

Mentaliseringsbaserad behandling av patienter med borderline personlighetsstörning

Infallsvinklar från patientgrupp och behandlare

Lotta Söderman

Handledare: Marie-Louise Ögren

EXAMENSARBETE PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET 2008

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

ABSTRACT

The aim of this paper was to illuminate the effect of mentalizationbased psychotherapy. The patients in the survey group were interviewed before and after treatment with regard to specific symptoms of borderline personality disorder and symptoms of other personality disorders with the semi structured interviews ZAN-BPD and SCID-II. Open interview questions that were worked up in a qualitative manner were as well put to the patients that had received the treatment program. A focus group interview with the staff working with the concept within the frame of the MBT-team of Psychiatry southwest in Stockholm was also carried out.

The result shows on a group level between the pre and post measuring a reduction of specific borderline symptoms like impulsivity and cognitive symptoms. Symptoms referring to relations were stable and affective symptoms increased. All of the nine interviewed patients experienced that they to different extent felt more stable after treatment. That was an impression shared of the MBT team personnel.

In the discussion part of the paper the discrepancy of the result that were gained from the two semi structured interviews and the questions put to patients and staff are discussed.

Of interest to further research would be to study closer if there are common factors in background and comorbidity for the patients that seemed to have most benefit from treatment.

Keywords: borderline personality disorder, mentalizationbased psychotherapy, patient, staff.

Innehåll

Bakgrund	3
Borderline personlighetsstörning	3
Historik	3
Etiologi	3
Symtombild vid borderline personlighetsstörning	4
Prognos	5
Teoretiska perspektiv	6
Psykodynamiska	6
Anknytning och mentalisering	6
Begreppet mentalisering	8
Behandlingsmetoder	8
Psykodynamisk psykoterapi	9
Kognitiv psykoterapi	10
Dialektisk beteendeterapi	10
Stödande psykoterapi	11
Farmaka	11
Mentaliseringsbaserad psykoterapi	11
MBT som behandlingsmetod inom psykiatrin	13
Syfte	14
Frågeställningar	14
Metod	14
MBT som behandlingskoncept inom Psykiatri sydväst	14
Instrument	14
Undersökningsgrupper	15
Genomförande	17
Databearbetning	17
Etiska överväganden	17
Resultat	18
1. Utfall av mentaliseringsbaserad behandling avseende specifika borderlinesymtom	
1.1 Hela undersökningsgruppen avseende symtomgrupper	18
1.2 Enskilda patienter avseende totalpoäng för borderlinesymtom	18
1.3 Enskilda patienter avseende uppfyllda kriterier på specifika borderlinesymtom enligt SCID-II	19
2. Utfall av mentaliseringsbaserad behandling avseende övriga personlighetsstörningar	19
2.1 Enskilda patienter avseende förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på gruppnivå enligt SCID –II	20
2.2 Enskilda patienter avseende förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på individnivå enligt SCID-II	21
3. Patienternas upplevelse av mentaliseringsbaserad behandling med avseende på	
3.1 Hur behandlingen hjälpt	21
3.2 Vad i behandlingskonceptet som hjälpte	22
3.2.1 Individualterapi	22
3.2.2 Gruppterapi	22

3.2.3 Helheten i behandlingskonceptet	23
3.2.4 Svårigheter med behandlingen.....	23
4. Personalens erfarenhet av mentaliseringsbaserad behandling.....	24
4.1 Teamets uppfattning om behandlingens effekt.....	24
4.2 Behandlingskonceptets verksamma beståndsdelar	24
4.3 Svårigheter med behandlingen.....	24
4.4 Vidareutveckling av behandlingsprogrammet	25
Diskussion	25
Metod	25
Resultat	26
Referenser	30

Bilaga 1-4

INLEDNING

I Sveriges lider uppskattningsvis 1-2 procent av befolkningen över 18 år av en borderline personlighetsstörning. Detta motsvarar cirka 70 000 till 140 000 personer och innebär att denna störning är betydligt vanligare än till exempel schizofreni som cirka 35 000 svenskar lider av (Näslund, 1998).

En personlighetsstörning beskrivs som ett långvarigt mönster av inre erfarenhet och beteende som tydligt avviker från förväntningar från personens kultur. Störningen är genomgripande och inflexibel. Debut sker ofta under tonår eller i ung vuxenålder. Störningen är stabil över tid och leder till lidande och funktionsnedsättning (Crowe, 2004).

Personer med borderline personlighetsstörning har sämre livskvalitet i jämförelse med normalpopulationen, inte bara då det gäller den psykiska och sociala dimensionen, utan även då det gäller fysisk hälsa och välbefinnande (Perseus, Andersson, Åsberg & Samuelsson, 2006).

Cirka 90 procent av de patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning som någon gång vårdats vid psykiatrisk klinik har gjort ett eller fler allvarliga självmordsförsök och cirka tio procent av patienter med diagnosen avlider till följd av självmord (Krawitz & Watson, 2003).

Att lida av en psykisk störning är ofta stigmatiserande och så är fallet även för dem som lider av en borderline personlighetsstörning. Skillnaden mellan denna psykiska störning och andra är dock att för dessa patienter kommer stigmatiseringen snarast inifrån psykiatrin och i mindre utsträckning från samhället. Patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning är svåra att hjälpa inom den traditionella psykiatrin och detta leder ofta till att kliniker distanserar sig och betraktar deras problem som mindre angelägna eller till och med självorsakade (Crowe, 2004; Krawitz & Watson, 2003).

Inom Psykiatrin sydväst används sedan 2005 den för diagnosen borderline personlighetsstörning specifikt utvecklade behandlingsmetoden mentaliseringsbaserad psykoterapi. Metoden bedrivs av ett team vilket består av fyra medarbetare. På basis av mina egna erfarenheter av de svårigheter som finns då det gäller att inom allmänpsykiatrisk öppenvård på ett framgångsrikt sätt behandla symtomatologin hos gruppen patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning är det för mig extra intressant att få möjlighet att närmare granska effekter av denna metod för behandling av patientgruppen i fråga.

BAKGRUND

Borderline personlighetsstörning

Historik

Första gången termen borderline användes för att beskriva ett patologiskt tillstånd som hade både psykotiska och neurotiska drag var 1938. Sedan dess har det förekommit olika huvudkonceptualiseringar för tillståndet. Otto Kernberg använde termen för att beskriva allvarliga former av karaktärspatologi. John Gunderson använde termen för att beskriva en specifik form av personlighetsstörning som kan särskiljas från andra axel-II-störningar. Under 1960- och 70-talen fokuserades det på patientens benägenhet att ha övergående psykosliknande upplevelser. Enligt denna syn betraktades borderline personlighetsstörning som en störning inom schizofrenispektrat. Under 1980-talet fokuserades det på den kroniska nedstämdheten och den affektiva labiliteten hos borderlinepatienten och enligt denna syn hörde tillståndet till de affektiva sjukdomarna. Under 1990-talet uppstod två inriktningar. Den ena betraktade borderline personlighetsstörning som en impulspektrumstörning som är besläktad med missbruk, antisocial personlighetsstörning och eventuellt ätstörning. Den andra inriktningen som uppkom under 1990-talet betraktar borderline personlighetsstörning som en traumaspektrumstörning besläktad med posttraumatiskt stressyndrom och dissociativa störningar (Zanarini & Frankenburg, 2007).

Etiologi

Det finns ett flertal faktorer som samverkar till uppkomsten av borderline personlighetsstörning. De som vanligtvis dokumenterats är fysisk misshandel, sexuella övergrepp eller vanvård i barndomen samt tidiga separationer. Neurofysiologiska faktorer såsom reducerad serotoninhalt som medför impulsivitet, irritabilitet, vrede, sänkt sinnesstämning och självmord är andra tänkbara orsaker till tillståndet. Vissa studier har funnit att personer med diagnosen har en ökad andel skalltrauma, hyperaktivitetsstörningar och inlärningssvårigheter. De flesta forskare är ense om att starka samband finns mellan tidiga trauman, neurofysiologi och uppkomsten av borderline personlighetsstörning. Viss oenighet råder däremot om hur stor betydelse de olika faktorerna har för utvecklingen av tillståndet (Dubo, Zanarini, Lewis & Williams, 1997; Krawitz & Watson, 2003; Näslund 1998; Watson, Chilton, Fairchild & Whewell, 2006; Zanarini & Frankenburg 2007).

Till predisponerande faktorer hör också sorgprocesser hos modern under barnets två första levnadsår samt negativa händelser, framförallt av interpersonell karaktär, senare i livet (Liotti, Pasquini & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000; Pagano, Skodol, Stout, Shea, Yen, Grilo, et al., 2004).

Den största delen av dem som får denna diagnos, mellan 70 och 80 procent, är kvinnor. Flera hypoteser omkring detta faktum finns; en är att kvinnor i större utsträckning utsätts för sexuellt utnyttjande i barndomen. En annan är att kvinnor skulle ha en större oförmåga än män att reglera sina känslor och distrahera sig från negativa tankar. En tredje är skillnader mellan män och kvinnor när det gäller socialt stöd och hälsa. Ett bra socialt stöd från andra människor är starkare knutet till välbefinnande och hälsa hos kvinnor än hos män. Brist på stöd visar hos kvinnor ett starkare samband med såväl fysisk ohälsa som depression och ångest än hos män (Krawitz & Watson, 2003; Näslund, 1998).

Symtombild vid borderline personlighetsstörning

Vad som kännetecknar en borderline personlighetsstörning har det genom tiderna rått tämligen stor oenighet mellan kliniker om. De flesta kliniker är numera ense om att borderline personlighetsstörning är ett svårbehandlat tillstånd som utmärks av en samling symtom med kraftig instabilitet i beteende, känslor och relationer. Störningen ger symtom på fyra huvudområden: affektiva, kognitiva, impulsiva och interpersonella områden och karaktäriseras av en intensiv inre smärta som ofta uttrycks på ett för många andra människor provocerande sätt (Bateman & Fonagy, 2001; Cleary, Siegfried & Walter, 2002; Crafoord, 1986; Crowe, 2004; Fonagy & Bateman, 2006; Krawitz & Watson, 2003; Näslund 1998; Sigrell 2000; Watson et al., 2006; Zanarini, 2003; Zanarini & Frankenburg, 2007).

Länge fanns även oenighet om vad tillståndet bör kallas. Sedan slutet på 1990-talet används i Sverige vanligen termen borderline personlighetsstörning (Näslund, 1998). Borderline personlighetsstörning är inte en stabil och entydig diagnos, de olika kriterierna kan leda till 90 olika kombinationer (Crowe, 2004; Oldham, 2006). Enligt DSM IV skall fem av följande nio kriterier vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas:

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
2. Har ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering och extrem nedvärdering.
3. Har identitetsstörning med varaktig instabilitet i självkänsla och självbild.
4. Visar impulsivitet i minst två avseenden och som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv.
5. Upprepad suicidalt hot, beteende eller självstymning förekommer.
6. Reagerar på ett påtagligt sätt med förändring av sinnesstämningen, är affektivt instabil.
7. Känner kroniska känslor av tomhet.
8. Har svårt att kontrollera aggressiva impulser vilket kan visa sig i inadekvat, intensiv vrede.
9. Har stressrelaterade dissociativa symtom (American Psychiatric Association, 2000).

Självskaдебeteende är karaktäristiskt för personer med borderline personlighetsstörning och benämns ibland som en ”beteendespecialitet” för de personer som lider av störningen. Alla personer som har ett självskaдебeteende är inte suicidala, men att en given person har ett självskaдебeteende fördubblar risken för självmord. Personer med impulsiv aggressivitet och samsjuklighet med depression eller drogmisbruk löper större risk för fullbordat självmord. Det innebär också en ökad risk om personen gjort flera allvarligt menade självmordsförsök tidigare (Oldham, 2006).

Svårigheterna att reglera affekter försvårar tillvaron för personer med borderline personlighetsstörning. Deras känslor tenderar att öka utom kontroll, de kan uppföra sig irrationellt när starka känslor rörs upp, börjar tänka i katastroftermer och finner därmed inga lösningar på sina problem. Detta, parallellt med att förmågan till att lugna sig själv är bristande, leder till ett överdimensionerat behov av andra för att kunna reglera sina affekter. Ofta finns omfattande brister när det gäller anpassning. Självmordsförsök, självskaдебeteende och inläggning på psykiatrisk klinik är vanligt. Sämre kvalitet när det gäller relationer samt instabilitet i arbetslivet förekommer frekvent (Zittel, Conklin & Westen, 2005).

Personer med diagnosen borderline personlighetsstörning som fullbordar sitt självmordsförsök och tar sitt liv skiljer sig vanligtvis från de patienter som aktivt söker psykiatrisk behandling. Personer som tar sitt liv har dessutom ofta problem med impulsivitet

och aggressivitet och därmed ökad samsjuklighet inom kluster B i DSM IV och då oftast med antisocial personlighetsstörning (McGirr, Paris, Lesage, Phil, Renaud & Turecki, 2007). Personer vars störning har sitt ursprung i ett posttraumatiskt stressyndrom har ofta sätt att handskas med dessa som leder till ytterligare svårigheter, till exempel drogmissbruk, ätstörningar samt dissociativa tillstånd (Zittel et al., 2005). Bristen på vanligtvis integrerade funktioner av medvetande såsom perception, minne och identitet leder också till dissociation (Watson et al., 2006).

I mentaliseringstermer kan borderlinesymtomen sägas uppkomma ur tre sammankopplade faktorer; hämning av mentaliseringsförmågan, särskilt i nära relationer, aktivering av tidigare sätt att uppleva den inre verkligheten och ett ständigt sug efter externalisering av det främmande självet, det vill säga projektion (Wallroth, 2007). Symtomen vid diagnosen borderline personlighetsstörning kan således vara högst varierande både till omfattning och till grad. I denna studie ligger fokus på de patienter som har en svårare typ av symptomatologi.

Prognos

Borderline personlighetsstörning består av symtom som är manifestationer av akut sjukdom och symtom som representerar mer långvariga aspekter av tillståndet. Symtom på kronisk vrede, frekventa aggressiva handlingar liksom symtom på kronisk ensamhet och tomhet är de som kvarstår längst (Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson & McSweeney, 2007). En av de viktigaste aspekterna med behandlingen är att hålla patienten vid liv. Majoriteten självmord sker inom de första fem åren efter att diagnosen ställts. Självmordsfrekvensen är lika hög som hos personer med diagnosen bipolärt syndrom och endast något lägre än hos personer med diagnoserna schizofreni, alkoholism och depression (SBU-alert rapport nr 2005-07).

De senaste årens forskning har visat på fyra faktorer som påverkar prognosen vid borderline personlighetsstörning: Samsjuklighet med axel I-störningar, graden av psykosocial försämring, patientens önskan att bli bättre och patientens förmåga att använda behandlingen för att hjälpa sig själv (Zanarini & Frankenburg, 2007).

Drogmissbruk är ytterligare en faktor som försämrar möjligheten till förbättring av borderline symtom (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk 2004). Även andra faktorer som affektiva sjukdomar och antisocial personlighetsstörning samt frånvaro av skyddande faktorer såsom begåvning, hög intelligens och självdisciplin försämrar prognosen för tillfrisknande (Krawitz & Watson, 2003).

Att söka evidens för att samsjuklighet mellan borderline personlighetsstörning och bipolära sjukdomstillstånd är numera vanligt förekommande. Hittills har dock endast ett blygsamt samband mellan de två diagnoserna påvisats (Gunderson, Weinberg, Daversa, Kueppenbender, Zanarini, Shea, et al., 2006).

Det finns få studier gällande borderlinesymtomens naturalförlopp. En studie som gjorts sex år efter att patienterna fått sin diagnos visade att 69 procent då inte längre uppfyllde kriterierna för störningen. Påpekas bör dock att deltagarna i studien uppvisade flera kvarstående symtom och att de skilde sig från en psykiatrisk kontrollgrupp med andra personlighetsstörningar (SBU-alert rapport nr 2005-07).

Liknande resultat redovisas i ytterligare en studie där 53 procent av de 57 informanterna vid en uppföljande undersökning efter sju år inte uppfyllde kriterierna för en borderline personlighetsstörning. I denna undersökning framkom dock att de patienter som fortfarande uppfyllde kriterierna hade andra diagnoser som till exempel fobisk, tvångsmässig, passiv-aggressiv, osjälvständig samt histrionisk personlighetsstörning (Links, Heslegrave & van Reekum, 1998).

Teoretiska perspektiv på borderline personlighetsstörning

Patienter med borderline personlighetsstörning är en patientgrupp som tar stora ekonomiska och personella resurser i anspråk inom den psykiatriska vården. Patienter med denna diagnos konsumerar mer psykiatrisk vård än patienter från andra diagnosgrupper. Vilken behandling som är mest effektiv har diskuterats inom psykiatrin under många år. Ett av problemen vid fördelningen av behandlingsresurser är att övervägande delen av resurserna används till akutvård och krisbehandling vilket resulterat i att evidens för effekter av långtidsbehandling inte kunnat undersökas i tillräckligt stor omfattning (Näslund, 1998; Krawitz & Watson, 2003).

Psykodynamiska

Otto F Kernbergs synsätt innebar ett nytänkande i form av integration av tankegångar från främst Melanie Klein och genom integration av objektrelationsteori i sin kliniska praktik och undervisning. Han ville knyta ett psykodynamiskt synsätt som betonar allmänna aspekter på den för borderlinepersonligheten karakteristiska jagsvagheten samt mer speciella synpunkter på för borderlinepersonlighetens speciella försvar för förståelsen av störningen till detta synsätt (Kernberg 1984). Vidare identifierade Kernberg intrapsykiska särdrag vid borderline personlighetsstörning. Dessa är identitetsdiffusion, primitiva försvar som projektion, projektiv identifikation, splitting och förnekande, delvis intakt realitetstestning som är sårbar för förändringar och misslyckanden och karaktäristiska objektrelationer (Bateman & Fonagy, 2004, Cloninger, 2002).

Bristen på integration av själv- och objektrepresentationer leder till instabila relationer till inre såväl som yttre objekt. Bristande impuls kontroll är ytterligare ett kännetecken och därmed följer lättväckt aggressivitet och destruktivitet. En person med borderline personlighetsstörning pendlar mellan ett hungrigt sökande efter kontakt och ett kränkt avståndstagande mot den han känner sig besviken på. Denna bristande integrering leder till kvaliteten i de mänskliga relationerna påverkas både då det gäller värme, hängivenhet och omsorg och en person med denna problematik har ofta svårt att sätta sig in och förstå andras levnadsvillkor (Sigrell, 2000).

Bristande förmåga till mentalisering, det vill säga oförmågan att sätta sig in i andras sätt att vara, tänka och känna kan ses som en effekt av dessa personers problem i sin psykologiska utveckling beroende på faktorer såsom separationer från föräldraobjekt eller övergrepp i barndomen (Bateman & Fonagy, 2006; Holmes, 2003).

Anknytning och mentalisering

Flera studier visar ett starkt samband mellan borderline personlighetsstörning och otrygg anknytning. Personer med borderline personlighetsstörning har oftast ett anknytningsmönster som kan karaktäriseras som preambivalent och oberäkneligt i nära relationer. I anknytningsmönstret till tidiga anknytningspersoner som till exempel föräldrar karaktäriseras mönstret av olösta trauman och ambivalens. Till sekundära anknytningspersoner som till

exempel kärlekspartners innehåller anknytningsmönstren skräck och ambivalens (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004).

Sedan borderlinediagnosen infördes har kliniska teoretiker ansett att den huvudsakliga psykopatologin finns inom ramen för interpersonella relationer. Innehållet i det inre arbetet med *självet* är relaterat till hur acceptabel eller älskvärd man är i sina primära anknytningspersoners ögon. Innehållet i en individs modell av *den andre* är relaterat till hur mycket gensvar och tillgänglighet anknytningspersoner förväntas ge (Bowlby, 1973).

Enligt teoretiker som till exempel Bowlby står förståelsen av fenomenet borderline personlighetsstörning att finna i anknytningsteorin. Enligt anknytningsteori utvecklas självet i den affektreglerande kontexten vid tidiga relationer. Med anledning av detta drar dessa teoretiker slutsatsen att desorganisation av anknytningsystemet leder till desorganisation och splittring av självstrukturen (Bateman & Fonagy, 2006).

Målet med anknytning är att skapa en yttre omgivning från vilken barnet utvecklar en inre, säker och trygg modell av självet. Trygg anknytning tillåter barnet att utforska sin värld med tillförsikten att vårdgivaren finns där när barnet behöver denne. En trygg anknytning ska leda till en positiv, sammanhållen och över tid hållbar självbild och en känsla av att vara värd att älskas. Den ska också leda till en positiv förväntan att viktiga andra i allmänhet ska vara accepterande och ansvarstagande. Ett sådant porträtt av trygg anknytning står i stark kontrast till de fientliga eller splittrade representationerna av själv och andra samt de behövande, manipulativa och aggressiva relationerna som karakteriserar personer med borderline personlighetsstörning (Agrawal et al., 2004).

För att utveckla ett normalt själv behöver barnet känslomässigt speglas av en anknytningsperson. Frånvaron av sådan nödvändig spegling associeras till senare utveckling av desorganiserad anknytning. När ett barn inte kan utveckla sitt själv genom en representation som är hans egen erfarenhet internaliserar han bilden av anknytningspersonen som en del av sin egen självrepresentation. Detta leder till brist på sammanhang och ett främmande själv. Om barnet bli traumatiserat kan det identifiera sig med aggressorn som ett sätt att erövra kontroll över förövaren och då internalisera denne i den främmande delen av självet. En olidlig känsla av självhat kan då bli följd.

Utifrån ovanstående kan borderline personlighetsstörningens fenomenologi betraktas som konsekvensen av den anknytningsrelaterade bristen på mentalisering, sättet att uppleva inre verklighet som har sin utvecklingsmässiga härkomst från tiden före mentaliseringens uppkomst och den konstanta pressen att använda projektiv identifikation, återexternaliseringen av det självdestruktiva främmande självet. Det är just i kontexten anknytningsrelationer som personer med borderline personlighetsstörning har svårt att mentalisera. När deras relationer rör sig i anknytningsområdet intensifieras de och i ett sådant tillstånd av känslomässig upphetsning tenderar dessa personer att misstolka både sina egna och andras sinnen. Deras förmåga att tänka på en annans mentala sinnestillstånd kan då hastigt försvinna. När detta händer leder det till regression vilket i sin tur leder till risk för att relationerna desorganiserar och känslan av sammanhang i upplevelsen av självet som skapas av normal mentalisering förstörs (Bateman & Fonagy, 2006).

Begreppet mentalisering

Att mentalisera innebär att göra egna och andras tankar begripliga utifrån bakomliggande mentala avsikter som till exempel önskningar, känslor och föreställningar (föreläsning av Göran Rydén 080512).

Mentalisering handlar vidare om att förstå och tänka om sig själv och andra som intentionella och att förstå att både ens egna och andra människors handlingar styrs av tankar, känslor och önskningar. Personer med borderline personlighetsstörning har ofta problem på detta område. Mentalisering är centralt för människans förmåga att fungera i sociala situationer (Bateman & Fonagy, 1999).

Mentalisering kan definieras som att förnimma och tolka uppförande som om det vore förenat med mentala tillstånd och baseras på antagandet att mentala tillstånd påverkar mänskligt beteende. Mentalisering kräver en noggrann analys av omständigheterna vid agerande och en lika noggrann analys av tidigare beteendemönster. Mentalisering sker oftast på en förmedveten nivå och är ett slags föreställning om psykisk aktivitet (Bateman & Fonagy, 2006).

Ursprungsteorin var att dysfunktionell mentaliseringsförmåga är en försvarsreaktion på fysiska eller sexuella övergrepp. Teorin byggdes sedan på med konstitutionella sårbarhetsfaktorer samt teorier om försummelse i tidiga relationer varvid barnets känslomässiga erfarenheter inte speglats korrekt av dess vårdare. När dessa individer konfronteras med trauma är det troligt att de reagerar med att koppla bort sin förmåga att ta itu med sitt eget eller andras mentala tillstånd på ett mångsidigt sätt, speciellt i en anknytningskontext. Man kan tänka på detta som adaptivt, ett avsiktligt sätt att undvika förgriparens sinnestillstånd. Det blir på så sätt mindre plågsamt. Detta kan handla om mer än anpassning, hjärnan kan påverkas på ett sådant sätt av tidiga trauman att förändringar i funktionen leder till att hjärnan ”kopplar ur sig” redan vid relativt mildt stimuli. Konstitutionellt sårbara individer som upplevt trauma inom ett anknytningsperspektiv blir, som ett resultat av instabilitet i jaget, psykologiskt sårbara i senare anknytningskontext. Som ett försök att klara av detta kopplar individen bort sitt sinnestillstånd från andras och förlitar sig på tidigare psykologiska mekanismer för att organisera erfarenheten och därmed avtäckas splittringen av jaget (Fonagy & Bateman, 2006).

Flera begrepp är närbesläktade med mentalisering till exempel empati, anknytning, spegling, intersubjektivitet och theory of mind. Mentaliseringsbegreppet kan ses som *en* aspekt av en relation (Bateman & Fonagy, 2006, föreläsning Göran Rydén, 080512).

Mentalisering består av funktioner som går att visualisera med hjärnavbildningstekniker och är ett operationellt begrepp som går att använda i forskning. Begreppet används också inom närliggande forskningsområden vilket ger möjlighet till homogen terminologi (SLPO:s hemsida, psykiatri sydväst 2007).

Behandlingsmetoder

En del av svårigheterna att behandla borderline personlighetsstörning ligger i komplexiteten hos tillståndet. De självsskadande beteendena kräver inte endast omedelbar uppmärksamhet utan även skickligt handläggande eftersom symtomen oftast är jagsyntona och därför inte låter

sig behandlas lika enkelt som smärtsamma och splittrande beteenden hos vid andra tillstånd (Stone, 2006).

Det finns tre huvudinriktningar för psykoterapeutisk behandling av borderline personlighetsstörning: psykodynamisk, kognitiv-beteendeariktad och stödjande. Det är dock inte ovanligt att många terapeuter använder sig av strategier från olika behandlingsmetoder för att hjälpa denna patientgrupp (Stone, 2006).

Eftersom många personer med diagnosen borderline personlighetsstörning avslutar behandlingen då de erbjuds psykoterapi som inte är tidsbegränsad finns det terapeuter som arbetar med intermitterande psykoterapi. Behandlingen avslutas temporärt då patienten uppnått symtomlindring och återupptas på patientens begäran om en försämring med ökade symtom och besvär uppkommer (Paris, 2007).

Trots att metoderna skiljer sig åt är målen ungefär desamma; förbättring av symtom och personlighetssvårigheter. Det finns även överensstämmelse gällande prioriteringsordningen i behandlingen; först och främst inriktar man sig på suicidalt och självskadande beteende, sedan hot mot att terapin kan avbrytas och slutligen andra symtom såsom depression, drogmissbruk och ångest av varierande grad. När dessa svårigheter kan hanteras adekvat blir de dominerande interventionerna i psykoterapeutisk behandling inriktade på mål som till exempel psykisk integrering, färdighetsträning och frågor som rör vänskap, partnerval och arbete. Ofta används medicinering som tillägg till den psykoterapeutiska behandlingen till exempel i syfte att reglera affekter och bristande impuls kontroll (Stone, 2006; Svensk psykiatri hemsida, 2006).

Psykodynamisk psykoterapi

Psykodynamiska teoretiker anser att patienter med borderline personlighetsstörning har en svagt formad, fragmenterad identitet på grund av ofullständig eller splittrad psykologisk utveckling i barndomen, något som betraktas som en förutsättning för tidig etablering av en trygg anknytningsrelation (Krawitz & Watson, 2003).

Generellt sett är målet med psykodynamisk psykoterapi att uppnå en ökad integration av de disparata och splittrande elementen i patientens psyke i hopp om att detta ska leda till mer ändamålsenlig hållning mot andra människor och till mer anpassade beteenden i det dagliga livet (Stone, 2006).

Det psykodynamiska tankesättet strävar mot att stödja psykisk integrering genom varsamt utforskande av de polariserade attityderna som upprätthålls med hjälp av primitiva försvar. Terapeuten får känna av starka känslor av till exempel kärlek, hat och avund som ursprungligen härstammar från patienten men som med hjälp av försvaret projektiv identifikation förläggs till terapeuten. Under denna process frambringas starka känslor av motöverföring hos terapeuten vilka blir värdefulla att tolka för patienten och som på sikt ökar dennes medvetenhet om de egna grundkonflikterna och attityderna (Stone, 2006).

På grund av borderlinepatientens instabila jagstruktur är betydelsen av fasta och tydliga ramar för det terapeutiska arbetet stor. Ofta väljer terapeuter och andra behandlare att använda sig av behandlingsmetoden expressiv psykoterapi som har både likheter och skillnader jämfört med både stödjande och avtäckande psykoterapeutisk behandling. Skillnaderna beror till större delen på avsaknaden av ett integrerat observerande jag hos personen med en

borderlineproblematik vilket leder till svårigheter att se saker ur samma perspektiv som terapeuten. I stället pendlar personen med denna typ av problem på ett kaotiskt sätt mellan att olika jagtillstånd (McWilliams, 1994).

Kognitiv psykoterapi

Den kognitiva psykoterapins mål syftar likaså till att minska tendensen till splitting, att hjälpa patienten att utveckla bättre kontroll över sina känslor och impulser och stärka patientens identitet. Behandlingen fokuserar på observerbara beteenden och på psykiska scheman vilket betyder vanemässiga tankemönster rörande jaget och den interpersonella världen som byggts upp under barndomen. Beteenden och deras underliggande scheman har under utvecklandet av en borderline personlighetsstörning blivit maladaptiva av en rad orsaker till exempel ärftliga faktorer och olika psykologiska trauman orsakade av patientens vårdnadshavare. De tidigare maladaptiva scheman som är relevanta för borderline personlighetsstörning innehåller sådana grundantaganden som till exempel. ”Jag kommer alltid att vara ensam, ingen kommer att finnas för mig” eller ”Jag är en dålig person; jag förtjänar att straffas”. Dessa antaganden återger en del viktiga teman som är relevanta för borderlinepatienter: rädsla för att bli övergiven, övertygelse om att vara omöjlig att älska och överdriven skuld. Även om man i kognitiva kretsar sällan diskuterar överföring kan fenomenet förstås i kognitiva termer som gensvaren på terapeuten från patienten som grundar sig på tro och förväntningar från tidigare erfarenheter mer än på terapeuten som en realistiskt upplevd individ (Stone, 2006).

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi, DBT, har influerats av kognitiv psykoterapi och österländskt psykologiskt tänkande. Metoden fäster också stor uppmärksamhet vid relationen mellan klient och terapeut och patientens engagemang och följsamhet rörande behandlingen och dess mål följs noggrant under behandlingens gång (Krawitz & Watson, 2003).

DBT är en behandlingsform som i teori och praktik inspireras av fyra olika kunskapskällor för att förstå borderlineproblematiken. Det finns en biologisk modell som utgår från sårbarhet vad gäller känsloreglering, en social modell som utgår från upplevelser under uppväxten, en inlärningspsykologisk och kognitionspsykologisk modell som berör inlärningshistoria och tankemässigt fungerande samt en spirituell/andlig modell där tekniker som acceptans och medveten närvaro används. En central aspekt är det dialektiska perspektivet. Dialektik betyder argumenterings- eller bevisningskonst, inom filosofin används begreppet för att sammanfatta förloppet tes, antites och syntes. Inom DBT gäller dialektiken individens upplevelser samt hur effektiva behandlingar bör läggas upp, inom ramen för synsättet ligger tanken att varje upplevelse innehåller samtidigt motstridigheter och spänningen mellan dessa ger möjlighet till förändring. Den grundläggande dialektiska motsättningen inom DBT ligger i balansen mellan att bekräfta patienten så som denne är samtidigt som behandlingen ger en möjlighet till förändring. Till exempel kan en behandlare bekräfta patientens känslor och samtidigt föreslå metoder för att kunna hantera dessa känslor och upplevelser (SBU-alert rapport nr 2005-07).

I DBT-behandling ingår öppenvårdskontakter i form av terapisesioner en gång per vecka, dessa samordnas med färdighetsträning i grupp och telefonkontakt med den ansvarige terapeuten mellan sessionerna. Arbetet kring patienterna sker i team och handledning för teammedlemmarna är en viktig komponent

Målsättningen med DBT är specificerad i behandlingsmål i hierarkisk ordning. Det första är att minska självmords- och självskadebeteende. Därefter följer mål som förväntas leda till att

patientens livskvalitet höjs och att patienten kan utveckla färdigheter gällande socialt fungerande. (SBU-alert rapport nr 2005-07).

DBT syftar till att minska förekomsten av självskadebeteende och behandlingsavbrott och möjligen även behov av sjukvård. Den viktiga aspekten att det är oklart om det positiva resultatet kvarstår om endast delar av behandlingen implementeras samt att det är svårt att avgöra vilka moment som är centrala återstår att utforska vidare (SBU-alert rapport nr 2005-07).

Stödjande psykoterapi

Litteratur som behandlar stödjande terapiformer som behandling vid borderline personlighetsstörning förekommer tämligen sparsamt. Det finns handböcker för stödjande terapier som kompletterar de som redan publicerats för psykodynamisk och kognitiv terapi. Överföring är ett känt begrepp också inom stödjande terapi men överföringstolkningar används inte (Stone, 2006).

Den teoretiska grunden vid stödjande psykoterapi är integration av olika modeller som till exempel psykodynamisk och kognitiv psykoterapi samt beteendeterapi. Terapeuten ses som en tydlig anknytningsfigur och en positiv relation mellan terapeut och patient anses avgörande för möjligheten till förändring (Krawitz & Watson, 2003).

Några tekniker som används är utbildning, uppmuntran, gränssättning, uppmaningar (att använda eller avstå från vissa beteenden), råd och bekräftelse (Krawitz & Watson, 2003; Stone, 2006).

Målen med stödjande psykoterapi är att framför allt att stärka de gynnsamma och flexibla försvaren och hjälpa patienten att anpassa sig till nutid och en långsiktig förbättring genom förbättrat socialt fungerande. Man arbetar med det som sker här och nu, försöker stabilisera tillståndet för att sedan förändra, ökar kunskapen om egna styrkor och svagheter och arbetar för att maximera styrkorna och minimera svagheterna (Krawitz & Watson, 2003).

Farmaka

Vid borderline personlighetsstörning finns starka implikationer för farmakoterapi. Farmaka kan hjälpa personer som lider av störningen att delvis reducera depression, ångest och irritabilitet. Vanligtvis används olika typer av antidepressiva läkemedel, stämningsreglerande läkemedel samt atypiska neuroleptika. Läkemedel i sig bör inte användas som kurativ behandling, snarare som stödjande åtgärd i kombination med psykoterapi (Cloninger, 2002).

Mentaliseringsbaserad psykoterapi

Mentaliseringsbaserad psykoterapeutisk behandling vilar på psykoanalytisk grund och har hämtat inspiration från till exempel Freud, Bion, Winnicott, Lacan och Bowlby (SLPO:s hemsida, psykiatri sydväst 2007).

Metoden baseras på tankar om att personer med borderline personlighetsstörning lider av störningar inom såväl anknytning som mentaliseringsförmåga och att detta leder till svikt i förmågan att skapa trygga relationer också med behandlare. Dessutom ökar svårigheterna att mentalisera i kontakter där anknytningen intensifieras, som till exempel i en terapeutisk relation (Bateman & Fonagy, 2006).

Tre specifika begrepp används för att förklara patienternas svårigheter. Teleologiskt tänkande vilket innebär att känslor inte kan hanteras genom reflektion utan måste ageras ut för att kunna uppfattas och förstås. Psykisk ekvivalens innebär att den psykiska verkligheten likställs med den fysiska; om jag tycker att jag är ful så är jag ful. Pretend mode innebär att det upplevs som att samband inte finns mellan inre och yttre verklighet vilket hos vuxna kan leda till tomhetskänslor och dissociation (Bateman & Fonagy, 2004).

Det övergripande målet med terapin är att utveckla en process i vilken patientens sinne är i fokus. Målsättningen för patienten är att förstå mer av hur han tänker och känner om sig själv och andra, hur detta styr hans gensvar till andra samt hur felaktigheter i förståelsen av sig själv och andra leder till ageranden i försök att återfå stabilitet och förstå obegripliga känslor. Terapeuten bör försäkra sig om att patienten är medveten om dessa mål, att patienten förstår underliggande fokus för behandlingen samt att terapiprocessen i sig själv inte mystifieras (Bateman & Fonagy, 2006).

Behandlingen har tre huvudfaser:

1. Den inledande fasen där huvudmålet är att bedöma patientens förmåga till mentalisering, personlighetsfunktion samt att engagera patienten i behandlingen. Här ingår till exempel att patienten får veta sin diagnos, eventuell medicinering granskas och ändras vid behov samt att definiera en handlingsplan för kriser.
2. Under mellersta fasen är målet med all terapeutisk aktivitet att stimulera en ständigt ökande mentaliseringsförmåga. I mentaliseringsbaserad terapi är terapeutens mål att förstå mer om hur en person tänker och känner. Detta nödvändiggör att terapeuten konstant undersöker patientens sinnestillstånd samtidigt som han är observant på och förmedlar sitt eget. Syftet med detta är att patienten ska använda sitt eget sinne för att förstå sitt eget och andras (inklusive terapeutens) mentala tillstånd.
3. Under den sista fasen förbereds avslutningen av en intensiv behandling. Fokus ligger i denna fas på till exempel känslor av förlust samt hur uppnådda framsteg ska kunna bibehållas (Bateman & Fonagy, 2006).

Metoden innehåller såväl stöd som klarifiering och tolkningar, de senare används dock med stor försiktighet. Tolkningarna sker i flera steg genom tydliggörande och genomarbetning av både känsla och upplevelse, via identifiering av misslyckad mentalisering och genom uppmuntran till aktiv mentalisering omkring samma tema och presentation av en alternativ syn eller perspektiv (Bateman & Fonagy, 2006).

Vid mentaliseringsbaserad psykoterapi har terapeuten hela tiden patientens ”mind in mind” och fokuserar på patientens aktuella tankar och känslor i syfte att bygga upp representationer av mentala tillstånd (Wallroth, 2007).

När terapeuten upptäcker brister i mentaliseringsförmågan hos patienten eller sig själv används termerna ”*stop, listen, look*” och ”*stop, rewind, explore*” som stöd att ständigt hålla mentaliseringen i fokus. Den första termen innebär att när icke-mentaliserande interaktion uppkommer i en individuell eller gruppssession stannar man upp – ”*stop*”, belyser vem som känner vad, granskar hur varje aspekt kan förstås ur olika perspektiv och identifierar hur meddelanden känns och förstås, vilka reaktioner som uppstår – ”*listen*” och ”*look*”. Den andra termen innebär att terapeuten behöver stoppa gruppen eller individen och återgå till en punkt där konstruktiv interaktion var möjlig. Terapeuten behöver ta kontroll över gruppen eller individen så snart han känner att sessionen blivit okontrollerbar och/eller risk för snabb

destruktivitet finns, till exempel att patienten lämnar rummet eller engagerar sig i opassande aggressivt beteende – ”stop”. Därefter går man tillbaka till en punkt där konstruktiv interaktion var möjlig – ”rewind” samt undersöker vad som inträffade – ”explore” (Bateman & Fonagy, 2006).

Terapeuter behöver bibehålla sin egen förmåga att mentalisera, bibehålla mental närhet, fokusera på nuvarande mentalt tillstånd och undvika överdriven användning av konflikttolkning och metaforer medan de är uppmärksamma på användningen av överföring och motöverföring (Bateman & Fonagy, 2003).

MBT som behandlingsmetod inom psykiatri

I Storbritannien har A. Bateman och P. Fonagy utvecklat och arbetat med den metod som redovisats ovan. En RCT-studie genomfördes 1999 för att utvärdera behandlingen. En grupp patienter erhöll en behandlingsform baserad på mentalisering som innebär dagvård med integrering av psykoterapi både individuellt och i grupp med en annan grupp patienter med samma diagnos som fick standardbehandling (Fonagy & Bateman, 1999).

Alla patienter i studien undersöktes fortlöpande med hjälp av olika skattningsskalor avseende suicidalitet och självskadebeteende, slutenvårdskonsumtion och subjektiva psykiatriska symtom med fokus på ångest- och depressionssymtom. Även social anpassning samt funktion i relationer skattades vid undersökningens början och slut. Resultatet pekar på att antalet incidenter med självskadebeteende och självmordsförsök minskade i dagvårdsgruppen under behandlingen medan de var konstanta i kontrollgruppen. Då det gäller slutenvårdskonsumtion har kontrollgruppen genomgående flest antal dagar på sjukhus. Behovet av medicinering minskade i båda grupperna. Då det gäller resultatet av de självskattningsskalor som använts för att mäta ångest och depression visar det att dagvårdsgruppen rapporterar att symtomen på depression och ångest i kontrollgruppen efter arton månaders behandling minskat signifikant. I båda grupperna fortsatte patienterna att lida av patologiska nivåer av symtom efter behandlingen (Fonagy & Bateman, 1999).

Efter behandlingsperioden i ovanstående studie gjordes en uppföljning på cirka 75 procent av patienterna som deltog i originalstudien. Den uppföljande studien omfattade tidsmässigt ytterligare 18 månader. Resultat som uppmättes var en fortsatt signifikant förbättring av exempelvis allmänna borderlinesymtom för den grupp som genomgått mentaliseringsbaserad behandling och endast begränsad förbättring för den grupp som erhållit standardbehandling (Bateman & Fonagy, 2001).

Ytterligare en uppföljande studie av samma patientgrupper som i de två ovan nämnda studierna publicerades i maj 2008. Resultatet i denna studie visade att den förbättring som uppmättes efter arton månaders behandling samt efter den uppföljande studien kvarstod för de patienter som erhållit mentaliseringsbaserad psykoterapi (Bateman & Fonagy, 2008).

Inom svensk psykiatri finns utöver MBT-teamet som verkar inom psykiatri sydväst flera verksamheter som arbetar med koncept som baserar sig på den behandlingsmetod som grundlagts av A. Bateman och P. Fonagy. Liknande team finns ibland annat Piteå, Borås och på Lidingö.

SYFTE

Denna studie syftade till att belysa effekten av mentaliseringsbaserad behandling hos en grupp patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning inom ramen för det MBT-team som verkar inom Psykiatri Sydvest.

Frågeställningar

1. Vilka effekter har mentaliseringsbaserad psykoterapi avseende:
 - a. Specifika symtom på borderline personlighetsstörning?
 - b. Symtom på övriga personlighetsstörningar?

2. Hur upplevdes mentaliseringsbaserad psykoterapi av:
 - a. De patienter som behandlats i enlighet med denna modell?
 - b. Den personal som arbetat med behandlingskonceptet?

METOD

MBT som behandlingskoncept inom Psykiatri sydvest

MBT-teamet, där MBT står för Mentaliserings Baserad Terapi är en del av Psykiatri Sydvest och Huddinge psykiatriska mottagning. Behandlingsarbetet i teamet följer Fonagy och Batemans modell. Teamet, som funnits sedan 2005, tar emot patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning från Botkyrka och Huddinge kommuner samt stadsdelarna Hägersten, Liljeholmen, Skärholmen och Älvsjö i sydvästra Stockholm. Teamet består av en läkare, två psykologer och en sjuksköterska vilka samtliga även är utbildade psykoterapeuter och/eller psykoanalytiker. Behandlingen baseras på psykoanalytiskt tänkande integrerat med anknytningsteori och är inspirerad av det arbete som 1999 inleddes i London och målen är likartade: att skapa motivation och engagemang i behandlingen, att reducera psykiatriska symtom, att minska självdestruktivt och suicidalt beteende, att förbättra sociala och interpersonella förmågor samt att utveckla en inre känsla av stabilitet och trygghet.

De patienter som ingår i undersökningsgruppen inom ramen för denna uppsats har med några få modifieringar för några deltagare erhållit mentaliseringsbaserad behandling enligt det i London utvecklade behandlingskonceptet. Patienterna har gått i individuell psykoterapi en gång per vecka och i gruppterapi en gång per vecka. Utöver detta har patienterna haft gruppaktiviteter såsom skrivgrupp, bildgrupp och storgrupp, samtliga dessa grupper en gång per vecka. I konceptet ingår dessutom stormöte med patienten, samtliga involverade behandlare och eventuellt anhöriga eller andra involverade personer en gång per kvartal.

Instrument

Fyra olika metoder användes för att undersöka effekterna av den mentaliseringsbaserade behandlingen; för att mäta specifika borderlinesymtom användes de *semistrukturerade intervjuformulären Zanarini-BPD* och *SCID-II*. *SCID-II* användes även för att mäta förekomst av andra personlighetsstörningar. För att mäta patienternas upplevelser av behandlingen användes *öppna intervjufrågor* och för att mäta personalens upplevelser av att arbeta med metoden användes en *fokusgruppsintervju*.

Zanarini Rating Scale for Personality Disorder, ZAN-BPD är den första klinikeradministrerade mätskalan för mätning av förändring av borderline psykopatologi enligt DSM-IV. Frågorna i ZAN-BPD återger de fyra huvudområdena för borderline psykopatologi; affektiva, kognitiva, impulsiva och interpersonella symtom. Den totala poängen är maximalt 36 och speglar då en allvarlig störning (Zanarini, 2003). Då ZAN-BPD endast fanns på engelska översattes intervjuformulärets text till svenska av författaren till denna uppsats. Därefter granskades denna av en person med engelska som modersmål och goda kunskaper i det svenska språket.

Structured Clinical Interview for DSM Disorders, SCID-II är semistrukturerat och används för personlighetsstörningsdiagnostik. Tio personlighetsstörningar inkluderas i SCID-II-manualen. SCID-II kan användas för att påvisa om symtom föreligger eller inte eller för att ange antalet delkriterier som bedöms vara uppfyllda för var och en av personlighetsstörningarna. I SCID-II är det inte ovanligt att kriterierna för flera personlighetsstörningar bedöms vara uppfyllda. I dessa fall anger intervjuaren vilken personlighetsstörning som bör vara i fokus för den kliniska uppmärksamheten (Herlofson, 1999).

Genom *öppna intervjufrågor* som bearbetades på ett kvalitativt sätt inhämtades kunskap om hur de intervjuade patienter som behandlats i enlighet med denna modell upplevde behandlingen. Avsikten med frågorna var att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld och därmed kunna tolka och förstå den enskilda patientens upplevelser av behandlingen och dess effekter (Kvale 1997).

Slutligen användes *fokusgruppsintervju* som metod för att belysa hur den personal som arbetar med behandlingskonceptet inom ramen för det MBT-team som verkar inom Psykiatri Sydväst upplevde arbetet med terapiformen. Fokusgruppsintervju är en metod som lämpar sig väl då intresse finns att studera hur samtalet kring ett givet ämne bland en speciell grupp människor gestaltar sig (Wibeck, 2000).

Undersökningsgrupper

Som en undersökningsgrupp valdes de 12 patienter som i november 2005 ingick i den första patientgrupp som påbörjats inom ramen för Psykiatri Sydvästs MBT-team. Av de ursprungligen 12 deltagarna visade sig nio vara möjliga att rekrytera för intervjuer inom ramen för denna uppsats.

För samtliga patienter i studien fanns föredata i form av omfattande intervjuer som genomförts innan patienterna påbörjade behandlingen. Dessa intervjuer och självskattningsskalor genomfördes och administrerades av personalen i MBT-teamet under 2005, innan patienterna i november samma år påbörjade behandlingen. Innan behandlingen påbörjades utreddes de för att avgöra om denna behandling var optimal för individen. Diagnostik enligt DSM IV Axial I och II gjordes med hjälp av Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju- M.I.N.I och SCID II. Specifika borderlinesymtom mättes med hjälp av Zanarini-BPD. Neuropsykiatrisk utredning genomfördes med bland annat WAIS III, personlighetskartläggning med hjälp av NEO-PI samt SASB. Dessutom användes cirka 15 formulär och skattningsskalor för kartläggning av till exempel ADHD, Aspergers syndrom, missbruk, dissociation och självskadebeteende (SLPO:s hemsida, psykiatri sydväst 2007).

Nedan redovisas först demografiska föredata och därefter i tabellform i tabellerna 1 och 2 data gällande axel-I-diagnoser samt grad av suicidalitet enligt M.I.N.I för de tolv patienter som tillfrågades om deltagande i studien.

Av de nio patienter som slutligen deltog i denna studie var samtliga kvinnor i åldrarna 19-34 år vid behandlingsstart. Medelåldern i gruppen var 30 år. Två av patienterna levde i en fast relation medan de övriga inte gjorde det. En av patienterna hade barn. Två patienter arbetade/studerade, övriga hade sjukskrivning eller sjukersättning. Fyra av patienterna hade genomgått studier efter grundskolan.

Medelvärde för antalet diagnoser vid föremätningen hos de nio patienter som sedan intervjuades inom ramen för denna uppsats var fyra axel-I-diagnoser. Även axel-I-diagnoser utöver de nedan redovisade förekom men i betydligt lägre procentuell omfattning.

Tabell 1

Procentuell förekomst av axel-I-diagnoser före behandling enligt M.I.N.I.

Axel-I-diagnoser	Procentuell andel <i>n</i> =12
Depression/dystymi	50
Drogberoende/miss bruk	75
Panikattacker	58
Neuropsykiatrisk störning	58
Generaliserat ångestsyndrom	33

Tabell 2

Bedömning av suicidalitet före behandling enligt M.I.N.I.

Suicid-risk	Procentuell risk <i>n</i> =12
Hög	73
Mellan	18
Låg	9

Den andra undersökningsgruppen, personalen i MBT-teamet bestod av fyra personer med olika yrkesbakgrund. Med anledning av att en av medlemmarna vid slutförandet av denna uppsats höll på att avsluta sin anställning och en blivande medlem i teamet ännu inte påbörjat

sin redovisas nedan endast de tre kvarvarande medlemmarnas bakgrund och skäl att arbetat med mentaliseringsbaserad behandling. Information om dessa bakgrundsfakta insamlades med hjälp av en enkät. Av de tre redovisade teammedlemmarna var en läkare och två psykologer. Samtliga hade olika påbyggnadsutbildningar, till exempel psykoanalytikerutbildning, gruppterapiutbildning och Rorshacutbildning. Deras erfarenhet av psykiatriskt behandlingsarbete varierade mellan sju och 17 år och erfarenhet av mentaliseringsbaserat arbete varierade mellan två och tre och ett halvt år. Bland de olika skäl som medlemmarna hade att söka sig till teamet var till exempel att metoden kändes intressant och har gott forskningsstöd, att patientgruppen var intressant att arbeta med samt att den teoretiska grunden kändes som en möjlighet till framgångsrikt arbete med en svårbehandlad patientgrupp.

Genomförande

De tolv patienterna i den utvalda gruppen kontaktades både per telefon och per brev. De nio patienter som valde att delta intervjuades enskilt med hjälp av ZAN-BPD och SCID-II. De kvalitativa frågeställningarna ställdes till varje enskild patient i samband med intervjuerna. Tidsåtgången var sammanlagt cirka två timmar per patient. Åtta intervjuer genomfördes mellan november 2007 och februari 2008 på Älvsjö psykiatriska mottagning. En intervju genomfördes i MBT-teamets lokaler i Flemingsberg i december 2007.

Variationen hur behandlingen vid det andra intervjutillfället såg ut för de olika patienterna var stor. Endast en patient hade vid det andra intervjutillfället helt avslutat MBT-behandlingen. Övriga patienter hade pågående individuell behandling som närmade sig avslutningsfasen av densamma. Tre patienter gick i eftervårdsgrupp medan en patient hade börjat om i efterföljande MBT-5-grupp då denna startades i mars 2007. För att öka läsbarheten i denna uppsats kommer dock benämningarna *före* och *efter* behandling att användas.

I juni 2008 genomfördes en fokusgruppsintervju med tre av medlemmarna i MBT-teamet. En av medarbetarna stod i begrepp att avsluta sin anställning och deltog därför inte i denna intervju. Intervjun genomfördes i MBT-teamets lokaler i Flemingsberg och tog en och en halv timme att genomföra.

Databearbetning

För att öka interbedömarreliabiliteten och som en förberedelse inför de skattningar som senare utfördes inom ramen för studien genomfördes tre pilotintervjuer vilka granskades av en oberoende skattare. Ytterligare två intervjuer genomfördes som förberedelse för intervjuerna med den ovan beskrivna patientgruppen. För de skalsteg där olikheter i bedömningarna förekom diskuterades diskrepansen noggrant bedömnarna emellan.

Samtliga intervjuer spelades in på ljudband och transkriberades därefter för att underlätta bearbetning av data.

ZAN-BPD samt SCID-II-intervjuerna skattades enligt de manualer som är gängse vid användandet av dessa mätinstrument. De öppna frågorna analyserades kvalitativt med målsättningen att erhålla en sammanhängande och förståelig bild av patienternas upplevelser av behandlingen. Fokusgruppsintervjun analyserades med målsättningen att erhålla en tydlig bild av personalens erfarenhet av behandlingen.

Etiska överväganden

Vetenskaplig kunskap har ur ett historiskt perspektiv varit nära förbunden med människors värderingar och intressen och det är angeläget att vara medveten om de etiska problem som kan uppstå under forskningsprocessen (Kvale, 1997). Vid påbörjandet av MBT-teamets behandling skriver var och en av deltagarna under ett dokument där de förbinder sig att delta i den forskning som bedrivs inom ramarna för teamets arbete (bilaga 1). Med anledning av detta har bedömningen gjorts att inget särskilt etiskt tillstånd krävts för att genomföra undersökningen.

Det material skattningar och intervjuer genererat har hanterats med varsamhet och respekt och endast av intervjuaren. Av sekretesskäl och för att kunna garantera den enskilda individens anonymitet redovisas data på grupp nivå alternativt på ett sådant sätt att identifiering av den enskilda patienten är omöjlig.

RESULTAT

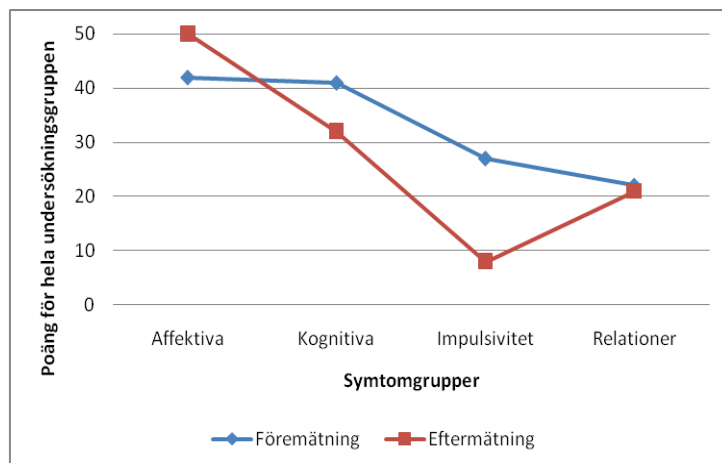
Resultaten redovisas under respektive frågeställning med aktuell datainsamlingsperiod angiven. I samtliga fall där resultaten redovisas på individnivå anger siffrorna 1 till 9 respektive patient.

1. Utfall av mentaliseringsbaserad behandling avseende specifika borderlinesymtom

Under denna rubrik redovisas resultaten av de semistrukturerade intervjuer som utfördes i syfte att mäta specifika borderlinesymtom före och efter behandling med hjälp av Zanarini Raiting Scale for Personality Disorder och Structured Clinical Interview for DSM Disorders.

1.1 Hela undersökningsgruppen avseende symtomgrupper

Som framgår av figur 1 visade olika symtomgrupper för hela undersökningsgruppen en minskning av kognitiva symtom samt symtom på impulsivitet. Relationsrelaterade symtom förblev oförändrade och affektiva symtom visade en marginell ökning.

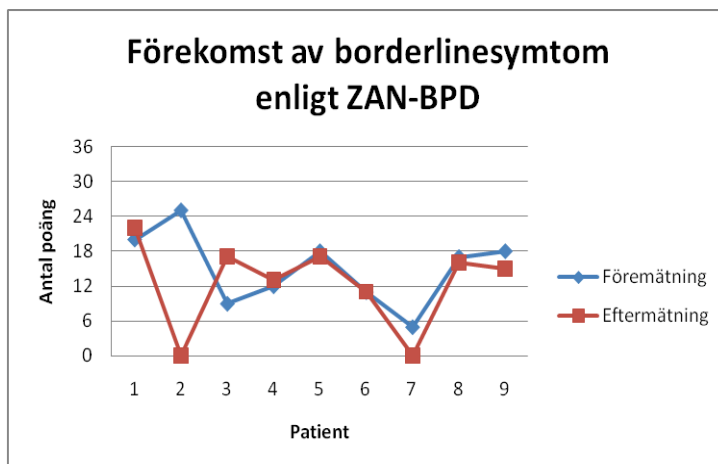


Figur 1. Före- och eftermätningar för hela undersökningsgruppen avseende olika symtomgrupper enligt Zanarini-BPD.

1.2 Enskilda patienter avseende totalpoäng för borderlinesymtom enligt ZAN-BPD

Vad gällde de enskilda patienterna visade sig totalpoängen för fem av de nio patienterna sjunka mellan före- och eftermätning. För två av dessa patienter sjönk totalpoängen påfallande mellan de båda mätningarna. Dessa patienter visade inga specifika borderlinesymtom vid den andra mätningen. För tre av nämnda patienter minskade totalpoängen med i genomsnitt två

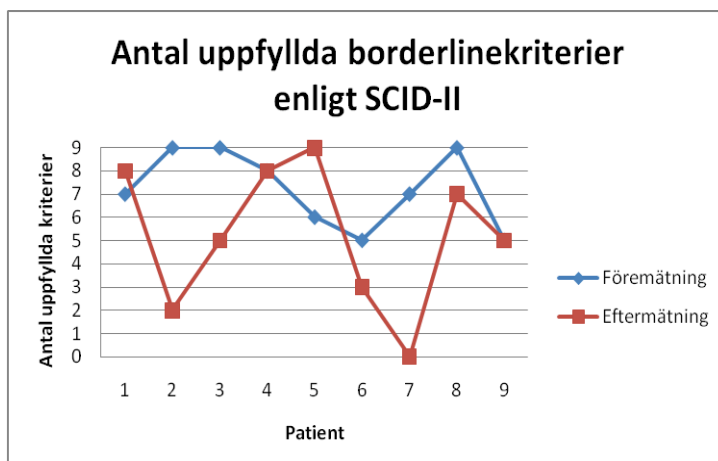
poäng. För en patient var totalpoängen densamma vid båda mätningarna. Tre av patienterna uppvisade en ökning av sina totalpoäng. Hos en av dessa tre patienter var ökningen påfallande stor. För två andra patienter ökade totalpoängen med i genomsnitt en poäng. Se figur 2.



Figur 2. Före- och eftermätningar för patient 1-9 avseende förekomst av borderlinesymtom enligt Zanarini-BPD.

1.3 Enskilda patienter avseende uppfyllda kriterier på specifika borderlinesymtom enligt SCID-II

För att diagnosen borderline personlighetsstörning ska kunna sättas krävs att minst fem av nio kriterier är uppfyllda. Som framgår av figur tre uppfyllde samtliga patienter vid föremätningen i olika grad kriterierna för borderline personlighetsstörning. Vid eftermätningen uppfyllde tre av de nio patienterna inte längre kriterierna för borderline personlighetsstörning. För två av de tre patienterna sjönk antalet uppfyllda kriterier markant mellan före- och eftermätning. De övriga sex patienterna uppfyllde fortfarande i varierande grad kriterierna för diagnosen. Två av dessa minskade antalet uppfyllda kriterier mellan före- och eftermätning. Två patienter uppfyllde lika många kriterier vid före- och eftermätning. Två patienter hade ökat antalet uppfyllda kriterier vid eftermätningen.



Figur 3. Före- och eftermätningar för patient 1-9 avseende förekomst av borderlinesymtom enligt SCID-II.

2. Utfall av mentaliseringsbaserad behandling avseende övriga personlighetsstörningar

Under denna rubrik redovisas resultaten av före- och eftermätningar avseende symtom på övriga personlighetsstörningar enligt Structured Clinical Interview for DSM Disorders.

2.1 Enskilda patienter avseende förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på gruppnivå enligt SCID -II

Som framkommer av tabell tre har antalet diagnostiserade personlighetsstörningar i undersökningsgruppen minskat från 21 vid föremätningen till 16 vid eftermätningen. Några slutsatser om vilka personlighetsstörningar som påverkats mest av behandlingen går dock inte att dra utifrån detta material.

Tabell 3. Förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på gruppnivå.

SCID-II-intervju	Antal patienter (n=9)	
	Före	Efter
Kluster A		
Schizoid	0	0
Schizotyp	0	0
Paranoid	1	0
Kluster B		
Histrionisk	0	0
Narcissistisk	1	1
Borderline	9	6
Antisocial	1	1
Kluster C		
Fobisk	3	4
Tvångsmässig	1	0
Osjälvständig	0	0
Depressiv	5	4
Summa:	21	16

2.2 Enskilda patienter avseende förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på individnivå enligt SCID-II

Även av tabell fyra framgår att antalet diagnostiserade personlighetsstörningar förändrades mellan de två mätningarna. Två av patienterna uppfyllde vid den eftermätningen inte längre kriterierna för någon personlighetsstörning alls. Flertalet patienter uppfyllde vid både före- och eftermätning kriterierna för flera personlighetsstörningar. Något tydligt mönster för förändringarna gick dock inte att uttolka.

De vanligast förekommande personlighetsstörningarna utöver borderline personlighetsstörning var depressiv samt fobisk personlighetsstörning. Depressiv personlighetsstörning förekom vid föremätningen i 56 procent av fallen och vid eftermätningen hos 45 procent av de intervjuade patienterna. Fobisk personlighetsstörning förekom hos 33 procent av patienterna vid båda mättillfällena. Övriga personlighetsstörningar förekom vid båda mätningarna i mindre omfattning.

Tabell 4. Förändringar i antal och typ av personlighetsstörningar på individnivå.

Patient	Diagnostiserade personlighetsstörning/-ar n=9	
	Föremätning	Eftermätning
1	borderline, fobisk, depressiv(3)	borderline, fobisk(2)
2	borderline(1)	ingen(0)
3	borderline, fobisk(2)	borderline, fobisk, depressiv(3)
4	borderline, depressiv(2)	borderline, depressiv(2)
5	borderline(1)	borderline(1)
6	borderline, depressiv(2)	fobisk, depressiv(2)
7	borderline, tvångsmässig, depressiv(3)	ingen(0)
8	borderline, narcissistisk, antisocial, paranoid(4)	borderline, narcissistisk, antisocial(3)
9	borderline, fobisk, depressiv(3)	borderline, fobisk, depressiv(3)

3. Patienternas upplevelse av mentaliseringsbaserad behandling

Under denna rubrik redovisas patienternas upplevelse av behandlingen uppdelade i följande teman; Hur patienterna uppfattade att behandlingen hjälpt, Vad som varit till hjälp i behandlingen och Svårigheter med behandlingen.

3.1 Hur behandlingen hjälpt

Samtliga patienter uttryckte vid eftermätningen att de kände sig mer stabila än innan MBT-behandlingen inleddes. Flera av patienterna uttrycker att denna nyvunna stabilitet resulterat i att de kan mentalisera bättre om vad de själva och andra tänker och känner. Några patienter menade att detta i sin tur inneburit att de fått lättare att närma sig människor.

En av patienterna nämnde vidare att hennes ökade stabilitet visat sig i hon inte behövt slutenvård på länge och inte heller skadat sig själv. En annan patient underströk att hon tyckte att hon för första gången fått saklig information om sina diagnoser och att detta fått henne att känna sig mer stabil och ökat hennes förståelse för sina egna tankar och känslor.

Jag har väl kanske ett mer öppet sätt att se saker och jag har lättare att kanske acceptera att folk faktiskt kan tycka olika.

Visst har jag förändrat min syn på saker och ting, den har förändrats, jag går till exempel inte runt och tror att alla hatar mig, som jag gjorde förut.

Jag upptäcker först när jag hamnar i situationer där jag liksom vet i ryggraden hur jag borde reagera eller hur jag brukade reagera och så märker jag att jag har inte alls den önskan längre utan jag kan reagera på ett helt annat sätt.

Det kan fortfarande kännas som att saker är antingen eller men det har tillkommit ett mellanläge också.

Jag har kunnat närma mig människor på ett annat sätt än jag kunnat göra tidigare.

3.2 Vad i behandlingskonceptet som hjälpte

3.2.1 Individualterapi

I princip alla patienter tyckte att terapeuten i den individuella behandlingen accepterat och månat om dem och att detta ingivit trygghet hos patienterna.

Individualterapin var viktig, jag har känt tillit och känt mig accepterad.

Det känns inte som att han tycker att man är konstig.

Jag har kommit i kontakt med väldigt bra terapeuter, en väldigt bra terapeut som har kunnat hjälpa mig att reda ut begreppen.

Alltså, det som har hjälpt är ju egentligen terapeutens tålamod med mig.

3.2.2 Gruppterapi

Flera patienter uttryckte att det varit betydelsefullt för dem att vara i grupp, detta gällde alla typer av grupper som behandlingskonceptet innehållit. Flera patienter gav uttryck för att de kände det positivt att träffa andra personer med liknande problem och att det ledde till att de kände sig förstådda.

Det har hjälpt med identifikation i gruppen, att det finns andra med samma problem.

Jag tycker att gruppterapin var jättebra, att inte känna sig ensam utan få veta att rätt många andra gör så här och så här...

Jag har verkligen fått hjälp av det, att sitta i en grupp över huvud taget.

Jag var jätterädd för att börja i gruppen, det var verkligen något jag inte såg fram emot med det här, men det funkade ju, man lärde sig efter att tag att man får säga saker och komma till tals och så försöka att ta för sig lite.

3.2.3 Helheten i behandlingskonceptet

Flera patienter tyckte att behandlingskonceptet som helhet snarare än enskilda delar som varit till hjälp för dem. Några ansåg att det känts tryggt att teamet är litet och att behandlingsansvarig läkare funnits med som en självklar del. En patient poängterade att det kändes bra att teamet hade hög grad av tillgänglighet. En patient gav uttryck för att bild och skrivgrupperna varit särskilt betydelsefulla.

Det är väl själva den här mentaliseringsgrejen, att man ska se saker och ting ur ett annat perspektiv, för jag tror att jag var ganska inskränkt, det var verkligen så bara, tunnel rakt fram.

Det har varit bra att ha Göran som läkare också så att man hela tiden har koll på min medicinering.

Att ha ett team som alltid finns där, där de har telefonsvararen på och jag vet att jag kan ringa när som helst och då ringer någon av dem upp.

Jag tror att det expressiva till ganska stor del hjälpt mig med just det här att beskriva vad jag känner.

3.2.4 Upplevda svårigheter med behandlingen

Trots att de flesta patienter ansåg att de haft hjälp av att vara i grupper av olika slag som ingått i behandlingen var detta något som samtidigt varit svårt och ansträngande. Patienterna angav varierande skäl till att det varit jobbigt att delta i gruppbehandlingarna. Någon ansåg att hon fått ge mer än hon fått tillbaka och att terapeuterna inte kunnat hjälpa henne med detta. En annan patient, som uttryckte att hon var van att ta hand om och inte vara behövande, kände att det varit svårt att acceptera att vara en gruppmedlem och inte behandlare. Åter en annan patient tyckte att det varit ansträngande att några medpatienter hade låg närvaro i gruppen samt att stämningen ibland blev infekterad utifrån att det pratades om saker mer utanför än inom gruppen. En patient uttryckte att det varit svårt att lära sig att mentalisera i grupp.

Gruppterapin, särskilt i uppföljningsgruppen har inte varit bra. Jag har gått in för mycket i de andras problem och tycker inte riktigt att jag fått hjälp med det.

Jag är van vid att vara den som hjälper andra, jag är inte van att sitta i en sådan situation och liksom vara föremål för det här.

Vi gick ju och käkade lunch tillsammans och umgicks utanför. Ibland kunde det bli mycket skitsnack och det infekterade gruppen på något sätt.

Det har varit svårt att lära sig det där med att mentalisera, att sätta sig in i vad andra tänker.

4. Personalens erfarenhet av mentaliseringsbaserad behandling

Under denna rubrik redovisas personalens erfarenhet av behandlingen under följande teman: Teamets uppfattning om behandlingens effekter, Behandlingskonceptets verksamma beståndsdelar, Svårigheter med behandlingen och Förslag på vidareutveckling av behandlingsprogrammet.

4.1 Teamets uppfattning om behandlingens effekt

Behandlingen uppfattades vara till god hjälp för många patienter. Att lära sig känna igen sitt sätt att tänka och reagera ledde till ökad känslomässig stabilitet. Medlemmarna i teamet var eniga om att behandlingen i ett tidigt skede framför allt har haft effekt på olika symtom på impulsivitet vilket för patienterna visar sig positivt i mellanmänniska relationer. För vissa patienter minskade impulsiviteten kraftigt medan det för andra inte blev så stor skillnad. Även om impulsiviteten endast minskade i liten utsträckning uppfattades detta kunna ha stor betydelse för patienten.

Till exempel att ha en hyfsad kontroll över sin ekonomi kan innebära en enorm skillnad...

Jag hade en patient som kom till mig och strålade och så berättade hon en ganska knepig sak som hade hänt i en relation ”och så kom jag på mig att nu tänkte jag så där borderlinemässigt igen” och så kunde hon backa trots att det hade varit en ganska jobbig grej som hände med en konflikt och så där så var hon så glad över att kunna hantera det trots att det hade gått på. Hon kände likadant men hon kunde bromsa sig.

4.2 Behandlingskonceptets verksamma beståndsdelar

Det teamet anser var till stor hjälp är hela behandlingskonceptet med dess olika beståndsdelar som var och en på sitt sätt är tänkta att befärma mentaliseringsförmåga hos både patienter och terapeuter. Metoden upplevs av dem vara begriplig och robust även om den vilar på en relativt komplex teoretisk grund.

Det handlar om att befärma mentaliseringsförmågan, och om man har en så pass enkel, vad ska man säga, enkel grundtanke så är det lätt att få allt att bygga på vad underlättar den förmågan? Vad ska jag göra för att underlätta mentaliseringsförmågan? Vad ska vi göra nu i gruppen för att det ska funka att börja tänka igen? Det är hela tiden det man kan falla tillbaka på. Det är inte; vilket försvar är det som är aktivt eller befinner sig patienten i depressiv eller schizoid position eller...

4.3 Svårigheter med behandlingen

Teamet kunde identifiera vissa försvårande omständigheter. Det var dock svårt att veta om dessa svårigheter berodde på behandlingskonceptet som sådant. Liksom vid andra psykodynamiska terapiformer har ramarna stor betydelse och en del svårigheter uppstod när personalen inte kunde hålla behandlingsstrukturen vilket tidvis hände. Teamets ringa storlek uppfattades som en bidragande faktor till svårigheter att upprätthålla strukturer i behandlingen. En annan identifierad svårighet var att en del patienter upplevde de många olika gruppbehandlingarna som alltför krävande. Ytterligare en svårighet som teamet observerat var att en del patienter hade fått god hjälp av behandlingen men att de behövde hjälp att upprätthålla detta efter avslutad behandling i MBT-teamet och att det då inte fanns någonstans att remittera patienterna. Teamet har begränsade möjligheter att fortsätta

behandlingen längre än de stipulerade 18 månaderna, vissa patienter bedömdes behöva detta för att kunna upprätthålla det resultat behandlingsarbetet lett till.

Vid intervjun framkom att teamet accepterade 70 procent av de patienter som remitterats till behandlingen. Det hade med tilltagande erfarenhet blivit allt tydligare för teamet att viss komorbiditet utöver borderlinediagnosen, till exempel svåra dissociativa störningar eller antisocial personlighetsstörning gör det svårare att uppnå goda behandlingsresultat. Även missbruksproblem där det inte gick att finna lösningar där patienten var villig att ta på sig sin del av ansvaret för behandling av det aktuella missbruket var enligt teamet en försvårande faktor. Teamet utvecklade dock kontinuerligt nya lösningar på de svårigheter som framkom och hade olika samarbetspartners, däribland beroendevården. Några patienter fick Antabus inom ramen för MBT-teamets egen verksamhet. Fokus låg dock på att patienten själv tog huvudansvar för denna typ av behandling.

4.4 Vidareutveckling av behandlingsprogrammet

Behandlingskonceptet har modifierats sedan de patienter som intervjuats inom ramen för denna uppsats gick i behandling. Från och med vårterminen 2008 har samtliga patienter gått en introduktion om mentalisering som omfattat 15 gånger. Därefter fortsätter behandlingen med individuell terapi och grupperapi en gång per vecka i 18 månader. Planeringen för hösten 2008 är att introduktionen skall omfatta 12 gånger. Teamet anser att flera fördelar finns med denna förändring. Introduktionen kan fungera som ett sätt att erhålla information om vad terapin och mentalisering innebär. Detta underlättar för patienten att göra ett tämligen väl underbyggt val om denna behandling är något som han eller hon önskar fortsätta med. Utöver detta var en tanke att mer tid skulle frigöras för terapeutiskt arbete, till exempel för kontakter där man bedömt att patienten behöver ha kontakt för att kunna upprätthålla mentaliseringsförmågan. Vidare planerade teamet att från höstterminen 2008 endast arbeta med halvöppna grupper och i dessa efterhand ta in patienter två och två, något som Fonagy och Bateman gjort i London sedan starten av deras arbete.

Teamet planerade att inte längre ha någon eftervårdsgrupp utan i stället starta en öppen grupp. Den öppna gruppen var tänkt att fungera som en trygg bas att återvända till för patienter som genomgått behandling. Endast den grupp som intervjuats i denna uppsats har haft tillgång till en eftervårdsgrupp, 12 månader efter avslutad behandling. Teamet ansåg att eftervårdsgruppen var alldeles för resurskrävande i förhållande till antalet patienter som faktiskt använde sig av den och med anledning av detta har eftervårdsgruppen uteslutits ur programmet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vid genomförandet av denna undersökning har flera metoder använts; halvstrukturerade intervjuer, kvalitativa intervjufrågor och fokusgruppsintervju. Avsikten med att detta var att försöka ge bredd åt uppsatsen och resultatet.

En invändning som kan finnas mot de goda resultat som uppmätts då det gäller ZAN-BPD:s användbarhet var att den som utvecklats instrumentet också var den som utfört den enda dittills publicerade studien av densamma. Reliabiliteten hos studier som utförts av den som utvecklat

mätinstrumentet eller dennes kollegor kan vara mindre än om en oberoende undersökare utfört en sådan studie. Resultaten pekar dock på att ZAN-BPD är ett användbart mätinstrument då det gäller att på ett korrekt sätt mäta symtomförändring över tid (Zanarini, 2003). En styrka i denna studie har varit att tre pilotintervjuer som skattades av en oberoende bedömare genomfördes innan intervjuerna med undersökningsgruppen vidtog.

SCID-II är att betrakta som en valid och reliabel mätskala. Skalan användes främst i syfte att mäta personlighetsstörningar generellt. Specifika symtom på borderline personlighetsstörning ingår i SCID-II.

Två faktorer som sannolikt påverkat undersökningens resultatet av denna undersökning är för det första att föremätningen genomförts av flera olika personer vilket kan påverka resultatet och för det andra att eftermätningen för flertalet patienter genomfördes i slutfasen av behandlingen då det inte är ovanligt att en ökning av symtom sker.

Endast 12 patienter ingick i den grupp som var den första att genomgå mentaliseringsbaserad behandling. Då antalet intervjuade patienter är förhållandevis litet gör detta arbete inte anspråk på att dra några generella slutsatser angående effekten av behandlingskonceptet. Arbetet är avsett att ge en ur olika aspekter belyst bild av mentaliseringsbaserad terapi upplevda effekter och kan sannolikt användas som utgångspunkt för diskussioner i personalgrupper samt som underlag för fortsatt forskning inom ämnesområdet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka effekten av mentaliseringsbaserad psykoterapeutisk behandling såsom de upplevs av patienter och personal som erhållit/arbetat med behandlingsformen. Frågeställningarna fokuserade på att söka kunskap om hur behandlingen påverkat borderlinesymtom, hur behandlingen påverkat symtom på andra personlighetsstörningar samt patienters och personals upplevelser av densamma.

Det finns både likheter och olikheter i resultaten som framkommit från de olika mätmetoder som använts för att besvara de frågeställningar som ligger till grund för denna uppsats. Resultatet kan tänkas spegla komplexiteten av symtom och personlighetsstruktur vid borderline personlighetsstörning samt det komplexa att forska på en pågående klinisk verksamhet. Samtliga nio patienter som intervjuats inom ramen för denna uppsats hade diagnosen borderline personlighetsstörning. Diagnostik kan betraktas som ett försök att förenkla verkligheten, göra den mer hanterbar i akt och mening att till exempel skapa behandlingsmetoder som är möjliga att generalisera. Det visade sig dock att de intervjuade patienterna inte var en homogen grupp.

Resultatet av mätningarna visade att borderlinesymtomen minskade eller till och med försvann hos vissa patienter. Hos en del patienter förblev de opåverkade och hos ytterligare några ökade de. En del av den komplexa verkligheten är att de intervjuade patienterna trots att de hade *en* överensstämmande diagnos också hade olika typer av samsjuklighet och levnadsomständigheter vilket försvårar förståelsen för vilka patienter som haft den mest optimala effekten av behandlingen och på vilket sätt behandlingen i sig var skäl till förändringen. Detta avspeglar sig sannolikt även i att MBT-teamet trots ett strukturerat behandlingskoncept i varierande grad behövt ”skräddarsy” behandlingen för de olika patienterna. Att denna följsamhet varit möjlig är kanske en bidragande faktor till upplevelsen av förbättring som förmedlas av både de patienter som genomgått behandling liksom den

personal som arbetar med metoden. Mitt intryck är att denna följsamhet kunnat genomföras utan alltför stora avvikelser från grundkonceptet vilket tyder på att behandlingskonceptet förefaller lovande liksom att betydande yrkeskunnighet funnits och bör tas tillvara och utvecklas vidare hos MBT-teamets medlemmar.

Personalgruppen hade erfarenhet att samsjuklighet utöver andra personlighetsstörningar, försvårar behandlingen. Ett exempel på sådan samsjuklighet var drogmissbruk. Tidigare forskning har konstaterat att drogmissbruk är en faktor som försämrar prognosen. Enligt M.I.N.I. som ingick i föremätningen av den aktuella patientgruppen hade 75 procent av patienterna någon typ av drogmissbruk. De senaste årens forskning har också visat att samsjuklighet mellan borderline personlighetsstörning, axel I-störningar, graden av psykosocial försämring, patientens önskan att bli bättre och patientens förmåga att använda behandlingen för att hjälpa sig själv påverkar prognosen för behandlingsutfallet (Zanarini & Frankenburg, 2007). Affektiva sjukdomar är exempel på axel-I-störningar som påverkar prognosen för behandlingen i en negativ riktning (Krawitz & Watson, 2003).

Att behandlingen varit till hjälp var otvetydigt något de intervjuade patienterna vittnade om. Samtliga patienter uttryckte att de upplevde en ökad känsla av stabilitet efter behandlingen. Detta gällde även de patienter där ZAN-BPD visade på ökning av specifika borderlinesymtom och SCID-II visade att diagnosen kvarstod. Ökad stabilitet innebar för patienterna till exempel att de inte längre skadade sig själva eller var självmordsbenägna och att de hade det väsentligen lättare i interpersonella relationer.

Upplevelsen av ökad stabilitet stämmer väl överens med personalen i MBT-teamets upplevelser av behandlingens effekter. Även i England har det visat sig att patienterna förbättrats avseende förmåga till sociala kontakter och arbetsförmåga trots att de i många fall enligt de diagnostiska intervjuer som användes fortfarande uppfyllde kriterierna för diagnosen borderline personlighetsstörning efter avslutad mentaliseringsbaserad behandling (Bateman & Fonagy, 1999).

Vissa delar av behandlingen upplevdes dock vara mer till hjälp än andra. Majoriteten av patienterna ansåg att det som hjälpt dem var hela behandlingskonceptet sammantaget. Även personalen i MBT-teamet förmedlar en likartad bild av behandlingen. I en artikel från 1999 beskriver A. Bateman och P. Fonagy att de betraktar behandlingskonceptets speciella sammansättning och tidsrymd som en nödvändighet för framgångsrik behandling. Viss kritik har dock riktats mot Bateman och Fonagy's kliniska prövning av mentaliseringsbaserad behandling. Kritiken rör studiens förmåga att bevisa att långtidsbehandling vid borderline personlighetsstörning alltid är nödvändig. Det som framförallt kritiserats är storleken på urvalet i studien och att psykoterapin utfördes på en dagvårdsavdelning som har sina egna terapeutiska fördelar (Paris, 2007).

Patienter och personal i MBT-teamet visade samstämmighet i sina reflektioner om vad som upplevts svårt med behandlingen. Gruppbehandlingar är en viktig del med stort utrymme i behandlingskonceptet och utgör sannolikt en utmaning och utvecklingsmöjlighet för både patienter och personal. I stort sett alla patienter upplevde att gruppbehandlingen varit påfrestande för dem. Även personalen ansåg att gruppbehandlingen av olika skäl varit svår för många patienter. Att gruppbehandlingen upplevts som en svårighet tycks mindre överraskande då patienternas kärnproblematik vid inledningen av behandlingen visade på bristande mentaliseringsförmåga vilken är central för människans förmåga att fungera i sociala situationer. Som framgår av Bateman & Fonagy (1999) innebär mentalisering att

förstå och tänka om sig själv och andra som intentionella och att förstå att både ens egna och andra människors handlingar styrs av tankar, känslor och önskningar. Att med denna problematik ingå i gruppbehandling är säkert av största värde då det ger ständiga tillfällen att öva mentaliseringsförmågan. Det är även förståeligt att det kan upplevas som en stor påfrestning att det i gruppkonceptet även ges ständiga tillfällen att uppleva det som gör mellanmännsliga relationer problematiska.

Borderline personlighetsstörning är ett tillstånd med såväl akuta symtom som ofta har anknytning till impulsivt agerande som mer långvariga symtom. De symtom som kvarstår längst har visat sig vara kronisk vrede, frekventa aggressiva handlingar, kronisk ensamhet och tomhet (Bateman & Fonagy, 2006; Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson & McSweeney, 2007).

Impulsivitet är det symtom som upplevdes svårast att hantera, både för patient och för behandlare. Impulsivitet ledde ofta till kaotiska situationer i patienternas liv. Behandlarna i MBT-teamet gav uttryck för att även de mest kaotiska situationer efterhand kunde hanteras och förstås med hjälp av den teknik som används inom mentaliseringsbaserad psykoterapi. Vidare ansåg behandlarna att impulsivitet som symtom snabbast svarade på interventioner som syftar till att öka mentaliseringsförmågan hos patienterna. Flera patienter beskriver dock att sättet att tänka och känna kvarstår men att de med hjälp av den teknik som används i behandlingen kan stanna upp, gå tillbaka och utforska när mentaliseringsförmågan brustit och på så vis medvetandegöra sina känslor så att de inte behöver ageras ut. Ett tecken på att detta fungerat allt mer framgångsrikt för de flesta patienter i undersökningsgruppen är att symtom på impulsivitet är den symtomgrupp som enligt ZAN-BPD minskat mest.

I linje med ovanstående visar ZAN-BPD att symtom på impulsivitet minskade mest mellan före- och eftermätningen. Såväl patienter som personal hade erfarenhet av att impulsiviteten minskade till följd av behandlingen. Båda dessa gruppers uppfattning var att behandlingen på ett tämligen tidigt stadium påverkade patienten i en positiv riktning med minskat självskadebeteende samt färre suicidala handlingar som följd. Denna uppfattning delas av forskarna vid Halliwicksjukhuset vilka påvisat att symtom på impulsivitet minskat med mer än hälften redan efter sex månaders behandling för att ytterligare minska efter 12 månaders behandling. Detta avspeglades till exempel i att behovet av akutvård minskade, något som bidrar till att göra behandlingen kostnadseffektiv och sannolikt även minskar lidandet hos den enskilde patienten (Bateman & Fonagy, 1999). Även åtta år efter att behandlingen inleddes var minskningarna inom denna symtomgrupp stabila (Bateman & Fonagy, 2008).

Att på ett tidigt stadium i behandlingen få en förändring av impulsiva symtom indikerar att patientens mentaliseringsförmåga ökat vilket i sin tur sannolikt väsentligt förbättrar prognosen för att den fortsatta behandlingen skall vara effektiv. Detta kan vara en fråga om liv eller död för den enskilde patienten.

Under arbetets gång har jag återkommande fått upplevelser av hur metodens relativa enkelhet, något som även framkom vid fokusgruppsintervjun med personalen i teamet, underlättar det terapeutiska arbetet för både patienter och personal. Den teoretiska modellen för MBT är varken okomplicerad eller enkel men personalen upplevde att den på grund av sin fokus att öka mentaliseringsförmågan är en relativt enkel metod att arbeta med. Metoden upplevdes också enkel att förklara vilket sannolikt underlättar för tillkomsten av en terapeutisk allians. De flesta patienter uttryckte positiva tankar om den hjälp de fått och känslan av acceptans från

sina terapeuter. Metoden erbjuder både möjlighet till ökad mentalisering och en trygg anknytning inom vilken förmågan kan övas.

Med tanke på att teoretiker som Bowlby (1973) ansett att anknytningen hos de flesta patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning är desorganiserad eller splittrad och att detta ofta leder till fragmentering av självet med identitetssvårigheter som följd så måste denna alliansförstärkning betraktas som en mycket viktig effekt av behandlingen. Det är dessutom välkänt att det snabbt behöver upprättas en så stabil allians som möjligt med dessa patienter då man annars riskerar att de avslutar behandlingen i förtid, ibland med självmordshandlingar som följd.

Mentaliseringsbaserad psykoterapi är ett relativt nytt behandlingskoncept för patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning. Längre har denna kategori patienter betraktats som svårbehandlad med traditionella psykiatriska behandlingsmetoder vilket lett till att en stigmatisering av dessa patienter i stor utsträckning kommit inifrån psykiatrin (Crowe, 2004; Krawitz & Watson, 2003).

Konceptets fokus, att öka mentaliseringsförmågan, bygger på en strävan att formulera sig omkring hur patientens behandlingsarbete fortlöper, vilket gör täta kontakter och samtal inom personalgruppen till en nödvändighet. Då antalet patienter i denna studie är begränsat är det inte möjligt att uttala sig i generella termer om dess effekter. Mycket talar dock för att behandlingen i flertalet fall har haft god effekt. Att döma av de genomförda intervjuerna har alla patienter upplevt att behandlingen haft en positiv effekt. Enligt de semistrukturerade intervjuerna har dock vissa patienter haft större effekt än andra. Enligt MBT-teamets erfarenhet påverkar samsjuklighet behandlingsutfallet. Av intresse för framtida forskning skulle vara att vidare undersöka i vilken riktning olika typer av samsjuklighet eller levnadsomständigheter påverkar behandlingsutfallet.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, text revision. Washington DC: American psychiatric association.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M. & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review Psychiatry*; 12 - (2), 94-104.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytic oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 15, 836-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 67 - (3), 187-211.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder – mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder – A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 2008; 165, 631-638.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss Vol II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic books.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186-191.
- Cloninger, R. (2002). Psychobiology and treatment of borderline personality disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 60-65.
- Crafoord, C. (1986). *En bok om borderline*. Borås: Natur och Kultur.
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 327-334.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Mechanism of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62 - (4), 411-430.
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 63-69.
- Gunderson, J., G., Weinberg, I., Daversa, M., T., Kueppenbender, K., D., Zanarini, M., C. Shea, M. et al. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1173-1178.
- Herlofson, J. (1999). *Handbok SCID -I och SCID-II för DSM IV*. Danderyd: Pilgrim press.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 37, 524-531.

- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven and London: Yale University Press.
- Krawitz, R. & Watson, C. (2003). *Borderline Personality Disorder – A practical guide to treatment*. New York: Oxford University Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome and axis II comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 265-270.
- Liotti, G., Pasquini, P., & The Italian Group for the Study of Dissociation. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Phil, M., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 - (5), 721-729.
- Näslund, G. K. (1998). *Borderline personlighetsstörning. Uppkomst, symptom, behandling och prognos*. Borås: Natur och Kultur.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. New York: Guilford press.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, - (1), 20-26.
- Pagano, M. E., Skodol, A. E., Stout, R. L., Shea, M. T., Yen, S., Grilo, C. M. et al. (2004). Stressful life events as predictors of functioning: findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, , 421-429.
- Paris, J. (2007). Intermittent psychotherapy: an alternative to continuous long-term treatment for patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 153-158.
- Perseus, K-I., Andersson, E., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 302-307.
- Rydén, G. (2008). Föreläsning 20080512.
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Borås: Natur och Kultur.
- Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5 - (1), 15-20.
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 478-481.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund, studentlitteratur.
- Zanarini, M. C. (2003). Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM- IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17 - (3), 233-242.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161 – (11), 2108-2114.

Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (2007) The essential nature of borderline psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 21 (5), 518-535.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929-935.

Zittel, Conklin, C. & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875.

Internetreferenser:

MBT-evidensbaserad psykoanalytiskt orienterad psykoterapi vid svår personlighetsstörning – så kan man starta en verksamhet, hämtad 070603 från (http://www.slsso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1_____8347.aspx).

SBU-alert rapport nr 2005-07, hämtad 061202 från <http://www.sbu.se/www/index.asp>.

Wallroth ,P. *Roger i raketfart*, hämtad 071021 [www.slpo.sll.se/upload/12125/Roger %20i%20raketfart.ppt](http://www.slpo.sll.se/upload/12125/Roger%20i%20raketfart.ppt)

INFORMERAT SAMTYCKE OM DELTAGANDE I FORSKNINGSTUDIE

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en relativt ny behandlingsform vid borderline personlighetsstörning. MBT-studiens syfte är att dels närmare undersöka viktiga aspekter av borderline personlighetsstörning, dels undersöka förändringar under och efter MBT-behandling.

När Du deltar i forskningsstudien kommer Du att få fylla i nya frågeformulär med jämna mellanrum. Syftet är dels att bedöma Din utveckling, dels att undersöka hur behandlingsprogrammet fungerar och eventuellt förändra och förbättra det.

De data som samlas in kommer i kodad form att matas in i dator för vidare bearbetning. Insamlade data kommer att förvaras på ett betryggande sätt på samma vis som journalhandlingar.

Deltagande i forskningen runt dessa frågeformulär är frivillig och du kan när du vill avbryta deltagandet utan att det påverkar övrig behandling eller omhändertagande.

Om Du har några frågor kan Du alltid vända Dig till någon av oss i behandlingsteamet.

Jag har tagit del av ovanstående information och accepterar att informationen som omnämns används till forskningsändamål.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Frågor till patienterna:

1. Tycker du att du fått hjälp av behandlingen och i så fall hur?
2. Vad i behandlingskonceptet tycker du har hjälpt dig?
3. Har du upplevt några svårigheter med behandlingskonceptet?

Frågeformulär till medlemmarna i MBT-teamet

- 1.a. Vilken är Din grundutbildning?
- 1.b. Om Du har någon/några påbyggnadsutbildning /-ar var vänlig ange vilken/vilka.

2. Hur länge har Du arbetat med :
 - a. Psykiatriskt behandlingsarbete?
 - b. Mbt-behandling?

3. Vilka skäl hade Du att söka Dig till ett behandlingsteam som arbetar mentaliseringsbaserat?

Intervjuguide till Fokusgruppsintervju

1. Vilken effekt uppfattar du/ni att behandlingen har haft på specifika borderlinesymtom?
2. Vilken effekt uppfattar du/ni att behandlingen haft på symtom på andra personlighetsstörningar?
3. Hur uppfattar du/ni att behandlingen varit till hjälp för de patienter som genomgått behandling?
4. Vad i behandlingskonceptet uppfattar du/ni har varit till speciellt god hjälp för patienterna?
5. Vad i behandlingskonceptet uppfattar du/ni har försvårat för patienterna?
6. Hur uppfattar du/ni som personal att det patienturval som gjorts har varit ur lämplighetssynpunkt?
7. Hur uppfattar du/ni som personal att de patienter ni haft kontakt med uppfattat den hjälp de har fått?
8. Vilken vidareutveckling skulle du/ni vilja föreslå för behandlingskonceptet då de gäller till exempel urval och behandling?
9. Vad har du/ni för tankar om klinikens behandlingskoncept i relation till Bateman och Fonagy's modell?