



Vårdprogram

-

Emotionellt instabil personlighetsstörning

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram Emotionellt instabil personlighetsstörning
Utfärdande PE: Närsjukvården i centrala Östergötland	Giltig fr.om: 2006-09-21
Utfärdande enhet: Psykiatriska kliniken	Giltig t.om: 2010-05-31
Framtagen av: Andréas Rousseau, specialistläkare Helena Dahl, skötare Åsa Daremo, arbetsterapeut Ingrid Falklöf, arbetsterapeut Karin Hulting, sjukgymnast Birgitta Paulin, psykolog/leg psykoterapeut. Yvonne Wessel, kurator/ leg psykoterapeut Ylva Wolving, kurator/ leg psykoterapeut Stina Zieger, sjuksköterska Ann-Sofi Ringkvist, vårdenhetschef	Ansvarig och godkänd av: Agneta Westman Verksamhetschef Psykiatriska kliniken Ansvarig för revidering: Ann-Sofi Ringkvist, vårdenhetschef Diarienummer: NSC-2006-09-361



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning	3
Bakgrund.....	3
Epidemiologi.....	4
Orsaker.....	4
Naturalförlopp.....	4
Diagnostik.....	5
Komorbiditet	6
Suicidalitet.....	7
Psykofarmaka	7
Antipsykotiska läkemedel	7
Antidepressiva läkemedel.....	8
Stämningsstabiliserande läkemedel	8
Anxiolytiska läkemedel	8
Övriga läkemedel	8
Omvårdnad	8
Psykologisk behandling	9
Kognitiv terapi.....	9
Kognitiv beteendeterapi.....	10
Psykodynamisk psykoterapi	11
Arbetsterapi	11
Sjukgymnastik.....	13
Dialektisk beteendeterapi.....	14
Sammanfattning	14
Den biosociala teorin	14
Dialektik.....	15
Synen på patienten	16
Commitment / orienteringsfasen	16
DBT-behandlingens fyra ben	17
Anhöriga.....	19
Forskning	19
Referenser.....	21



Sammanfattning

Emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS) är ett relativt vanligt förekommande tillstånd. I internationell litteratur uppskattas prevalensen till 2 %, vilket innebär c:a 180 000 personer i Sverige eller 6 500 vuxna personer i Östergötland. IPS kännetecknas av svårigheter med känsloreglering, bristande impuls kontroll, relationsproblematik och låg självkänsla. Självskadebeteende är ofta förekommande och kan ses som en strategi för att hantera ovanstående svårigheter. Suicid är dock överrepresenterad i gruppen, c:a 10% begår självmord. Orsaken till IPS är inte känd men den emotionella dysregleringen tros uppkomma då en emotionellt sårbar individ utsätts för en invaliderande miljö (biosociala teorin).

Det finns inget säkert vetenskapligt stöd som tyder på att man kan bota eller lindra IPS med psykofarmaka. Den behandlingsmetod som har starkast vetenskapligt stöd är en omfattande och avancerad form av kognitiv beteendeterapi, dialektisk beteendeterapi (DBT). Ett begränsat vetenskapligt underlag finns i dagsläget (evidensstyrka 3).

Inledning

Psykiatriska kliniken kommer att under 2006 fortsätta sitt utvecklingsarbete för att etablera en organisation som försöker stödja den utveckling som framgår av Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag 2006-2008. I det uppdraget preciseras att det ska etableras ett nätverksteam med särskilda resurser inom dialektisk beteendeterapi (DBT) för personer med borderline personlighetsstörning/emotionellt instabil personlighetsstörning och självskadebeteende.

År 2005 då den senaste organisationen i Linköping startade påbörjades också ett utvecklingsarbete avseende utformning av vårdprogram. Detta är ett sätt att kvalitetssäkra klinikens insatser. Dessa insatser bör i första hand baseras på evidens och etablerade metoder.

DBT-teamet har fått i uppdrag att utarbeta ett vårdprogram för målgruppen borderline personlighetsstörning (301.83) enligt DSM-IV / emotionellt instabil personlighetsstörning (F 60.3) enligt ICD-10.

Vi kommer i det följande att använda benämningen IPS för emotionellt instabil personlighetsstörning.

Bakgrund

Emotionellt instabil personlighetsstörning/borderline personlighetsstörning (IPS/BPD) är en allvarlig psykisk störning som kännetecknas av ett genomgående mönster av instabilitet i reglering av känslor, impuls kontroll, relationsproblem och låg självkänsla. Ur klinisk synvinkel visar sig störningen i svårigheter att hantera och reglera känslor, impulsiva handlingar och aggressivitet. Störningen innebär också



upprepade tillfällen med självskadande beteenden alternativt självmordförsök. Linehan M (1993) beskriver konkreta färdighetsbrister hos denna patientgrupp under huvudrubrikerna: svårigheter att reglera känslor, att skapa och upprätthålla goda relationer, att stå ut i svåra situationer och att kunna vara fokuserad på här och nu. Många olika terapiformer har använts vid behandling men få har haft vetenskapligt stöd. Under de senaste åren har dialektisk beteendeterapi (DBT), utformad av professor Marsha Linehan vid University of Washington i Seattle, USA, nått goda behandlings- och forskningsresultat.

Epidemiologi

Prevalensen för IPS/BPD är enligt internationella studier cirka 2 procent. I en norsk studie (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001) beräknades prevalensen till 0.7 procent. I en svensk studie (Ekselius, Tillfors, Furmark, Fredriksson, 2001) baserad på självskattningsformulär utskickad till ett representativt urval av normalbefolkningen fann författarna en förekomst på 5.4 procent. Konsensus bland forskare och kliniker i Sverige är att diagnosättningen är förenad med problem eftersom samsjukligheten med andra syndromdiagnoser är hög. Därför är tillförlitliga prevalenssiffror svåra att ta fram för Sverige. En betydligt större andel kvinnor än män får diagnosen IPS/BPD och personer med denna diagnos är överrepresenterade inom psykiatri och även inom somatiken. Både genetiska faktorer och negativa händelser under uppväxten, exempelvis fysiska och psykiska övergrepp har visat sig bidra till utvecklingen av denna problematik.

Enligt senaste SBU-rapporten har mellan 70 000 -140 000 personer diagnosen BPD. I Östergötland finns således c:a 6500 vuxna personer som uppfyller kriterier för diagnos (2 % av 327 000 personer 18-100år).

Orsaker

Orsakerna till emotionell instabil personlighetsstörning är troligen multifaktoriell. Tvillingstudier har visat att man inte ärver denna personlighetsstörning. Man kan dock ärva en predisposition, en sårbarhet. De sårbarhetsdrag man hittills identifierat som ärftliga är identitetsstörning, passiv aggressivitet och antisociala drag (Torgersen 1999).

Naturalförlopp

I två stora prospektiva studier (Zanarini, 2003) har man funnit att IPS inte är så stabil diagnos som man tidigare trott. 75% av de uppföljda IPS patienterna uppfyllde inte längre kriterierna för diagnos efter 6 år (alla rekryterades inläggande på psykiatrisk klinik vid baseline). Faktorer som är positiva prediktorer är hög IK och avsaknad av narcissistiska drag. Negativa prediktorer är affektiv instabilitet, lång slutenvårdstid, dysforiinslag, hereditet med avseende på psykisk sjukdom, tidigt insjuknande och övergrepp inom familjen (Bohus et al 2004).



Diagnostik

Att ställa diagnosen IPS är en uppgift för specialistpsykiatri. Diagnoskriterier finns i både DSM-IV och ICD -10. DSM är ett kategoribaserat system, medan ICD huvudsakligen är ett prototypiskt system. ICD-10 delar in IPS i två undergrupper, en impulsiv typ och en borderlinetyp.

Diagnosen ställs i två steg i båda systemen. Först måste de allmänna kriterierna för personlighetsstörning vara uppfyllda. Dessa är (DSM-IV):

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

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

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

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

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

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

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

Sedan går man vidare till de specifika kriterier/specifik prototyp som gäller IPS (DSM-IV i detta fall):

En borderline personlighetsstörning/IPS enligt DSM IV karakteriseras av ett genomgående mönster av instabilitet i relationer med andra människor, i självbild och affekter samt markerad impulsivitet med början i tidig vuxen ålder. Detta visar sig på olika sätt, varav minst fem av följande:

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller inbillade separationer. Observera: Självmords- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer med andra människor som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.



3. Uppvisar identitetsstörning: påtaglig och varaktig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Observera: Självmords- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
5. Uppvisar upprepat självmordsbeteende med gester, hot eller självstympande handlingar
6. Affektiv instabilitet som kommer av en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv, episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar några timmar och endast i enstaka fall längre än några dagar).
7. Kronisk tomhetskänsla.
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller svårighet att kontrollera ilska (t ex ofta förekommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symptom.

Praktiskt kliniskt kan det vara en fördel att kategorisera kriterier utifrån IPS patienternas problematik (Linehan 1993). Man kan då dela in symptomkriterier utifrån dysreglering på olika nivåer.

Dysregleringsnivå:

1. Emotionell: ilska och affektlabilitet
2. Kognitiv: "mikropsykotiska episoder" såsom paranoida tankegångar, dissociation
3. Interpersonell: rädsla för att bli övergiven, kaotiska relationer
4. Själv: identitetssvårigheter, kroniska tomhets känslor
5. Beteende: impulskontroll, självdestruktivitet

Komorbiditet

Samsjukligheten är stor för dem med personlighetsstörningar. Detta kan bero på att personlighetsstörningen är en sårbarhetsfaktor för att utveckla andra psykiska sjukdomar. Man kan även se det som att andra syndrom/sjukdomar utvecklas då de ingår som (dysfunktionella) problemlösningstrategier hos dessa individer (ex alkohol och självsvält för att döva ångest/reglera känslor).

Komorbiditet innebär att man förutom att uppfylla kriterier för en axel II diagnos ofta har fler psykiska sjukdomar. Exempel på axel I syndrom som ofta förekommer samtidigt med personlighetsstörning är missbruk, ätstörningar, depressioner och olika ångestsyndrom.

Förutom komorbiditet med axel I syndrom, kan man uppfylla kriterier för fler än en personlighetsstörningstyp.



Suicidalitet

Självskadebeteende är den enskilt starkaste riskfaktorn för självmord. Då patienterna med IPS ofta har ett extensivt självskadebeteende löper de en kraftigt ökad risk för suicid. Trots att de flesta självskadeepisoderna troligen är just självskadebeteenden och inte suicidalbeteenden,

begår 10 % av personer med IPS självmord (Bohus et al 2004). Det är c:a 50 ggr vanligare än jämfört med normal befolkning. C:a 90% av de IPS patienter som vårdats ineliggande har gjort ett eller flera allvarliga suicidförsök (SBU-rapporten, 2005-2007).

Psykofarmaka

De flesta studier av läkemedelseffekter på patienter med IPS är fallbeskrivningar och öppna studier. Vid IPS varierar symptom och deras intensitet, vilket gör att placeboeffekten är hög. Således ska öppna studier av IPS tolkas försiktigt.

Ett fåtal kontrollerade randomiserade studier finns. Dessa innehåller få patienter, de involverar ofta inte de svårast sjuka. Endast kvinnor ingår vilket gör det svårt att generalisera resultaten till män. Flertalet studier har stort bortfall.

Utifrån dessa finns visst stöd för att psykofarmaka kan påverka vissa aspekter av IPS såsom kognitiva-perceptuella symptom, emotionell dysreglering och impuls kontroll. Medicinering kan ge patienten bättre möjligheter att interagera med miljön (genom exempelvis mindre impulsartat beteende). Psykoterapeutisk intervention kan också möjliggöras på detta sätt.

Ett problem som kan uppstå är att vissa forskare och kliniker vill göra gällande att IPS är en undergrupp till affektiva tillstånd. Detta leder då till svårigheten att avgöra hur aktiv man ska vara med läkemedelsbehandling (Bohus et al 2004).

Antipsykotiska läkemedel

Denna typ av läkemedel har länge använts för behandling av symptom vid IPS.

Målsymptom är psykotiska symptom eller psykosnära upplevelser. Exempel på detta hos IPS patienter är illusioner, hallucinationer (ofta kortvariga och stressrelaterade), paranoida idéer, hänsyftningsidéer samt dissociativa tillstånd. Enighet råder om att antipsykotiska läkemedel bör användas med stor försiktighet pga biverkningsrisken. I gruppen nya antipsykosmedel har olanzapin (Zyprexa[®]) studerats mest. En ny studie från 2005 (Soler et al 2005) jämförde en grupp IPS patienter (n=30) som fick DBT och som erhöll 1 månads behandling med Zyprexa med en matchad kontrollgrupp som endast fick DBT. Zyprexa-gruppen förbättrades signifikant vad gäller såväl depressions- som ångestpoäng på självskattningsskala (HAD-17). Biverkningarna inskränkte sig till de som normalt uppträder vid Zyprexabehandling, dvs viktuppgång och ökad kolesterolhalt i blodet. Fler och större randomiserade studier behövs dock innan man kan dra slutsatser huruvida fler än psykotiska och psykosnära IPS patienter är betjänta av antipsykotiska läkemedel. Tillsvidare gäller försiktighet enligt ovan.



Antidepressiva läkemedel

Det ligger nära till hands att tänka att antidepressiva läkemedel hjälper vid emotionell instabil personlighetsstörning utifrån att symptom som depression och ångest är mycket vanligt och framträdande. Serotonergt verkande läkemedel ökar ju dessutom impulskontrollen. Tricykliska läkemedel har inte visat bättre effekt än SSRI och då de är toxiska vid eventuell överdosering finns det ingen anledning att välja dem framför SSRI-preparat (Soloff PH 2000). Detsamma gäller icke-selektiva MAO-hämmare som också är toxiska i överdoser. Selektiva MAO-hämmare är inte studerade. Således är SSRI "drug of choice" i denna grupp.

Stämningstabiliserande läkemedel

Litiums effekter på IPS finns studerat både i öppna och kontrollerade studier. Patientantalet är dock lågt och diagnostiken bristfällig i flera av dem. Troligen kan litium minska aggressiviteten vid IPS tillstånd, möjligen även självdestruktivt beteende. Problemet är att litium kräver noggrann monitorering och är toxiskt vid för höga serumkoncentrationer. Detta innebär att man bör vara återhållsam vid förskrivning till IPS patienter (Rydén & Vinnars 2002).

Vad gäller humörstabiliserare finns ett fåtal studier med valproat och karbamazepin som visat olika resultat. Det verkar dock som om valproat (Ergenyl[®]) kan vara effektivt för IPS tillstånd som är svåra att skilja från bipolära syndrom. Lamotrigine är inte tillräckligt studerat (Bohus et al 2004).

Anxiolytiska läkemedel

Resultaten från de få kontrollerade studier som finns är motsägelsefulla. Någon har visat effekt av oxazepam på ångest och irritabilitet, men en annan studie visade ökad kontrollförlust och suicidalitet av alprazolam. Beroenderisken är uppenbar och tillvänjning snabb. Konklusionen är att man bör undvika bensodiazepiner så långt det går och endast i undantagsfall använda dem som akutbehandling (Ryden & Vinnars 2002).

Övriga läkemedel

Opiatantagonisten naloxon har använts vid några studier utifrån hypotesen att en opioid överaktivitet föreligger vid IPS. En nyligen publicerad kontrollerad studie visade dock ingen skillnad mellan placebo och naloxon vad gäller akut dissociativt tillstånd vid IPS. Ytterligare forskning krävs då studiematerialen är små.

Omvårdnad

Målet med omvårdnad, behandling och stöd till suicidnära patient är att bevara livet och stärka patientens möjligheter att klara av att leva.

Psykiatrisk omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process som ska leda till att patienten kan leva ett oberoende liv i ett socialt sammanhang och med tillfredställande livskvalitet. Psykiatrisk omvårdnad bygger på ett bra samarbete



mellan patient, närstående och vårdpersonal. Grunden är en trygg relation mellan vårdare och patient.

I det relationsskapande arbetet är det viktigt att komma ihåg att många av de suicidnära patienterna har svårt att känna förtroende för andra människor och att flertalet av dem är lättkränkta. Suicidnära patienter har stora svårigheter att förstå, hantera och reglera sina negativa känslor (ångest, vrede, sorg och skam) och mycket av det som ter sig som manipulativt beteende är i själva verket försök att undvika känslomässig smärta.

En studie visar att 80 % av den tillfrågade omvårdnadspersonalen upplever personer med IPS som svårare att vårda än personer med andra diagnoser (Cleary, Siegfried et al 2002). Graden av övervakning måste fortlöpande bedömas och omprövas. Den kan vara en svår balansgång mellan inskränkningar av patientens frihet och eftergifter. I takt med att risken för suicid minskar och kontakten med personalen blir bättre kan övervakningen minska och ett större ansvar lämnas till patienten. Lägsta möjliga tillsynsgrad ska tillämpas och en handlingsplan för patienten vid kris/ångestsituation ska upprättas (Wong Tye, 2005).

För att underlätta omvårdnaden av patienter med IPS är vården patientcentrerad och problemlösande och utgår från patientens förmågor. Behandlingsplanen beskriver målsättningen. Nära samarbete med patienten, regelbundna och frekventa besök hos behandlaren ökar chanserna för compliance till behandling samt minskar risken för att patienten uteblir. Besöken bör läggas ihop med medicindelningen för att öka chansen att patienterna hämtar sin medicin. Besöken ska vara schemalagda så att samma dagar och samma tider återkommer (Comtois och Russo et al 2003). Dessa besök innebär att motivera och regelbundet informera om läkemedlet och de biverkningar som kan vara förknippade med behandlingen.

Psykologisk behandling

Kognitiv terapi

Termen "kognitiv" är benämningen på en process som består i att uppfatta, bearbeta, lagra och återge information och omfattar uppmärksamhet, tolkningar, minne, tankar, bilder, fantasier och drömmar.

I den kognitiva psykoterapin utgår man ifrån att varje individ har sitt eget perspektiv på världen och lägger på så sätt sin egen tolkning i det som sker. Man menar vidare att kognitionerna påverkar våra känslor, vårt beteende samt de fysiska reaktionerna.

I terapin arbetar man med att identifiera dysfunktionella tankestrukturer, känslor och beteenden samt lägger stor vikt vid att identifiera de grundantaganden eller scheman som anses styra och påverka individen. Terapeut och patient arbetar tillsammans med att granska, ifrågasätta och verklighetspröva dessa antaganden. Kognitiva och



beteendeterapeutiska metoder används i syfte att nå de mål man gemensamt kommit fram till att arbeta mot.

I DBT betonar man inte de kognitiva strategierna lika starkt som de beteendeterapeutiska då patientens ofta höga ångestnivå blockerar den kognitiva förmågan och gör det svårt för patienten att resonera förnuftigt.

Det dikotoma tänkandet, dvs tänkandet i termer av antingen / eller anses vara en typisk kognitiv förvrängning hos patienter med IPS. Patienternas grundantagande innebär en uppfattning om att "världen är farlig och illvillig", "jag är maktlös och sårbar" eller "jag är i grunden oacceptabel".

Resultatet av terapier med kognitiva metoder visar viss effekt men det finns endast ett fåtal kontrollerade studier med relativt få deltagare. Hemuppgifter ingår som en del i terapin.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en form av psykoterapi som grundar sig på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Begreppet kognitiv beteendeterapi anger att tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen, här och nu.

Med begreppet "beteende" avses olika kroppsliga reaktioner, våra egna tolkningar av händelser och våra handlingar i specifika situationer som gör att både individen själv och hans omgivning påverkas. Beteenden i denna bemärkelse kan vara föremål för förändring inom kognitiv och dialektisk beteendeterapi.

En behavioristisk behandlare utgår ifrån en beteendeanalys. Kommunikationen med individen är såväl lyhörd som engagerad. Problembeteendet är i fokus.

Beteendeanalysen består av en steg-för-steg kedjeanalys i syfte att finna de omständigheter som utlöser eller framtvingar olämpligt beteende. Den innebär också en funktionell analys för att se till troliga, förstärkande och vidmakthållande villkor för det dysfunktionella beteendet. Detta samarbete med individen och dessa hypoteser leder fram till att parterna söker alternativa beteende-responser och testar de framarbetade hypoteserna för att nå ett mer funktionellt beteende. Dessa nya beteenden behöver därefter tränas för att generaliseras till andra situationer. Färdighetsträningsgruppen betonar ytterligare vikten av generalisering och uppmuntrar till att genom hemuppgifter öva den nya beteendepertoiren.

Krafftfulla verktyg i förändringsprocessen är att problemlösa och att validera. Dessa tekniker utgör den dialektiska "gungan" och är grunden för arbetet i individualterapi.



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 11 (22)

Syftet är att använda hennes egna resurser för att göra det för henne mest funktionella.

Syftet med behandling är att ge ökad självkontroll/självkänsla genom att nya färdigheter lärs in. Behandlingen ger hjälp till självhjälp.

Psykodynamisk psykoterapi

Inom psykodynamisk terapi ses borderlinesyndromet som en överlevnadsstrategi. Det handlar om att leva så nära döden som möjligt - utan att dö. Det handlar också om att överleva. Att överleva ännu en dag. Hotet om separation och förintelse vilar tungt på borderlinemänniskans axlar. Hon tror sig enbart finnas till genom en annan människa. Därför blir varje separation ångestfylld och ett incitament till utagerande för att undgå tomhet, kaos och förvirring.

De flesta av dem har inte ord för att beskriva hur det känns inombords. Bristen blir till ångest och rädsla, ibland så stark att den leder till självdestruktiva handlingar. Samtidigt, enligt psykodynamisk teori, är självskadan meningsbärande, ett språk som klienten talar för att kommunicera en djupare liggande inre problematik.

Modern psykodynamisk teori, affektteorin, utgår ifrån att alla människor antas ha en medfödd förmåga att känna känslor/affekter. Alla känslor har ett informationsvärde. Känslorna blir förstärkare av våra intryck och upplevelser, såväl för dem som kommer inifrån oss själva och från omgivningen. Affekterna finns och startar för att vi ska bli medvetna om att något händer med oss. Affekterna får oss att agera. En viktig aspekt inom psykodynamisk psykoterapeutisk behandling är att coacha patienten att lära känna sina känslor, att observera och sätta ord på det som känns och registrera var i kroppen känslan känns.

Arbetsterapi

Arbetsterapeutens roll inom hälso- och sjukvården är att behandla personer för att öka deras aktivitetsförmåga och självständighet. Interventionerna fokuserar på personens aktivitetsområden, personlig vård, arbete och fritid med hänsyn till den miljö där aktiviteterna utförs. Som terapeutiskt redskap använder sig arbetsterapeuter av aktiviteter. För att detta ska vara möjligt krävs att patienterna upplever aktiviteterna som meningsfulla genom hela den terapeutiska processen.

Arbetsterapin vid psykiatriska kliniken, NSC använder Model of Human Occupation (Kielhofner, 2002) som teoretisk grund för verksamheten. Modellen formar våra grundvärderingar, synen på människan – patienten och i sin tur valet av bedömnings- och behandlingsmetoder samt bedömningsinstrument.



Vanligt förekommande problem vid emotionellt instabil personlighetsstörning:

Komponent i MOHO	Problem
Självuppfattning	Låg självkänsla, skam och skuld
Värderingar	Självkritisk, dikotomt tänkande
Intressen	Svårigheter att utöva sina intressen. Pendlar mellan aktivitet och passivitet.
Vanor	Tappar struktur och tidigare vanor. Dygnsrytmen påverkas. Ibland tvångsmässighet i sina vanor.
Roller	Risk att gå in i en sjukroll spec. vid inläggning. Sjukdomen blir en identitet. Identitet som "borderline". Risk att söka sig till det sjuka.
Utförande	Svårigheter att hantera relationer, bevara relationer. Pendlar mellan snabba svängningar i stämningsläge. Påverkas av ångest Skenbar kompetens i utförandet av aktiviteter.

Aktivitetsgrupper kan vara ett sätt för patienter med denna personlighetsstörning att förändra sitt beteende och att utveckla kapacitet. I Group Work Model (Kielhofner, 1997) beskriver man att individer söker sig till modellbeteende som de har observerat ha positiva konsekvenser. Arbetsterapeuten som gruppleddare kan använda sig av denna process till sin fördel. Ledaren kan överföra positiv respons till andra, skapa effektiv interaktion och lyckad problemlösning. Denna teknik hjälper patienten att höja sina egna samspelande och problemlösande färdigheter (Cole, 1998). Därför måste det finnas ett gruppklimat som är stödjande och accepterande så att medlemmarna vågar tänka sig att försöka sig på nya beteenden i gruppen (Howe & Schwartzberg, 2001).

I en studie från Finland har man sett att många självdestruktiva incidenter hos ineliggande patienter med emotionell instabil problematik ofta sker när det är minimalt med strukturerade aktiviteter, dvs. under kvällar och helger, när det är lite personal. Därför anser författarna att det är viktigt att det erbjuds strukturerade gruppaktiviteter för dessa patienter (Taininen, Kallio-Soukainen et al, 1998). Aktivitet leder till att man fyller korttidsminnet med tankar, bilder, sinnesintryck som motverkar de tankar och bilder och sinnesintryck som framkallar negativa känslor. De påverkar de fysiologiska reaktionerna och känslouttrycken direkt. För att stå ut riktar patienten fokus mot något annat, distraherar sig (Linehan, 2000). Det är också viktigt att terapeuten stödjer patienten i att göra en sak i taget för att försöka uppnå en medveten närvaro.



Sjukgymnastik

Psykiatrisk sjukgymnastik är ett samlingsbegrepp för de behandlingsmetoder inom sjukgymnastiken som används för patienter med psykiatrisk problematik. Grunden för symtomförståelse inom psykiatrisk sjukgymnastik är en helhetssyn på människan med en interaktion mellan individens kropp och själ, hennes biologiska förutsättningar, livshistoria och aktuell livssituation. Fokus riktas mot samspelet mellan kropp och själ och på hur vår inre psykiska verklighet påverkas och kommer till uttryck i kroppen. De olika kroppsorienterade behandlingsmetoderna innebär att arbeta med individens subjektiva upplevelse av sig själv och sin livssituation. De syftar till att förbättra funktioner och förmågor samt utveckla individens egna resurser.

Vid bedömning används skattningsskalan Body Awareness Scale, BAS, som består av en strukturerad intervju och en strukturerad rörelsebedömning för observation.

Behandlingen inriktas på att stärka självkänslan och tilltron till patientens egen förmåga, öka tilliten till den egna kroppen, förbättra impuls och affektolerans, öka förmågan att närvara, observera och tolerera de egna subjektiva upplevelserna och hitta strategier för ångesthantering.

De behandlingsmetoder som används är främst Basal kroppskännedom, olika massage- och avspänningstekniker och fysisk aktivitet utifrån patientens intresse och motivation. I metoden Basal kroppskännedom ingår olika övningar i syfte att arbeta med både en upplevelse- och rörelseaspekt på kroppen. Övningar i Basal kroppskännedom, både individuellt och i grupp, utgår ifrån enkla rörelseövningar och massage. Övningarna byggs upp kring kroppsfunktioner som grundning, centrerung, andning, flöde och mental närvaro.



Dialektisk beteendeterapi

Sammanfattning

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en kombinerad individual- och gruppterapi som bygger på kognitiv beteendeterapi och är designad speciellt för patienter som lider av självdestruktivitet och IPS. Behandlingsmetoden har utvecklats av Marsha Linehan, psykologiprofessor i Seattle, Washington, USA. Terapin fokuserar specifikt på suicidalt och självdestruktivt beteende samt terapistörande beteende. Den innefattar färdighetsträning i grupp enligt särskild manual samt individualterapi, telefoncoachning som krisstöd.

Förutom kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker ingår inslag av

- västerländsk filosofi, som dialektik
- österländsk "zen-filosofi" som är inriktad mot upplevelse- och medvetandeträning, mindfulness

Den biosociala teorin

Borderlinestörningen kan förstås utifrån sambandet mellan biologiska utvecklingsfaktorer, socialt inlärd beteenden och karaktäristika i den emotionella miljön. (Anna Kåver, Scan journal, 1997)

En av huvudtankarna i den biosociala teorin är att den grundläggande störningen innefattar en bristande förmåga till **emotionell reglering**. Bristande emotionell reglering anses vara det sammanlagda resultatet av biologisk disposition, miljöfaktorer och samspelet mellan dessa faktorer under uppväxten. (Linehan, 2000)

Emotionell sårbarhet definieras såsom

- 1) mycket hög känslighet för emotionella stimuli
- 2) mycket intensiv respons på emotionella stimuli
- 3) långsam återgång till emotionellt normalläge

En invaliderande omgivning kännetecknas av att den *personliga upplevelsen* ogiltigförklaras (invalideras). Barnets egna upplevelser och känslouttryck ses inte som giltiga responser på det som inträffar. En sådan omgivning misslyckas med att lära barnet när hon/han kan lita på sina egna känslö- och tankereaktioner. I stället lär sig barnet att aktivt ogiltigförklara sina egna upplevelser och söker i sin omgivning efter ledtrådar om hur hon ska tänka, känna och handla.

Några av konsekvenserna av en invaliderande miljö är att personen inte lär sig att sätta ord på och kommunicera sina egna reaktioner på ett funktionellt sätt. Individerna lär sig inte att reglera och hantera sina känsloreaktioner, inte heller att lita på sina egna reaktioner som en giltig tolkning av det som sker (Kåver, Nilsonne, 2002).



Individen internaliserar omgivningens negativa reaktioner och reagerar ofta med skam, självkritik och självbestraffning (Kåver, 1997).

Dialektik

Ordet dialektik kommer från grekiskan och betyder "konsten att diskutera". Genom diskussion ställs argument mot argument och på så sätt kommer man fram till nya insikter.

Dialektik är också en filosofisk grundsyn som menar att tillvaron är fylld av motsatser som interagerar med varandra. Detta driver utvecklingen framåt och tvingar människan att söka nya lösningar. Enligt detta synsätt är verkligheten ständigt föränderlig. För att klara av att överleva i denna verklighet krävs flexibilitet, förmåga till anpassning och förmåga att kunna integrera "både – och". Personer med IPS har ofta stora svårigheter med detta. I stället ter sig tillvaron statisk och dikotom vilket leder till att tankar, känslor och beteenden ofta pendlar mellan ytterligheter, som t.ex. svart-vitt tänkande, känslor som präglas antingen av total tomhet eller starka okontrollerbara känsloupplevelser och beteenden som präglas av antingen kontroll eller impulsiv självdestruktivitet.

Personerna har som regel också stora svårigheter att leva med att tillvaron ofta är motsägelsefull. De har svårt att se att en person kan ha både rätt och fel och att hon eller han samtidigt kan vara både ond och god. Livet kan vara smärtsamt samtidigt som det kan vara fyllt av glädje.

I det terapeutiska mötet hamnar man ofta i svåra dilemman som har att göra med spänningen mellan acceptans och förändring. Hur förmedlar man till en patient att hon duger som hon är samtidigt som hon måste ändra på sig? Marsha Linehan har i utvecklingen av DBT, inspirerats av den dialektiska filosofin. I DBT belyses ständigt det dialektiska dilemmat mellan å ena sidan acceptans/validering, å andra sidan förändring/konfrontation. Denna "dialektiska gunga" måste ständigt vara i rörelse mellan motpolerna för att hitta en balans och slutligen en integrering av de båda polerna. Alltför mycket validering, dvs. tröst och omhändertagande leder inte till någon utveckling hos patienten. Alltför mycket betoning på förändring kan bli invaliderande och patienten kan skrämmas iväg från terapin (Kåver, 1997).

Mindfulness

Träning i mental närvaro eller mindfulness är central i den dialektiska beteendeterapin. Inspirationen till denna teknik och detta tankesätt är hämtat från österländsk meditationsteknik och filosofi. Det centrala i meditationstekniker är att människan kan nå ett accepterande av verkligheten som den är: att vara medvetet närvarande precis här och nu och inte finnas kvar i det som varit eller i oro för framtiden. Övningar i mindfulness bygger på att observera till exempel händelser, tankar, känslor, kroppsliga sensationer och att kunna beskriva, sätta ord på det som uppmärksammas men utan att döma. Denna färdighet att kunna stanna upp i sig själv, identifiera och bli medveten om vad som pågår i ens inre eller i den omgivande verkligheten är en förutsättning för att kunna lära sig övriga färdigheter i DBT.



Synen på patienten

Patientarbetet sker med tekniker och metoder i enlighet med dialektisk beteendeterapi i syfte att minimera patienters lidande och lära ut färdigheter för att hantera känslor, etablera/förbättra relationer och hantera vardagliga händelser på ett mer effektivt sätt. Vi vill på sikt försöka skapa ett "liv värt att leva".

Då det kan uppstå svårigheter i relationen patient-terapeut har Linehan förtydligat synsättet på patienten. Grundantagande är att patienten saknar färdigheter alternativt har färdigheter men inte tillämpar dem då det skulle vara lämpligt. I enlighet med den biosociala modellen utgår terapeuten från att patienten inte skapat sina problem själv men ändå får ta konsekvenserna. Terapeuten utgår ifrån att patienten vill bli bättre och göra sitt bästa såväl i vardagen som i terapin. Personer med diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning uppfattas ofta som manipulerande. Linehan hävdar att detta inte är en medveten, avsiktlig strategi (Linehan, 1993). Hon hävdar att patienterna har stora svårigheter att uttrycka egna önskemål och åsikter och ofta negligeras av omgivningen (Linehan, 2000).

Vi **poängterar** för patienten

- att hon inte har någon möjlighet att ta emot hjälp om hon inte stannar i livet
- att hon bara kan få hjälp att öka livskvaliteten om hon stannar i terapin

Bedömning, utredning

Diagnostiken av IPS sker primärt på klinikens öppenvårdsteam i vilka arbetar bl a psykiater, psykolog, socionom, sjuksköterska, arbetsterapeut och skötare. Diagnostiskt ansvar ligger huvudsakligen hos psykiater och psykolog när det gäller IPS.

Fördjupad diagnostik sker i DBT-teamet. Detta görs när patienten aktualiseras för DBT och bygger på klinisk intervju med psykolog och psykiater. Detta sker i Linköping med hjälp av:

- strukturerad klinisk intervju: SCID I och II
- personlighetstest: självskattningsinstrument: TCI.

Ytterligare hjälpmedel används selektivt framför allt vid diagnostisk osäkerhet, om frågetecken kring inklusionslämplighet finns samt vid forskning:

- personlighetstest: DMTm och SAT
- kognitiv utredning: WAIS III, andra test av exekutiva funktioner

Commitment / orienteringsfasen

Målet för orienteringsfasen är att skapa en allians med patienten och att ge patienten den information hon behöver för att kunna ta ställning till huruvida hon vill medverka och arbeta inom ramen för DBT. Denna fas avslutas med att patient och terapeut kommer överens om ett behandlingskontrakt, **commitment** (Linehan, 1993).



En noggrant genomförd orienteringsfas har visat sig minska antalet patienter som avslutar terapin i förtid. Innebörden av orienteringsfasen är att skriva ett kontrakt som syftar till att patienten ska inleda och fullfölja terapin, dvs komma till sessionerna, arbeta med att minska självmordsbeteenden och terapistörande beteenden och fullfölja färdighetsträningen.

Terapeuten åtar sig att göra allt hon/han kan för att vara effektiv och inte vara terapistörande. Terapeuten ska agera etiskt, var tillgänglig, visa respekt och inte bryta sekretessen. Terapeuten får fortlöpande handledning. Kontraktet är konkret och bindande för både patient och terapeut. Denna överenskommelse gäller vanligtvis ett år (Kåver, Nilsonne 2002).

DBT-behandlingens fyra ben

DBT är indelat i fyra distinkta faser som har olika mål. I dessa används delvis olika metoder för att uppnå respektive mål. Det vanligaste är att behandlingen sker i öppenvård. Skulle det vara till gagn för patienten kan sessionerna läggas någon annanstans. DBT har nästan oändlig flexibilitet när det gäller formen för terapin men mycket litet när det gäller funktionen. (Linehan, 2000).

- individualterapi

Patienten träffar sin individualterapeut en gång per vecka. Målet med denna kontakt är att arbeta mot en förändring av patientens sätt att hantera vardagens svårigheter.

Fas 1 att uppnå säkerhet och stabilitet

- Under denna 1-åriga fas av behandlingen är det övergripande målet att uppnå ökad stabilitet och säkerhet i patientens liv. Det är att:
 1. minska självmordsbeteende
 2. minska terapistörande beteende
 3. minska beteenden negativa för livskvaliteten
 4. öka användandet av färdigheter som lärs ut i färdighetsgruppen (Kåver, Nilsonne, 2002).

Fas 2 att minska effekterna av posttraumatisk stress

- Målet för fas 2 är att minska problembeteende som beror på tidigare trauman och minska posttraumatisk stress. I den här fasen arbetar man med systematisk exponering för de eventuella trauman som har inträffat i patientens liv. Traumabearbetning görs inte förrän patienten har de färdigheter hon behöver för att handskas med konsekvenserna av bearbetningen. Detta är vad hon har lärt sig i fas 1. De patienter som inte har självmordsbeteende och har den stabilitet som krävs kan börja i fas 2 direkt (Kåver, Nilsonne, 2002).

Fas 3 och 4 att uppnå självrespekt och ett meningsfullt liv



- Målen i fas 3 och 4, är att öka självrespekten och att uppnå individuella mål. I den här fasen överskuggas inte terapiarbetet längre av patientens borderlineproblematik. Terapin fokuseras på att förbättra patientens livskvalitet. I fas 4 definieras målen som att skapa ett liv värt att leva, att vara engagerad i sitt eget liv, att vara engagerad i sina relationer, att känna sig levande och tillhörig och att leva medvetet i nuet (Kåver, Nilsonne, 2002).

Arbetet sker genom att patienten får hemuppgifter, fyller i veckokort och gör kedjeanalyser av olika problembeteenden. Terapeutens uppgift är att försöka flytta patientens "antingen-eller" till "både-och".

- **färdighetsträning i grupp**

Gruppen träffas en gång per vecka, ca två timmar åt gången. Gruppen består av högst 8 deltagare samt två DBT-terapeuter.

I färdighetsträningen får patienten lära sig nya färdigheter på ett strukturerat sätt, t ex med hjälp av rollspel. Detta med syftet att bli effektivare i sin problemlösning och i sitt bemästrande av vardagliga situationer.

Färdighetsträningen liknar mest en undervisningssituation. Gruppledarna går igenom nya färdigheter och strategier som patienten ska öva på till nästkommande gång. Det sker också en uppföljning av hemläxan och diskussion kring eventuella problem som uppkommit. För att de nya färdigheterna ska bli användbara måste patienten öva, öva och åter öva på egen hand.

Färdighetsträningen är upplagd utifrån fyra moduler:

- att vara medvetet närvarande
- att skapa goda relationer
- att reglera sina känslor
- att stå ut när det är svårt

- **telefonkontakt**

Den ursprungliga DBT-behandlingen innebär att individualterapeuten finns tillgänglig för patienten på telefonen för ett kort och strikt samtal, i krissituationer dygnet runt. Ett av syftena med att tillåta patienten att ringa är att träna henne att be om hjälp på ett adekvat sätt samt att ta emot den hjälp som erbjuds.

I Linköping kommer vi att sträva mot att göra individuella lösningar för varje patient. Ett samarbete med klinikens akutverksamhet pågår för att lösa patientens akuta behov av telefonstöd, exempelvis nätter och helger.



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 19 (22)

- **konsultationsteam**

Konsultationsteamet är en integrerad del av behandlingen och betraktas som så viktigt att en terapi inte är DBT om inte terapeut och färdighetstränare ingår i ett konsultationsteam.

Teamet träffas en gång per vecka. Syftet med sammankomsterna är att samarbeta i god DBT-anda och hjälpa varandra att göra så bra DBT som möjligt. Utifrån de videoinspelade patientsessionerna vill teamet handleda varandra och tillsammans diskutera viktiga principer och tankar i behandlingen.

Dessa tillfällen kommer även att innebära att terapeuterna, inte bara i patientarbetet utan även sinsemellan eftersträvar att förhålla sig till varandra på ett dialektiskt sätt (Kåver, Nilsonne, 2002).

Anhöriga

Kring patienten som går i DBT finns ofta andra vårdgivare, familj, vänner och arbetskamrater. Inom DBT finns strategier för hur terapeuten ska förhålla sig till dessa viktiga personer.

Familjesessioner kan vara ett inslag i en DBT-terapi, särskilt om patienten lever i en invaliderande miljö som underhåller självinvalidering eller leder till dysreglerande känslor.

Anhöriga behöver få kunskap om hur DBT går till, valideringens betydelse för reglering av känslor, om den biosociala teorin samt riktlinjer för anhörigas kontakt med behandlingsteamet.

Forskning

Dialektisk beteende terapi växte fram som en syntes av behandlingsmetoder som fokuserade uteslutande på förändring alternativt metoder som endast syftade till att stödja och trösta. Vid behandling av patienter med komplex psykiatrisk problematik är dock varken ren förändring eller enbart stöd tillräckligt. Sedan Marsha Lineham gav ut sina två böcker om DBT-behandling 1993, har metoden fått stor uppmärksamhet.

DBT-metoden har prövats och prövas fortlöpande i olika behandlingsstudier. Linehan och medarbetare presenterade år 2004 en stor randomiserad studie av DBT vid emotionell personlighetsstörning. Här bekräftas att DBT minskar självmords- och självskadebeteenden. Det finns begränsat vetenskapligt stöd för att DBT leder till minskat självska debeteende och att effekten kvarstår vid uppföljning upp till två år. Eventuellt medför behandlingen minskat behov av sjukhusvård (SBU, 2005).

I Sverige finns DBT i klinisk verksamhet på ett antal orter, fördelade över landet. På Karolinska Institutet i Stockholm pågår sedan 1994 en större randomiserad



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 20 (22)

kontrollerad studie mellan behandlingsformerna DBT , psykodynamisk terapi (PDT) enligt Otto Kernberg och rutinbehandling. 210 patienter randomiserades till de tre grupperna. SKIP (Stockholm county council and Karolinska Institute psychotherapy for suicidal women with BPD) som studien kallas planeras att avrapporteras 2006. De pilotdata som hitintills publicerats från studien visar lovande resultat med minskningar i vårdkontakter för patienterna (Hjalmarsson, 2005; SBU, 2005).

Utifrån aktuell forskning från Kernberg och medarbetare föreligger ännu inte resultat av en studie av 90 patienter (SBU, 2005).

Enligt SBU:s rapport avseende *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning*, finns ett visst vetenskapligt stöd för att DBT bidrar till minskat självskadebeteende och att effekten kvarstår vid uppföljning efter två år. De studier som SBU har granskat ges sammantaget evidensstyrka 3 (= begränsat vetenskapligt underlag). I rapporten sägs också att behandlingen eventuellt medför minskat behov av sjukhusvård för gruppen IPS. I sin bedömning av kunskapsläget anser SBU att DBT förefaller vara en lovande behandlingsform för patienter med IPS. Metoden behöver utprövas för svenska förhållanden.



Referenser

Bohus et al (2004).

Cleary, Siegrid, Walter (2002). *Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with borderline personality disorder*. International Journal of Mental health nursing, 2002, 11, 186-191

Cole, M. (1998). *Group Dynamics in Occupational Therapy (2nd ed)*. Thorofare. Slack Incorporated.

Comotois, Russo et al (2003). *Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder*, Psychiatric services 2003, vol. 54 no 8.

Ekselius, L., Tillfors, M., Furumark, T., Fredriksson, M. (2001). *Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile*. Personality and Individual Differences, 30:311-20.

Hjalmarsson, E. (2005). *Dialektisk beteendeterapi för Borderline personlighetsstörning*. 20 p uppsats i psykologi. Uppsala universitet.

Howe M., Schwartzberg S.(2001). *A functional approach to group work in occupational therapy*. Philadelphia. Lipincott Company.

Kielhofner G. (2002) *Model Of Human Occupation 3rd ed*. Lipincott. Williams Wilkins.

Kåver, A.; Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning*. Falköping. Natur och Kultur.

Kåver, A. (1997). Dialektisk beteendeterapi för suicidala borderline-kvinnor: En presentation. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* Vol 26. No 3. Sidorna 132-139.

Linehan, M M (2000). *Dialektisk beteendeterapi. Färdighetsträningsmanual*. Falköping: Natur och Kultur.

Linehan. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York, USA.

Millon & Davis, 1996: *Disorders of Personality. DSM-IV and beyond*. Chichester: John Wiley & Sons.



Psykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Sid 22 (22)

Practice guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. (2001). American Journal of Psychiatry, 158:10 supplement, 5-52.

Ryden G & Vinnars B. (2002). Farmakologisk behandling vid borderline-personlighetsstörning. *Flera alternativ för symtomlindring men inget mot störningen i sig.* Läkartidningen 2002:50, 5088-94.

SBU Alert – rapport nr 2005-07. *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning.*

Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, Perez V (2005). *Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder.* Am J Psychiatry. Jun;162(6):1221-4.

Soloff PH. (2000). *Psychopharmacology of borderline personality disorder.* Psychiatr Clin North Am, Mar;23(1):169-92, ix.

Taininen, Kallio – Soukainen et al (1998). *Contagion of Deliberate Self-Harm Among Adolescent Inpatients.* J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry. Feb; 37(2): 211-217.

Torgersen, S, Kringlen, E, Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample.* Arch Gen Psychiatry, 58:6:590-6.

Torgersen S BM.(1999.) *Genetics of personality disorders.* In: Derksen J ea, editor. Treatment of personality disorders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; p. 1-15.

Wong, Tye (2001). *Low hospital inpatient readmission rate in patients with borderline personality disorder: a naturalistic study at southern health, Victoria, Australia.*

Australien
and New Zealand Journal of Psychiatry 2005; 39:607-611.

Zanarini, M, et al. (1997). *Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder.* American Journal of Psychiatry. 154:8, 1101-1105.

Senast reviderat, datum:	Reviderat av:	Godkänt revideringen: