



Borderline – et liv med flere torne

Til mennesker med en borderline personlighedsstruktur og deres pårørende



SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed arbejder for at skabe forståelse og tolerance for mennesker med sindslidelse og deres pårørende

Borderline – et liv med flere torne

Til mennesker med en borderline
personlighedsstruktur og deres pårørende

Udarbejdet af Pia Glyngdal

Udgivet af SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed

Borderline – et liv med flere torne

Til mennesker med en borderline personlighedsstruktur og deres pårørende

© SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed, 2016

Alle rettigheder forbeholdes.

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse
eller mangfoldiggørelse af dette hæfte eller dele heraf
er uden landsforeningens skriftlige samtykke ikke tilladt
ifølge gældende dansk lov om ophavsret

Tekst: Speciallæge i psykiatri Pia Glyngdal

Redaktion: Kommunikationsrådgiver Birgitte Ehrhardt

Fotos: Colourbox.com

Tryk: Dafolo A/S

Hæftet kan hentes i pdf-format på www.sind.dk

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed

Blekinge Boulevard 2

2630 Taastrup

Telefon: 3524 0750

e-mail: landsforeningen@sind.dk

www.sind.dk

Indledning

Denne pjece henvender sig primært til mennesker, der har fået stillet diagnosen 'borderline' – eller som det fulde navn for diagnosen lyder: *Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type*.

Hvad kan du selv gøre?

Moderne psykiatrisk behandling omfatter psykoterapi, medicin og sociale støt-teforanstaltninger. I dag ved vi imidlertid, at hvis patienten kun oplever behandlingen som en passiv proces – dvs. bare tager imod det, som behandlerne tilbyder – så er behandlingen ikke særlig effektiv. Jo mere den enkelte patient selv arbejder med, tager ansvar og er med til at vælge blandt og koordinere de forskellige behandlingstiltag – jo bedre virker behandlingen.

Vi håber derfor, at mennesker med borderline får lyst til at læse denne pjece, så de får større indsigt i deres egen sygdom. Og dermed forhåbentlig også nogle bud på, hvad de selv kan gøre for at skabe et liv, som de har lyst til at leve.

Hvad kan de pårørende gøre?

Undersøgelser viser, at jo bedre de pårørende deltager i og bakker op om behandlingen – jo bedre er det for patienten. Resultatet bliver sjældent godt, hvis de psykiatriske behandlere trækker i én retning og de pårørende i en anden. Samtidig er det jo de pårørende, der skal være omkring patienten – 'hele tiden' – re-

sten af livet. For målet er jo, at patienten skal kunne klare sig uden behandlere, men fortsætte med at have kontakt med sine pårørende i mange, mange år. Tiden efter ophørt behandling kan imidlertid være svær, hvis ens pårørende ikke er ens allierede. Derfor er det vigtigt, at de pårørende er fortrolige – både med sygdommen og med behandlingen.

Vi håber derfor, at også de pårørende vil få lyst til at læse denne pjece, så de kan være med i behandlingen af det familiemedlem, kæreste eller ven, der har borderline, og igennem hele forløbet være med til at støtte op om, at livet får færre torne.

Ring til 70 23 27 50 og få hjælp

Du kan ringe til SINDs landsdækkende telefonrådgivning på 7023 2750. Det er gratis og fortroligt.

En diagnose – ikke nogen dom

At få diagnosen borderline er ikke nogen dom. Det er netop, som der står, en diagnose. Dvs. det er en betegnelse for en sygdom, som viser sig ved, at man har visse, helt specifikke, symptomer. Og at man har haft dem i mindst to år.

Borderline viser sig især ved en tilbøjelighed til meget kraftige reaktioner – oftest i følelseladede situationer. Som formanden for Borderlinenetværket har sagt: *"Det, der er et vindpust for andre, bliver en tsunami for mig."*

Mange bliver raske

Man kan godt 'vokse sig fra sin sygdom'. Den optræder nemlig hyppigst i de unge år – hvor de fleste af os oplever flere og større følelsesudsving end senere i livet. Cirka en tredjedel af de mennesker, der får stillet diagnosen i de unge år, har ikke diagnosen 20 år senere.

Jo mere man selv arbejder på at acceptere og begrænse sine følelsesmæssige reaktioner, jo større sandsynlighed er der for, at man på et tidspunkt kan få et liv med kun et vindpust i ny og næ. I stedet for et liv, hvor den ene tsunami afløser den næste.

Der findes mange grader af borderline – fra meget voldsomme symptomer, der kræver behandling, til milde former, der er til at leve med. Mange kreative mennesker som skuespillere, forfattere og

musikere formår for eksempel at bruge den ekstreme følsomhed, der følger med borderline, som et positivt og vigtigt element i deres arbejde.



Det, der er et vindpust for andre, bliver en tsunami for et menneske med borderline

Indhold

Indledning	3
En sygehistorie, 1. del	7
Baggrund	9
Borderlinesygdommens historie	9
Forekomst og afgrænsning	10
Årsager	11
Symptomer	13
En sygehistorie, 2. del	21
Behandling	22
Psykoterapi	22
Medicinsk behandling	25
Sociale behandlingstiltag	25
En sygehistorie, 3. del	27
Hvad kan du selv gøre for at få det bedre?	29
Hvad kan de pårørende gøre?	30
Hvordan ser prognosen ud?	31
Yderligere læsning	32





En sygehistorie, 1. del

Eksempel: Belinda var 8 år, da hun første gang kom på børnehjem. Som 14-årig var hun tilbage igen. Begge gange var hun der et års tid.

Belindas mor drak en flaske vin og røg et par gram hash hver eneste aften hjemme sammen med Belinda og den 3 år yngre lillesøster, Britta. Det betød, at fra ved 8-tiden om aftenen kunne man ikke regne med moderen. Moderen kunne ikke klare at holde fast i et arbejde, så familien levede af kontanthjælp. Moderen havde dermed dagen til at klare det huslige. For det meste var der mad på bordet, og der var altid rent tøj.

Et par gange om måneden gik moderen i byen. Belinda vidste ikke, hvilke aftener og nætter moderen gik ud. Ofte vågnede Belinda, fordi lillesøsteren, Britta, græd, og moderen var væk. Så måtte Belinda påtage sig opgaven med at trøste og lulle lillesøsteren i søvn. Bagefter havde hun altid selv svært ved at sove. Hvad moderen foretog sig, når hun var ude, vidste Belinda ikke.

Ind i mellem sagde moderen, at hun håbede, at Belinda og Britta kunne tilgive hende for, at hun nogle gange var så træt

om aftenen, men det var fordi, at hun var syg. Hun sagde også, at selv om hun var syg, prøvede hun at være en god mor. Derfor købte hun indimellem en masse slik, så de rigtig kunne hygge sig sammen alle tre. Moderen havde dog svært ved at være sammen med dem på deres betingelser. Så selv om hun var vågen og ædru sådan en aften, endte det oftest med, at de bare sad og så en film, som moderen havde lyst til at se.

Et par gange i løbet af Belindas barndom kom moderen og fortalte, at nu skulle de være en rigtig familie. Hun havde fundet en sød mand, der kunne være som en far for dem. Men hver gang endte det med, at moderen talte endnu mindre med Belinda og Britta end før. Og hurtigt blev det til, at hun blot drak endnu mere.

I skolen klarede Belinda sig nogenlunde. Frem til hun var 12 år havde hun én bedste-veninde. I dag kan Belinda se, at det altid var veninden, der bestemte, hvad de skulle lave. Men det tænkte hun ikke på dengang. Hun ville hellere være sammen med hende, end hun ville være alene. Hun havde også et godt forhold til flere af læ-

terne. Men når de spurgte til, hvordan hun havde det derhjemme, fortalte hun ikke noget.

Det var pædagogerne i børnehaven – og lærerne på skolen – der sørgede for, at Belinda og Britta kom på børnehjem første gang, selv om de begge havde sagt, at de havde det godt derhjemme.

På børnehjemmet savnede de moderen, så det var dejligt at komme hjem igen. Moderen fortalte, at hun havde fået behandling, mens de havde været væk, og den første tid var hun gladere og meget mere vågen. Men det varede ikke længe.

Da Belinda var barn, forsøgte hun at gøre, hvad hun kunne for at gøre moderen glad. Men da hun var 12 år, oplevede hun, at moderens daværende kæreste – en dag, hvor moderen ikke var hjemme – tog hende på skødet, kysede hende og forsøgte at få bukserne af hende. Det lykkedes hende heldigvis at sno sig fra ham og løbe sin vej. Da hun talte med sin mor om det, slog moderen det hen – som om det bare handlede om, at han forsøgte at være en god far. Derefter holdt Belinda op med at prøve at være sød derhjemme. Hun sørgede for at være så lidt hjemme som muligt og begyndte at være mere sammen med nogle lidt ældre skolekammerater; barndomsveninden 'voksede hun fra'.

Sammen med de nye venner begyndte hun at ryge – først cigaretter, senere hash – og fik også prøvet alkohol. Hun kom på børnehjem som 14-årig, fordi misbruget gik ud over hendes skolegang, og socialforvaltningen havde vurderet, at moderen ikke kunne tage ansvar.

På børnehjemmet var hun trist. Hun følte sig ensom, hun følte sig skyldig, hun følte sig grim, hun følte sig ikke værd at elske, og hun havde en indre uro. En af de andre piger 'cuttede sig'. Pigen fortalte, at man fik det bedre af det. Belinda besluttede sig for at prøve. – Og pigen havde ret: Det gjorde ondt, men smerten gav hende en ro, som hun ikke havde følt længe, ja måske nogensinde. Det var meget bedre end alkohol og hash.

Belinda blev afhængig af at skære sig. Det var dagens højdepunkt: Det gav ro, og så var det spændende. Da pædagogerne på børnehjemmet opdagede, at hun var selvskadende, fjernede de barberbladene, som hun havde købt. De sagde, at de hver dag ville checke hende for friske skæremærker. Fandt de nogen, ville hun få husarrest. Belinda kunne ikke overskue, at det bedste, hun havde oplevet i lang tid, blev taget fra hende. Næste dag købte hun en æske Panodil og tog 20 piller samme aften.

Pædagogerne fandt hende næste morgen, og hun kom på intensiv afdeling. Næste dag talte hun med en ungdomspsykiater, der på mange måder virkede som om, han forstod hendes problemer. Men hun skulle ikke på nogen 'tosseanstalt', så hun sagde, at hun fortrød sin handling rigtig meget, og at det aldrig ville ske igen. Hun sagde også, at hun bare savnede sin mor – så snart hun kom hjem, ville hun få det godt igen. Hun løj og sagde, at hun normalt var en glad pige med mange venner.



Baggrund

Borderlinesygdommens historie

Betegnelsen *borderline* blev brugt første gang i 1938 af psykiateren Adolph Stern.

På det tidspunkt havde man et mere præcist diagnostisk system. Der var to diagnostiske grupper:

- 1) *Psykosser eller sindssygdomme* – til mennesker med en mangelfuld realitets-sans, dvs. mennesker, som ikke kunne skelne mellem virkelighed og fantasi.
- 2) *Neuroser* – til mennesker med hæmninger, overdreven (men ikke sygelig) angst, manglende selvtillid, overdreven ordenssans eller alt for stort fokus på deres eget udseende; og patienter, hvis problemer især viste sig i kontakten med andre mennesker.

Mennesker med en *psykose* indlagde man på hospital og behandlede efter datidens metoder – som for eksempel var insulin-døsekure. Mennesker med en *neurose* behandlede man med *psykoterapi* af typen *psykoanalyse*, som var den eneste psykoterapeutiske metode, man kendte dengang. Teorien bag psykoterapien var, at man ville gøre det ubevidste bevidst. Pa-

tienten lå på en divan og skulle associere frit, tænke 'forbudte' tanker så at sige.

Det er vanskeligt for alle – og især for mennesker med en neurose – at få fat på 'forbudte' følelser. Hvis man som barn har lært, at man ikke må vise vrede, kan man som voksen have meget svært ved at føle og sætte ord på – selv f.eks. en retfærdig vrede. Det samme kan være tilfældet med seksualitet, grådighed, misundelse eller selvtilfredshed.

De patienter, som Adolph Stern beskrev i 1938, kunne ikke passes ind i disse to kategorier. De mindede mest om mennesker med neuroser: De fik problemer i kontakten med andre mennesker. Og de havde en god realitetssans – dvs. de var ikke psykotiske. Men i psykoanalysen reagerede de anderledes end neurotikerne: De havde ingen problemer med at komme i kontakt med deres 'skjulte følelser'. Drifterne, vrede og seksualitet var tættere på overfladen. Det var mennesker, hvor følelserne bestemte, og hvor fornuften ikke var herre i eget hus. Adolph Stern og hans kolleger opdagede også, at psykoanalysen ikke hjalp. Patienterne fik flere problemer af at tale om de-

res følelser. Sagt på en anden måde: Jo mere de talte om det, der pinte dem, jo mere forpinte blev de.

Disse patienter blev kaldt *borderline*, fordi sygdommen ligger i grænselandet mellem det neurotiske, det psykotiske og det normale. Mennesker med *borderline* er ikke hæmmede som neurotikerne – de er tværtimod i tæt kontakt med deres egne drifter – men de har problemer i kontakten med andre mennesker. Realitetssansen er intakt, og de får det ikke bedre af en psykoterapeutisk behandling.

Siden da har betegnelsen *borderline* bredt sig, så den i dag er velkendt uden for psykiatriske fagkredse. I Danmark er sygdommens fulde navn: *Emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type*. I andre lande: *Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, borderline type*.

Det er lidt forvirrende, at ordene 'personlighedsstruktur' og 'personlighedsforstyrrelse' bruges om samme sygdom, men det har vi valgt i Danmark.

Der er forsket meget i årsagerne til sygdommen og i, hvilke former for behandling der er mest effektive. Dermed har vi i dag megen viden om, hvilken psykoterapeutisk behandling der er effektiv. Hvilke typer medicin der virker bedst, ved vi desværre ikke ret meget om.

Forekomst og afgrænsning

Inden man beskriver, hvad en personlighedsforstyrrelse er, kan det være relevant at se på, hvad der menes med ordet 'personlighed'. Dette kan naturligvis defineres på flere måder, men alle definitioner indeholder beskrivelser af det pågældende men-

neskes 'stabile organisation af vaner og måder at forholde sig til andre mennesker på'. Denne organisation har betydning for den måde, mennesket handler, tænker og føler på.

Ordet personlighed kommer fra det græske ord *persona* – den maske, som de græske skuespillere havde på, når de optrådte. Masken viste skuespillerens rolle (alt efter maskens ansigtsudtryk), men der var også en tragt i masken, så lyden blev forstærket. Ordet *persona* er derfor valgt som udgangspunkt for begrebet personlighed, for det viser, at vores personlighed har to funktioner:

- 1) Personligheden er den måde, som vi præsenterer os selv på over for omverdenen.
- 2) Gennem personligheden forstærkes det, vi vil sige – vores budskab – til andre.

Når personligheden er for statisk, dvs. usmi-dig eller forstyrret, taler man om en personlighedsforstyrrelse. En personlighedsforstyrrelse er ligesom selve personligheden konstant og karakteristisk for den pågældende person.

Borderline er en af de 11 personlighedsforstyrrelser (eller -strukturer), som er beskrevet i det nuværende psykiatriske diagnosesystem. Man regner med, at 1-2 pct. af den voksne danske befolkning er ramt af hver af de 11 personlighedsforstyrrelser – herunder af *borderline*. Der er således cirka 60.000 mennesker med *borderline* i Danmark.

Nogle mennesker har to eller flere personlighedsforstyrrelser. *Borderline* er dog

FAKTABOX 1

Fælles for alle personlighedsforstyrrelser er, at

- Personens adfærd afviger fra omgivelsernes.
- De særlige reaktionsmønstre har stået på siden ungdommen/de tidligste voksenår.
- De særlige reaktionsmønstre giver problemer i kontakten med andre mennesker og medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i dagligdagen.
- Tilstanden har været i mindst to år.
- Tilstanden skyldes ikke andre sygdomme.
- Mennesker med en personlighedsforstyrrelse opfatter disse karaktertræk som en del af deres personlighed. De ser dem ikke som udtryk for noget fremmed eller sygt, men som en del af dem selv.
- Tilstanden viser sig ved personens måde at tænke og føle på og/eller gennem, hvordan vedkommende styrer sine impulser og søger at få tilfredsstillende behov.
- Der er oftest lidelse knyttet til tilstanden.

den personlighedsstruktur, der 'fylder mest' i hospitalssystemet. På verdensplan optages 14 pct. af de psykiatriske senge og 20 pct. af alle ambulante samtaler af patienter med borderline. Der er cirka tre gange så mange kvinder som mænd, der lider af

borderline. 75 pct. af patienterne med borderline er med andre ord kvinder.

Årsager

Mange patienter med borderline har været udsat for traumer i barndommen. Det kan være vedvarende omsorgssvigt – de har eksempelvis forældre, som ikke er engagerede i deres børns liv, eller forældre, som har et misbrug og som derfor er lunefulde og uforudsigelige. Det kan være, at moderen havde en depression i de første år af barnets liv. Eller det kan være andre traumatiske begivenheder såsom forældre, der er døde, at familien er flyttet til et andet land, eller at patienten har været udsat for et seksuelt overgreb i barndommen. Undersøgelser har vist, at dette er sket for op mod 70 pct.

Vi ved i dag, at udviklingen af borderline skyldes en blanding af arv og miljø. Arveligheden – generne – spiller med andre ord også ind. Gener kan nemlig give en skrøbelighed, der betyder, at selv om et menneske kun har oplevet mindre traumer i barndommen, er personen mere sårbar over for disse hændelser, end andre er. Det er denne sårbarhed, der i voksenlivet udvikler sig til borderline. Selv om forældrene ikke selv har borderline, kan de være bærere af 'sårbarhedsgener'. Dette kan give sig udtryk i ustabil livsførelse – som i sygehistorien ovenfor. Men det kan også være, at netop den genkombination, forældrene har, ikke giver dem selv problemer, men at de har givet 'de syge gener' videre. Man må huske, at to menneskers gener kan kombineres, så der opstår milliarder af variationer.

Som nævnt ovenfor har op mod 70 pct. af mennesker med borderline været udsat for et seksuelt overgreb i barndommen. Det er påvist, at det oftest er børn, som er usikre på sig selv, og som har svært ved at aflæse andres signaler, der udsættes for dette. I diskussionen – arv eller miljø – skal man derfor huske, at selv om et seksuelt overgreb i barndommen er en svært belastende oplevelse, kan overgrebet netop hænge sammen med en personlighedsprofil. Tilbøjeligheden med ukritisk at indgå i nye relationer – også som voksen – fortsætter hos mennesker med en borderlinepersonlighedsstruktur, selv om man umiddelbart skulle tro, at de blev "brændt" af deres tidligere oplevelser.

For bare 25 år siden troede man, at personligheden stort set udelukkende blev dannet ud fra de oplevelser, vi har i barndommen. Nu ved vi, at personligheden

dannes i et krydsfelt mellem de gener, vi er født med, og de opvækstbetingelser, vi kommer ud for. Generne er således med til at styre, om vi er spændings- eller tryghedssøgende. De er også med til at bestemme, om vi er vedholdende eller let giver op over for problemer. Opvæksten derimod har betydning for, om vi evner at samarbejde, og om vi tror på os selv, ligesom den har betydning for vores behov for at søge bekræftelse hos andre.

Denne kombination af arv og miljø – gener og opvækst – er forklaringen på, at nogle mennesker kan have en meget dårlig opvækst og alligevel udvikle en sund personlighed. Omvendt kan andre mennesker med en almindelig – god – barndom udvikle en borderlinepersonlighedsstruktur. De kan med andre ord blive mærket af deres barndomsoplevelser, selv om de kun har oplevet traumer i meget mild grad.



Symptomer

I vore dage stiller man diagnosen bordeline, hvis 1) kravene i Faktaboks 1 er opfyldt. 2) personen har tre symptomer fra gruppe 1 og to symptomer fra gruppe 2 i Faktaboks 2 (side 11 og 13).

Alle mennesker kan indimellem være impulsive, og alle kan ind i mellem føle sig tomme. Så for at der er tale om et symptom, skal det være i en grad, der påvirker vores evne til at fungere.

Hvis et menneske kun har symptomer fra gruppe 1, vil man give det diagnosen: *Emotionel ustabil personlighedsstruktur, impulsiv type*. Hvis et menneske kun har symptomer fra gruppe 2, har han eller hun ikke en borderlinesygdom.

I det følgende vil hvert symptom blive gennemgået – først hver for sig for derefter at blive kædet sammen for derigennem at få skabt et billede af, hvordan det føles at lide af borderline. (Af pædagogiske grunde vil gennemgangen af de enkelte symptomer ikke følge rækkefølgen i faktaboksen).

Tomhedsfølelse. Ifølge én af store forskere på dette område – den amerikanske psykiater Otto Kernberg – er dette symp-

tom selve kernen i sygdommen. I tomhedsfølelsen ligger der en manglende fornemmelse af, hvem man selv er. Og en manglende evne til at give sig selv omsorg: Man kan ikke føle, at man er træt og dermed give sig selv en pause. Man kan ikke mærke, at man er ked af det og dermed ikke trøste sig selv. Og man kan ikke (i god

FAKTABOX 2

Symptomer ved borderline

Gruppe 1

- Stridbarhed
- Impulsivitet
- Manglende udholdenhed
- Affektlabilitet
- Lunefuld humør

Gruppe 2

- Tomhedsfølelse
- Usikker og forstyrret identitetsfølelse
- Undgåelse af at være alene
- Intense, ustabile forhold
- Tendens til selvdestruktivitet



tid) mærke, at man er vred og dermed sæt- te relevante grænser.

Årsagen menes at være, at barnet ikke er blevet 'spejlet' tilstrækkeligt i de første år. Når det lille barn smiler, vil moderen (fade- ren eller en anden betydningsfuld person) smile igen, når barnet græder, vil det blive trøstet, når barnet er voldsomt, vil der blive sat grænser. Denne 'spejling' hjælper barnet til at få klarhed over, hvem han eller hun er, og hvilke forskellige følelser han eller hun rummer: 'Barnet skaber sin identitet ud fra 'smilet i moderens øje'. Hvis moderen ek- sempelvis har haft en depression, eller bar- net af andre grunde ikke har fået oplevel- sen af at 'blive set' og 'at blive spejlet', bliver barnet usikker på, hvem det selv er, og hvil- ke følelses kvaliteter det rummer.

Usikker identitetsfølelse. Dette symp- tom kan minde lidt om tomhedsfølelsen, men hermed menes, at personen mangler stabilitet i holdninger og meninger. Når et menneske ikke er sikker på, hvem han eller hun selv er, vil det ikke have et filter mod de tankegange og indfald, som det møder. Et menneske med borderline vil, når de er sammen med et menneske med en me- re selvssikker fremtræden, 'mimere' – dvs. ef- terligne – den andens tøjstil, kropssprog, talemåder, politiske synspunkter og vær- dier. Eftersom der mangler en indre kerne,

kan personen med borderline ophøre med denne adfærd fra den ene dag til den an- den.

Man formoder, at symptomet skyldes den samme 'manglende spejling', som me- nes at være forklaringen til 'tomhedsfølel- sen'.

Undgåelse af at være alene. I det ame- rikanske diagnosesystem kalder man det- te symptom for *separationsangst*, dvs. en frygt for at blive ladet alene. Et menneske med borderline har behov for, at der er an- dre mennesker til stede, for når man er ale- ne, føles tomheden tydeligst; livssmerten mærkes mest.

Mennesker med borderline kan finde på at gøre meget for at undgå at være alene. Både pårørende og visse behandlere kan finde på at sige, at mennesker med bor- derline er 'opmærksomhedskrævende' el- ler 'manipulerende', hvis de f.eks. foretager en selvskadende handling i det håb, at den pårørende vil blive lidt længere, eller at ind- læggelsen kan trækkes ud. Imidlertid skal man her tænke på, at når en patient f.eks. vælger at skære sig selv i armen for at und- gå at være ladet alene, så er det et tegn på, hvor ondt det gør at være alene. Et men- neske med borderline kan endog foretage handlinger med deres venner, som dybest set er dem imod, for at bevare venskabet –



som f.eks. at se film, spille et spil eller udføre seksuelle handlinger, de ikke har lyst til. De kan foretage handlinger og bevare et venskab, som er dem imod, for dog at have en ven.

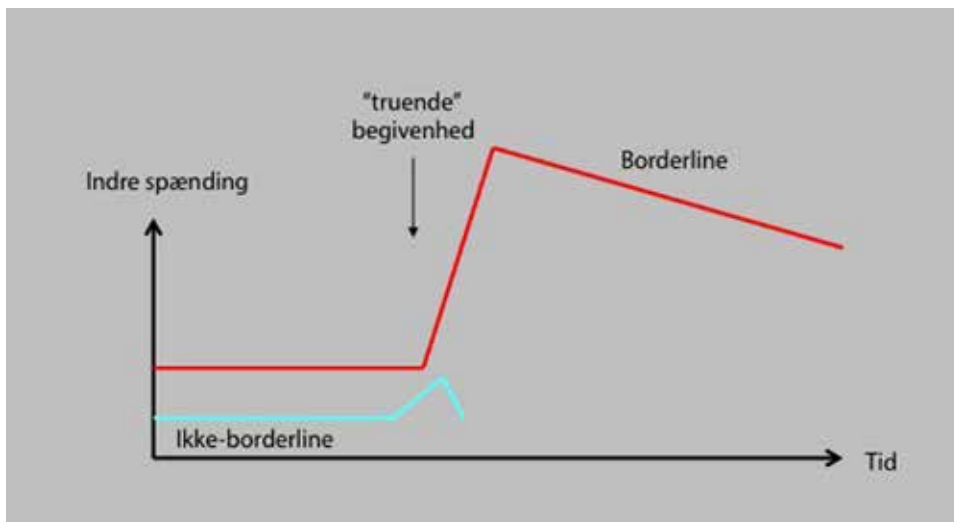
Intense og ustabile forhold. Mennesker med borderline 'hungrer' efter tætte kontakter. Derfor indgår de ofte nye relationer hurtigt og ukritisk. Selv om et menneske med borderline ofte har haft skuffende relationer i løbet af opvæksten, håber de hele tiden, at nye mennesker vil kunne udfylde deres behov for nærhed. Hun (eller han) har tilbøjelighed til hurtigt at skabe nye venskaber og tro, at hér vil hun finde lykken, hér vil hun finde trygheden, hér vil hun få fyldt den indre tomhed ud. Relationen til et menneske med borderline bliver meget hurtigt *intens* og tæt. De har svært ved at afvente en naturlig udvikling i venskabet, før f.eks. intime detaljer afsløres, rejser planlægges, eller man flytter sammen. I situationen tror de på, at forholdet er det bedste, de nogensinde har oplevet. Og at det vil vare evigt. Derfor kan det ikke gå hurtigt nok.

Man siger, at mennesket med borderline *idealiserer* den anden. Man kunne også sige, at det ikke er muligt for nogen at leve op til sådanne forventninger og at blive så tætte så hurtigt. Mennesker med border-

line ender derfor ofte med at føle sig skuffede – og svigtede. Det kan opleves som en afvisning, at en kæreste kommer en halv time for sent, at en veninde er nødt til at aflyse en aftale, eller at en terapeut bliver syg.

Når de føler sig afvist, bliver reaktionen ofte voldsom – *affektabiliteten* er stor (se nedenfor). I denne indre storm handler hun med stor *impulsivitet* (se nedenfor). Hun kan finde på at ringe til veninden og sige, at de ikke længere er veninder. Hun kan bombardere kæresten med sms'er, så han bliver træt af hende og stopper forholdet. Eller hun kan foreslå terapeuten at stoppe terapien. Denne adfærd betyder, at mennesket med borderline ofte hurtigt selv bryder de meget intense forhold – der dermed bliver kortvarige – *ustabile*. Det kan også tænkes, at vennen stopper forholdet, fordi han eller hun bliver forvirret over og træt af al denne uforudsigelige vrede. Når mennesker med borderline er blevet skuffede i relationen, bliver de ofte meget negative over for den tidligere ven eller behandler – personen bliver *devalueret*.

Stridbarhed betyder, at et menneske ved den mindste anledning er parat til en strid. Han eller hun synes ligefrem at søge en strid, en tvist, en polemik eller et skænderi. Hos langt de fleste mennesker med



Figur 1. Affektabilitet: Man mener, mennesker med borderline er mere anspændte og mindre afslappede end andre mennesker. Når en følelsesmæssig begivenhed opstår, reagerer de kraftigt, hurtigt og langvarigt.

borderlinepersonlighedsstruktur er det impulsiviteten (som beskrevet ovenfor), der er baggrunden for denne stridbarhed.

Det vil oftest være omgivelserne – de pårørende – der mener, at mennesket med borderline er stridbart. Andre lægger mærke til de situationer, hvor der er en kraftig følelsesmæssig reaktion. Patienten selv husker mere de situationer, hvor han eller hun går på kompromis med egne behov for at være sammen med den anden. Kompromiser der ikke bliver sagt højt. Mennesket med borderline lader ofte være med at udtrykke mindre mishagsytringer i et forsøg på at tilpasse sig – for at undgå at være alene. Men det bemærker omgivelserne naturligvis ikke.

Impulsivitet. Mennesker med borderline reagerer umiddelbart. De har en ten-

dens til at handle uden at overveje konsekvenserne og har svært ved at stoppe op og reflektere. I impulsiviteten ligger også, at de udtrykker deres tanker umiddelbart. 'Tingene bliver ikke pakket ind', men siges uden omsvøb.

Manglende udholdenhed. Den manglende udholdenhed viser sig på kort sigt ved impulsiviteten – som beskrevet ovenfor. På langt sigt viser den sig ved, at de har vanskeligt ved at holde fast i hverdagens – nogle gange – kedelige rutiner. De giver hurtigt op. Således er det ofte vanskeligt for et menneske med borderline at gennemføre et studium, selv om vedkommende er godt begavet. Tilbøjeligheden til at give op viser sig også, når der er problemer i forhold til venner – som beskrevet ovenfor – eller i ansættelsesforhold.

FAKTA

Grunde til at foretage selvskade

- At stoppe psykisk smerte: 59 pct.
- At straffe sig selv: 49 pct.
- At kontrollere følelser: 39 pct.
- At få hjælp: 22 pct.
- At udtrykke vrede: 22 pct.
- At overvinde tomhed: 20 pct.

Kilde: Bo Møhl, 'At skære smerten bort.'

Affektlabilitet. At være labil betyder at være 'let at forandre'. Affekt betyder følelser. Så affektlabilitet betyder, at ens følelser let slår om. Der skal ikke så meget til, for at personen skifter fra at være vred til at blive ked af det, bange eller glad.

Ifølge moderne forskning er det affektlabiliteten, som er sygdommens basis. Som det ses på figur 1 (side 16), mener man, at mennesker med borderline, også når de er i en neutral følelsesmæssig tilstand, er mere anspændte og mindre afslappede end andre mennesker.

Når en følelsesmæssig begivenhed indtræder, reagerer de kraftigt og hurtigt. Den lille uro i mellemgulvet breder sig til hele kroppen, den stiger i intensitet og bliver til det, vi kalder *følelsesoversvømmelse*. I følelsesoversvømmelsen føles det, som om man skal dø: 'Det er et vindpust i almindelige menneskers liv, men det bliver en tsunami hos et menneske med borderline.' Patienterne selv beskriver det som, at der bliver vendt op og ned på alting inde i dem. De kan ikke tænke fornuftigt, og de

føler en uro i hele kroppen. Der er tale om en sjælelig smerte, som vi andre kun sjældent oplever i svært følelsesladede situationer.

Mennesker uden tilbøjelighed til borderline vil slet ikke lægge mærke til disse dagligdags situationer. Ved mere 'truende begivenheder' – hvis vi f.eks. hører, at vores barn har været udsat for en ulykke på legepladsen – vil vi reagere følelsesmæssigt, men det vil oftest gå langsommere, følelserne når slet ikke de samme højder, og uroen vil hurtigt klinge af. Mens et menneske med borderline er længe om at falde ned igen.

Tendens til selvdestruktivitet. Et menneske i en tilstand af *følelsesoversvømmelse* vil gøre hvad som helst for at slippe af med den indre uro – inklusiv at skade sig selv fysisk. Smerten kan være med til at lindre uroen i kroppen. Selvskaden kan foregå ved at snitte sig selv med en skarp kniv. Oftest på underarmen, men hvis huden dér er meget beskadiget af tidligere snitsår, kan også benene og maveskindet inddrages. Selvskaden kan også foretages ved at kradses sig selv, brænde sig selv, slå sig selv eller – oftest under indlæggelse, hvis knive og ild er fjernet – ved at banke hovedet mod en væg.

Følelsesoversvømmelse er den hyppigste årsag til *selvmutilerende* handlinger, men der kan også være andre grunde:

Mennesker med borderline kan altså også bruge selvdestruktiviteten til at straffe sig selv. Det samme menneske kan have flere grunde til at foretage selvskader. Det kan være, at hun straffer sig selv for en ukontrollabel vrede, der har ødelagt et forhold, men det kan også være for at have

udvist helt almindelige følelser så som at være sårbar eller blive ganske almindeligt vred. Som nævnt ovenfor kan selvdestruktiviteten også bruges til at påkalde sig omsorg og hjælp. At foretage selvskade kan også være et værn mod tomheden.

I perioder med meget selvskade kan det være nærliggende at tænke, at så skal patienten naturligvis være indlagt. Det var også holdningen tidligere i behandlerkredse. I dag ved vi, at en længerevarende indlæggelse desværre oftest medfører, at patienten blot får det dårligere. Det at plejeper-

sonalet sætter rammerne medfører nemlig, at patientens egen evne til at aflede sig selv fra skæretangen mindskes. På samme måde kan dagligdags aktiviteter i hjemmet (indkøb, madlavning, rengøring) være med til at aflede patienten fra skæretangen. Indlæggelser på et, to eller allerhøjest tre døgn kan være effektive for at afbøde de sværeste følelseskriser, mens længerevarende indlæggelser som oftest forværrer tilstanden.

Selvdestruktive handlinger ses også i form af *misbrug*. Over 2/3 af mennesker



Figur 2. Mennesker med borderline kan befinde sig i en "følelses-karrusel" med ustabil humør.

med borderline har et misbrug – i form af alkohol, cannabis eller hårdere stoffer. I rusen kan patienten glemme sin ensomhed og tomhed og manglende følelse af at være et helt menneske.

Selv mord og selvmordsforsøg er den yderste konsekvens af selvdestruktiviteten. Selvmordsforsøget vælges, når følelsesoversvømmelsen eller tomheden er så stor, at den ikke kan brydes med almindelig selvskade. Desværre kan patienten også nogle gange vælge at foretage et selvmordsforsøg, hvis man som behandler har fjernet barberblade eller andre knive, så hun eller han ikke kan 'cutte sig'. Flere undersøgelser har vist, at 75 pct. af mennesker med borderline forsøger at begå selvmord – ofte flere gange.

Det er meget vigtigt at være opmærksom på, at selvdestruktivitet i sig selv ikke er det samme som, at et menneske lider af borderline. For at have diagnosen borderline skal de andre symptomer også være til stede, og personen må ikke have en anden psykisk sygdom – som f.eks. depression eller psykose.

Lunefuldhed. At være lunefuld betyder at være fuld af luner (forskellige typer humør). En lunefuld person er med andre ord en person, hvis humør hele tiden skifter – og hvis reaktioner derfor kan være svære at forudsige. Det er meget forvirrende, at datteren/veninden/kæresten først er smilende og i strålende humør, men i løbet af et par timer udvikler vrede og gråd. Og eftermiddagen slutter måske med, at hun smadrer et glas, snitter sig og skal på skadestuen for få såret syet sammen.

Hvis man i begyndelsen af et terapeutisk forløb taler med patienten om dette, vil hun måske kunne erkende, at hendes humør svinger voldsomt. De færreste patienter kan imidlertid forklare, hvorfor deres humør svinger. Når de kommer godt i gang med psykoterapien, vil de dog oftest få en bedre indsigt i deres 'lunefuldhed'. Meget ofte hænger udsvingene sammen med en afvisning, frygt for afvisning eller anden negativ oplevelse i forhold til nærtstående.

Figur 2 kan give en forståelse for den 'følelses-karrusel', som mange mennesker med borderline kører rundt i, og give en god forklaring på lunefuldheden og det ustabile humør.

Mennesker med borderline føler sig *tomme* i perioder uden tætte venskaber. For at bryde denne følelse indgår han eller hun *ukritisk i kontakten*. Her forsøger patienten at bevare forholdet ved at tilpasse sig så godt som muligt – og med en *usikker identitetsfølelse* forsøger hun at følge den andens ønsker. Mennesker med borderline er imidlertid også meget sårbare. Så selv små problemer i forholdet eller trussel om tab vil få hende til at reagere *impulsivt, affektlabilt* og ofte med voldsom *vrede*, fordi hun vil *undgå at være alene og ikke kan udholde usikkerheden*. Det giver flere problemer og eventuelt et brud. I den næste ensomhedsperiode har hun det ikke bedre. For at lindre den psykiske smerte kan hun 'trøste sig' med misbrug eller *selvskade*.

Hun har nu en stor 'sult' efter et andet menneske, hun kan knytte sig til. Når hun møder én, der er venlig, er hun ukritisk og indgår hurtigt i ny relation.





En sygehistorie, 2. del

Eksempel: Da Belinda kom hjem efter selvmordsforsøget og opholdet på børnehjemmet, var hun 15 år. Hun faldt hurtigt tilbage i det samme mønster med at hænge ud med de lidt ældre venner og ryge hash næsten dagligt. Hun havde nu svært ved at følge med i skolen og begyndte at pjække. I 9. klasse droppede hun helt ud af skolen.

Hun fik arbejde i det lokale supermarked, og her trivedes hun. Hun havde et afslappet forhold til de andre unge, og arbejdet var let; det afledte hendes tanker og fjernede uroen. Det lykkedes hende at få en ungdomshybel gennem kommunen, men det var svært at være alene om aftenen, så hun gik meget i byen og håbede hver gang på, at ham, hun tog med hjem, ville blive til næste morgen. Ligegyldigt hvornår han gik, følte hun sig dog ensom og tom bagefter, så hun stadig var nødt til at bruge tricket med at snitte sig for at trøste sig selv.

Da hun var 18 år, blev hun virkelig forelsket. Det var som om, han ville hende mere, end hun ville ham. Han var 8 år ældre end hende, han hed Michael og var elektriker, og han kaldte hende *sin*. Han kør-

te på motorcykel, og Belinda nød suset, når hun sad bag på og holdt fast i ham. Da de havde kendt hinanden i et par uger, spurgte han hende, om hun ville flytte ind i hans lejlighed. Belinda slog straks til. Hun besluttede sig for, at nu ville hun ikke mere være ked af det, ikke mere skære sig, drikke mindre og skære ned på hashen.

De havde det godt de første uger. Så begyndte Michael at være væk om aftenen uden at sige, hvor han var, og uden at svare på mobilen. Når hun talte med moderen om det, sagde hun, at det måtte man finde sig i. Belinda begyndte først dér at undre sig over, at der hele tiden stod forskellige fjernsyn og dvd-afspillere i lejligheden. Da hun spurgte til det, svarede han, at det skulle hun ikke blande sig i. Han sagde, at hun skulle se at få sig nogle veninder, for det var 'sygt', at hun ikke kendte andre end ham. Da hun en aften ikke havde lyst til at have sex med ham, var han ligeglad og tog hende bare. Men han sagde undskyld næste dag, så han var god nok.

Hun ville gerne gøre hjemmet så pænt som muligt til Michael, så hun begyndte at lade være med at gå på arbejde, og efter-



hånden blev det hver uge, at hun meldte sig syg en dag eller to. Til den første sygefraværssamtale kom hun til at hidse sig op over for bestyreren og sagde, at dét skulle han ikke blande sig i. Næste dag sagde hun op, for hun ville ikke ydmyges med at blive opsagt.

De næste måneder blev dagene lange, og Belinda begyndte på alle sine 'laster' igen. En aften sagde Michael, at hun skulle flytte i morgen, for han kunne ikke holde ud at se på hende, og i øvrigt skulle hans nye kæreste flytte ind. Samme aften skar Belinda sig dybt i håndleddet for at dø. Da hun så alt blodet, der væltede ud, blev hun bange og ringede 112. Hun kom på hospitalet, og efter at have fået syet det dybe sår sammen, blev hun tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling. Belinda var da 20 år.

Behandling

Mennesker med borderline har først og fremmest brug for *psykoterapeutisk behandling*. Ofte vil det dog være en god idé at supplere med *sociale støtteforanstaltninger* og *medicinsk behandling*.

Psykoterapi

Hvis den *psykoterapeutiske behandling* skal have en effekt, er det vigtigt, at psykoterapeuten er fortrolig med de reaktioner, der

kan opstå i samspejlet med et menneske med borderline. Terapeuten risikerer at få sin egen tålmodighed sat på prøve mange gange.

I takt med at den terapeutiske relation udvikles, vil patienten nemlig udvise (næsten) de samme følelser og adfærd over for terapeuten som over for andre og i andre situationer. Terapeuten kan for eksempel opleve, at patienten ofte kommer for sent eller helt udebliver, eller man kan som terapeut opleve at blive sat op på en piedestal – og fuldkommen idealiseret. Terapeuten kan få at vide, at han eller hun er det bedste menneske i verden og den eneste, der nogensinde har forstået patienten. Patienten vil under samtalerne blindt følge terapeutens gode råd uden at være opmærksom på, at hun ikke kan leve op til dem derhjemme. Før en ferie eller anden pause i terapien vil patienten være trist og oplyse, at hun ikke kan undvære terapeuten og derfor sikkert vil tage sit eget liv under terapeutens ferie. Det skal naturligvis ikke afholde terapeuten fra at tage ferie. Det kan også tænkes, at terapeutens ferie eller sygdom medfører, at patienten foreslår at afbryde terapien – for hun har det fint nu. Terapeuten kan senere i forløbet forvente nedsættende vredesudbrud og udråb om, at terapeuten er følelseskold og uem-



patisk. Ligeledes kan man forvente, at et menneske med borderline har et dramatisk liv uden for terapien, sådan at selv om man har aftalt at arbejde med ét emne næste gang, vil patienten fra begyndelsen fylde rummet med en beskrivelse af meget voldsomme begivenheder – så som f.eks. at moderen er kommet på hospitalet, at kæresten er kommet i fængsel, eller at patienten selv har været ude for et overfald. Endelig kan det ske, at der i slutningen af sessionerne kommer følelsesudbrud, hvor patienten smadrer et glas og begynder at skære sig, eller at patienten under de sidste to minutter af forløbet fortæller, at hun har 30 'panodiler' liggende klar, til når hun kommer hjem.

Som terapeut er det nødvendigt at holde tungen lige i munden og ikke blive revet med af de mange dramatiske begivenheder, der opstår såvel i som uden for terapilokalet. Det er kun muligt, hvis terapeuten fastholder sin behandling og følger retningslinjerne i den teori, som han eller hun bruger. Samtidig med at det sker med omsorg og respekt for det enkelte menneske. Hvis man som terapeut går ind i en tæt hjælperolle, vil det muligvis kunne give en forbigående ro. Men på sigt vil det forhindre terapeuten i at bevare det overblik,

som patienten selv mangler i de følelsesmæssigt opkørte situationer.

I Danmark bruger man for tiden især to terapeutiske behandlingsmetoder, som begge har vist sig effektfulde ved langvarige forløbsstudier: *Dialektisk adfærdsterapi (DAT)* og *mentalisering*.

I *Dialektisk adfærdsterapi (DAT)* er første trin at få patienten til at ville sit eget liv, så den selvskadende adfærd kan ophøre. Så længe der er selvskade og selvmordsforsøg, er det ikke muligt for patienten at arbejde yderligere med sine psykiske problemer. Næste trin er at hjælpe patienten med at finde ud af, hvad han eller hun vil med sit liv, og at hjælpe patienten til at tro nok på sig selv til at kunne arbejde hen imod realistiske mål. Det sidste trin er at lære, at man ikke kan få alting her i livet og at være tilfreds med det, man når.

I *DAT* er der ikke kun én, men flere behandlere i teamet, sådan at de andre kan træde i den gennemgående behandleres sted i ferier og ved sygdom. For det første går patienten én gang om ugen til undervisning i en gruppe med to terapeuter, hvor man gennemgår forskellige færdigheder, som de fleste mennesker med borderline mangler. Det kan dreje sig om at være 'mindful', dvs. at være i nuet og være opmærksom på selv 'små følelser'. Eller det

kan dreje sig om at lave afledning fra selvskaden (herunder misbruget). Patienterne skriver lister med, hvad de kan gøre for at afholde sig selv fra selvskade (kriseplaner). Der arbejdes med forholdet til andre mennesker, hvor patienterne øver sig i at sætte grænser over for andre, så de bliver i stand til at holde fast ved deres egne behov uden samtidigt at ødelægge et venskab.

Derudover har patienten én fast behandler, som de har en terapeutisk samtale med én gang om ugen. Her vil man typisk arbejde med, hvordan det nye, som patienten har lært i gruppen, kan bruges i hverdagen.

Endelig er der – helst døgnet rundt – en af terapeuterne, der sidder med den krise-telefon, som alle 8-12 patienter i gruppen kan ringe til for at stoppe en selvskadende handling. Denne terapeut ligger inde med alle de individuelle kriseplaner og kan dermed også rådgive om dem. Husker patienten at ringe, når der opstår en nødsituation, kan det ofte være med til at aflede fra trangen til at skade sig selv.

I DAT prøver man således *ikke* at genopleve tidligere traumatiske barndomsoplevelser, sådan som man gør det i den metode, der hedder *Mentalisering*. Man kan tale om disse oplevelser, hvis det er patienten magtpåliggende, men først når selvskadetrangen er ophørt. Ifølge den amerikanske psykiater Marsha Linehan, der har udviklet denne terapiform, vil det give følelsesoversvømmelse og dermed igen skærtrang, hvis man for tidligt lader patienten tale om traumerne.

I *Mentalisering* er den teoretiske basis, at patienten aldrig har lært at forstå sam-

menhængen mellem følelser og adfærd – hverken hos sig selv eller andre. Som lille er patienten ikke blevet spejlet (se årsager), så som voksen kan hun eller han heller ikke mærke og erkende sine egne behov, længsler, følelser, overbevisninger, mål og bevæggrunde. På samme måde kan patienten heller ikke forstå baggrunden for andre menneskers handlinger. Denne manglende forståelse for andres følelsesverden giver problemer i samværet, og efter uoverensstemmelserne vender patienten det mod sig selv og kan reagere med depression eller selvskade. Mindfulness – dvs. det 'at mærke efter' – er således en vigtig del af både *DAT* og *mentalisering*. I *mentalisering* arbejdes således med tidligere svigt, men først når patienten er blevet mere stabil og ikke så længe, der er et aktivt misbrug. Patienterne træner sig i at sætte ord på følelser i stedet for at handle impulsivt og uoverlagt (*acting out*). *Mentaliseringsbehandling* kan foregå i gruppe eller individuelt.

Patienten skal være lidt bedre fungerende – dvs. lidt mere stabil og mindre selvskadende – for at kunne deltage i *mentaliseringsbehandling*, hvorimod mange – selv dårligt fungerende patienter – vil kunne have glæde af *dialektisk adfærdsterapi (DAT)*. I amerikanske undersøgelser er der vist grundlæggende effekt hos mere end 75 pct. af de patienter, der kommer i gang med en af disse to behandlingsformer. Har patienten et misbrug, som de har svært ved at stoppe, er der dog mindre chance for, at de er i stand til at møde stabilt frem til behandlingen og dermed komme til at fungere bedre.

Medicinsk behandling

Nogle patienter er så ustabile, at de ikke kan gennemføre en psykoterapeutisk behandling. Det kan da være nødvendigt at nøjes med at give *medicinsk behandling* for at dulme uroen. Andre har brug for medicinen som støtte til den psykoterapeutiske behandling. Der findes ikke nogen 'borderline-medicin', på samme måde som der er medicin mod psykoser eller mod depression. Principperne for *medicinsk behandling* er derfor, at man skal behandle det, der generer patienten mest.

Visse patienter med borderline er så triste, at de skal tilbydes *antidepressiv medicin*. Andre, der har mange stemningssvingninger, kan profitere af stemningsstabiliserende medicin i form af *antiepileptika* eller det, der kaldes *nyere antipsykotika* i mindre doser. Hyppigst er angsten (der viser sig ved fysisk uro) det største problem. Her kan det være en god hjælp at få *angstdæmpende* medicin – enten forebyggende eller når uroen er så svær, at patienten overvejer selvska-

de. Visse *angstdæmpende* midler er imidlertid både vanedannende og afhængigheds-skabende, og da mennesker med borderline er tilbøjelige til at udvikle afhængighed, skal man forsøge at undgå det såkaldte benzodiazepin.

Sociale behandlingstiltag

Som det kan ses i historien om Belinda, er der ofte behov for *social støtte*. Det kan være hjælp til igen at få et arbejde eller en bolig, eller det kan være lektiehjælp eller hjælp til at skabe sig et godt socialt netværk. Kan patienten kun dårligt klare sig uden for afdelingen, kan det være nødvendigt at finde et bosted med døgnbemanding og muligvis et værested eller aktivitetssted om dagen.

For at psykoterapeuten kan blive i terapien og ikke bare blive en hjælper, er det vigtigt, at disse arbejdsopgaver ligger hos andre.





En sygehistorie, 3. del

Eksempel: Belinda bliver som 20-årig tvangsindlagt på en lukket afdeling.

De første uger er det svært for behandlerne at finde ud af, hvordan hun har det. Hun vil hjem for at hindre, at Michaels nye veninde flytter ind. Hun kan ikke forklare den indre storm af alle mulige følelser – jalousi, angst for fremtiden, vrede og smerte – der raser i hende. Når hun ikke får lov til at gå ud, reagerer hun med at ødelægge inventaret. Hun smadrer fjernsynet, trækker gardinerne ned og hiver stikkontakter ud af væggen. Når hun oplever, at man ikke lytter til hendes behov, reagerer hun med at banke hovedet imod væggen og kradse sig selv til blods. Når hun er til samtaler med lægen, forbyder hendes stolthed hende at fortælle, hvad hun føler og tænker. Man forsøger at berolige hende ved at give hende medicin, men hun bliver sløv af det og finder ud af, at hun kan gemme medicinen i munden og spytte den ud bagefter.

En dag kommer moderen på besøg. Hun græder hele tiden, for det gør så ondt at se datteren på en lukket afdeling. Bagefter føler Belinda sig så skamfuld og ked af

det, at hun ikke vil leve længere. Om aftenen da hun går i seng, snurrer hun en trøje meget stramt om halsen for at dø. Heldigvis ser personalet til hende, kort efter at hun er gået ind på sin stue, og hun bliver overført til intensivafdelingen, hvor hun bliver genoplivet.

Efter dette selvmordsforsøg bliver Belinda lidt mere klar til at tale om sine problemer.

Til lægesamtalen fortæller hun om forholdet til Michael, sin indre spænding og at hendes voldsomme handlinger skyldes, at hun ellers ikke ved, hvad hun skal gøre. Hun får tillid til lægen, og mange spørgsmål og flere samtaler senere får hun at vide, at hun har en borderline personlighedsforstyrrelse. Behandlingen er terapi, der vil vare mellem et halvt og to år. Belinda synes, at det er for meget, og hun bryder sig slet ikke om at skulle være i en gruppe, men da hun i de næste samtaler får mere at vide om behandlingen, og afdelingens socialrådgiver hjælper hende til at finde en anden lejlighed, begynder hun langsomt at tro på, at hun vil kunne få hjælp. Efter hun har haft et par samtaler med sin fremtidige

faste terapeut, bliver hun efter 3½ måneders indlæggelse udskrevet til fortsat ambulante behandling.

På trods af de svigt, Belinda har oplevet i sin barndom, er hun en relativ ressourcestærk og velbegavet kvinde, så det gik

hurtigt for hende at komme i gang med en behandling, der hjalp hende videre. Desværre er det ikke alle, der så hurtigt får oplevelsen af, at de kan få hjælp i hospitalssystemet.



Hvad kan du selv gøre for at få det bedre?

Når et menneske med borderline først har oplevet, at de føler sig lettede efter at have skadet sig selv (eller andet misbrug), kan tanken – og ønsket om dette – fylde alle timerne i døgnnet. Det kan være tanken om senere at kunne 'cutte sig selv', der kan få dig til at klare dagligdagen og måske være sammen med mennesker, som du ikke bryder sig om. Tanken om selvbeskadigelse (eller misbrug) giver glæde. Derfor kan det opleves ufølsomt og uoverskueligt at få at vide, at denne adfærd skal stoppe. Men har man borderline, er første skridt at bremse sine impulsive handlinger, hvis man – med tiden – skal få sig et godt liv.

Det kan derfor være en start at tænke over, om de impulsive handlinger nogensinde har haft en gavnlig virkning – dagen efter. Om selvskadene nogensinde har 'varmet' – dagen efter. Og om vredesudbruddene over for andre nogen sinde har bedre forholdet på sigt. For har du først gjort den erkendelse, har du taget første skridt på vejen.

Der skal selvfølgelig sættes noget andet i stedet. Derfor er det vigtigt at prøve at fin-

de ting, du glædes ved. Og lade dem få så meget plads i din hverdag som muligt!

Det kan være at gøre maden lidt mere lækker, at købe et stykke kvalitetschokolade, at give sig selv lov til at bruge rigtig mange timer på yndlingscomputerspillet eller bare nyde trygheden og varmen under en lun dyne. Mange mennesker med borderline føler, at de ikke er værdige til at have det rart, så de har glemt at holde af sig og forkæle sig selv. Det skal genlæres. Det kan være en idé en dag, hvor du har det nogenlunde godt, at sætte dig med et stykke papir (eller et særligt hæfte) og skrive de ting ned, du kan lide – fra gåture i skoven til flæskesteg med svær. Det er svært til at begynde med, men det kan være en god hjælp at have skrevet det ned, så det kan tages frem til inspiration, næste gang du har brug for at trøste dig selv. Og husk: Hver gang, det lykkes dig at aflede dig selv fra selvskade, har du vundet en kæmpesejr. Fokuser på sejrene – ikke på nederlagene.

Det er vigtigt, at du er klar over, at jo mere du fortæller behandleren om, hvordan du har det, og hvordan du synes behand-

lingen hjælper, jo bedre kan behandleren hjælpe dig. Desværre er der nogle patienter, som gerne vil opføre sig 'pænt' over for behandleren. Derfor siger de, at det går

godt – selv om det ikke er rigtigt. Det hjælper dig ikke! Terapeuten kan godt klare at høre om dine problemer. Hvis ikke, fortæller du en bedre behandler.

Hvad kan de pårørende gøre?

Det gør ondt at se at sin datter, søster, veninde eller kæreste skamferet af nye snitsår eller indlagt på en lukket afdeling igen, måske sløvet af medicin. Man kan blive vred på *behandlingsystemet* over, at de ikke gør mere. Man kan blive vred på *den syge pårørende* over, at de igen har forsøgt at begå selvmord. Og man kan få dårlig samvittighed over, at man ikke selv har gjort mere eller har grebet tingene anderledes an. At være pårørende til et menneske med borderline vil derfor ofte udløse mange voldsomme følelser. Det hjælper imidlertid *ikke* et menneske med borderline. Som pårørende skal man ikke lyve om sin bekymring, frygt eller vrede, men hvis man kan begrænse sine egne stærke følelser i samværet, mindsker man den syges bekymring på det område.

Det er godt at stille op og hjælpe – men man skal ikke tilbyde mere end det, man selv kan holde til. Ringer den syge tit om natten, er det vigtigt, at man får sagt, at man desværre ikke mere kan hjælpe om natten, fordi man har brug for sin nattesøvn. Har den syge et misbrug, skal man ikke låne dem penge. Bliver den syge ind i mellem vred og ødelægger ting i ens hjem, skal hun eller han have at vide, at de ikke

kan komme på besøg, når de har det sådan. At tilbyde dem at de kan flytte ind vil som oftest være en dårlig idé, for selv om det måske giver en kortvarig bedring, gør man på den måde den syge afhængig af sig. Uden evnen til at udfylde 'tomheden' selv, og uden at den syge får bugt med separationsangsten, er tilstanden ikke kureret – kun midlertidigt skjult.

Men man skal sikre sig, at man selv kan holde samværet ud, ellers vil man med stor sandsynlighed blive irriteret på den syge – og det er hun ikke tjent med. Man skal tænke på, at mange borderlinepatienters sygeperioder kan vare flere år – så man skal have energien også næste år.

Det kan være vanskeligt at forstå, at de psykiatriske afdelinger ofte udskriver patienterne efter få dages indlæggelse. Det kan der selvfølgelig være forskellige grunde til, men som beskrevet ovenfor bliver de færreste mennesker med borderline raskere af at være indlagt. Det, der er behov for, er langvarige ambulante behandlingstilbud, hvor patienten i hjemlige omgivelser får afprøvet de færdigheder, der læres i terapien. Som pårørende er det derfor vigtigere at kæmpe for et ambulante behand-

lingstilbud – i stedet for at have fokus på, at indlæggelserne skal vare længere.

Det kræver stor balancekunst at være pårørende til et menneske med borderline: Man vil gerne støtte og hjælpe, men den syge er også et voksent menneske, der skal lære at klare livets udfordringer selv. Det bedste er derfor at sætte sig ned og få skrevet nogle aftaler for forskellige situationer ned, evt. sammen med en behandler – en dag, hvor patienten har det godt. Det skal være aftaler, som den syge føler er gavnlige, men som man også selv kan acceptere. Det kan f.eks. være aftaler, der handler om, hvorvidt man skal følge sin pårørende til den ambulante behandling eller ej, om man skal ringes ved dagligt, hvem der skal ringe op og hvornår, eller om der skal ydes

økonomisk bistand i slutningen af måneden, hvis pengene bliver betalt tilbage den første. Forskelligt fra menneske til menneske, men meget tit har de pårørende en række påtrængende spørgsmål til behandleren om den slags ting, og det er oftest dem selv og den syge, der bedst kan løse det sammen.

Allervigtigst er det imidlertid ikke at være for rigid og at tale om, hvad der sker. Dialektik betyder samtale. Mennesker med borderline har svært ved at føre en samtale med sig selv og indgå kompromiser. Her må den pårørende prøve at være et forbillede og opstille nogle regler for samværet – samtidig med, at man ind i mellem skal være fleksibel og dialektisk.

Hvordan ser prognosen ud?

Efterundersøgelser viser, at langt de fleste mennesker med borderline får det bedre med alderen. Selv om de har været indlagt som unge, vil cirka 1/3 af patienterne 10 til 20 år senere leve et helt normalt liv og være velfungerende med stabile personrelationer. Cirka 1/3 vil ind i mellem have voldsomme følelsesudbrud, ustabile arbejdsforhold, venskaber og partnere, men de vil være hørt op med at skade sig selv. Den sidste 1/3 – oftest dem med et mere alvorligt misbrug – vil stadigvæk have periodevis selvskade, og de vil ikke kunne passe et arbejde eller evne at blive i relationer. Misbruget vil ofte være fortsat.

Disse prognoser er naturligvis baseret på mennesker, der var indlagt for flere årtier siden og som derfor ikke fik nutidens mere systematiske behandling. Som nævnt ovenfor kan man i dag forvente, at hvis en patient evner at følge en god og regelmæssig behandling, vil omkring 75 pct. af patienterne mærke effekten af behandlingen.



Yderligere læsning

www.sind.dk

Læs mere om **SIND** på bagsiden.

www.borderlinenetvaerket.dk

Borderlinenetværket er en interesseorganisation for mennesker med borderline, for pårørende og for professionelle, som beskæftiger sig med området. Netværket har sommeren 2013 ca. 1.000 medlemmer, og består af fem Borderline-forums, en pårørendegruppe, en telefonrådgivning, en foredragsgruppe og et website med bl.a. en blog, artikler og nyheder.

www.psykiatrifonden.dk

Erik Simonsen (red):

Personlighedsforstyrrelser. Psykiatrifonden, 2008.

Peter Handest, Lennart Jansson og Jan Nielsen:

Skizotypi og borderline. PsykiatriFonden, 2003.

Bo Møhl:

At skære smerten bort. PsykiatriFonden, 2006.

Karin Dyhr:

Bag om borderline. Nyt Nordisk Forlag, 2010.

Rikke Bøye og Morten Kjølbjerg (red.):

Borderline. Psykoedukation, forståelse og behandling. Hans Reitzels Forlag, 2012.



SINDs formål er at skabe forståelse og tolerance for mennesker med sindslidelse og deres pårørende
SIND arbejder for trivsel, forebyggelse og rehabilitering

SIND kan hjælpe dig

SIND har en landsdækkende telefonrådgivning for mennesker, der er psykisk sårbare, og for pårørende.

Vi har desuden adskillige åbne rådgivninger, hvor man kan komme ind fra gaden.

Oplysning om nærmeste rådgivning

kan fås ved henvendelse til vores telefonrådgivning på tlf. **7023 2750** eller på www.sind.dk/faa-hjaelp.

SINDs MedicinRådgivning rådgiver om ned- og udtrækning af psykofarmaka samt om abstinenshåndtering: Tlf. **7026 2510**, www.smr.dk.

Du kan hjælpe SIND

SIND har brug for din støtte. Uden den kan vi ikke hjælpe dig eller andre.

Du kan hjælpe os på flere måder:

- Ved at melde dig ind i SIND
- Ved at abonnere på SINDbladet
- Ved at melde dig som frivillig

- Ved at indbetale et gavebeløb til SIND og/eller betænke SIND i dit testamente

Vi håber på din støtte. Se mere på www.sind.dk/medlem. Du kan også kontakte os på nedenstående telefon eller e-mail.

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

Tlf.: 3524 0750
landsforeningen@sind.dk
www.sind.dk

SIND har brug for din støtte.

Meld dig ind i SIND eller indbetal et gavebeløb. Begge dele kan du gøre på vores hjemmeside.

Vil du yde en indsats som frivillig, så kontakt sekretariatet eller din lokalafdeling.