationer.

Förutom självskadebeteende så tar personalen upp patienternas tendenser att tänka i svart och vitt, en benämner det som dikotomt tänkande medan den andra pratar om splitting⁴ och menar att detta gör det svårt att arbeta med patienterna eftersom man som professionell antingen ses som ond eller god, aldrig som båda delarna. Vidare beskriver flera av intervjupersonerna patienterna som svåra, tunga, utmanande och med en omfattande problematik.

⁴ Splitting är ett primitivt försvar som innebär att en person separerar sina olika föreställningar om sig själv och andra. Det betyder att individen håller isär de negativa(svarta) aspekterna och de positiva(vita) för att personen inte står ut med att ha ett ambivalent förhållningssätt. För att göra sig av med svåra känslor ”splittar” personen och detta gör att hon kan hålla en del av sig själv ”ren”(Grina, 1997)

Intervjupersonerna diskuterar risken i att ta över ansvar från patienten, en formulerar det som att patienterna är vana att andra gör saker åt dem och har dålig tilltro till sin egen förmåga, en annan beskriver dem som osjälvständiga. En säger att patienterna förlägger sin problematik utanför sig själva och en tredje säger att hon i sin roll som terapeut tenderar att blir mammig och måste behärska sig. Ord som ensamhet och hopplöshet tas upp i sammanhanget av en intervjuperson. Merparten intervjupersoner beskriver patienterna utifrån deras känslighet. Ord som såbara, känsliga och känslöstyrda används. En menar att de ofta har negativa tankestrukturer.

Separationsproblem och rädsla för att bli avvisad är också något som tas upp av tre intervjupersoner för att beskriva patienterna. Den motsatta rädslan, att vara rädd för att knyta och bli beroende av en annan människa, nämns också. Över huvudtaget är problem med relationer något som de flesta intervjupersonerna tar upp. Tillitsproblem och kommunikationsproblem nämns som försvårande för dels relationen mellan terapeut och patient men också mellan patienten och andra människor.

”Det finns ständigt med att hantera känslor av ångest och övergivenhet och rädslor för separationer, eller för att skrämmas av en massa olika känslor.” (IP 2)

De formuleringar som intervjupersonerna använder kan förstås utifrån det resonemang Silfving, Nilson (2001) för angående dessa personers relationsproblematik. De tar upp att personer med BPS ofta har instabila mellanmännsliga relationer. De har behov av tydliga och pålitliga relationer, samtidigt som de har svårt att erkänna det behovet vilket gör att de avvisar människor och håller dem på avstånd. I uppsatsen *Omvårdnad vid Borderline personlighetsstörning* av Bernsten, Franzén (2005) Tar man upp detta behov av närhet kontra distans som den centrala konflikten hos personer med BPS och beskriver hur dessa personer upplever en stark längtan efter nära relationer men samtidigt har en önskan om att vara obunden. De lyckas inte reglera dessa två motstridiga behov och konsekvensen blir en ständig och plågsam rörelse från och mot människor (Bernsten och Franzén, 2005).

Den andra kategorin ord som framkom ur intervjumaterialet handlar om patienternas **styrkor** och **positiva egenskaper**; Ungefär tjugo ord gick att placera i denna kategori varav ungefär sju i kategorin styrkor och cirka tretton i kategorin positiva egenskaper.

En i personalen berättar att patienterna är lätta att tycka om och att de är goa människor. En annan säger att de är mjuka och fina under ytan men att de skiljer sig åt när det gäller vilket yttre skal de har. En beskriver patienterna så här;

”Men det är också en patientgrupp som har tillgång till allt det andra, till allt det bär normala livet som också fungerar, i olika utsträckning då som alla andra. Med kunskaper och kompetenser och förmåga till kärlek och insikter och reflektera osv.” (IP 2)

När intervjupersonerna pratar om patienternas styrkor används ord som kämpande, kreativa, drivna och dynamiska. En intervjuperson beskriver patienterna som motiverade till hjälp. De använder även ord som spännande, roligt och utmanande när de berättar om hur det är att arbeta med patienterna. Flera uttrycker att de tycker om sina patienter och av dem använder ordet kärlek när hon talar om dem.

”kanske man inte får lov att säga att man älskar sina patienter men jag tycker väldigt mycket om dem, jag har en sån kärlek till dem, jag har en sån kärlek till dem och sina anhöriga.” (IP 1)

Samma person pratar även i allmänna ordalag om personalgruppens syn på patienterna;

”jag tror att många som jobbar här de ser inte så stigmatiserande på personlighetsstörningsdiagnosen som andra gör. Utan man har en helhetsyn på det, man ser med både friska ögon och tar samtidigt på allvar det som är ett djupt lidande och det är bra.” (IP2)

I artikeln *Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications* av Aviram, Brodsky och Stanley (1994) tar författarna upp att BPS ofta beskrivs i negativa ordalag av kliniker och av allmänheten. De antyder även att Borderline personlighetsstörning är en väldigt stigmatiserande sjukdom och att vissa kliniker distanserar sig känslomässigt från personer med BPS. Denna distansering kan verka försvårande i behandlingsarbetet menar de. Förutom att individer med BPS är ovanligt känsliga mot att känna sig avvisande och övergivna, kan de också reagera genom att skada sig själva eller dra sig ur behandling om de uppfattar en sådan distansering och avvisning. Författarna frågar sig i vilken grad distanseringen påverkas av sjukdomens stigmatisering (Aviram, Brodsky och Stanley, 1994). I motsats till vad artikeln beskriver så säger en intervjuperson att man inom personalgruppen inte stigmatiserar patienterna. Om man får anta att detta påstående stämmer så borde det också betyda att man inte heller distanserar sig från patienterna. Detta styrks också av hur personalen i övrigt uttalar sig, de använder ord som kärlek för att beskriva hur de känner inför patienterna och säger även att patienterna är mjuka och fina under ytan, vilket kan tyda på att de vågar gå in i en nära relation med patienten.

7.2.3 Hur ser personalen på patienternas möjlighet till tillfrisknande?

Intervjupersonerna har ett väldigt differentierat sätt att tala vad frisk innebär och om huruvida personer med BPS kan bli friska. Några pratar i termer om att det är möjligt att avskriva diagnosen och att personen då är frisk. Andra pratar mer om en lindring av vissa symptom och att många kan må mycket bättre med hjälp av behandling.

”Ja, just nu har jag avslutat två patienter och deras diagnoser och nu är de som vilka ungdomar som helst. Det är ju en sån diagnos, om du tänker Borderline personlighetsstörning så är det ju en sån diagnos” (IP1)

Författarna Silfving och Nilson (2001) resonerar kring frågan om tillfrisknande och tar som exempel upp en studie som visar att 75 % av de som fått diagnosen BPS inte längre uppfyller kriterierna femton år senare (Silfving och Nilson, 2001).

”absolut att saker och ting blir mycket, mycket bättre, det känner jag mig väldigt hoppfull till, men kanske mer tveksam till att man blir frisk” (IP5)

I artikeln *Foreword* skriver James Breiling (2008) att individer med BPS fortsätter att vara en utmanande patientgrupp och säger att en del patienter inte uppvisar någon signifikant minskning av symptom, även om många mår bättre. Författaren pekar på att sociala och arbetsrelaterade situationer ofta är problematiska för patienterna, liksom problem med den fysiska hälsan (Breiling, 2008). Det är intressant att denna personalgrupp, som trots allt arbetar med samma patientgrupp, har så olika uppfattningar om huruvida patienterna kan bli friska. Detta skulle kunna tolkas som att de i själva verket har olika syn på vad Borderline personlighetsstörning egentligen är. Inom interaktionismen talar man om psykisk sjukdom som en social konstruktion. Cuff och Payne (1979) beskriver det som en social position som tillskrivits den ”sjuke” av andra människor. Sjukdomens varande eller icke - varande ligger i betraktarens öga. (Cuff och Payne, 1979) Sett ur detta perspektiv skulle man kunna betrakta personalens skiftande uppfattning som en logisk följd av att BPS är en social konstruktion och inte en självklar diagnos.

Vidare talar också två i personalen helt olika om vilka mål de har med sin behandling. Den ena menar att hon strävar efter att kunna avdiagnostisera patienter medan den andra uttrycker att målet är att patienten ska klara vardagen bättre, inte att botas.

”Det här är ju en diagnosgrupp som med rätt behandling går att få avskriven. Det är ju faktiskt så och att arbeta mot ett sånt mål är ju aldrig fel. Vare sig för mig som är den som ger vården, eller för den som tar emot”(IP1)

”goda chanser, vi har flera som gått härifrån med hälsan. Men vår ambition är att få patienten att må bättre och klara vardagen, inte att bota.” (IP6)

Flera intervjupersoner pratar om vikten av att komma i behandling tidigt om patienten ska ha en möjlighet att bli frisk. En person kopplar även patienternas grad av utanförskap till möjligheten att bli frisk;

”jag tror ju att det är negativt framförallt för unga personer att kanske vänta i två år (...)det är rätt viktiga år som har gått där i en människas liv och dem kanske har fastnat i sjukskrivning eller känner sig utanför samhället och känner sig udda på ett sätt som inte hade vart nödvändig om man kommit in tidigare.” (IP4)

Goffmans (1972) menar att psykisk sjukdom kan betraktas som resultatet av en social avvikelse och att omgivningens reaktioner på denna avvikelse är av stor betydelse (Goffman, 1972). Intervjupersonen i citatet ovan uttrycker en oro över att patienten ska hamna i arbetslöshet och i en känsla av utanförskap och dessa två aspekter hon tar upp kan ses som exempel på social avvikelse. Intervjupersonen uttrycker att det är viktigt att en person kommer i behandling snabbt och alltså får en diagnos, så att han eller hon inte blir en fortsatt avvikare i samhällets ögon. I artikeln *Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder* av Elizabeth Lequesne och Richard Hersh har författarna undersökt fastställandet av diagnosen BPS och kommit fram till att många kliniker kanske väljer att inte diagnostisera en person med BPS, dels för att de ifrågasätter giltigheten hos diagnosen men också för att de är oroliga över att patienten ska ta skada av den stigmatisering som de menar att diagnosen innebär (Lequesne och Hersh, 2004). Här kan vi alltså se två motsatta synsätt gällande stigmatisering/social avvikelse och diagnostisering. Intervjupersonen som vill att patienten snabbt ska komma i behandling och få en diagnos för att därigenom undvika stigmatisering och social avvikelse och sedan artikelförfattarna som lyfter fram möjligheten att stigmatiseringen i själva verket uppstår i och med diagnostiseringen. Vad kommer egentligen först?

När en intervjuperson pratar om patientens möjlighet att bli frisk pratar hon mycket i anknytningstermer och berättar så här;

”Det gäller att få en relation där man själv får läka ihop det här systemet (anknytning, vår anmärkning)och jag tror inte att man gör det en gång för alla men tillräckligt mycket för att man ska känna igen det, veta om det och kanske för första gången få med sig en referens i huvudet, en erfarenhet av att ha pratat om vissa saker med en människa som har vart med och sagt att ”det här är okej, du kommer att överleva” Som har vart med i det här svåra (...)och förstått hur et här känts som har gått hela vägen och sluta systemet(...) och sen bara att veta med sig, att ha den erfarenheten så kan man hjälpa sig själv sen”(IP 2)

Grina (1997) beskriver Daniel Sterns begrepp RIG, (*representationen av interaktioner som är generaliserade*). Stern menar att barnet bygger upp ett kärnsjäl genom ett antal RIGs där ett RIG är ett medeltal av upplevelser som liknar varandra. Om barnets första år präglas av negativa upplevelser skapar det RIGs som till största delen är negativa och detta medför att individen får en negativ självbild. Detsamma gäller det motsatta, om en individ till största delen har positiva upplevelser skapas också positiva RIGs och därmed en positiv självbild. Stern menar att varje människa genom nya

interaktioner kan påverka sina inre generaliserade representationer av sig själv, andra och sig själv i relation till andra. Stern menar att detta skulle kunna ses som en möjlighet till positiv påverkan i mötet med borderlinepatienter (Grina, 1997).

En i personalen uttrycker att hennes inställning till patienterna förändrats sen hon började arbeta med DBT-metoden;

”det är ganska hoppfullt för den här patientgruppen tycker jag sen jag började jobba i DBT för jag har så tydliga redskap” (IP5)

8 DISKUSSION OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Denna studies utgångspunkt var att undersöka hur en viss personalgrupp beskrev Borderline personlighetsstörning hos sina patienter och att göra detta utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Vi valde att undersöka detta med hjälp av att besvara tre olika frågeställningar. Den första; vilka nyckelord väljer personalen att använda för att beskriva patientgruppen resulterade i två kategorier. Dels en kategori som handlade om patienternas lidande och svårigheter och en som handlade om patienternas styrkor och positiva egenskaper. Det som kunde konstateras var dels att den ”negativa” kategorin var betydligt mer omfattande än den positiva. Men också att denna kategori till skillnad från den positiva, inte innehöll några beskrivningar av patienternas egenskaper. Man kan ju förstås ifrågasätta om det alls är underligt att personal pratar i så negativa ordalag om sina patienters liv, det handlar ju trots allt om en allvarlig personlighetsstörning. Samtidigt finns det en mening i att göra just det, hur kommer det sig att en personalgrupp, som uppenbarligen har sina patienters bästa i åtanke och dessutom visar stor känslomässig omtanke om dem, ändå uttrycker sig i så negativa termer? Vad innebär det språkbruket för personalen och för patienterna och på vilket sätt formar det sociala arbetets förutsättningar?

Av den andra frågan, om hur personalen väljer att förklara uppkomsten av borderline personlighetsstörning, framkom att de flesta beskriver uppkomsten utifrån den biosociala teorin. Att BPS uppstår när en emotionellt sårbar person växer upp i en miljö där hon inte får lära sig att hantera sin känslighet. Även traumatiska upplevelser i barndomen tas upp som en faktor och de nämner sexuella övergrepp, misshandel och mobbing. När vi genomförde våra intervjuer med personalgruppen blev det snabbt tydligt hur metodförankrade de var i sitt arbete. De flesta svarade återkommande utifrån sin egen metod och i frågan om uppkomsten av BPS blev det extra tydligt. Eftersom de flesta av de vi intervjuade jobbade inom DBT-teamet förklarade de också BPS med den Biosociala teorin som är den förklaringsmodell som används just inom DBT. Att många i personalen tog upp traumatiska upplevelser i barndomen, särskilt då övergrepp, var inte särskilt förvånande. Både inom litteratur och artiklar, var övergrepp vanligt förekommande som en förklarande faktor. Vi fann det dock något anmärkningsvärt att mobbing togs upp i så hög utsträckning som det gjorde. Vi har inte kunnat se att mobbing tagits upp i någon litteratur och inte heller stött på det i några artiklar.

På den tredje frågan om hur personalen ser på patienternas möjlighet till tillfrisknande visade det sig att det råder delade meningar om huruvida en individ med denna störning kan bli frisk eller inte. En del av personalen ansåg att det går att avdiagnostisera patienter och likställde detta med att bli frisk. En del ansåg att patienterna kan bli bättre på att hantera sina svårigheter men inte bli friska. Därmed hade de också olika mål med behandlingen. Om syftet med att ställa en diagnos är att tydliggöra vilken behandling som ska användas så kan man ifrågasätta om en diagnos som BPS i det här fallet tjänar sitt syfte när man inom denna verksamhet har så många olika behandlingsmetoder och dessutom olika tankar om vad behandlingen ska leda till. Historiskt sett

har BPS varit en tveksam och oklar diagnos och efter vad vi har kunnat se under arbetets gång är den fortfarande det. Än idag finns det en osäkerhet gällande både uppkomst, prognos och behandling av BPS. Man kan fråga sig om diagnosen Borderline personlighetsstörning behövs eller om man lika gärna skulle kunna behandla varje enskild individ utifrån de svårigheter de säger sig ha.

När vi bestämde oss för att intervjua personalen på mottagningen visste vi egentligen inte vad vi skulle förvänta oss. I efterhand kan vi säga att vi lärde oss otroligt mycket av personalen men också att det var få saker som överraskade oss. Det fanns dock en i personalgruppen som tog upp något som ingen av de andra gjorde, nämligen ett samhällsperspektiv som förklaring till uppkomsten av Borderline personlighetsstörning. Denna intervjuperson förnekade på inget sätt diagnosen men valde att diskutera den också som en följd av en ytlig kultur;

”Jag tror att det (samhället, vår anmärkning) triggerar dem, alla människor har ju brister i sin personlighet, det finns ju ingen som är felfri och perfekt i princip utan alla har ju brister och det kan man ju ha inom olika områden olika mycket. (...) Det triggerar våra borderlinesidor i och med att det står för, det ökar på förytligandet, fällan att du kan skapa en identitet genom att köpa ett visst utseende, kläder och så. Vi blir lurade, det förstärker det här borderline, de här dragen och det gynnar inte de som har brister och stora brister. Tvärtom, jag tror att det blir svårare för dem. De går i fällan av att relationer ska se ut på ett visst sätt och gör det inte det så är det dåligt allting. Istället för att för att hjälpa människor som har svårt med sina relationer och bygga på nåt bra, skapa bra varaktiga relationer.” (IP2)

Denna intervjuperson uttrycker något som även Näslund (1998) tar upp, ett ifrågasättande av samhället, en undran om vilken del samhället har i att skapa dessa svårigheter som psykiatrien beslutat sig för att kalla Borderline personlighetsstörning. Detta är något som även denna studie vill belysa och ta upp för diskussion. Är det verkligen rätt att kalla dessa personer för sjuka eller kan det i själva verket vara så att deras svårigheter är en normal och sund reaktion på till exempel traumatiserande erfarenheter så som sexuella övergrepp och ett samhälle som inte stöttar utan snarare kräver och kanske dessutom förstärker den känslomässiga sårbarhet som finns hos många personer? Näslund (1998) frågar sig om BPS kanske är vår tids psykiska störning. Hon menar att samhället har höga krav på människor, inte bara på logisk intelligens utan också på en högt utvecklad känslomässig intelligens som kräver förmåga att tygla impulser, leva sig in i andras känslor, kunna skapa goda relationer och hantera olika svårigheter. Med andra ord allt det som personer med BPS har svårt att klara av. Hon anser att fler och fler unga idag verkar sakna förmåga till impuls kontroll och känsloreglering och undrar därför om samhället idag i själva verket tenderar att skapa människor med borderlineproblematik och bristande känslomässig intelligens (Näslund 1998).

Vidare sa vår intervjuperson så här:

”Därför att allt det här som de här patienterna gör, är med om, känner, det har vi alla i oss. Vi har inte vart där men vi skulle ha kunnat vart där, det går att känna igen allting.” (IP2)

Alla kan känna igen sig i de drag som utmärker personlighetsstörningar, just därför att det handlar om personlighetsdrag, om egenskaper som de flesta människor besitter i någon utsträckning. Bara att de blivit förstärkta, tagit över en människas liv när det är fråga om en personlighetsstörning. Det går inte att ifrågasätta det lidande människor med BPS upplever, det går inte heller att blunda för det faktum att många av dem lider så svårt att de väljer att avsluta sitt liv. Däremot kan man fråga sig om deras lidande är sjukt eller friskt, det kanske är våra normer i samhället som behöver förändras. Vi människor kanske behöver bli mer ödmjuka och bredda våra definitioner av vad som är normalt. Det behövs en diskussion i samhället, i

människors vardag och i forskningssammanhang, en levande och öppen diskussion om dem vi benämner som sjuka och avvikande. Vi behöver ifrågasätta varför vi gör det och vems syften det tjänar. Den kulturella aspekten av psykisk ohälsa skulle också vara intressant att forska ytterligare på. Vi skulle vilja påstå att vi i vårt land lever i en ganska känslolös kultur där det inte är accepterat att visa alla sorters känslor och agera utifrån dem. Det är en rätt hissnande tanke att människor som i vår kultur anses lida av Borderline personlighetsstörning skulle kunna betraktas som normala och helt friska i en annan kultur.

9 REFERENSER

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, DSM-IV American Psychiatric Association, Washington D.C.

Aviram, Ron B. & Brodsky, Beth S. & Stanley, Barbara (2006) 'Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications' *Harvard Review of Psychiatry*. Vol 14(5), pp. 249-256

Bernsten, John och Franzén, Kerstin (2005) *Omvårdnad vid Borderline personlighetsstörning* (C-uppsats, Omvårdnad självständigt arbete 1) Institutionen för omvårdnad, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Breiling, James P. (2008) 'Foreword' *Social Work in Mental Health*. Vol 6(1-2),

Burr, Vivien (1995) *An Introduction to Social Constructionism* Routledge, New York

Crafoord, Clarence. (1986) *En bok om borderline* Natur och Kultur, Stockholm

Cuff, E.C & Payne, G.C.F (red) (1979) *Samhällsvetenskapliga perspektiv* Bokförlaget Korpen, Göteborg

Eneroth, B (1984) *Hur mäter man "vackert"* - Grundbok i kvalitativ metod Natur och Kultur, Göteborg

Goffman, Erving (1972) *Stigma – Den avvikandes roll och identitet* Nordstedts Akademiska Förlag, Stockholm

Goldberg, Ted (1993) *Narkotikan avmystifierad – Ett psykosocialt perspektiv* Academic Publishing of Sweden, Solna

Grina, Terje (1997) *Det viktiga mötet – Om borderline i psykosocialt arbete* Natur och Kultur, Stockholm

Grotstein, J.S. (1987) The borderline as a disorder of self regulation. I: Grotstein, J.S., Solomon, M.F, och Lang, J.A.(red) *The borderline patient. Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment*. N.J: The Analytic Press, Hillsdale

Holm, Anne Lise & Severinsson, Elisabeth (2008) 'The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature' *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol 17(1) pp. 27-35

Hydén, Lars-Christer (1995) *Psykiatri, samhälle, patient – Psykisk sjukdom i socialt och kulturellt perspektiv* Natur och Kultur, Borås

Kvale, Steinar. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun* Lund: Studentlitteratur.

Kåver, Anna & Nilsson Åsa (2002) *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Natur och Kultur, Stockholm

Lequesne, Elizabeth R. & Hersh, Richard G. (2004) 'Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder' *Journal of Psychiatric Practice*. Vol 10(3) pp. 170-176

Linehan, M. Marsha (2000) *Dialektisk beteendeterapi – Färdighetsträningsmanual* Natur och Kultur, Stockholm

Näslund, Kristina Görel (1998) *Borderline personlighetsstörning* Natur och Kultur Borås

Perris, Carlo (1986) *Kognitiv terapi i teori och praktik*; Natur och Kultur, Stockholm

Repstad, Pål (1998) *Sociologiskt Perspektiv I Vård, Omsorg Och Socialt Arbete* Studentlitteratur AB, Sverige

Rydén & Wallroth (2008) *Mentalisering – att leka med verkligheten* Natur och Kultur, Stockholm

Silfving, Thomas & Nilson, Gunilla (2001) *Farliga relationer - Om borderline* Cura Bokförlag, Stockholm

Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt. (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik* Studentlitteratur, Lund

Sveriges Rikes Lag, Lagen om etikprövning som avser människor (2003:460)

10 APPENDIX

10.1 BILAGA 1 Informationsbrev

Vilka är vi?

Vi kommer från Göteborgs universitet där vi läser sista terminen på socionomprogrammet. En av uppgifterna denna termin är att skriva en C-uppsats, syftet är att visa att vi klarar av att hantera den rådande forskningsmetodiken. Vi som skriver tillsammans heter:

Josefin Lundqvist: 070-0000000

Maria Forsberg: 070-0000000

Syfte med studien:

Syftet med studien är att få kunskap om hur professionella upplever behandlingsarbetet med personer som har borderline personlighetsstörning som diagnos. Vi vill även identifiera, förstå och förklara de utmaningar som kan uppstå och vidare se hur dessa utmaningar hanteras.

Vem/vilka ska ta del av studien?

Råmaterialet kommer endast vi som skriver att ta del av. Vi kommer att transkribera från tal till text och efter det makulera banden. Vidare kommer vi att välja ut den information som är relevant för att besvara vårt syfte. De sammanställda intervjuerna skickas till respektive informant för godkännande. När detta skett kommer även vår handledare att ta del av intervjuerna. Den färdiga uppsatsen ska också upp i opponering och där kommer andra klasskamrater samt lärare att ta del av den. Efter opponering samt examinering kommer rapporten att finnas tillgänglig för allmänheten via Göteborgs universitets hemsida.

Anonymitet:

Eftersom vår studie efterfrågar professionellas upplevelser kring behandlingsarbetet kräver den inte att vi avslöjar någon enskild persons identitet. Informanterna kommer alltså att vara anonyma tillsammans med arbetsplatsen. Vi kommer dock att beskriva yrkesbefattningarna på våra intervjupersoner.

Frivillighet:

Det är helt frivilligt att delta i studien och därmed har man rätt att dra dig ur när som helst innan publicering. Skulle detta bli aktuellt så ringer man någon av ovanstående nummer innan 2008-12-01.

Tack för din medverkan!

Josefin Lundqvist och Maria Forsberg

10.2 BILAGA 2 Intervjuguide

Bakgrund

- Namn, Ålder
- Hur länge har du jobbat här?
- Vilken utbildning har du? Vidareutbildning?
- Finns det någon särskild anledning till att du jobbar här?
- Vad tänkte du om jobbet innan du började?

Verksamhet

- Kan du med egna ord beskriva er verksamhet?
- och dina arbetsuppgifter
- Hur tycker du att det är att jobba här? Fördelar/nackdelar.
 - Med övrig personal
 - Ledning
- Får du/ni handledning? Hur fungerar den?

Behandlingsarbete

- Kan du beskriva hur du ser på denna patientgrupp?
- Hur ser du på orsaken till deras hjälpbehov?
- Hur upplever du att det är att arbeta med just denna patientgrupp?
- Hur tänker du kring din egen roll?
- Finns det något som begränsar dig att utföra det arbete du vill?
- Hur ser du på möjligheten för de här personerna att bli friska?
- Vad tänker du att samhället skulle kunna göra annorlunda för den här patientgruppen?

Utmaningar

- Vad skulle du säga karaktäriserar behandlingsarbetet med den här patientgruppen?
- Finns det något gemensamt förhållningssätt gällande patienterna?
- Vad upplever du som utmanande i mötet med borderlinepatienter?
- Och i vilka situationer?
- Hur hanterar du de utmaningar som kan uppstå?
- Som professionell?
- Som privatperson?

Övrigt

- Finns det något som du tycker är viktigt att ta upp, som vi inte pratat om?

10.3 BILAGA 3 Analysprocess

Analysprocess

IP 1: drivna, älskvärda, sårbarhet, dikotomt tänkande, svåra, hög suicidala, svårt reglera, relationsproblem, knyta an, rädsla för beroende, tillitsproblem, självskada, droger, promiskuösa, ätstört, kort stubin, dynamiska,

IP 2: splitting, förlägger sin problematik utanför sig själva, stort lidande, ångest, panikångest övergivenhet, rädsla för sep., rädd för känslor, kunskaper, kompetenser, insikter, förmåga till kärlek, reflektion, ej erfarenhet av lugn och ro, ständigt sökande och kamp, vet att nåt är fel, motiverade till hjälp, fugnerande vardag, jobbar, relationer, skola, hankar sig fram, fysisk överföring. roliga att jobba med

IP 3: känslighet, sårbarhet, känslomässiga reaktioner, goa, mjuka fina innanför ytan, impulsiva, stor, omfattande problematik, ätstörningar, tvångssyndrom, panikångest, självskadebeteende, utagerande, varierar, högt lidande, dödlig sjukdom

IP 4: tunga, hög självmordsrisk, spännande, intressant, lätt att känna för, lever på gränsen, kreativ, positivt, terapiövrigheter, svårt knyta an, känslighet, avvisade, vanligt förekommande, utsatt liv, vana att andra gör saker åt dem, goa, våldsamma, det finns nåt gott i dem,

IP 5: ångest, suicidalitet, ensamhet, hopplöshet, utmanande, kämpande

IP 6: stor grupp, oerhört lidande, relationsfokus+svårt, ojälvständiga, mobbing, negativa tankestrukturer, kommunikationsproblem, känslora styr, självskadebeteende, dricka, stjäla, droga, ätstört, konsumerar relationer, promiskuösa, självmord