

ETT LIV VÄRT ATT LEVA

**Dialektisk beteendeterapi (DBT) för kvinnor dömda
till vård vid Skönviks psykiatriska klinik, Avd 37**

Kristina Nordström

leg psykolog

Rättspsykiatriskt Centrum

Skönviks Psykiatriska Klinik

Handledare: Martin Grann, docent



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	4
Borderline – De psykiskt blödande.....	4
Trauma i historiskt perspektiv.....	5
Borderline och Trauma.....	7
Borderline och Posttraumatisk t stressyndrom.....	8
Borderline och Dissociativ Identitetsstörning.....	9
Problem med Retrospektiva studier.....	11
Borderline och Anknytningsteori.....	11
Borderline och Den biosociala teorin.....	13

KRIMINALITET

Kvinnor, brott och psykopati.....	14
Kvinnor, brott och allvarlig psykisk störning.....	15
Riskbedömningar.....	17

DIALEKTISK BETEENDETERAPI - DBT

DBT – öppen vård	18
Standardmodellen	
Individualterapi	
Färdighetsträning	
Telefonkonsultation	
Konsultationsteam	

Kärnan i DBT

DBT-antaganden om patient och behandlare

Empiriska Data.....	26
DBT – Psykiatrisk Sluten Vård	27
Empiriska data.....	30
DBT – Rättspsykiatrisk Vård.....	31
Forensiska dialektiska dilemman.....	32

Avdelning 37, RPC – Säter

Syfte – Bakgrund.....	34
Utbildning.....	35
Avdelningens riktlinjer.....	35
Avdelningens inre arbete.....	36
Resultat av personalenkät.....	37
Fallbeskrivningar	37
Resultat av patientenkät.....	40

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING.....41

REFERENSLISTA.....43

Bilagor

Bilaga 1 HCR – 20

Bilaga 2 Personalenkät

Bilaga 3 Patientenkät

Bilaga 4 och 5 ASQ-profil

INLEDNING

Borderline – De psykiskt blödande

Nittonhundraåttiotalet var borderline-diagnosens stora inträde i det diagnostiska glaspärlespelet. Redan 1938 myntade psykoanalytikern Adolph Stern begreppet ”borderline”. Han fann bland sina patienter en grupp som inte överensstämde med de övriga analyspatienterna. De var varken neurotiska eller psykotiska utan ”på gränsen”. Sedan 1938 har det flutit mycket vatten under broarna och ett oändligt antal sidor har skrivits om borderline-begreppet. I tidskriften *Journal of Personality Disorder* var under tidningens första två år 1987, 1988 är närmare 25% av alla artiklar med temat borderline. Debatten handlade om diagnostiska kriterier, incidens och prevalens, samsjuklighet och behandling av självskadande beteende och suicidalitet.

Olika teorier om orsaken till borderline personlighetsstörning har florerat genom tiderna. Den psykodynamiska teorin såg den som resultatet av en störning i en utvecklingsfas (Mahler 1977; Kernberg, 1975). Det har också funnits de som velat se Borderline-störningen som en atypisk affektiv störning som framförallt tagit sig uttryck i en stämningsinstabilitet och sårbarhet vid separationer och en dålig tolerans för dysföri (Akiskal 1981; 1985). Begreppet ”borderline” har använts som en specifik diagnos men också för att beskriva nivån av personlighetsorganisationen, psykotisk, neurotisk respektive borderline, något som ibland skapat förvirring (Kernberg, 1994; McWilliams, 1994). Under några år blev det dramatiskt fokus på traumatiska händelser ofta av sexuell karaktär som orsaken till borderline personlighetsstörning (PS).

År 1980 infördes en ny diagnos – posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) – där yttre händelser var orsaken till symtomen eller – dvs etiologin var verkligheten. Samsjukligheten mellan PTSD och borderline PS är hög (Gunderson & Sabo, 1993), men posttraumatiskt stressyndrom som diagnos blev en tilltalande diagnos och ibland försumrades underliggande PS. Patienterna hade lätt att ta till sig denna diagnos och klinikern slapp att sätta den med åren alltmer pejorativa diagnosen Borderline. En ofta traumarelaterad diagnos är också dissociativ identitetsstörning (DID). Det finns de som tycker att DID lika väl kan ses som en PS, bland andra Perris (1998). Förklaringen till varför DID kommit att bli en Axel I-störning kan helt enkelt vara, som van der Kolk (1996) påpekat, att arbetsgruppen kring dissociativa störningar inte hade något samarbete med de mer traumainriktade klinikerna, som arbetade med kriterierna för PTSD. Jag kommer att presentera studier som belyser borderline och trauma, posttraumatiskt stressyndrom samt dissociativa symtom.

Ett av de utmärkande dragen, som Stern fann bland sina patienter, var vad han kallade att de var ”psykiskt blödande” (Stern, 1938). Femtiofem år senare beskriver Marsha Linehan (1993), då hon presenterar sin biosociala teori, borderline-patienten lida av en tredje gradens brännskada. Målande uttryck för dessa patienters sårbarhet och instabilitet. Linehan talar om en biologisk sårbarhet i kombination med en

invaliderande miljö som bakgrund till Borderline PS. Hon säger sig ofta höra berättelser om övergrepp hos sina Borderline-patienter men tonar ner att traumat i sig skulle vara orsaken till störningen (Linehan, 1993).

Attachmentteorin med utgångspunkt från Bowlby har också lämnat sitt bidrag till förståelsen av borderline PS. Borderlinestörningen ses som resultatet av en disorganiserad och desorienterad anknytningsstörning. Fonagy (1998) fann i sin studie att hos personlighetsstörda, men framförallt hos borderline-personligheter, fanns en förvrängning av anknytningsrepresentationen. Individer med borderline PS hade övervägande en preoccuperad anknytning i kombination med olösta trauman och en slående oförmåga i reflekterande kapacitet. Individer med en preoccuperad anknytning är de som tenderar att maximera vikten av anknytning. I en ytterligare studie jämfördes dessa patienter med en grupp forensiska patienter. I den senare gruppen dominerade dismissingmönster av anknytning och upplevelsen av olösta trauman var mindre uppenbara (även om förekomsten av trauma var jämförbara) och den reflektiva kapaciteten var än lägre. Individer med dismissing-mönster är de som minimerar betydelsen av anknytning i deras egna liv och att de tenderar att idealisera barndomsupplevelser utan att ge konkreta exempel.

De flesta teoretiker är överens om att instabilitet är ett utmärkande drag för borderline PS, dvs stabilitet i instabiliteten. I det internationella klassifikationssystemet ICD (WHO, 1992) är beteckningen ”emotionellt-instabil PS av typen borderline”. I DSM-systemet (APA, 1994) under arbetets gång fanns beteckningen ”instabil PS” men valet föll slutligen på borderline PS, något som många beklagat.

Avslutningsvis får Perris (1988) påpeka att kombinationen av de olika kriterierna för borderline PS är många och att varje patient är unik. Det finns 9 dikotoma kriterier i DSM-IV och således 512 kombinationer ($= 2^9$).

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmänskliga relationer som kännetecknas av en extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
3. Uppvisar identitetsstörning, dvs varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv.
5. Uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar.
6. Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämning.
7. Känner en kronisk tomhetskänsla.
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser.
9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom.

Trauma i historiskt perspektiv

Inom psykiatrin har synen att trauma orsakar varierande psykiatriska problem kommit och gått i vågor. Människan har alltid vetat att överväldigande terror kan leda till fasansfulla minnen, upprördhet och undvikande. Psykiatrin, däremot, har i perioder

lidit av amnesi, då välkända fakta glömts bort och effekterna av överväldigande erfarenheter tillskrivits konstitution eller intrapsykiska faktorer (van der Kolk, 1996).

I slutet av 1800-talet talade Charcot om traumatiska minnen som "själens parasiter". Han var den förste som började tro att hysteriska attacker var dissociativa problem och resultatet av att ha uthärdat obärliga upplevelser. Charcot uppmanade Pierre Jané att fortsätta studera dissociationens natur och traumatiska minnen. Pierre Jané var verksam på sjukhuset Sâlpetrière utanför Paris och han noterade hos sina kvinnliga patienter märkliga medvetandeförändringar, som han också antog hade samband med traumatiska upplevelser, vilka han kallade dissociationsfenomen. Sjukhuset fick en ny chef, Josef Babinski, och Charcots initiala uttalanden om hysterins traumatiska orsaker avfärdades som rent nonsens. Freud hade tagit intryck av Janés observationer och talade om samma fenomen som "dubbelt medvetande" men efter att ha övergett teorin om att bakom varje fall av hysteri döljer sig ett eller flera sexuella övergrepp i barndomen, fick Jané arbeta utfryst och i ensamhet.

Intresset för effekten av trauma blev dock kortlivat och efter sekelskiftet ansågs det inte längre vara ett viktigt område inom psykiatrin. Den olyckliga konsekvensen av att överge traumateorin vad gällde hysteriska fenomen och i stället söka förklaringen i patientens suggestibilitet och simulering blev enligt van der Kolk (1996) att för tyska och franska psykiatrer under första världskriget i behandlingen av krigssyndrom kom att bli en kamp mot simulering i stället för att förstå skräcken i soldaternas traumatiska minnen. *War hysteria* var för många psykiater en sjukdom i viljan – *Willenskrankheit*.

Det var framförallt Vietnamkriget och kvinnorörelsen i USA som krävde att världen skulle se och erkänna de skador som krigsupplevelser eller övergrepp mot kvinnor och barn kunde ge. Bowlby (1984) gick så långt i att säga att modern psykiatri förbisett verkliga händelsers betydelse för psykopatologi.

Det fanns kunskap om trauma, men som var isolerad från den allmänna psykiatrin. Kardiner (1945) hade bl a samlat all sin kliniska kunskap som militärpsykiater och gav under slutet av andra världskriget ut boken "The Traumatic Neurosis of War". Henry Krystal hade i flera böcker beskrivit den massiva traumatisering som överlevare från förintelselägren hade. Han beskrev oförmågan till symbolisering, att inte längre kunna förstå vad de kände och i extremen en total amnesi "no trace of registration of any kind is left in the psyche instead a void – a hole - is found" (1978). Framförallt Kardinens (1945) omfattande och detaljerade beskrivning av krigsskadesymtom kom att ligga till grund för införandet av en ny diagnos – posttraumatiskt stressyndrom i DSM-III från 1980.

I psykiatriska läroböcker i början av 1980-talet var det inte ovanligt att det gick att läsa att incest inte ledde till så allvarliga skador hos barnet, däremot kunde den uppståndelse en polisanmälan innebar göra större skada.

Psykiatrin började dock förstå vad som kunde dölja sig bakom en rad olika symtom. Som ett exempel kan nämnas Gelinas (1983) som beskrev den förklädda presentationen hos patienter som varit utsatta för sexuella övergrepp i termer av kroniska depressioner, komplicerade av dissociativa symtom, missbruk, impulsivitet, självskadande beteende och självmordsförsök.

Borderline och Trauma

I följande avsnitt kommer jag att presentera data som antingen talar för eller emot att trauma, då oftast av sexuell natur, skulle vara orsak till borderline PS. Judith Herman och van der Kolk (1987; 1989) var de som först presenterade hypotesen att den höga förekomsten av barndomstrauma (sexuella och/eller fysiska övergrepp) hos borderline-patienter kunde vara en möjlig etiologisk orsak. Mellan åren 1987–1997 publicerades flera studier, som också visade den höga förekomsten av sexuella och/eller fysiska övergrepp hos borderline-patienter. För översikter se Kroll (1993) och Gunderson och Sabo (1993).

Dessa resultat fick dock inte stå oemotsagda. Paris (1997) menar att det är en prematur uppfattning att traumatiska händelser i barndomen kan vara en etiologisk orsak till svåra PS, möjligtvis en riskfaktor för psykopatologi. Paris hänvisar till sin forskargrups tidigare studier av 275 personlighetsstörda patienter, som fått dem att bli betydligt försiktigare i att se sambandet mellan trauma och Borderline PS. Det var visserligen signifikant vanligare med sexuella övergrepp i barndomen hos borderline PS, men det var även en hög förekomst bland de övriga personlighetsstörda patienterna och samtliga hade också varit utsatta för många andra psykologiska riskfaktorer. De manade till en konservativ ståndpunkt. Barndomstrauma har aldrig visat sig vara en nödvändig och tillräcklig orsak till någon form av vuxenpsykopatologi. Sabo (1997) menar att risken är stor för att borderline-patienten åter invalideras i vården om behandlingspersonal har som en utgångspunkt att trauma alltid ligger bakom borderline PS. Han hänvisar till sin tidigare egna sammanställning 1993 där det visade sig att 25–45 % av borderline-patienterna inte uppgav några trauman under barndomen, det måste alltså röra sig om även konstitutionella eller andra miljöfaktorer. Dessutom hänvisar han till det faktum, som många studier också visat, att många med svåra trauman inte utvecklat borderline PS eller PTSD.

Både Sabo (1997) och Paris (1997) är mycket kritiska till de traumaforskare som tycker sig ha funnit specifika symtom hos vuxna som är markörer för trauma i barndomen, som dissociation och självskadebeteende. De menar att dessa tankegångar fått så stor genomslagskraft att vissa kliniker, när de träffar en patient som dissocierar eller har ett självskadande beteende, letar efter trauma, om detta inte uppdagas i stället börja leta efter förträngda minnen.

Paris hänvisar till resultat från sin egen forskargrupp, som funnit att dissociation och självskadebeteende var i jämförelse med andra personlighetsstörda patienter vanligare hos borderline-patienter, men att det fanns inget samband med barndomstrauma. De anser att dissociation och självskadebeteende är en bättre markering för en borderline-diagnos och att det vetenskapliga beviset för sambandet mellan trauma och dissociation är diskutabelt. Debatten om trauma och borderline PS har väckt starka emotioner, men som Paris (1997) skriver väcker data om trauma och PS mer frågor än de besvarar. När nya data kommer måste alla vara beredda att ändra ståndpunkt men att empirism och inte emotioner skall styra våra slutsatser.

Borderline – Posttraumatiskt stressyndrom

Vid posttraumatiskt stressyndrom är etiologin till diagnosen verkligheten. Nedan kommer jag att redovisa den diskussion som förts i litteraturen, om och hur livstrauman leder till bestående personlighetsförändringar. Herman och van der Kolk (1989) var de som först påtalade likheten mellan borderline PS och posttraumatiskt stressyndrom. De konceptualiserade borderline PS som ett komplicerat PTSD.

Judith Herman (1992) var i grunden tveksam att ställa PS-diagnos på traumatiserade kvinnor. Hon är den amerikanske psykiater som i mer än 20 år studerat effekter av övergrepp på barn och kvinnor. Enkel PTSD tyckte hon inte räckte för att beskriva de personlighetsförändringar, som blev följden av upprepad och långvarig traumatisering. Hon föreslog komplext PTSD eller traumatiskt syndrom (DESNOS) som nu finns i DSM-IV (APA, 1994) som en diagnos.

Syndromet inkluderar mångfasetterade symtom – vissa uttrycker traumat i enbart somatiska termer men depression och hopplöshet finns alltid hos kroniskt traumatiserade. När människor lever under förtryckande förhållanden kan det vara omöjligt att uttrycka vreden, som i stället internaliseras och leder till ett malignt självhat och kronisk suicidalitet. Upprepad traumatisering leder också till patologiska förändringar i relationer pga en traumatisk anknytning till förövaren. Det leder till en skada i upplevelsen av egen identitet (att vara såväl skyldig som ond), inlärd hjälplöshet och risk för förnyad traumatisering.

Dessa tankegångar fick också stor genomslagskraft i kliniska sammanhang och ofta kom diagnosen PTSD att ställas på sexuellt traumatiserade kvinnor i stället för borderline PS. Det var en diagnos som var lätt för patienten att ta till sig och inte så negativt laddad som borderline PS.

Gunderson och Sabo (1993) menar att det dock är viktigt att skilja mellan PTSD och borderline PS. Diagnosen PTSD utvecklades för att identifiera ett syndrom hos vuxna efter extrem stress. Det var inte avsett att beskriva en utvecklingsprocess i barndomen. De menade att borderlinepersonligheten, där trauma ofta förekommit, var extra sårbara att utveckla PTSD som en reaktion på senare stress. De håller med Herman (1992) om att hos vuxna kan personlighetsförändringar ske efter extrem stress men nödvändigtvis inte borderline PS. Symtombilden domineras då ofta av undvikande-kriterierna (förlorat intresse i aktiviteter och förkortad framtidstro) och två av kriterierna på överspändhet (irritabilitet och hypervigilans) för PTSD. De varnar också för att diagnosen borderline PS felaktigt kan ställas vid PTSD om inte hänsyn tas till kravet på den tidiga debuten vid PS.

Terr (1981; 1983) har studerat effekterna av såväl enstaka trauma hos barn som mer långvariga och upprepade. Alla traumatiserade barn har enligt Terr återkommande minnen, repetitivt beteende, traumaspecifik rädsla och en förändrad inställning till människor och ett förkortat framtidsperspektiv.

Att långvarig och upprepad misshandel och försummelse leder till bestående skador är inte att förundra sig över men det är tänkvärt hur ett enstaka, visserligen allvarligt trauma, ledde till bestående patologi. Terr (1983) har bl a följt upp de 23 kidnappade barnen i Chowchilla i Karlifonien, som var levande begravda under 16 timmar.

Vid ettårsuppföljning hade alla barn tecken på PTSD och allvaret i symtomen hade inget samband med familjebakgrund. Vid fyraårsuppföljning däremot mårde de barn som också hade problem i familjen allra sämst men alla hade bestående symtom, som Terr ville beskriva som bestående personlighetsförändringar. Gunderson och Sabo hade varit tveksamma till trauma i barndomen och personlighetsförändringar men i en senare artikel av Sabo (1997) menar han att de biologiska förändringar, som påvisats, vid exempelvis psykoterapi och de data som framkommit i anknytningsforskning, leder till ett nödvändig omtänkande vad gäller den etiologiska signifikansen av svåra trauma på en blivande person.

Borderline – Dissociativ identitetsstörning

Multipel PS är en kontroversiell diagnos och något av en psykologisk gåta, som väckt stort litterärt och medialt intresse. Som jag nämnde inledningsvis var Pierre Janet den som först började tala om dissociativa tillstånd. Dissociation är ett jagpsykologiskt försvar mot överväldigande känslor och upplevelser. Nedan redovisar jag tankegångar kring borderline PS och dissociativ identitetsstörning.

Dissociation är ett utmärkande drag för borderline-personligheten och ett av kriterierna i DSM IV är - Har övergående stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom. De flesta teoretiker ser dissociation som ett kontinuum, från den dissociation som även icke patienter kan använda i vardagen till allvarligare patologi som multipel PS eller enligt DSM IV Dissociativ identitetsstörning (Bernstein och Putnam 1986, Saunders 1991).

Dissociation, som ursprungligen innebar ett skydd mot överväldigande affekt, resulterar dock i en subjektiv känsla av ”dödhet”, brist på samhörighet med andra och en inre upplevelse av desintegration, van der Kolk 1994. Görel Kristina Näslund refererar i boken *Borderline* (1998) till bl a Chu och Dill (1990), som menar att smärtsamma erfarenheter tonas ner genom dissociativa perceptionsförändringar (depersonalisations- och derealisationsupplevelser) och kan ”glömmas bort” (dissociativ amnesi), eller bli fullständigt bortträngda såsom varande någon annans upplevelser (DIS), men dissocierade erfarenheter förblir inte stillsamt sovande utan tränger hela tiden på i form av mardrömmar, flashbacks, tillstånd då man kan känna det som om man på nytt befinner sig i den traumatiska situationen.

Näslund refererar även till Antony Ryle (1997) – en kognitiv analytiker, som menar att de olika kriterierna för borderline-diagnos kan ses i ljuset av barndomens trauma och skiftningar mellan olika dissocierade jagtillstånd. Han föredrar uttrycket dissocierade jagtillstånd framför subpersonligheter, den senare termen avser mer fullständig dissociation än vad det brukar vara fråga om vid borderline PS. Patienter kan växla mellan distinkta kontrasterande personlighetstillstånd, som räddare, förföljare eller offer.

Perris (1998) menade att distinktionen mellan dissociativ identitetsstörning och borderline-personlighet är hårfin och att man lika gärna kan tala om multipel PS (MPD) då de har en rad gemensamma nämnare.

Redovisar inte alla de studier som är gjorda på multipel PS utan följande studie får illustrera symtomen vid MPD. Putman (1986) konstaterar att de symtom som de 100 MPD-patienterna i hans studie visade, tydde på en stabil kärna av symtom och beteenden, som framkommit i många andra studier och som kliniker rapporterat om i över 100 år.

Majoriteten av patienterna hade varit utsatta för sexuella övergrepp, incest i 68% av fallen. Antalet ”andra personligheter” kunde variera och vanligast var ett barn – 12 år eller yngre. Allvarliga självmordshandlingar var mycket vanliga och i över hälften av fallen beskrevs det av patienterna som en form av ”inre mord”. En del av personligheten uppmanade ofta i form av röster att skada en annan del av personen, men det var också vanligt med utåtriktad aggressivitet och 6 av patienterna var dömda för mord.

Putnam (1986) anser att den övervägande delen av dissociativa upplevelser är traumaindicerade, men även andra svåra händelser än sexuella övergrepp kan leda till dissociation. Separation eller hot om separation, ekonomiska svårigheter, panikutlösta suicidala och homicidala impulser.

I många studier har Rorschachmetoden använts för att identifiera symtombilden hos patienter med dissociativa symtom eller fullt utvecklad dissociativ identitetsstörning (DID). Leavitt och Labott (1998) postulerar att dissociation borde lämna tydliga Rorschachspår i en perceptuell upplevelse i att omvärlden upplevs som otydlig och diffus och/eller upplevelser av delade, fragmenterade eller ituslitna bilder eller upplevelser. De jämförde 27 DID-patienter med 72 psykiatriska patienter utan DID eller psykosdiagnos. 21 av de 27 DID-patienterna hade dissociativa tecken och refererade till upplevelser av fragmentering och delning. Endast 2 av de 72 psykiatriska patienterna hade denna typ av Rorschach responser.

Judith Armstrong (1990) redovisar Rorschachresultat från 14 DID-patienter, som tidigare diagnostiserats som PBD. De hade i Rorschach tankestörningar kring upplevelsen av att vara fragmenterade eller delade – percept som ”en flicka med två kroppar men en vagina”. Till skillnad från borderline-patienterna var de inte emotionellt labila och den defensiva strukturen var inte enbart av PTSD-karaktär – överväldigande eller undvikande. Patienterna hade en inre tankekontroll och dissociation, sågs som ett ”Ideational Defense”. Armstrongs slutsats var att vid fullt utvecklad DID var personligheten komplex och strukturerad och borderline-begreppen en alltför bred och utsuddad beskrivning. Hon bedömde också prognosen god för terapi.

Spanos (1994), en av representanterna för den sociokognitiva modellen, menar att DID inte är något annat än ett hysteriskt uppmärksamhetsökande hos patienten, som terapeuter ofta bär skulden till att ha format genom att i hypnos skapa symptomatologin. Enligt Spanos är många uppgifter falska, speciellt om de rapporterats från en patients ”alter personality”. Marsha Linehan talar inte speciellt mycket om dissociering men en viktig princip enligt henne är att få patienten att vara

medvetet närvarande, dvs att inte dissociera, vilket jag beskriver närmare under rubriken dialektisk beteendeterapi.

Problem med retrospektiva studier

Det största problemet med retrospektiva studier och trauman är att data bygger på hur människor minns sin barndom. Loftus (1993) menade att redan vid händelsen ifråga blir minnet färgat av kognitiva scheman, individuell perception och föreställningar. Han visade även experimentellt att det var möjligt hos friska försökspersoner genom suggestion inplantera falska minnen. Paris (1995) påpekar att minnesförvrängning är vanligare hos psykiatriska patienter, speciellt de med PS.

Studier av sexuella övergrepp har också kritiserats för oklara och varierande definitioner på sexuella övergrepp. Mrazek och Mrazek (1981) menar att följande faktorer kan ha betydelse för hur den fortsatta utvecklingen blir – omfattningen, ålder och utvecklingsnivå hos barnet, nära anhörig eller okänd förövare, det känslomässiga klimatet i relationen, åldersskillnad mellan offer och förövare och under hur lång tid övergreppen har pågått.

Borderline – Anknytningsteori

På senare år har anknytningsteorin vunnit teoretisk mark i det kliniska arbetet. Nedan redovisar jag hur olika anknytningsteoretiker sett på uppkomsten av borderline PS i ljuset av störda anknytningsmönster. John Bowlby – själv från början analytiker – tyckte inte att den analytiska teorins betoning på primära orala drifter som orsak till barnets bindning till modern, stämde med hans egen erfarenhet. Själva kärnan i Bowlbys teori är begreppet anknytningsbeteende, dvs en ”unges medfödda tendens att söka närhet till vissa andra artmedlemmar”. Bowlbys fundamentala antagande att uppkomsten och utvecklingen av en emotionell anknytning till en bestämd person är en process som äger rum oberoende av tillfredsställelsen av andra s k primära drifter. Anknytningssystemet och komplementära gensvaret från den huvudsakliga anknytningsfiguren är det mest grundläggande av de motivationssystem, som varit nödvändiga för människosläktets överlevnad.

Bowlby studerade det störda anknytningsbeteendet hos små barn som levt under svåra omständigheter och fann att de var hyperalerta och visade en ”frusen vaksamhet”, undvikande eller undvikande närmande beteende. Mary Ainsworth – en kollega till Bowlby – utvecklade en metod som går under namnet ”the strange situation” (1978). Denna metod gör det möjligt att med hjälp av direkta observationer bedöma och skatta vissa specifika interaktioner mellan mor och barn på ett tillförlitligt sätt. Ainsworth klassifikation av anknytningsmönstren har senare kompletterats av Mary Main och hennes medarbetare (c.f. Perris, 1996).

Main (1981) fann i observationer av barn från problemfamiljer ett anknytningsmönster som inte stämde med de tidigare beskrivna – undvikande (typ A),

trygg (typ B), ambivalent (typ C) – en otrygg anknytning av disorganiserad och desorienterad typ (typ D). Barn i denna grupp kännetecknades av ett desorganiserat och förvirrat beteende vid återförening med föräldrarna och tecken på avskärmning. De växlade mellan starkt undvikande åtföljt av ett uttalat närhetsökande.

Vid denna anknytningsstörning finns ofta en bakgrundshistoria med inslag av allehanda övergrepp, försummelser och bortstötning, men det behöver inte alltid handla om aktiv bortstötning. Enligt Perris (1998) visar studier att den huvudsakliga anknytningspersonen till barn i denna grupp varit deprimerad eller själv offer för olika typer av övergrepp under sin barndom. Anknytningspersonens sorgsna utseende eller avstängdhet, eller hennes plötsliga och dramatiska vredesutbrott, liksom allvarliga konflikter i övrigt inom familjen, utgör ett hot för barnet. De befinner sig i den paradoxala situationen att behöva fly från sina anknytningspersoner, som upplevs som farliga, och samtidigt närma sig dem för att känna trygghet. När modern är rädd eller deprimerad uppfattar barnet en signal om hotande fara. Eftersom någon sådan fara de faktiskt ej föreligger, blir modern i sig skrämmande. Förhållandena förvärras givetvis när faktiska övergrepp också förekommer. *När man vet vad man inte borde veta och känner vad man inte borde känna* är en av rubrikerna i Bowlbys bok "En trygg bas" från 1994. Han redogör där för ett flertal fallbeskrivningar, där barn varit vittnen till traumatiska upplevelser men där omvärlden inte velat bekräfta det de sett och upplevt och de kognitiva förvrängningar och hur känslor avskärmats från medvetandet som blir följden.

Liotti har sammanfattat den forskning som visar att vid desorganiserad anknytning sker även en störning i metakognitiva processer, vilket innebär problem att förstå, benämna, diskriminera och därmed kontrollera mentala tillstånd i allmänhet men känslor i synnerhet. Svårigheten att reflektera över egen mental representation, innebär även problem att integrera motsägelsefulla drag i en sammansatt helhet. Liotti har också en teoretisk beskrivning av fenomenet dissociation. Han menar att de inre arbetsmodellerna hos personer med en anknytningsstörning typ D är multipla, fragmenterade och inkoherenta. De uttrycker representationen av jaget som är så motsägelsefulla att de inte kan ömsesidigt integreras och tenderar att i barndomen vara dissocierade men även i vuxen ålder. Liotti talar också om en pendling mellan de tre stereotyperna – offer, förövare och räddare.

Dessa skiftande och multipla inre arbetsmodeller innebär en identitetsosäkerhet (vem är jag?) och dramatisk förändring i attityden till omgivningen. I upplevelsen av att vara förövaren måste personen straffa sig själv i form av självdestruktiv aggressivitet. I upplevelsen av sig själv som offer blir andra angripare. Alla dessa fynd antyder enligt Liotti att ett desorganiserat anknytningsmönster är en riskfaktor för psykopatologisk utveckling framförallt för dissociativa störningar och Borderline PS.

Det finns forskare som anser att samtliga PSar i kluster B kan härledas till en otrygg anknytning typ D. Perris (1998) betonar främst PSar av antisocial- eller Borderline-typ. Han påpekar dock att vid antisocial PS spelar olikheter i temperament och andra biologiska störningar också roll. Hare (1997) uttalar sig än starkare. Han raljerar över att anknytningsteorin gör anspråk på att förklara det flesta psykopatologiska störningar men framförallt är han kritisk till att se psykopati som orsak av en anknytningsstörning. Det finns enligt honom inga data som stöder detta. Det är snarare så att det faktum att vissa barn inte kan knyta an är ett symptom på psykopati.

Borderline – den biosociala teorin

Som avslutning på olika teorier om borderline PS redovisar jag Linehans (1993) synpunkter. Under avsnittet dialektisk beteendeterapi kommer jag att mer i detalj beskriva hennes modell för självmordsnära borderlinekvinnor.

Linehan (1993) ser borderline PS främst som uttryck för en biologiskt betingad *emotionell dysreglering*. Dessa patienter tenderar att vara hyperkänsliga, emotionellt extremt sårbara, ”hudlösa” och saknar förmåga att hantera denna hyperkänslighet. För det första är de hyperkänsliga för emotionella stimuli, dvs de har mycket lätt för att reagera emotionellt. För det andra reagerar de med stor emotionell intensitet och för det tredje är reaktionerna långdragna och avklingar mycket långsamt. Denna emotionella hypersensibilitet tenderar till att de befinner sig i ett mer eller mindre permanent tillstånd av oupphörliga kriser där de aldrig hinner återhämta sig från en kris innan nästa dyker upp.

Enligt Linehan (1993) behöver inte denna grundläggande biologiskt baserade emotionella sårbarhet leda till emotionell dysreglering, som utmärker borderline-patienterna. För att detta skall uppstå krävs också en invaliderande omgivning. Det utmärkande för en invaliderande omgivning är att det råder en betydande diskrepans mellan barnets upplevelser och hur viktiga personer i omgivningen beskriver eller svarar på dessa upplevelser. Det är alltså interaktionen mellan en biologiskt betingad emotionell sårbarhet och en invaliderande omgivning som enligt den biosociala teorin ger upphov till den emotionella dysregleringen, som utmärker borderline personlighetsstörning.

Linehan (1993) talar om tre olika typer av invaliderande familjer. Den kaotiska familjen, där det ofta förekommer missbruksproblem, frånvarande förälder och brist på tillsyn och omsorg om barnen. Den perfekta familjen, där föräldrarna av någon anledning inte kan tolerera negativa känsloreaktioner från barnen. Den prestations- och kontrollinriktade familjen, där fokus ligger på kognitiv kontroll av känslor och prestation ses som ett kriterium på framgång.

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

KRIMINALITET

Kvinnor, brott och psykopati

Den här uppsatsen beskriver införandet av DBT som behandlingsmetod på en kvinnoavdelning på en rättspsykiatrisk klinik där kvinnor och män vårdas dömda till vård efter begångna brott. För att tydliggöra inom vilka ramar detta sker kommer jag att beskriva kortfattat vad man tycker sig veta om kvinnor, brott och psykopati. Dessutom, då de flesta patienter är LRV-patienter (lagen om rättspsykiatrisk vård) med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att det är Länsrätten och inte vårdande läkare som beslutar om permissioner och definitiv utskrivning, efter ställningstagande till risk för återfall i brott, kommer jag också att nämna ett av de idag använda instrumenten för att bedöma återfallsrisken.

Män har alltid stått för merparten av våld och kriminalitet. Den kriminella kvinnan har inte rönt samma forskningsintresse som den manliga. Glueck och Glueck (1934) konstaterade tidigt att samma faktorer hos kvinnor som hos män predisponerar för brott. De fann i en studie av 500 kvinnliga brottslingar att hälften av kvinnorna hade önskade graviditeter, många var prostituerade och de flesta hade en fientlig attityd mot sina barn.

Psykopati är ett centralt begrepp då det gäller att förstå kriminalitet och våldsbrottslighet. Den amerikanske psykiatern Hervey Cleckly gav 1941 ut sin bok "The Mask of Sanity" – "Masken av förståndets fulla bruk" (min översättning) som det nutida psykopatibegreppet grundar sig på. Psykopati ingår inte i DSM-IV (APA, 1994). Där finns i stället antisocial PS. Det är viktigt att komma ihåg att antisocial PS och psykopati inte är synonyma begrepp. Antisocial PS är främst en kombination av kriminella och antisociala beteenden. Psykopati däremot definieras med hjälp av både karaktärsdrag och socialt avvikande beteende. Det mest centrala och avvikande karaktärsdraget är individens brist på ånger och skuld känslor och ofta en grav empatistörning. För övrigt kan psykopaten beskrivas som munvig och charmig, egocentrisk och grandios, svekfull och manipulativ och med ett flackt känsloliv. Det socialt avvikande beteendet tar sig uttryck i impulsivitet, bristande kontroll och lättväckt aggressivitet, behov av spänning, bristande ansvars känsla, tidiga beteendeproblem och antisocialt beteende.

Under 1980-talet utvecklades ett diagnostiskt instrument för att klassificera psykopati (Hare, 1980), senare reviderad till PCL-R (Hare, 1991). I kliniska sammanhang används ofta en screeningversion PCL-SV (Hart, Cox, & Hare, 1995). PCL-R består av två faktorer – Faktor 1 Den aggressiva narcissismen. Faktor 2. Den kroniskt antisociala livsstilen.

Flera författare har föreslagit att antisocial PS (ASPD) och histrionisk PS (HPD) är könsspecifika manifestationer av samma underliggande predisposition, nämligen psykopati.

Cloninger (1970; 1978) har antagit att psykopati ofta manifesterar sig olika hos män och kvinnor där psykopatiska män vanligtvis har ett antisocialt mönster och psykopatiska kvinnor ett histrioniskt.

Gacono och Meloy (1994) redovisar en opublicerad studie av Peasly (1991) där hon jämförde kvinnliga interners PCL-R med Hares databas (1991). Männen psykopatipoäng var signifikant högre, men kvinnorna hade signifikant högre i faktor 1 medan det motsatt gällde för faktor 2 i PCL-R. Män har alltså mer av kriminellt beteende i linje med lägre förekomst av ASPD hos kvinnor. Narcissistiska och hysteriska drag korrelerar högst med faktor 1 och antisociala drag med faktor 2. Gacono och Meloy jämförde också Peaslys Rorschachdata med egna data på antisociala män. De fann då, inte helt förvånande, att de antisociala männen var mycket mer narcissistiska och empatistörda än de kriminella kvinnorna. De drog inga säkra slutsatser, men menade att kanske är hysteri kärnan i kvinnlig psykopati och narcissism en nödvändig men inte tillräcklig komponent i manlig psykopati.

Sannolikheten för att psykopater (både manliga och kvinnliga) skall begå våldshandlingar både i och utanför institutioner är dubbelt så hög som för andra kriminella, men när kvinnor begår våldsbrott riktas våldet oftare än för män mot den nära familjen (Hare 1997). Barnamord – ett ovanligt brott – men begås dubbelt så ofta av kvinnor som män (d'Orbán 1979). Alla kvinnor är dock inte psykopater, som dödar sina barn, psykos eller depression är också ofta orsaken.

Men som Hare konstaterat (1997) att kvinnliga psykopater som regel vansköter sina barn fysiskt eller känslomässigt eller överger dem när de byter sexualpartner. Följande vinjetter hämtade ur Hare's bok "Psykopatens värld" (1997) får belysa detta:

- * Diane Down sköt sina egna barn för att vinna en man som inte ville ha barn.
- * "Jag kan alltid skaffa ett barn till" svarade en kvinnlig psykopat – på frågan hur hon kände inför att hennes tvååriga dottern slagits ihjäl av hennes älskare. Två barn var omhändertagna sedan tidigare.
- * "Han slet ut mig, jag ville inte ha mer sex den natten" – sade en kvinna som förklaring till varför hon lät sin pojkvän förgripa sig på hennes 5-åriga dotter. Kvinnan hade svårt att förstå varför myndigheterna tog hand om barnet. Hon protesterade dock inte särskilt mycket och definitivt inte lika mycket som när hennes bil togs i förvar under häktningsförhandling, därför att hon inte hade betalat parkeringsavgift.

Kvinnor, brott och allvarlig psykisk störning

Till allvarlig psykisk störning skall, enligt Socialstyrelsens tillämpningsföreskrifter (1991), framförallt räknas alla psykotiska tillstånd, depressioner med självmordsrisk samt svårare PS med impulsgenombrott av psykotisk karaktär, andra psykotiska episoder eller starkt tvångsmässigt beteende, exempelvis kleptomani, pyromani och vissa sexuella perversioner. I de fall personen har begått brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får hon eller han ej dömas till fängelse.

Den fråga man kan ställa sig är om kvinnliga kriminella är mer psykiskt avvikande eller om det betraktas i samhället som mer avvikande med kvinnlig kriminalitet. En sak är dock säker att kvinnor inte alls på samma sätt som män får ära och ryktbarhet av sin kriminalitet. Vem skriver friarbrev till giftmörderskan NN?

I en finsk studie av Eronen (1995) var sannolikheten mycket högre att en kvinna som begått brott varit psykiskt sjuk. En RMV-rapport från 1994 visade också samma sak liksom också en studie av Hodgins (1982). Logan (2001) skriver att våldsamma kvinnor är inte samma sak som våldsamma män och att det oftare finns en psykisk störning hos kvinnor. Grann (1996) fann i en studie av alla individer som genomgått rättspsykiatrisk undersökning (RPU) i Sverige under 1992-1995 att sannolikheten att bli sjukförklarad var signifikant högre för kvinnliga åtalade än för manliga, även om man kontrollerade för psykiatriska diagnoser och typ av brott.

I en retrospektiv studie av Elmgren och Nordström (1997) 1997 av 50 kvinnliga eldsanläggare, som genomgått RPU, bedömdes 84% ha anlagt eld under påverkan av allvarlig psykisk störning. Totalt 78% hade tidigare vårdats inom slutenvård. Över huvudtaget var det en psykosocialt mycket belastad grupp. Hälften av kvinnorna hade varit utsatta för sexuella övergrepp, mer än hälften hade gjort självmordsförsök, i flera fall upprepade suicidförsök, i 2 fall redan vid 10 respektive 12 års ålder. Nära hälften fanns tidigare i kriminalregistret, varav 30% dömda för våldsbrott. En siffra som vi fann förvånansvärt hög då vi tidigare haft en modelldiagnos att eldsanläggare, då främst män, haft svårt att uttrycka aggressivitet, vilket tagit sig uttryck i eldsanläggelse, när det inre trycket blivit för starkt.

Kvinnorna hade till större delen misslyckats i sin kvinno- och modersroll. Vid tiden för eldsanläggelsen hade kvinnorna, som var i åldrarna 19-62 år med en medelålder av 32 år, endast 4 kvinnor hemmavarande barn, varav ett omkom vid eldsanläggelsen (utvidgat självmord) och ytterligare en kvinna riskerade barnets liv vid eldsanläggelsen.

Vid självmordsförsök och självskadebeteende finns ofta en kommunikation till omvärlden. Vi hade indelat eldsanläggarna efter motiv, den största gruppen var vad vi kallade reaktiva, dvs eldsanläggelse som ett utlopp för vrede, ångest, vanmakt och med ett särskilt starkt rop på hjälp. Många kvinnor i denna grupp hade eldat för att bli intagna inom psykiatri eller på institution för att få en förändring av sin vårdssituation.

Borderline PS var den vanligaste Axell II-störningen, endast en kvinna hade antisocial PS. Tretton kvinnor hade psykosdiagnos, 10 kvinnor depression och 4 kvinnor hade impulskontrollstörning men bara i 2 fall diagnostiserad pyromani.

Carlsson och Woodhouse (2001) jämförde 152 flickor och pojkar under 23 år som mellan åren 1970–1995 genomgått RPU. Det anmärkningsvärda resultatet var att lika många flickor som pojkar gjort sig skyldiga till våldsbrott, 38 % vardera. Att jämföras med att i vuxenmaterial gör sig män 10 gånger oftare skyldiga till våldsbrott. Statistiskt signifikanta skillnader förelåg däremot i att flickorna ofta gjorde sig skyldiga till mordbrand, medan däremot pojkarna till sexualbrott.

Av 18 flickor i studien som dömts för mord fick 12 av dessa rättspsykiatrisk vård, medan pojkarna däremot för samma brott dömdes hälften till fängelse. Psykos var den enda diagnos som visade en signifikant skillnad mellan könen, där pojkarna oftare fick psykosdiagnos. Frågan som dessa resultat väcker, är om kvinnor/flickor som begår brott är mer allvarligt psykiskt störda eller om det ses som mer patologiskt med kriminella kvinnor och de bedöms som ”sjuka”.

Riskbedömningar

Från farlighet till riskbedömning

Den s k första generationens riskforskning fick stark kritik. Ett namn som ofta nämns är Monahan (1984) som menade att kliniska bedömningar av en individs farlighet inte var bättre än slumpen. Det etiska i att göra sådana farlighetsbedömningar kom att ifrågasättas. Forskargrupper i USA och framförallt Kanada började utveckla scheman för riskbedömningar där flera data sammanvägs i olika modeller. Den i Sverige mest kända checklistan HCR-20 utvecklades av Webster och medarbetare. De utgick från de studier som fanns tillgängliga om farlighetsbedömningar (Webster & Eaves 1995; Webster et al. 1997). Det finns idag en förkortad version i svensk översättning (Belfrage & Fransson 1997).

HCR-20 består av tre delar. En historisk del, där bl a tidigare kriminalitet, missbruk, våldsbrott och psykopati ingår; en klinisk del, där patientens sjukdomsinsikt, behandlingsbarhet och motivation bedöms; och slutligen en del där riskhanteringsfaktorer som föreligger och vilka skyddsåtgärder som kan vidtas ingår (se bilaga 1).

Idag finns ett flertal uppföljningsstudier på HCR-20 som omfattar män, men ej så många på kvinnor. Nicholls (1997) rapporterade en prediktiv validitet bland kvinnor (allmänpsykiatriska patienter) att förutsäga våld såväl inom som utom institution men konkluderar att det finns ett behov av att ytterligare studera vilka faktorer som förutsäger våldsamt beteende hos kvinnor.

I en svensk studie fann Strand et al. (2001) att samma riskfaktorer i HCR-20 predicerar våld hos män som kvinnor men att våldets natur skiljde sig åt. Kvinnor riktade ofta sitt våld gentemot personal medan männen gick till angrepp mot medpatient. Ingen signifikant skillnad i variabeln Psykopati. Problemet i denna studie är att kvinnor i hälften av fallen inte var vårddömda kvinnor utan överförda från andra psykiatriska kliniker efter våld mot personal. Alla män var vårddömda. Diagnoserna skiljde sig också åt. Kvinnorna led av PS medan männen hade uteslutande psykosdiagnos.

DIALEKTISK BETEENDETERAPI (DBT)

Marsha Linehan, professor i psykologi i Washington, Seattle, USA, har tillsammans med sina kollegor utarbetat ett program för självmordsnära borderline-kvinnor. (Linehan 1993a; 1993b). Det har tidigare inte funnits någon behandling, som direkt fokuserat på självmordsförsök och självskadebeteenden trots att dessa är så vanligt förekommande hos borderline-patienter. Tre centrala antaganden vad gäller borderlineindividen enligt Marsha Linehan är att hennes känslomässiga sårbarhet gör att hon kan betraktas som den psykologiska motsvarigheten till en person med tredje gradens brännskada, och denna sårbarhet leder till extrema handlingar inklusive självmordshandlingar som tillfälligt ger ångestlindring. För det andra att borderlineindividen har vad hon kallar skenbar kompetens, vilket kan få omgivningen att tro att patienten är mer kompetent än hon faktiskt är och leda till att behandlaren känner sig manipulerad och lurad. Det är i detta sammanhang som färdighetsträningen kommer in, att faktiskt ge patienten kompetens att klara svåra livssituationer. Slutligen menar hon att borderlineindividen ofta har en obearbetad sorg och en fobi för negativa emotioner – en känslfobi, och att suicidalt och annat självdestruktivt beteende i första hand är maladaptiva försök att lösa problem med överväldigande, okontrollerbara och intensiva känslor. Dialektisk beteendeterapi är en form av kognitiv beteendeterapi som använder sig av alla de traditionella beteendeterapeutiska- och kognitiva metoderna. Till skillnad från de terapivarianter som kallas ”kognitiv terapi” utmärks dock DBT av att beteendeperspektivet dominerar över det kognitiva perspektivet både vad gäller teori och metod. Det dialektiska perspektivet är inte unikt för DBT, men används mycket mer uttalad och systematiskt.

Linehan har också förnyat beteendeterapin på ett radikalt sätt genom att föra in metoder influerade från österländskt tänkande. Jag kommer i stora drag att beskriva standardmodellen för DBT inom öppen vård och redovisa empiriska data.

DBT – öppen vård

Standardmodellen av DBT utformat för självmordsnära Borderline-patienter i öppenvård består av fyra moment.

1. Individualterapi
2. Färdighetsträning
3. Telefonkonsultation
4. Konsultationsteam

DBT har en stor flexibilitet när det gäller form men mycket liten flexibilitet när det gäller funktion. *Individualterapin*: Att hålla en patient i livet måste ju självklart vara varje terapis första prioritet enligt Linehan men i DBT uttalas detta mål och dess prioritering explicit. Att få patient och terapeut att arbeta tillsammans på ett kollaborativt sätt är det andra målet i DBT. Detta är också något gemensamt med andra terapiformer, men pga att borderline-patienter ofta slutar terapin i förtid och

terapeuter blir utbrända, så har man i DBT ett speciellt fokus på vad som kallas terapeutörande beteende. Terapeutörande beteende är sådant beteende som hotar terapin såväl hos patient som terapeut. Terapeutörande beteende kan vara att inte komma till terapin, att terapeuten inte rätt förstått patientens problem osv. Utebliven förbättring ses också i DBT som terapeutörande och kan vara ett skäl till att patienten får sluta i terapi.

Hög prioritet har också livskvaliteförstörande beteenden, som exempelvis missbruk av alkohol eller droger, sexuellt riskbeteende och kriminellt beteende eller att välja att stanna kvar i en relation där man utsätts för misshandel fysiskt eller psykiskt. Det är också viktigt att få patienter att tillämpa de färdigheter som lärts i färdighetsträningen.

Det är lätt att tappa fokus i arbetet med borderline-patienter, då kriserna ständigt avlöser varandra. Målen i terapin formuleras som en målhierarki som innefattar sju målsättningar, uppdelade på tre olika behandlingsfaser eller behandlingsstadier :

Stadium 1

1. Minska förekomsten av suicidalt beteende
2. Minska förekomsten av terapeutörande beteenden
3. Minska förekomsten av livskvaliteförstörande beteenden
4. Förbättra beteendemässiga färdigheter
 - A. Förmågan att vara medvetet närvarande ("mindfulness")
 - B. Interpersonell effektivitet
 - C. Känsloreglering
 - D. Förmåga att stå ut ("distress tolerance")
 - E. Självreglering ["self-management"]

Stadium 2

5. Minska förekomsten av post-traumatisk stress

Stadium 3

6. Öka självrespekten
7. Uppnå individuella livsmål

Till att börja med behövs en *diagnos* och bedömning av patientens psykiatriska status. Ofta har patienterna också en Axel I-störning, depression, ångest och ätstörning. PS försvårar dock behandlingen av Axel I-störningen. Grundantagandet är att borderline-patientens problem är dysreglerade känslor och färdighetsbrister och att Axel I-störningen behandlas inom ramen för DBT.

Målet för *orienteringsfasen* är att skapa en allians med patienten och att ge patienten den information hon behöver för att kunna ta ställning till om hon vill gå i DBT. Under den här fasen ska patient och terapeut ta gott om tid på sig för att göra ett ömsesidigt, uttalat åtagande att samarbeta för att hjälpa patienten att genomföra de förändringar hon eftersträvar i sitt liv.

Terapeuten beskriver hur man förstår borderline-beteendet utifrån den biosociala teorin. Detta syftar till att patienten ska begripa modellen och därmed kunna se sina svårigheter utifrån samma perspektiv som terapeuten. Det hjälper henne också att se relevansen av behandlingens olika delar.

Terapeuten gör också klart att i DBT betraktas självmordsbeteende som ett försök att handskas med livets svårigheter när smärtan är intensiv, och att man inte tror att alla följder av ett beteende är planerade eller avsedda. Därmed kommer man ifrån idén om att självmordsbeteende alltid är manipulativt, oavsett hur omgivningen reagerar.

Patienten informeras vidare om de olika behandlingsmodaliteterna – hur telefonen ska användas och om hemuppgifter, särskilt det dagboksblad de skall fylla i och ta med sig till sessionerna.

Under orienteringsfasen börjar man också analysera viktiga målbeteenden som ska arbetas med, särskild självskadande beteende eller självmordsbeteende. Man tar också reda på vilka problem som uppstått i tidigare terapier särskilt om de, som så ofta avslutats i förtid.

Orienteringsfasen avslutas med att patient och terapeut kommer överens om ett behandlingskontrakt. En noggrant genomförd orienteringsfas har visat sig minska antal patienter, som avslutar terapin i förväg.

Terapins tre stadier

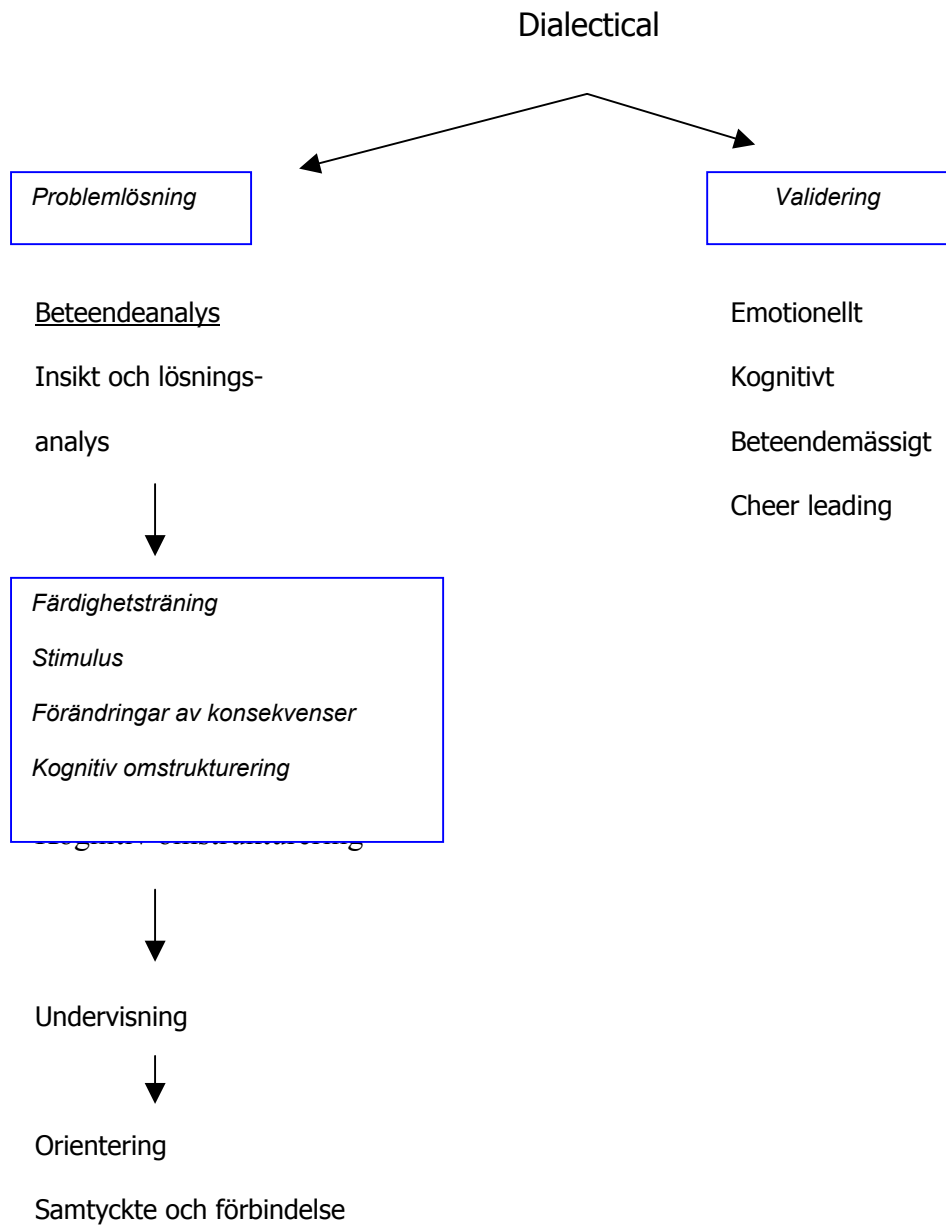
Det övergripande målet i fas ett är patientens säkerhet. Självmordsbeteende har alltid högsta prioritet. När patienten är stabil och inte längre reagerar på kriser med att bli självmordsbenägen eller göra annat som sänker livskvaliten kan man fortsätta med fas två. De flesta patienter klarar av fas ett inom ett år men ofta behövs längre tid.

Målet för fas två är att minska problembeteenden som beror på tidigare trauma och att minska posttraumatisk stress. I den här fasen arbetar man med systematisk exponering för de eventuella trauman som inträffat i patientens liv. Vad som skiljer DBT och många andra terapiformer är att ingen traumabearbetning görs innan patienten fått vissa grundläggande färdigheter att stå ut när det är svårt, som hon lärt sig under fas 1. Tanken är att en patient som redan har så svårt att klara sitt liv att hon skadar sig själv inte har resurser just då att orka med den ökning av smärtsamma känslor som oftast inträffar när man börjar närma sig tidigare traumatiska händelser.

I den tredje fasen överskuggas inte terapiarbetet av patientens borderline-problematik på samma sätt som tidigare och terapin liknar vilken terapi som helst, där individen kan vilja gå för att söka självrespekt eller uppnå individuella livsmål.

Kärnan i DBT: Validering och problemlösning tillsammans med dialektiska strategier, utgör kärnan i DBT.

DBT – Core Strategies



Validering: Begreppet validering spelar en central roll inom DBT mot bakgrund av vad som tidigare nämnts att Marsha Linehan anser att många borderline-patienter vuxit upp i invaliderande miljöer. Det blir då en logisk följd att i behandlingen ge bekräftelse av det adekvata, begripliga och logiska i patientens tankar, känslor och handlingar. Här skiljer sig DBT från kognitiv terapi, som mer fokuserar på det dysfunktionella i patientens föreställning. Även Linehan medger att patientens beteenden, tankar och känslor kan vara dysfunktionella, men aldrig helt dysfunktionella – det gäller som hon säger ”to search for the nugget of gold buried in a sandy river bed”. Ovan sagda är ett starkt koncentrat av vad Linehan skriver om detta i ”Validation and psychotherapy” (1977). Validering kan ske på olika nivåer

- V1. Lyssna och observera.
- V2. Summera, spegla, återge, förmedla korrekt förståelse.
- V3. ”Läsa av” patienten. Förmedlar förståelse av det utsagda. Intuitiv förståelse.
- V4. Bekräfta och göra begripligt utifrån historien.
- V5. Bekräfta och göra begripligt utifrån nuvarande omständigheter.
- V6. Behandla patienten som jämlik person. Vara genuin. Behandla ej patienten som skör eller mindre vetande (som till någon i familjen).

Beteendeanalys och problemlösning: En enbart validerande terapi är också invaliderande för borderline-patienten, som upplever så mycken smärta, men alla förändringsstrategier måste balanseras mot empatisk validering. Beteendeanalys i DBT omfattar tre saker:

1. Identifikation av problembeteendet
2. Kedjeanalys av specifika problembeteenden
3. Hypotesgenerering betr konsekvenser som vidmakthåller problembeteendet versus konsekvenser som minskar det. Efter att problembeteendet definierats i beteendetermer görs en kedjeanalys.

Linehan använder uttrycket väggkarta, kedjeanalysen kan visa på möjligheter till olika vägval vid olika tidpunkter. Patienten vägleds av frågor som: Vad hände sedan? Hur kom du från där till hit? osv. Efter ett antal sådana kedjeanalyser kan terapeuten börja se ett mönster i klientens beteende, funktionella samband mellan situationer, tankar, känslor, beteenden och konsekvenser. Ibland behövs ”brainstorming” tillsammans med patienten för att hitta alternativa lösningar till problembeteendet. Så småningom lär sig patienten att känna igen situationer, tankar och känslor, som ingår i den kedja som leder till att hon skadar sig och använda de färdigheter för att bryta kedjan och återfå kontrollen över händelseförloppet, som ofta upplevs som opåverkligt. Målet på sikt är att patienten själv ska kunna identifiera både en förändringsstrategi och en strategi, som gör det möjligt att acceptera situationen som den är.

DBT har fyra problemlösningsprocedurer – färdighetsträning, konsekvensförändring, kognitiv omstrukturering och exponering. Dessa problemlösningsprocedurer skiljer sig inte från sedvanliga kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker. Kognitiv omstrukturering intar dock ingen central plats. Linehan menar att det budskap som ges till klienten i DBT är att kognitiva förvrängningar lika sannolikt orsakats av emotionell arousal som att vara orsaken till den ursprungligen.

Dialektiska strategier: Den grundläggande dialektiken i DBT är den mellan att acceptera och förändra. All terapi och behandling förutsätter en beredskap från patientens sida att ifrågasätta gamla beteenden, attityder och sätt att tänka. borderline-patienten, som ofta varit utsatta för mycken invalidering tenderar att uppfatta förändringsfokuserat arbete som ytterligare en form av invalidering. Det unika i Marsha Linehans terapeutiska förhållningssätt är att hon tar hänsyn till borderline-patientens emotionella sårbarhet och framhåller den avgörande betydelsen av att acceptera och validera patienten. Men en terapi som är helt fokuserad på accepterande kan upplevas lika invaliderande där patienten upplever sig ha ytterst svåruthärdliga problem som de behöver hjälp med. Att validera denna upplevelse är att ta det på allvar och erbjuda hjälp. Vad som behövs är en dialektisk balans mellan accepterande och förändring.

Målet med de dialektiska strategierna är att förtydliga motsatser och erbjuda förutsättningar för en syntes. Den dialektiska terapeuten hjälper således patienten att uppnå en syntes av motsatser, snarare än att försöka finna faktiskt stöd för den ena eller den andra av motpolerna. Patienten får hjälp att förflytta sig från antingen eller till både och. Budskapet till patienten är att sanningen varken är absolut eller relativ utan snarare under ständig utveckling i tiden.

Färdighetsträningen i DBT: Marsha Linehan och kolleger såg det som ett problem att inom ramen för den individuella psykoterapin få tid till psykosocial färdighetsträning, där så mycken tid måste ägnas åt att minska patientens motivation att dö. Utifrån detta dilemma föddes idén att dela upp terapin i två delar. Färdighetsträningen med syfte att ersätta borderline-beteendet med mer ändamålsenligt beteende och på att bygga upp ett liv som är värt att leva. Den individuella terapin som huvudsakligen är inriktad på motivationsfrågor, inkluderat motivationen att fortsätta leva.

Färdighetsträningen i DBT beräknas pågå under minst ett år, en gång i veckan under ledning av helst två färdighetstränare, som står i kontinuerlig kontakt med patientens individualterapeut. Färdighetsträningen består av fyra sk moduler – att vara medvetet närvarande ("mindfulness"), interpersonell effektivitet, emotionell reglering och att stå ut med smärta (distress tolerance). De färdigheter som lärs ut under "mindfulness" utgör något av själva kärnan i DBT. Målet med denna del av färdighetsträningen är enligt Linehan att utveckla en livsstil, som innebär att delta i det som händer på ett medvetet sätt. Det är i utformningen av denna modul som man finner den tydligaste påverkan av österländskt tänkande.

Linehan antar att borderline-personens impulsivitet och starka beroende av känslöstämningar innebär att de tenderar att delta på ett icke medvetet sätt i det som händer och de färdigheter som lärs ut syftar alltså till att motverka deras impulsstyrighet och beroende av tillfälliga stämningar. Vidare antar man att dessa färdigheter kan motverka borderline-patientens identitetsstörning, tomhets känslor och dissociativa symtom.

Patienterna får lära sig att observera, beskriva och delta på ett icke värderande sätt, med fokus på en sak i taget, och med inriktning på det som fungerar. Målet med dessa färdigheter är att skapa en bättre balans mellan förnuft och känsla. Linehan talar om "vishet" i detta sammanhang som en integration av känsla och förnuft. Förnuft definieras för klienten som den rationella tänkande logiska delen av oss, dvs den del

av oss som planerar och gör logiska bedömningar. Med hjälp av vårt förnuft kan vi uträtta mycket, som är nyttigt; bygga hus och broar, lösa problem och bedriva vetenskaplig forskning m m. Det är lättast att tänka förnuftigt när vi mår bra och betydligt svårare när vi mår dåligt.

Känslotänkandet definieras för klienten som det tillstånd när man befinner sig i ”när man är styrd av sina känslor, dvs när känslorna styr ens tänkande och beteende”. Med hjälp av starka känslor kan man uträtta mycket, som man inte skulle göra annars, men de kan också skapa problem av olika slag. Borderline-personer har mer av känslotänkande än de flesta andra. Vishet definieras för patienten som en integration av känsla och förnuft. Alla har förmåga till vishet enligt Linehan men alla har aldrig upplevt det. Träning i mindfulness kan leda till en ökad öppenhet för mer intuitiva former av erfarenhet på ett sätt som kan bidra till utveckling av vishet.

En ledstjärna enligt Linehan – att veta när det rör sig om vishet – kan vara att om starka känslor finns med så misstänk att det rör sig om ett känslotänkande. Ge det tid och om vissheten består även när du känner dig lugn och trygg misstänk att det kan vara fråga om vishet.

Interpersonell effektivitet: De färdigheter som lärs under rubriken ”interpersonell effektivitet” i DBT liknar till stor del de färdigheter som lärs ut inom andra varianter av social färdighetsträning eller självhjälpsträning. De innefattar strategier för att be om det man behöver, att kunna säga nej och att kunna hantera konflikter med andra människor.

Enligt Linehan har borderline-personerna ofta relativt goda interpersonella färdigheter. Problemen uppstår mer när det gäller tillämpningen av dessa färdigheter i specifika situationer. borderline-patienter kan t ex vara fullt kapabla att avgöra vad som utgör effektivt beteende i samband med att de diskuterar problematiska situationer som uppstår för andra personer, men kan ändå vara fullständigt oförmögna att inse värdet av denna typ av beteende eller utföra denna typ av beteende när de analyserar egna situationer.

Emotionell reglering: Till det allra mest utmärkande för borderline-individer hör att de har svårt att reglera sina emotioner. De är emotionellt mycket intensiva och instabila – ofta arga, starkt frustrerade, deprimerade eller ångestfyllda. Dessa känslor bearbetas emellertid inte på något konstruktivt sätt, utan i stället tenderar de flesta borderline-patienter – enligt Linehan – att försöka reglera sina känslor genom att instruera sig själva att inte känna det som de känner.

Som Linehan ser det bygger emotionell reglering på en tillämnig av mindfulness-färdigheter, i detta fall förmåga att på ett icke värderande sätt observera och beskriva sina egna emotionella reaktioner. Hennes grundantagande är att borderline-individens svårigheter till stor del beror på ett slags fobi för negativa emotioner, som gör att de avbryter sina primära emotionella reaktioner eller (som ofta är adekvata och adaptiva) med diverse sekundära emotioner (som t ex intensiva skamkänslor, ångest eller raseri). Utvecklingen av en bättre emotionell reglering kräver att man får dem att låta bli att avbryta sina känslor på detta sätt, och det är detta som en tillämpad mindfulness kan åstadkomma. Om borderline-individen kan lära sig att observera och beskriva sina emotionella reaktioner på ett icke värderande sätt så exponeras han eller

hon därmed för dessa känsloreaktioner på ett sätt som möjliggör en emotionell bearbetning. Tillämpningen av mindfulness på emotionella reaktioner innebär alltså i princip en tillämpning av exponeringsprinciper på klientens ”känslfobi”.

Krisöverlevnadsstrategi: Fyra olika typer av krisöverlevnadsstrategier lärs ut i denna modul – distraktionsstrategier, självlugnande strategier, att förbättra ögonblicket och att tänka på för- och nackdelar. Syftet med dessa är att lära sig att stå ut med svåra situationer som inte går att påverka på något annat sätt.

Distraktionsstrategier innebär att göra något eller tänka på något som förflyttar uppmärksamheten bort från det smärtfyllda. Ett exempel är att ställa upp för andra personer, som behöver hjälp. En annan distraktionsstrategi är att jämföra sig själv med andra som har det lika illa eller ännu värre. Ytterligare en variant är att generera motsatta känslor eller starka kroppsförnimmelser som är oförenliga med de fysiologiska reaktioner som utmärker den aktuella negativa känslan.

En viktig form av krisöverlevnadsstrategi är att kunna ”lugna sig själv”. Linehan menar att detta är något som borderline-individer har svårt för. En del av dem anser sig inte förtjäna något lugn, någon tröst eller vänlighet, utan känner skuld- eller skamkänslor när de försöker använda denna typ av strategi. Andra anser att de borde få detta av andra personer i omgivningen, och vägrar därför av princip att försöka lugna sig själva. Att ”förbättra ögonblicket” är en samlingsbeteckning på ett antal olika strategier som använder sig av fantasiföreställningar, bön eller avslappning, inre dialog, fokusering på en sak i taget, eller sökande efter en mening i det som sker. En ytterligare form av krisöverlevnadsstrategi är att göra en lista på för- och nackdelar med att stå ut respektive inte stå ut med den kris man befinner sig i.

Telefonkonsultation: En patient som går i DBT ska ha möjlighet till telefonkontakt med sin terapeut även mellan sessionerna. Syftet är att hjälpa patienten att använda färdigheter för att undvika suicidalt och självskadande beteende. I princip skall terapeuten vara tillgänglig dygnet runt, men terapeuten kan dock sätta sina personliga gränser, när det är tillåtet att ringa och inte. För att undvika förstärkning av självdestruktivt beteende finns en regel att det inte är tillåtet att ringa sin terapeut på 24 timmar om patienten skadat sig själv.

Konsultationsteam: En viktig funktion i DBT är att ha ett konsultationsteam för att förhindra att personal blir utbrända och få personalen att upprätthålla en dialektisk balans i acceptans, validering och förändring och problemlösning.

Följande DBT-antaganden om patient och behandlare får avsluta avsnittet om DBT.

- Patienter gör så gott de kan
- Patienter vill bli bättre
- Patienter måste lära sig nytt beteende i alla viktiga sammanhang
- Patienter kan inte misslyckas i DBT
- Patienten är inte själva skuld till alla sina problem, men måste lösa dem i alla fall
- Patienter behöver klara saker bättre, försöka mer och/eller vara mer förändringsmotiverade
- Livet för suicidala borderline-personer är outhärdligt som det nu levs
- Behandlare använder medveten närvaro
- Behandlare använder interpersonella färdigheter
- Behandlare reglerar sina egna känslor

- Behandlare använder stå-ut färdigheter
- Behandlare söker och ger stöd hos/åt varandra

Empiriska data

Vid den första utvärderingsstudien av DBT (Linehan et. al. 1991) uppfyllde samtliga 44 patienter DSM III-kriterier för borderline PS. De matchades med avseende på antal suicidförsök, antal inläggningar på sjukhus, ålder och förutspådd dålig eller god prognos. Kontrollgruppen fick sedvanlig psykiatrisk behandling (treatment as usual). Syftet med studien var att se om antal suicidförsök och antal dagar på sjukhus blev lägre efter DBT-behandling. Ett stort problem med borderline-patienter är att de ofta avbryter behandlingen i förtid, studien avsåg även att undersöka om DBT ökade patienternas motivation till behandling dvs viljan till deltagande (compliance).

Det var ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna i självskattningsformulär i depression, hopplöshet, skäl att leva och suicidala tankar. Men signifikanta skillnader i antal suicidförsök och antal inläggningar på sjukhus. De i DBT-behandling stannade också i större utsträckning kvar i terapin. I kontrollgruppen hade 50 % slutat i behandling efter ett år.

Linehan et.al (1993) jämförde psykodynamisk terapi med och utan färdighetsträning. Resultaten visade ingen skillnad mellan grupperna, dvs DBT-färdighetsträning ökade inte effekten av sedvanlig psykodynamisk terapi. Studien kastade ingen skugga på färdighetsträning utan problemet var och orsaken till utebliven effekt att det inte förelåg något samarbete mellan terapeut och färdighetstränare.

I DBT är det är stark betoning av den dialektiska balansen mellan acceptans – validering och förändring. Shearin et al 1992 utförde en processtudie i syfte att undersöka denna terapeutiska strategi. De lät fyra patient - terapeut dyader varje vecka under 31 veckor skatta varandra i en kort version av Benjamin's Structural Analysis of Social Behaviour (SASB) i dimensionerna Affiliation (hostile versus friendly) och Interdependence (autonomy versus control). Hypotesen var att om patienter samtidigt skattade terapeuten som kontrollerande, omhändertagande och tillät autonomi, skulle det suicidala beteendet sjunka följande vecka.

De ville också testa hypotesen vilken betydelse terapeutens upplevelse av att patienten hyste varma känslor för terapeuten, hade för nedgång i suicidalt beteende. Detta mot bakgrund av att ett stort problem i det terapeutiska arbetet med borderline-patienter är att terapeuter ofta ackumulerar negativa känslor i arbetet med en svår patient. I DBT läggs mycket arbete ner på att öka positiva känslor i förhållande till patienten genom att försöka formulera icke nedsättande omdömen om en patient.

Bägge hypoteserna fick stöd i data och slutsatsen blev att den dialektiska strategin antogs på kort sikt genom validering, acceptans lindra patientens smärta och förhindra beteenden som inhiberade framsteg. De samtidigt verkande förändringsstrategierna hade syfte att mer långsiktigt finna lösning på patientens problem. Behandlingen av borderline-patienter är en delikat balansering med stora risker i vardera polen. Med för mycket acceptans har patienten ingen vägledning i ökade färdigheter, medan

däremot all för mycket betoning på förändring, kan patienten känna sig invaliderad och sluta i behandlingen.

Sedan 1993 pågår i Stockholm förberedelser för en randomiserad och kontrollerad jämförelse mellan DBT och psykodynamisk terapi. Psykodynamisk terapi (PDT) enligt Otto Kernberg samt den rutinbehandling som ges till självmordsnära kvinnor. Projektet drivs i samarbete mellan Karolinska Institutet och Karolinska sjukhuset. Sjuettio patienter i varje grupp beräknas få behandling. Utbildning av terapeuter, patientrekrytering och behandling beräknas pågå minst fram till år 2000. Patienter i DBT under träningsfasen i projektet hade signifikant lägre frekvens av suicidalt och parasuicidalt beteende och lägre kostnad jämfört med året innan de börjat DBT-behandlingen (Nilsson et al 1999).

DBT - psykiatrisk slutenvård

Att vårda suicidala självmordsnära kvinnor inom slutenvård tillhör något av det allra svåraste för alla inblandade parter. Personalen ofta drivna till sin gräns måste möta livshotande beteenden från patienterna. Patienterna, som är emotionellt sårbara och i kris, mötes av restriktioner och i många fall en invaliderande omgivning. Negativa spiraler kan lätt uppkomma. Personalen ser patientens självskadebeteende som manipulativt och patienterna upplever personalen som rigida, bestraffande och inte tillräckligt tillgängliga.

Det finns mycket inom slutenvården som är oförenligt med optimal DBT. I DBT betonas den samarbetspräglade relationen mellan patient och behandlare men inom slutenvård finns ofta en tydlig maktskillnad mellan patient och personal och i värsta fall en förstärkning av passivt undergivet beteende. Inläggning av borderline-patienter kan i värsta fall öka risken för framtida suicidalt och annat maladaptivt beteende. Kvinnor kan bokstavligen ”skära sig in i vården”.

Swenson et.al (2001) skissar hur ett DBT-program inom slutenvården kan se ut. Högsta prioritet i slutenvård är att eliminera framtida inläggning. Vid intagning av en suicidal patient fokuserar DBT-teamet på vad som utlöst och föranledde inläggningen snarare än det suicidala beteendet. Dialektisk syntes är ett genomgående mål under hela behandlingen. Med hjälp av dialektiska DBT-strategier fås patienten, teamet och behandlingen att röra sig från rigiditet, polaritet och stillastående mot flexibilitet, syntes och förändring.

Varje patient börjar i den s k orienteringsfasen. I denna fas skall två viktiga mål uppfyllas: 1. En överenskommelse om målen. 2. Få patienten att gå med på behandlingsplanen. Även om patienten tagits in på tvång är det mycket viktigt att i orienteringsfasen få patienten att fatta ett eget – av fri vilja – beslut om att delta i DBT-programmet. Vissa patienter kommer att fastna i denna fas men det är viktigt för alla inblandade att se att detta är fallet och inte handla som om det fanns en överenskommelse om behandling.

I första fasen är de övergripande målen: 1. Minska beteenden som utlöser eller förlänger en inläggning på sjukhus. 2. Beteenden på avdelningen från såväl patient

som personal, som förlänger vårdtiden och beteende hos terapeut eller patient som försvårar en öppenvårdsbehandling. 3. Suicidalt- och utagerande beteende på vårdavdelningen.

Varje patient gör sin egen lista om målbeteenden som sedan fungerar som en behandlingsplan på avdelningen. Patienten för dagbok över målbeteenden som varje dag kontrolleras av personalen. Att strikt hålla sig till målbeteenden kan vara aversivt för såväl personal som patient men det underlättar en konsistent och effektiv behandling.

Förändringar av konsekvenser är den terapeutiska manipulation av beteendekonsekvenser för att öka vissa beteenden och minska andra. Swenson menar att omedelbar förstärkning är att föredra framför fördröjd, naturliga förstärkande framför artificiella och utsläckning framför bestraffning men för att upprätthålla avdelningens säkerhet är kanske bestraffning något som oftare måste användas på en avdelning än i öppen vård.

De frågor som DBT-personalen ständigt ställer: Vad är funktionen av detta (maladaptiva) beteende?, vilka speciella stimuli får igång denna kedja av händelser, som leder till detta beteende? och vilka inre och yttre konsekvenser förstärker det? Vidare – Vad är det vi gör som oaktamt förstärker detta beteende. Hur kan vi utsläcka detta beteende och samtidigt förstärka mera adaptiva alternativ? Vid vilken punkt är vi tvingade att använda bestraffning för att reducera detta speciella beteende? Swenson et al lyfter fram problemet med utbildning av personal men menar att om personalen upprätthåller ett konsistent fokus på patientens målbeteende, bryr sig om patienten och är medveten om vad som händer kommer de automatiskt att använda de flesta principer av inlärning effektivt men inte desto mindre är personalträning i beteendepinciper kritiskt.

Det gäller dock att få en klar bild av vad som kan vara förstärkande för den enskilde patienten. Han tar exempel på en patient som skär sig på avdelningen. Det visade sig vid en analys av avdelningens rutiner vid självskada var klart belönande för denna patient. Hon tyckte det kändes mycket speciellt då doktorn kom till isoleringsrummet och hon tyckte om att ha personal hos sig. Förstärkningar för självskada togs bort – doktorn gjorde inte längre några besök på isoleringsavdelningen och personalen instruerades att inte vara alltför tröstande och tillgängliga. Patienten själv uppmanades att göra kedjeanalys av sitt självskadande beteende och försöka reparera negativa interpersonella följder av sitt självskadebeteende. Swensson et al noterar också att det är viktigt att känna till att om en förstärkare uteblir, ökar ofta patientens självskadande beteende både i frekvens och intensitet – s k Extinction Burst – för att sedan upphöra. Strategin blev i stället att patienten fick omedelbar och empatisk uppmärksamhet för alla försök att på ett konstruktivt sätt kommunicera sitt psykiska lidande.

För att förhindra att personal blir utbrända är det i DBT ett ansvar för all personal att se sina egna gränser inom vilka man kan göra ett bra arbete och även meddela patienten detta. Att observera egna gränser skiljer sig från att sätta gränser, vilket innebär förutbestämda uniforma regler som alla patienter måste följa.

En sköterska kan t ex ha svårt med att en patient använder könsord. Hon säger det till patienten men kräver inte att alla andra skall sätta samma gränser. Hos personal som

är fostrade i andan av gränssättning kan detta till en början väcka oro och rädsla att avdelningen tolererar skillnader bland personal men i DBT ses dessa skillnader som naturliga och mera likt det verkliga livet.

Ytterligare ett sätt att förhindra att personal blir utbrända på en vårdavdelning är att ha DBT-funktionen med ett konsultationsteam, som träffas en gång i veckan.

Teamet hjälper varje medlem att hålla sig inom DBT-ramen, upprätthålla moralen och att samarbeta kring och förstå en given patients pågående maladaptiva beteende, i stället för att anklaga patienten. Ett effektivt konsultationsteam kan hjälpa teammedlemmar mot en dialektisk balans – mellan att använda validering och problemlösning mellan att vara involverad i en patient samtidigt respekterande av egna gränser och mellan att hålla realistiska patientmål, samtidigt vara medveten om patientens enormt stora problem.

Författarna tar också upp problemet med att personal ofta kommer i starka motsättningar om borderline-patienter och att patienten anklagas för att splittra personalen. Inom DBT har man ett alldeles speciellt sätt att angripa detta problem.

Om två teammedlemmar är oense beträffande en viss patient, tittar man på det valida i var och ens ståndpunkt och försöker komma fram till en övergripande syntes. Man antar inte att patienten i fråga (medvetet eller omedvetet) försöker splittra personalen och målet är inte att formulera en tolkning till patienten. Man gör det för att finna en syntes inom teamet som är tillräckligt komplex, omsorgsfull och riktig. Dessa meningsskiljaktigheter ses som naturliga och förväntade i arbete med patienter som uttrycker så mycken smärta och inte omedelbart svarar på hjälp. Man gör inga försök att få personal att inta samma ståndpunkt eller att interagera med patient på samma sätt. DBT understryker att människor är motsägelsefulla och inkonsekventa och att livet på en avdelning blir mer likt det verkliga livet om skillnader hos avdelningspersonal uttrycks. En patient som klagat över en annan personal ses som något naturligt och en möjlighet att lära patienten hur han skall handskas med den situationen.

Swenson et al (2001) är mycket optimistiska och tycker att upplägget 24 tim per dag och 7 dagar i veckan innebär en möjlighet för kreativa sätt att införa färdighetsträningsgrupper och att varje dag träna och förvärva nya färdigheter. DBT menar han också odlar en ”färdighetskultur” som har vissa fördelar. Fokus är på konkreta steg och ”här och nu-förmågor”. Denna ”workshop”atmosfär med fokus på förändring förhindrar en mer nedsättande fokusering på dåligt beteende, djup patologi som är i överensstämmelse med patientens hopplöshetskänslor inför att vara fundamentalt ”knäppa” och ”tokiga”. Denna atmosfär hjälper att reducera skam och ge patienten en känsla av respekt, validering och praktiska verktyg. Han menar att många avdelningar har funnit att dessa grupper har höjt moralen såväl hos patienter som personal. Slutligen ser han fördelar med att rotera ledarskapet för färdighetsträningsgrupperna så att så många som möjligt av personalen får dessa färdigheter och blir delaktiga i behandlingen.

Som i fallet med en öppenvårds-DBT-patient behöver patienten inlagd på avdelningen en ”quarterback” i form av en individualterapeut. Vissa avdelningar, ofta av ekonomiska orsaker, har denna funktion i form av grupperterapi. Det kan finnas en poäng i att reservera individualterapi för patienter i öppen vård, då detta kan reducera det förstärkande i att vara intagen på sjukhus.

Empiriska data

Det finns tre studier där DBT används inom slutenvård. Barley et al 1993 beskriver hur man på Highland Hospital i Asheville införde DBT. Patienterna på denna avdelning hade misslyckats på andra sjukhus och i öppenvård. Den tidigare psykodynamiska inriktningen var eklektisk så det förelåg inget motstånd mot att införa DBT, snarare upplevde vårdpersonalen att de nu fick en mycket tydligare behandlingsroll.

Utbildningen av personal skedde kontinuerligt efter två dagars workshop med Marsha Linehan. Den kliniska psykologen med beteendeterapeutisk- och kognitiv utbildning ansvarade för färdighetsträningen. En del av patienterna gick också i individuell terapi hos psykiater med psykodynamisk inriktning. Detta kan vara ett stort problem med två olika terapiformer men då terapin hade samma fokus som den övriga behandlingen uppstod inga problem.

Sjuksystrarna på avdelningen ledde något som kallades ”hemarbetsgrupper”. Syftet var att coacha patienterna att i praktiken omsätta det de lärde sig i färdighetsträningsgrupperna. På morgonronden gjordes alltid en beteendeanalys och problemlösning av allt parasuicidalt och terapistörande beteende som skett inom 24 timmar. Efter ett tag infördes s k fundamental groups för att tillgodose nya patienters behov. Dessa grupper fokuserade på färdigheter i att överleva kriser.

I studien deltog 130 patienter och 79 % var kvinnor. Medelvårdtiden var 106 dagar (med en variation av 3 – 629 dagar). Antalet parasuicidala incidenter jämfördes 19 månader innan DBT infördes, efter 10 månader då DBT introducerats och efter 14 månader då programmet var fullt utvecklat. Resultatet visade att det genomsnittliga antalet parasuicidala handlingar var signifikant lägre vid tredje mättillfället. På en traditionell avdelning på sjukhuset hade inga förändringar under de 43 månaderna i parasuicidala incidenter skett.

Springer et al. 1996, jämförde utfallet hos patienter på en kortvårdsavdelning. På avdelningen fanns sedan tidigare s k Creative Coping groups (CC). I denna grupp som bestod av 16 patienter infördes DBT färdighetsträning (fem moduler att reglera sina känslor och (fyra moduler av interpersonella färdigheter) och (en modul i stresstolerans). Övriga femton patienter gick i en mer allmän diskussionsgrupp (Wellness and Life Style Group). Det rörde sig alltså inte om någon lång behandlingstid. I medelsnitt hade patienten närvarit i bägge grupperna vid sex sessioner. Patienter som gått i gruppen med färdighetsträningen trodde att detta skulle hjälpa dem efter utskrivning, men på avdelningen hade snarare deras självskadande ökat. Av de sex patienterna som hade självskadande beteende på avdelningen, hade två av dessa ingen tidigare anamnes av självskadande beteende.

En viktig regel i DBT är att det inte är tillåtet att i färdighetsträningsgruppen diskutera självskadande beteende med andra patienter. I denna studie hade detta dock varit tillåtet i gruppen och en viktig slutsats var att sköra patienter smittats av de andra patienternas självskadande beteende och att de dessutom belönats i form av uppmärksamhet på avdelningen.

Bohus et al.2000 redovisar data för tjugofyra kvinnliga patienter med borderline-diagnos och minst två självskadande beteenden under en 2-årsperiod. Behandlingstiden

var tre månader och inkluderande individuell DBT-terapi, färdighetsträning med fokus på att förhindra framtida intagningar på sjukhus och att patienten lärde sig att se vad som vidmakthöll deras självskadande beteende.

Vid jämförelse med data en månad innan intagning och en månad efter utskrivning förekom signifikant färre parasuicidala handlingar och förbättring i självskattad depression, dissociation och global stress.

DBT - rättspsykiatrisk vård

Mc Cann et al. 2000 propagerar för att införa DBT inom rättspsykiatrisk vård, samtidigt som de konstaterar att förhållandena dramatiskt skiljer sig från Standard-DBT. Metoden har utvecklats för självmordsnära kvinnor i öppenvård. De flesta vård dömda är män och under tvång men den höga förekomsten av PSar och det stora behovet av att kunna hantera aggressivt utagerande och livshotande patientbeteende på avdelningen och att DBT har särskilda strategier att handskas med personalens risk för utbrändhet och personalbeteenden som omöjliggör en bra behandling, talar för ett införande av DBT. Slutligen konstaterar de att tillsynsmyndigheter, såväl i Amerika som Canada, föredrar strukturerade behandlingsprogram.

De beskriver processen att införa DBT på Institute for Forensic Psychiatry, Colorado Mental Health Institute att Pueblo i Colombia (CMHIP) – ett statligt sjukhus med 600 platser och två DBT-avdelningar för rättspsykiatriska patienter. 90 % av dessa var män, 67 % hade dömts enligt ”not guilty by reason of insanity” (NGRI), 75 % hade dömts för våldsbrott. Hälften av patienterna hade en ASPD eller borderline PS-diagnos och ett så stort antal som 40 % hade bägge diagnoserna. 2/3 av patienterna hade, förutom en PS, också en Axel I-störning (Schizofreni, Depression och Bipolärt syndrom). 62 % av patienterna hade missbruksdiagnos.

Implementeringen av DBT började med att en frivillig arbetsgrupp bestående av personal och patienter – de mest antisociala patienterna, men ändå arbetsvilliga – anpassade Marscha Linehans färdighetsträningsmanual för att passa de speciella problem som utmärker manliga antisociala patienter och en forensisk miljö.

De använde inte uttrycket empatistörning sannolikt utifrån den negativa klangen utan uttryckte det som ”individer med en ASPD framstår som emotionellt insensitiva, till skillnad mot borderline PS, vilka däremot är extremt emotionellt sensitiva.

Främst av ekonomiska orsaker fanns ingen möjlighet att varje patient kunde ha en utbildad DBT-terapeut. Vårdpersonal hade denna funktion där utbildningen skedde i arbetet, under konsultativa former av utbildade DBT-personer. Som i Standard-DBT styrde patientens dagboksblad den individuella terapin, men med den skillnaden i en forensisk miljö att patienternas behandlingsmål såg annorlunda ut och hur och när dessa dagboksblad checkades upp.

I en forensisk miljö är ofta målet att minska – destruktivt beteende på avdelningen, livshotande beteende mot sig själv men också med tillägget livshotande beteende mot andra. Dessutom, då många patienter också hade en Axel I – störning att också på dagboksbladet notera tecken och symtom på sjukdomsåterfall.

Det är också en konst att få antisociala patienter att ärligt notera icke önskvärda beteenden. I början är det inte ovanligt att trots att patienten sagt ”bitch” tre gånger per dag registrerades det som 0 på dagboksbladet. Genom icke dömande patient- och personalkommentarer, som ”du sa bitch två gånger i arbetsterapin igår” få patienten att skriva ner och få positiva konsekvenser för ärlig rapportering.

De påpekar att då öppenvårdsterapeuten träffar sin patient och hör historier en gång i veckan lever avdelningspersonal inom slutenvård 40 timmar/vecka med sin patient och lever med dessa historier.

För att kunna behandla den emotionella insensiviteten hos antisociala gjordes tillägg till modulen att reglera känslor med betoning på träning i att öka den emotionella anknytningen, bli mer medvetet närvarande i empati och medveten om hur ens eget beteende påverkade andra människor.

Patienterna var mycket av experter i denna arbetsgrupp och la även till färdigheten – ”Random acts of kindness” dvs trevliga handlingar utförda på ett villigt, medvetet sätt utan att vänta sig något i utbyte.

Patienterna identifierade också antisociala myter om känslor, som måste revideras. Myter som ”riktiga män gråter inte”, ”att vara rädd är skamfullt”, ”den svage förtjänar att bli utnyttjad”, ”det är bara jag som räknas”, ”jag förtjänar att få det jag behöver eller önskar”, ”dumma människor förtjänar att bli manipulerade”.

Det specifika för den rättspsykiatriska contexten var bl a att finna en syntes bland den personal som var mer behandlingsinriktade och de som betonade säkerhetsaspekten, dvs finna sanningen ”i bägge”.

I Standard-DBT sker konsultation genom telefonkontakt. På den forensiska avdelningen skedde konsultationen i form av Posters med DBT-färdigheter, som satt på strategiska platser på avdelningen.

In-vivo coaching (Therapy on the Hoof) och modellering. Med therapy on the Hoof menas att en personal är pådrivande i att en patient använder sina färdigheter i vardagliga situationer på avdelningen. Det verkar ha varit mycket motiverade patienter (min kommentar) för de startade även egen studiegrupper för att klara sin DBT-examen. Medelvårdtiden på denna institution var sex år. I programmet ingick också, efter att patienterna gått två omgångar av grundläggande DBT-färdigheter, att de ingick i en grupp som kallades DBT Graduates Crime Group. Syftet med DBT Graduates Crime Group var att öka empatin för offren och att förhindra återfall i våldsbrott. De försökte få patienten att förstå vad som föranledde brottet genom att alla uppmanades att göra en kedjeanalys av sitt brott med hjälp av polisrapporter och sedan presentera det för gruppen.

Forensiska dialektiska dilemman

Patientens dialektiska dilemma

1. Friheten att delta i behandlingen versus uppleva behandlingen som tvång
2. Inte ta ansvar för sina handlingar pga deras status som NGRI versus vara skyldig, ta ansvar för sina brott i syfte att bli frigivna.
3. Upplevelse av personalen som fångvaktare versus någon som vill hjälpa dem i behandlingen.
4. Leva med ”con-code”, vilket är känt och förutsägbart versus att ta risken med att lita på någon, se sin sårbarhet med möjlighet till tillväxt och behandlingsallians.

Personalens dialektiska dilemma

1. Behandling versus säkerhet.
2. Att tycka om versus att inte tycka om patienterna.
3. Hopp versus utbrändhet.

Det är svårt för såväl patient som personal att hitta sanningar i bägge polerna och även svårare att få hop dem till en helhet.

Avslutningsvis konstaterades att det största problemet med införande av DBT-program är utbildning av personal och att anpassa materialet och modellen för att möta institutionens speciella restriktioner och de intagnas behov.

Avd 37, Skönviks Psykiatriska Klinik

Syftet med den här delen är att beskriva tillkomsten av avdelning 37 med DBT-inriktning för självdestruktiva kvinnor dömda till vård ur ett patient- och personalperspektiv.

Min personliga bakgrund är den att jag började min anställning som psykolog vid Rättspsykiatriskt Centrum i Säter maj 1998. Under min tid som utredande psykolog vid Statens Rättspsykiatriska klinik Uppsala hade jag börjat speciellt intressera mig för kvinnliga patienters utsatta situation inom rättspsykiatrin. De kvinnor som döms till LRV-vård är extremt selekterade, ofta med en gravare patologi än männen. Inte sällan finns i bakgrunden sexuell traumatisering såväl under uppväxt som i vuxen ålder.

Kriminalvården var först med att uppmärksamma kvinnornas utsatta position på blandade kriminalvårdsanstalter. Kvinnorna utnyttjades och beroendet till de kriminella männen förstärktes och vidmakthölls. Den psykiatriska vården har övergett uppdelningen i särskilda avdelningar för män och kvinnor. För den rättspsykiatiska vården är blandningen av LRV-dömda kvinnor och män ett stort problem. Motståndet att återinrätta kvinnoavdelningarna har varit stort. Hos många finns minnen av gamla kvinnliga ”stormavdelningar” kvar.

Vid öppnandet år 1989 av den nya regionvårdskliniken i Säter fanns planer på att inrätta en kvinnoavdelning, men det var omöjligt att rekrytera personal. Efter en del mycket allvarliga incidenter i samvården tillsattes en arbetsgrupp 99 11 18 med undertecknad som sammankallande för att finna en lösning på problemet. Som ett första steg gjorde vi en inventering av hur det såg ut på övriga rättspsykiatriska kliniker i Sverige. Såväl på Karsudden som i Växjö hade de sedan några år tillbaka speciella kvinnoavdelningar. De hade inte haft problem med att rekrytera personal och ingen ville återgå till blandade avdelningar igen. Majoriteten av de vårdade kvinnorna uttryckte också en lättnad över att få vistas i den frizon som en kvinnoavdelning innebar.

Platssituationen inom den rättspsykiatriska verksamheten i Säter hade under det senaste året varit mycket ansträngd med flera överbeläggningar. Det hade dessutom skett en nära fördubbling av antalet vårddömda kvinnor mellan åren 1994-1999. Vårdtiderna hade också alltsedan den nya lagens införande 1992 blivit längre. Mot denna bakgrund föreslog vi att den tomma utslussningsavdelningen på regionvårdsenheten skulle byggas om till en kvinnoavdelning. Den aktuella målgruppen hade långa vårdtider inom psykiatrin och en mycket uttalad självdestruktivitet. Flera av kvinnorna hade månadsvis haft handfängsel för att inte skada sig själva.

Den övergripande målsättningen med avdelning 37 har varit att ge vårddömda kvinnor en ”frizon”!, att inte behöva komma i destruktiva relationer till vårddömda män. Men verksamheten krävde också verktyg för att i första hand handskas med kvinnornas självdestruktivitet men också då målgruppen är vårddömda kvinnor även utåtriktad aggressivitet och vrede. Vi visste att alltsedan 1993 pågår ett projekt i

samarbete mellan Karolinska Institutet och Karolinska sjukhuset för självmordsnära och självdestruktiva kvinnor där dialektbeteendeterapi – DBT – utformat av professor Marsha Linehan vid University of Washington i Seattle, USA, skulle komma att jämföras med psykodynamisk terapi (treatment as usual). Den dialektiska beteendeterapin är relativt ny i Sverige och få är utbildade men vetenskaplig prövad och etablerad i USA.

Utbildning

Som ett första steg åkte den tilltänkta avdelningsföreståndaren och undertecknad på en DBT-kurs i Småland 19 – 23 mars 2001 ledd av Alan Fruzzetti och Anne Hamel, för att få en teoretisk grund inför rekryteringen av personal. I april – maj 2001 hade vi inviterat Åsa Nilsson, Anna Kåver, Håkan Götmark och Tord Berndtson från KS-projektet. Rekryteringen var inte klar till avdelningen så inbjudan till föreläsningarna om DBT gick till hela kliniken.

Avdelningen invigdes i december 2001 efter 2 veckors introduktion. All personal var nyrekryterad och ingen hade DBT-kunskap. Utbildningen har skett kontinuerligt under våren 2002 vid fem utbildningstillfällen med två dagar. Den första dagen vid varje tillfälle har inbjudan gått ut även till övrig personal på kliniken. Detta i syfte att sprida information om DBT och förhindra isolationstendenser. Den andra dagen har varit fokuserad på handledning för avdelning 37. Till en ovärderlig hjälp har Elisabeth Malmquist varit, erfaren DBT-terapeut och handledare.

Avdelningens riktlinjer

DBT är utvecklat för öppenvård. På avdelningen har DBT:s fem funktioner omsatts enligt följande. Fokus har varit färdighetsträning. Grundtanken är att all personal på sikt skall vara gruppleddare – färdighetstränare – för att höja kompetensen hos alla. Vi hade inte tillgång till utbildade individualterapeuter. Patientens vårdlag fick utgöra den stödjande funktionen på avdelningen. Vi har haft konsultationsteam en timme i veckan med all personal i tjänst. Var sjätte vecka konsultationsteam med all personal. Telefonkontakt i krislägen har ej behövts då det alltid funnits personal tillgänglig på avdelningen.

Förutsättningen då vi tog emot första patienterna var att bägge hade en pågående flerårig individuell dynamisk terapi. Vi krävde inte att den skulle upphöra men en förutsättning var att individualterapeuterna hade regelbunden kontakt med avdelningen.

Personal: En avdelningsföreståndare, 6 sjuksköterskor, 6 skötare, 0,15 läkare och psykolog. Tillgång till arbetsterapeut och kurator inom klinikens ram.

Antal vårdplatser: I dagsläget fyra, men med möjlighet att utöka med två vårdplatser.

Inklusionskriterier: Borderline PS med suicidalt och/eller självskadande beteende i anamnesen. Patienter som vill förändra sitt suicidala och/eller självdestruktiva beteende och accepterar kontraktet om en behandlingstid på ett år.

Exklusionskriterier: Patienter med schizofrenidiagnos. Patienter som ej talar och förstår svenska språket och/eller svag begåvning.

Sedan år 2000 finns en forskningsavdelning vid RPC, knuten till Karolinska Institutet. Ambitionen är också att forskningsmässigt dokumentera verksamheten.

Följande instrument har patienterna bedömts utifrån och även fyllt i självskattningsformulär.

1. DSM IV-diagnos
2. GAF-skattning
3. HC 15, PCL-SV
4. SCL-90
5. BDI
6. Impulsivitetsskalan
7. Psykiatrisk egendbedömning
8. SWED QUAL
9. ASQ

Baselineskattning under punkt 1 – 3 har gjorts av externa kliniska bedömare.

Personalutvärdering har gjorts med följande instrument:

MBI, OIK, Gruppklimat, Empowerment. Instrumenten har administrerats efter två veckors introduktionsarbete med uppföljning efter sex månader. Utvecklingsenheten på Skönviks Psykiatriska Klinik ansvarar för denna uppföljning. Specifikt för denna uppsats har jag gjort en enkät för personal och patienter (se bilaga 2 och 3).

Det är inte meningsfullt att presentera någon form av resultat än, patienterna har bara gått igenom två moduler i färdighetsträningen. Kommer att redovisa 2 fallbeskrivningar och resultat av ASQ (se bilaga 4 och 5).

Avdelningens inre arbete

De sex första månaderna har arbetet varit fokuserat på att bygga upp avdelningens struktur och rutiner och en kontinuerlig DBT-utbildning. Processen har varit konstruktiv men inte utan problem. Följande dialektiska dilemman har varit i förgrunden.

En polarisering mellan en mer traditionell psykiatrisk kustodiell vårdideologi och en mer förändringsinriktad. De som förespråkade övervak, medicinering kontra kontakt, färdighetsinlärande hos patienterna. Konflikten mellan lönsamhet, dvs krav från verksamheten att ta emot även patienter som inte uppfyllde inklusionskriterierna. Vi har haft en långtidsdömd kvinna från kriminalvården, som ej talar svenska och en kvinna, som varit placerad på avdelningen i väntan på placering på behandlingshem.

Problem med så få patienter att hitta balans mellan krav på förändring och att inte som personal ständigt finnas till hands och vara för omhändertagande. Denna tendens att vara för omhändertagande och angelägen om att kvinnorna skulle trivas på avdelningen har sannolikt förstärkts av att inte de personer i omgivningen skulle få rätt som haft farhågor i stil med ”det går inte att ha bara kvinnor på en avdelning, tror ni verkligen DBT är något, de är inte lätta dessa patienter, ni kommer att få se” osv. Problemet att motivera patienterna för DBT, när man som personal inte är helt förtrogen med metoden och under utbildning eller som en patient sade ”ni är ju amatörer”.

Resultat av personalenkät

Samtliga (= 12) tyckte att en kvinnoavdelning var bra. Synpunkter framkom som – kvinnorna blir sedda på ett annat vis, kommer undan sexuella trakasserier och destruktiva sexuella relationer. 5 personer tyckte inte det var någon nackdel med en kvinnoavdelning. Invändningar framkom som – att det lätt blir turbulens, intriger och avundsjuka med enbart kvinnor, för skyddat men framförallt dagsläget för få patienter.

4 personer tyckte inte det skulle ha varit bättre med utbildning innan avdelningen öppnades, men självklart tyckte majoriteten att det skulle ha varit bra även med utbildning innan – för att informera patienterna bättre, rollen på avdelningen skulle kunna ha blivit tydligare.

Det personalen framförallt tyckte var bra med DBT – att man ser patienten på ett annat sätt och har något konkret att lära ut, känns bra att äntligen hittat ett redskap som kan hjälpa patienter med en Borderline-diagnos, verktyg att jobba med, tidigare kommit till en viss punkt och sedan inte vetat hur man skall gå vidare, det är rakt på sak.

Farhågan om att införandet av en ny behandlingsmetod skulle skapa motsättningar inom kliniken har inte besannats. Nästan alla uppgav att de inte upplevt några problem i samarbetet med övriga avdelningar. Det framkom synpunkter som – väntan på misslyckande och förutfattade meningar om vad det handlar om var en annan.

Inte heller tyckte man det var några större problem i samarbete med personer med annat synsätt, 2 personer uppgav dock att de upplevt att patientens terapeuter känt sig hotade.

Det var 2 personer som svarade nej på frågan om de skulle börja på avdelningen idag. Ett var ett nej utan motivering, den andra svarade inte pga DBT utan av andra orsaker.

Fallbeskrivningar

Fall 1

M är en 23-årig kvinna, som varit omhändertagen inom psykiatriska slutenvårds-

former alltsedan 14-års ålder. Hon har vid två tillfällen – 1996 och 1999 – rättspsykiatriskt undersökts. 1996 hade M gjort sig skyldig till grov skadegörelse. Hon hade anlagt eld i sitt rum på barnpsykiatriska kliniken. 1999 hade hon gjort sig skyldig till sex fall av misshandel och ett fall av grov misshandel. Gärningarna inträffade på en psykiatrisk klinik, där hon var intagen för vård enligt LPT. M hade sparkat och slagit personal och patienter. Ibland använt tillhyggen som porslinskoppar. Vid den grova misshandeln hade hon gått in till en äldre dement patient och slagit honom i huvudet med en stol. Han avled senare men man kunde inte fastställa sambandet med misshandel och dödsfall. Diagnosen har vid bägge tillfällena varit Posttraumatiskt stressyndrom men vid den rättspsykiatriska undersökningen 1999 ifrågasattes om inte diagnosen Borderline-PS skulle sättas men pga hennes ringa ålder sattes ingen diagnos. Vid psykologbedömning 1999 kunde hon inte förklara varför hon gått in till den äldre mannen. Hon beskrev det som om någon annan utfört dådet, som hon stod utanför och såg på. Det kändes som om någon eller något tog henne i besittning – gick in i kroppen på henne och styrde hennes handlingar. Det var som ett tvång och att hon inte längre hade kontroll över sig själv och sin kropp. Hon uppgav också att hon relativt ofta tänkte på att hon skulle vilja döda andra människor, men hon kände sig inte arg vid dessa tillfällen. Vid självskattning i SCID-II bejakade hon kriterierna för samtliga PSar förutom histrionisk. Hon bejakade också i DES-formuläret ett stort antal påståenden om upplevelser som är vanliga hos personer med dissociativa störningar.

M är uppvuxen i en norrländsk stad med en äldre syster. Då M var 9 år avled fadern i leukemi efter en kort tids sjukdom. Modern inledde kort efter faderns död en ny relation. Modern försummade enligt M henne och lät henne ofta vara ensam tidvis hela veckoslut till förmån för den man hon träffat.

Enligt M själv började det hela 1993. Hon kände då ingen glädje i tillvaron längre – allt kändes hopplöst. Hon försökte signalera att hon inte mätte bra, uppgav magsmärtor, som ledde till blindtarmsoperation utan medicinska fynd och hon hade även håravfall. 1994 intogs hon på barnpsykiatriska kliniken efter ett självmordsförsök. På avdelningen tedde hon sig som en övergiven tonåring med depressiva tankar och självdestruktiva handlingar. Hela hennes beteende relaterades till känslan av övergivenhet. Relationen till modern var konfliktfylld och M tog på ett aggressivt sätt avstånd från modern. Sammanfattningsvis bedömdes hon som en välbegåvad, ojämnt omogen flicka med krisartad tonårsproblematik med depressivitet, självdestruktivitet och bristande impuls kontroll.

M uppgav inte under tiden på barnpsykiatriska kliniken att hon under sin uppväxt varit utsatt för sexuella övergrepp av fadern, det var en uppgift som kom fram 1995, då hon var i behandlingshem.

Vistelsen på barnpsykiatriska kliniken, som varade knappt ett år, blev inledningen till en lång rad institutionsvistelser. Hon har vårdats på psykiatriska kliniker, i familjehem och på behandlingshem. Det som varit problematiskt och det som gjort att man ideligen flyttat henne mellan olika institutioner har varit hennes impulsiva destruktivitet och självdestruktivitet. Otaliga gånger har hon försökt beröva sig livet genom att ta tabletter, skära sig, försöka hänga sig, kasta sig ur bilar etc och vid flera tillfällen har hon även anlagt eld på ett allmänfarligt sätt. Under vårdtiden på regionvårdsenheten har M under nästan två år haft övervak dygnet runt.

M har gått i regelbunden terapi tre gånger i veckan alltsedan 1999. Under terapisaftalen har, förutom påträngande tankar om att hon vill döda andra människor, hon också uppgett att hon själv förgripit sig på barn. Förundersökningen lades ner efter att ingen av barnen uppgav sig ha varit utsatta.

M har under de sex månader hon varit på avdelningen vare sig varit självdestruktiv eller aggressivt utagerande. Hon har dock haft starka impulser att skada sig själv, hetsäta, överdosera medicin och ta olovliga droger men lyckats stå emot impulserna, men som framgår av hennes anknytningsprofil (se bilaga) har hon en svår inre problematik. Hon har en otrygg anknytningsprofil av ängsligt närhetskökande karaktär. Hon ligger högt i distans, lågt i tillit men högt i bifallsbehov och relationsfixering. På avdelningen har detta tagit sig uttryck i att M ofta har lämnat svåra situationer i vredesmod, men hon arbetar med att klara av att ta ett nej.

Fall II

A är en 29-årig kvinna, som vårdats på Regionvårdskliniken alltsedan 22 års ålder, efter att berövat sina två söner livet. 1995 i september kvävde hon sin 16 månader gamle son, några månader innan hade hennes 6 månader gamle son avlidit på sjukhuset, där A sökt hjälp för sonens kramper. Under den rättspsykiatriska undersökningen erkände A att hon även dödat sonen på sjukhuset. Pga att A vid flera tillfällen uppsökt sjukhus med sin 6 månader gamle son upplevdes hon lida av Münchhausen by proxy. Personlighetsmässigt bedömdes hon som en omogen, osjälvständig och beroende ung kvinna. Motivet till att döda sina barn uppgav A vara att allt känts henne övermäktigt och att hon känt en stark vrede mot barnets fader, som övergivit henne.

A själv hade varit mycket tveksam till sin första graviditet, men övertalades att behålla barnet, under den andra graviditeten var hon inlagd på kvinnoklinik, då hon minskat 10 kg i vikt och mådde mycket dåligt.

A:s moder var mycket ung då hon fick A. Även hon hade varit tveksam till att behålla sitt barn men övertalats. Föräldrarna separerade då A var 1 ½ år. 1977, som 5-åring, utreddes A på barnpsykiatrisk klinik pga misstanke om barnmisshandel. Modern anklagades av den biologiske fadern och även andra släktingar för att ge A sömnmedel för att själv få sova. Moderns liv kom att bli alltmer kaotiskt. Hon missbrukade själv alkohol och sammanlevde med olika män också med missbruksproblem. Modern hade kontakt med psykiatrin 1987-89 under diagnosen ångestneuros med samtidig borderline PS.

1998, då A var 16 år, suiciderade modern. Hon hade då dessförinnan gjort ett flertal självmordsförsök. A levde några år hos sin biologiske pappa och i denna familj fanns 5 halvsyskon. Farmodern har alltid funnits till hands men f ö beskriver A en kärlekslös och otrygg uppväxt. Hon har aldrig upplevt sig som ett efterlängtad eller älskat barn. 1991 tog A studenten men kom aldrig att finna någon roll i arbetslivet, då hon 1992 träffade barnens fader och fick sina barn. Relationen till honom kom heller inte att innebära någon trygghet eller kärlek. Han hade alkoholproblem och innebar inget stöd för A med sina två små barn.

Under vårdtiden har A i perioder varit mycket självdestruktiv och har i månader haft handfängsel. Hon har regelbundet i 7 år gått i individuell psykoterapi. Under terapin har A berättat att fadern utsatt henne för sexuella övergrepp. I november 1999 polisanmäldes fadern. I förhören med A uppgav hon att hon mellan åren 1985 – 91 vid flera tillfällen våldtagits av fadern. Han hotade att skjuta sig om hon skulle avslöja honom. Utredningen drog ut på tiden och prescriptionstiden hade gått ut. Ärendet har gått till överåklagaren.

Under de första månaderna på avdelningen skadar sig A vid ett flertal tillfällen. Hon rispade upp sitt djupa ärr med en nyckel. A har nu sedan tre månader tillbaka inte haft något självskadande beteende. Hennes anknytningsprofil (se bilaga) är också den av otrygg karaktär och ett ängsligt närhetssökande. Hon ligger inte lika lågt i tillit som fall I men hennes bifallsbehov är än större. A arbetar dock med att våga stå upp för egna behov och värna om sina egna gränser.

Resultat av patientenkät

Det är ju ett mycket litet patientunderlag än så länge, men jag tycker ändå det är angeläget att presentera kvinnornas synpunkter. De var bägge mycket övertygande i att de uppskattade en kvinnoavdelning. ”Inget prat om brott och droger längre”. ”Skönt slippa den burdusa stilen”. Frizonen innebar också ”slipper en massa äckliga karlar”, ”skönt att inte bli utnyttjad längre”.

Nackdelen tyckte en av kvinnorna kunde vara ”att det blir mycket avundsjuka sinsemellan på en kvinnoavdelning”, men trodde inte detta skulle avta om patienterna var flera. Bägge kvinnorna har gått i flerårig psykoterapi innan de kom till avdelningen. En av kvinnorna har velat göra ett uppehåll men den andra kvinnan går 3 ggr i veckan i psykodynamisk terapi. Den sistnämnda tycker sig ha fått hjälp att själv förstå sig bättre och hur tidigare erfarenheter påverkar henne idag. Kvinnan, som gjort uppehåll i sin terapi, hade svårare att formulera vilken hjälp hon haft.

Jag är ingen ”neutral utvärderare”, vill självklart att kvinnorna ska tycka att DBT är bra men jag blev tagen av med vilken övertygelse bägge tyckte sig ha blivit hjälpta av färdighetsträningen. ”Jag har börjat lära mig att stå ut när det är svårt”, ”vill lära mig mer och få hjälp av personalen med hemläxorna”. ”Mindfulness gör jag ofta själv och andningen har hjälpt mig mycket”.

De skattade sitt psykiska mående nu på en 10-gradig skala efter drygt 6 månader på avdelningen i jämförelse med då de kom till avdelningen.

Fall I	Då 1 – 2	Nu 4
Fall II	1,5	7 ½

Ingen av kvinnorna tyckte att något skulle ha varit annorlunda på avdelningen men en uttryckte farhågor att vi skulle bli lika regelstyrda som andra avdelningar hon varit på.

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Syftet med uppsatsen har varit att beskriva tillkomsten av en kvinnoavdelning med DBT-inriktning för LRV-patienter med självdestruktivt och utagerande beteenden. DBT-metoden har visat goda resultat inom öppenvårdspsykiatri. Att vårda självskadande kvinnor inom slutenvård är något av det mest personalkrävande och utbrännande inom psykiatri, men några få studier visar att även det ger resultat om målet i behandlingen är att få patient och behandlare att fokusera på vad i omgivningen och hos patienten som kan förhindra en framtida inläggning och trots tvångsintagning få patienten att själv bestämma sig för att ingå i behandling.

Förhållandena inom rättspsykiatri blir än mer speciella, vårdtiderna är längre, de flesta patienterna är män och inte sällan förekommer utåtriktad destruktivitet. Marsha Linehan beskriver Borderline-kvinnorna som ”psykiskt brännskadade, men i rättspsykiatri kan såväl män som kvinnor snarare beskrivas som ”psykiskt kylskadade”. I den enda studien från rättspsykiatrisk vård visade det sig att det var möjligt att få psykiskt sjuka, antisociala och kriminella patienter med på noterna.

Hur har det gått och vilka slutsatser kan dras efter att verksamheten pågått i 6 månader på avdelningen?

Av personalenkät framgår att majoriteten tycker att DBT gett dem verktyg i arbetet med patienterna. Men på samma sätt som Borderline-patienterna beskrivs ha en skenbar kompetens kan DBT te sig som en ”skenbart” enkel metod. Vi har haft en gedigen utbildningsinsats med en erfaren DBT-terapeut och handledare, men det tar tid att lära sig god DBT. Vikten av gedigen utbildning och kontinuerlig handledning kan inte nog betonas och att medel avsätts inom budgeten.

Vi verkar också ha lyckats att informera omgivande vårdavdelningar om metoden och det har inte uppkommit någon ideologisk splittring på kliniken. Alla i Säter har minnen av den härska Sandinfejden då sjukhuset delades i två läger - de som trodde på psykoterapi för schizofrena patienter och de som tyckte det var rena lekstugan. Traditionen på regionvårdsenheten är små avdelningar såväl ur behandlings- som säkerhetssynpunkt. Detta leder naturligtvis till möjlighet till en intimare och mer hemlik miljö, men risken finns att det kan bli för ombonat och ”gemytligt”. Kanske det största problemet varit att trots att vi haft tydliga inklusionskriterier ändå ”tvingats” ta emot patienter som av olika anledningar inte kunnat ingå i behandlingen. I efterhand tycker vi att ett misstag var att inte kraftfullare förankra behandlingsmodellen i verksamheten utan att ekonomiska skäl ibland fått styra.

Som framgår av patientutvärderingen tycker patienterna att de verkligen fått hjälp till självhjälp genom färdighetsträningen. Marsha Linehan och hennes tankar om Borderline-personlighetens problem är ”mitt i prick” och patienterna känner igen sig. De två patienter, som gett sitt tillstånd att ingå i studien, har båda långa och pågående psykodynamiska terapier. Framförallt i början fanns ett revirtänkande, där patienten kunde komma i kläm. Idag har vi hittat samarbetsformer.

Det har med andra ord gått förvånansvärt bra med tanke på att det är en institution med mycket historia i väggarna. Jag har inte redovisat några faktiska data men under de 6 månader verksamheten varit igång har inga allvarligare indicenter inträffat på avdelningen.

Ambitionen har också varit att belysa hur man historiskt inom psykiatrin sett på trauma och olika teorier om borderline-PS. Alla vi som har arbetat länge inom psykiatrin har säkert någon gång reflekterat över hur en viss förklaringsmodell eller diagnos tyckt sig förklara allt. Det är inte några självklara slutsatser som kan dras, men min mest kvarvarande tanke är hur invaliderande psykiatrin kan vara om känslor styr och inte empiri eller i Marsha Linehans anda kan kanske vetenskap ersättas med vishet, dvs en dialektisk balans mellan förnuft och känsla.

REFERENSER

- Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders, dysthymic, cyclothymic and bipolar disorders in the borderline realm. Psychiatric Clinics of North Amerika, 4, 24-46.
- Akiskal, H.S., Chen, S.E & Davis, G.L. (1985). Borderline: An adjectiva in serch of a noun. Journal of Clinical Psychiatry, 46, 41-47.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. American psychiatric Association: Washington, D.C., 1994.
- Armstrong, I. & Loewenstein, R. (1990). Characteristics of patients with Multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 448-454.
- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Lawson, J. E., & Bailey, B. J (1993). The development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 7, 232-240.
- Belfrage, H. and Fransson, G. (1997) *HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld*. Manual med instruktioner och kommentarer. Växjö: Forskningsenheten, Region-psykiatriskt centrum.
- Bernstein, E. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727-733.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A prospective study. Behaviour Research and Therapy, 38, 875-887.
- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. American Journal of Psychoanalysis, 44, 9-27.
- Bowlby, John (1994) *En trygg bas*. Natur och Kultur.
- Carlsson, A. & Woodhouse, A. (2001). Rättspsykiatriskt undersökta ungdomar 1970 – 1995. D-uppsats i allmän kriminologi.
- Cleckley H J (1941) *The mask of sanity*. (1st ed.). St. Louis, Mosby.
- Cloninger CR, Guze SB: Psychiatric illness and female criminality: the role of sociopathy and hysteria in the antisocial woman. Amer J Psychiat 127:303-311, 1970.
- Cloninger, C.R. (1978). The link between hysteria and sociopathy: An integrative model of pathogenesis based on clinical, Genetic. And neurophysiological observations. In H. S. Akiskal & W. L. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Explorations of biological predictors* (pp. 189-218). New York: Spectrum.

- d'Orbán P T. Women who kills their children. *British Journal of Psychiatry* 1979, 134:560-571.
- Elmgren, K. & Nordström, K.(1997). "Eldsanläggelse – ett rop på hjälp!" *Läkartidningen*, volym 94, nr 45, sid. 4063-4068.
- Eronen, M. (1995). Mental Disorders and Homicidal Behavior in Female Subjects. *American Journal of Psychiatry*, 152:1216-1218).
- Fonagy, P. (1998). Pathological Attachments and Therapeutic Action. Day Conference on Attachment and Psychotherapy. Stockholm, Sweden.
- Gacono CB, and Meloy JR (1994): The Rorschach Assessment of Aggressive and Psychopathic Personalities. *Personality and Clinical Psychology Series*, Weiner IB ed, Hillsdales New Jersey.
- Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Glueck, S. and Glueck, F.(1934): Five hundred delinquent women. New York, Knopf.
- Grann, M. (1996). *Gender and Legal Insanity: Forensic Psychiatric Evaluations of Criminal Offenders in Sweden 1992-1994*. Unpublished Master-thesis. Umeå, Sweden: University of Umeå, Dept. of Clinical Psychology.
- Gunderson, J.G. & Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- Hare R D (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D (1997) *Psykopatens värld*. Studentlitteratur.
- Hart S D, Cox D N & Hare R D (1995) *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*, Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L., Perry, J.C. & Kolk van der, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman, J.L. & Kolk van der, B.A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: Kolk van der, B.A (Ed.), *Psychological trauma*. (pp.111-126) Washington, D C.: American Psychiatric Press.
- Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-83.

Kernberg O. med flera. *Psykodynamisk terapi vid borderline personlighetsorganisation*, Svenska föreningen för psykisk hälsovård: Stockholm, 1994.

Kernberg, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson.

Kolk, van der, B.A, Perry, J.C & Herman, J.L (1991). Childhood origins of self-Destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148.12, 1655-1671.

Kolk van der, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996). Traumatic Stress. New York and London. The Guilford Press.

Kroll, I. (1993). PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance. New York and London. W.W. Norton.

Krystal, H. (1978). Trauma and affects. Psychoanalytic Study Child, 33, 82-116.

Leavitt, F. & Labott, S.M. (1998). Rorschach indicators of dissociative identity disorders: Clinical utility and theoretical implications. Journal of Clinical Psychology, 54, 803-810.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, MM (1997). Validation & Psychotherapy. In: Bohart A. & Greenberg L. (Eds), *Empathy Reconsidered*. (353-392) Washington, DC:APA.

Linehan. M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan. M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Liotti, Giovanni (artikel utan årtal) *Disorganised attachment, models of borderlinestates and evolutionary psychotherapy*. Università Pontificia Salesiana, Roma.

Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. American Psychologist, 48, 518-537.

Logan, C "Assesing Risk for Violence in Woman Using the HCR-20". Workshop 8-11 sept 2002 Glasgow Toward a safer Society.

Mahler, M. & Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In: Harticollis. P (Ed.), Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient. (New York.: International Universities Press.

McCann, R. A., Ball, Elissa M., & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 447-456.

Mc Williams, N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis* The Guilford Press.

Monahan J (1984) *The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy*. *American Journal of Psychiatry*. 141; 10-15.

Mrazek, P.B. & Mrazek, D.A. (1981). The effects of child abuse: Methodological considerations. In: Mrazek. P.B & Kempe. C.H (Eds.), Sexually abused children and their families. (pp.235-246). New York.: Pergamon.

Nilsson, Å., Berndtson, T., Kåver, A., & Götmark, H. (1999, November). DBT training patients the year before and after start of therapy-preliminary data. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.

Nicholls, T. L. (1997) *Comparing risk assessments with female and male psychiatric patients: the utility of the HCR-20 and PCL:SV*. Vancouver, BC: Simon Fraser University, Department of Psychology.

Näslund, G (1998); *Borderline personlighetsstörning*. Natur och Kultur. Stockholm.

Paris, J. (1995). Memories of abuse in borderline patients: True or false? Harvard Review of Psychiatry, 57, 316-325.

Paris, J. (1997). Childhood Trauma as an Etiological Factor in the Personality Disorders. Journal of Personality Disorders, 11, 34-49.

Perris, Carlo och Perris, Hjördis (1998) *Personlighetsstörningar*. Natur och Kultur.

Perris, Carlo.(1996) *Ett band för livet*. Natur och Kultur.

Putnam, F.W. et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder; review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 1986;47:285-293.

Rättsmedicinalverket. RMV-rapport 1994:2: 87-8.

Sabo, A.N. (1997). Etiological significance of Association between childhood trauma and Borderline personality disorder. Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality disorder*, 11, 50-70.

Saunders, E.A. (1991). Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline inpatients. Bulletin of the Menninger Clinic, 55, 48-71.

Socialstyrelsen. LRV – Tillämpning av lagen om rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:10).

Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.

Stern A. A psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 1938;7:467-489.

Strand, S. & Belfrage, H. (2001). Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and women: Gender differences and similarities. *Psychology, Crime & Law*, 7, 71-79.

Swenson, C.R, Sanderson, C., Dulit, R., & Linehan, M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307- 323.

Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: Observations following the Chowchilla school-bus-kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138, 14-16.

Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

Van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fisler, R., & Saxe, G. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517-522.

Webster, C.D., Douglas, K. S., Eaves, D. and Hart, S. D. (1997) *HCR-20 Assessing Risk for Violence. Version 2*. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S. And Wintrup, A. (1995) *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization: Geneva, 1992.