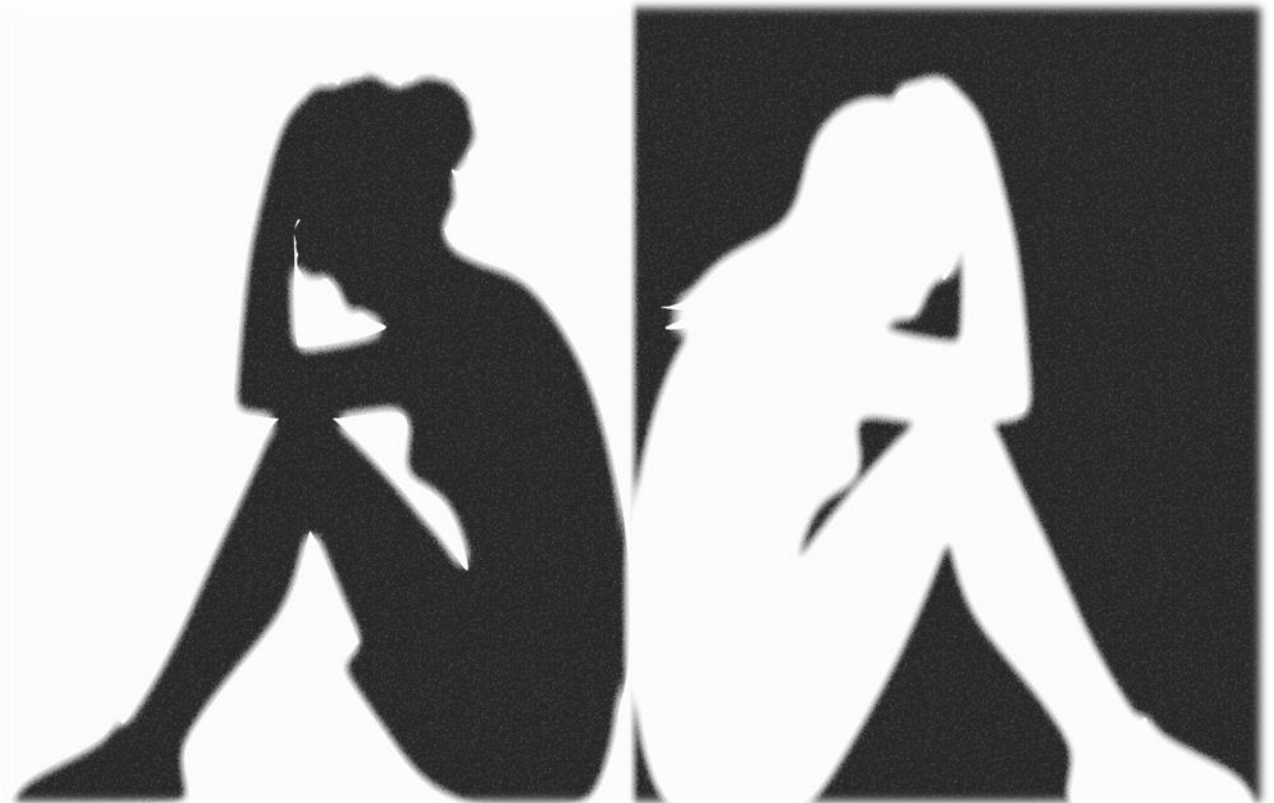


At Leve i Ekstremerne

*Et Kvalitativ Studie af at Være Ung og Leve med Borderline
Personlighedsforstyrrelse*



Ophav: pixabay.com

FORTROLIGT

Rapportens samlede antal tegn: 259470
Svarende til antal normalsider: 108,1

Ditte Kirstine Søndergaard Pedersen, Studienummer: 20164439
Marie Bjerg Andersen, Studienummer: 20166312

Vejleder: Carolin Demuth

Aalborg Universitet
Dato: 28.05.2021

Abstract

Background: Borderline personality disorder (BPD) is a severe mental disorder characterized by a pervasive pattern of instability on several domains such as self-image, interpersonal relationships, emotions, impulsivity and a tendency to self-destructive behavior. Community studies reveal that BPD affects 1-2 % of the general population and 10-20 % of the clinical population. Preliminary for this empirical study, a systematic review revealed that no previous studies have been conducted regarding the lived experience of having a diagnosis of BPD in individuals between the age of 18-25 years. **Objective:** On this basis, the aim of this study was to explore the lived experience of having a diagnosis of BPD among emerging adults. **Method:** Online semi-structured interviews were carried out with six women between the age of 20-25 years with a diagnosis of BPD. The interviews were transcribed and systematically analyzed utilizing interpretative phenomenological analysis (IPA). **Findings:** The analysis revealed five main themes: 1) The Development of Psychopathology, 2) Coping Strategies, 3) Attachment and Relations, 4) Identity and 5) Stigmatization. **Conclusion:** This qualitative study suggested that the lived experience of emerging adults with BPD were centered by an experience of being in a stabilizing process. However, the participants still highlighted difficulties on several domains such as intense emotions marked by dysfunctional affect regulation and impulsivity, negative self-image, dichotomous thinking, fear of losing close relations and hypervigilance towards social cues. Furthermore, the present findings revealed that the participants defined their identity based on their borderline disorder, to varying degrees. Moreover, the participants highlighted different experiences with stigmatization as well as a fear of others using their diagnosis against them. The findings from this study showed similar dimensions to previous studies in the field as well as new perspectives on certain dimensions. **Further Implications:** The findings of this qualitative empirical study may be relevant in the clinician's diagnosing and treatment of this specific group of women with a diagnosis of BPD in the age of 20-25 years. For a more nuanced understanding of the experience of living with BPD, this study suggests future research on other populations such as men and inpatients. In addition, suggestions are given on how highlighted themes in this study may be further investigated.

I forbindelse med tilblivelsen af dette speciale, vil vi gerne takke Sune Bo for faglig sparring og indskrænkning af emnefelt samt vores vejleder Carolin Demuth for konstruktiv feedback undervejs i processen. Desuden vil vi gerne takke Dorte Pedersen og Mathilde Dupont Danielsen for sparring og korrekturlæsning.

Den største tak skal gå til vores seks deltagere for deres mod og ærlighed.

God læselyst

Indholdsfortegnelse

INTRODUKTION.....	1
BEGREBSAFKLARING.....	2
<i>Borderline Personlighedsforstyrrelse</i>	2
<i>Emerging Adulthood</i>	3
EKSISTERENDE FORSKNING – ET SYSTEMATISK REVIEW	4
<i>Metode</i>	4
Søgning og Egnedhedskriterier.....	4
<i>Resultater</i>	6
Syntese af Studiernes Resultater.....	7
Aversive Barndomsoplevelser.....	10
Interpersonelle Relationer.....	10
Regulering og Håndtering af Emotioner.....	11
Identitet og Selvfølelse.....	12
Syn på Diagnosen og Fremtidsmuligheder.....	12
Mødet med det Psykiatriske System og Stigmatisering.....	13
<i>Identificerede Behov i Litteraturen</i>	14
TEORI.....	15
BORDERLINE I ET UDVIKLINGSPSYKOPATOLOGISK PERSPEKTIV	15
<i>Genetiske Dispositioner</i>	16
<i>Tilknytningsteori</i>	17
<i>Mentalisering</i>	20
Affektregulering.....	22
Selvskade.....	23
<i>Borderline Personlighedsorganisation og Udvikling af Indre Objektrelationer</i>	24
Splitting som Forsvarsmekanisme.....	25
SAMMENFATNING	26
METODOLOGI OG METODE	26
FÆNOMENOLOGI	26
DATAINDSAMLING	28
<i>Det Kvalitative, Semistrukturerede Interview</i>	28
<i>Interviewguide</i>	28
<i>Rekruttering af Deltagere</i>	29
<i>Interviewet</i>	30
<i>Transskription</i>	30
<i>Etiske Overvejelser</i>	30
ANALYSESTRATEGI	32
<i>Analysetrin</i>	33

ANALYSE.....	34
PRÆSENTATION AF DELTAGERNE.....	34
<i>Freja</i>	34
<i>Karoline</i>	35
<i>Cecilie</i>	35
<i>Linette</i>	35
<i>Mette</i>	36
<i>Simone</i>	36
AT VÆRE EMERGING ADULT OG LEVE MED BORDERLINE	36
<i>Psykopatologisk Udvikling</i>	36
Opvækstmiljø – At Vokse op i Omsorgssvigt.....	36
Ændring i Psykopatologi over Tid.....	40
Emerging Adulthood.....	44
Emotioner og Affektudbrud.....	44
Negativt Selvbillede.....	47
Manglende Impulskontrol.....	48
Opsummering på Temaet Psykopatologisk Udvikling.....	49
<i>Copingstrategier</i>	49
Maladaptive Copingstrategier.....	49
Selvskade som Affektregulering.....	50
Brug af Relationer til Affektregulering.....	54
Adaptive Copingstrategier.....	55
Brug af Relationer til Adfærds – og Affektregulering.....	55
At Afværge Affektudbrud.....	57
Andre Hensigtsmæssige Strategier.....	58
Opsummering på Copingstrategier.....	59
<i>Tilknytning og Relationer</i>	59
Angst For at Miste.....	59
At Være på Overarbejde i Sociale Sammenhænge.....	62
At Leve i en Sort/Hvid Verden.....	64
Stabile Relationers Betydning.....	66
Opsummering på Tilknytning og Relationer.....	68
<i>Identitet</i>	68
Syn på Diagnosen.....	68
Positive Sider ved at Være Emerging Adult og Have Borderline.....	69
Negative Sider ved Være Emerging Adult og Have Borderline.....	72
Sammenligning med Jævnaldrende.....	73
Begrænsninger ved at Være Emerging Adult og Have Borderline.....	74
Ressourcer ved at Være Emerging Adult og Have Borderline.....	75
Diagnosens Indflydelse på Identitet.....	77
Jagten på Sit Indre Selv – Er Jeg eller har Jeg Borderline?.....	77
Diagnosen før Mennesket.....	79
At Få Stillet en Tidligere Diagnose.....	82

Opsummering på Identitet.....	84
<i>Stigmatisering</i>	84
Oplevelsen af Stigma.....	84
Selvstigmatisering.....	86
Frygten for Stigma.....	87
Mediernes Indflydelse på Stigma.....	89
Opsummering på Stigmatisering.....	91
DISKUSSION	91
STUDIETS FUND – AT VÆRE UNG OG LEVE MED BORDERLINE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE	91
STUDIETS FUND I RELATION TIL EKSISTERENDE FORSKNING OG UDVALGTE TEORETISKE	
PERSPEKTIVER	93
<i>Studiets Fund i Relation til Eksisterende Forskning</i>	93
<i>Studiets Fund i Relation til Udvalgte Teoretiske Perspektiver</i>	101
METODISK DISKUSSION	104
<i>Studiets Validitet</i>	104
<i>Generaliserbarhed</i>	107
KLINISK RELEVANS.....	109
FREMtidig FORSKNING.....	110
KONKLUSION	111
REFERENCELISTE	113
PENSUMOPGØRELSE	119

Bilag:

- Bilag 1: Interviewguide
- Bilag 2: Samtykkeerklæring
- Bilag 3: Freja (transskription)
- Bilag 4: Karoline (transskription)
- Bilag 5: Cecilie (transskription)
- Bilag 6: Linette (transskription)
- Bilag 7: Mette (transskription)
- Bilag 8: Simone (transskription)

Introduktion

Individets personlighed udvikler sig fra fødslen i samspillet mellem barnets genetiske dispositioner og de omkringværende omgivelser. Personlighed kan defineres som individets stabile og varige psykiske træk og egenskaber, der kommer til udtryk gennem individuelle adfærds – og reaktionsmønstre (Mathiesen & Thomsen, 2017; Mortensen, Jensen & Flensburg-Madsen, 2017). Disse er stabile på tværs af forskellige kontekster og har en betydelig indflydelse på individets samspil med og tilpasning til sine omgivelser (Jørgensen, 2009).

Personlighedsforstyrrelse kan forstås som udviklingen af ekstreme eller maladaptive varianter af den normale personlighed og kan anskues som liggende på et kontinuum, hvor den normale og patologiske personlighedsfunktion ikke har entydige kvalitative forskelle. Det er dermed ikke altid let at skelne mellem den normale og den afvigende personlighed, idet der altid vil være glidende overgange herimellem (Jørgensen, 2009; Simonsen & Kongerslev, 2017). Personlighedsforstyrrelse er forbundet med ustabilitet, irrationalitet, dysfunktioner i adfærd og tænkning samt affektive udsving, hvilket kan komme til udtryk i individets grundlæggende opfattelse af sig selv og verden, samt i måden hvorpå individet relaterer sig til andre (Jørgensen, 2009). Hvad der betragtes som afvigende personlighed defineres desuden ud fra, hvad der forventes i den pågældende kultur (WHO, 2018). Ifølge Jørgensen (2009) udvikles en personlighedsforstyrrelse på baggrund af svære psykosociale belastninger, hvor individets individuelle genetiske dispositioner muligvis har betydning for, hvilken form for personlighedsforstyrrelse, der udvikles.

Pedersen & Simonsen (2014) har i et klinisk epidemiologisk studie af fordelingen af personlighedsforstyrrelser i det psykiatriske sundhedsvæsen fundet, at borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) er den hyppigst forekommende personlighedsforstyrrelse i Danmark. Endvidere finder et studie af Munk-Jørgensen, Lund & Bertelsen (2010), at BPD fra 2001-2007 udgjorde 3,2 % af alle stillede diagnoser i det danske psykiatriske sundhedsvæsen, hvorfor den var den hyppigst anvendte enkelt diagnose i denne periode. Der forefindes ikke prævalensundersøgelser af forekomsten af BPD i den danske baggrundsbefolkning (Simonsen, 2017), men internationale studier tyder på, at 1-2 % af den generelle befolkning lider af BPD. Patienter med BPD ses i forskellige typer af kliniske settings, hvor det vurderes, at 10 % af de ambulante patienter og 20 % af de indlagte patienter lider af BPD (Biskin, 2015;

Stanley & Singh, 2018). Epidemiologisk data omhandlende unge med BPD er begrænset, men prævalensen estimeres dog til at være mellem 1-3 % i baggrundsbe-
folkningen (Bo, Sharp, Fonagy & Kongerslev, 2015; Chanen & Thompson, 2014;
Kaess, Brunner & Chanen, 2014).

Borderline personlighedsforstyrrelse er en lidelse som udvikler sig gennem flere år, hvor roden til lidelsen i mange tilfælde lægges allerede i den tidlige barndom. Lidelsen begynder ofte at vise sig i løbet af teenageårene, men den diagnosticeres typisk i begyndelsen af 20erne (Jørgensen, 2009). Borderline diagnosen kan vise sig gennem ustabilitet på en række forskellige domæner, som bl.a. ved affektregulering, impuls kontrol, interpersonelle relationer og selvopfattelse (Stanley & Singh, 2018).

Omdrejningspunktet for dette speciale vil være en undersøgelse af, hvordan det opleves for det enkelte individ at leve med en borderline personlighedsforstyrrelse. Inden en afgrænsning og formulering af undersøgelsens problemfelt vil vi gennem et systematisk review afdække, hvilke områder eksisterende forskning indtil nu har belyst om dette emne. I forlængelse heraf argumenteres for valget af denne undersøgelses specifikke forskningsspørgsmål med baggrund i, hvad tidligere forskning endnu ikke har afdækket.

Begrebsafklaring

Følgende afsnit indeholder en afklaring af essentielle begreber, hvilket har til formål at undgå misforståelser ved brugen af disse videre i specialet. Herunder afklares begreberne: borderline personlighedsforstyrrelse og emerging adulthood.

Borderline Personlighedsforstyrrelse

I definitionen af borderline personlighedsforstyrrelse tages afsæt i den tiende version af Interpersonel Classification of Diseases (ICD-10) udarbejdet af World Health Organisation (WHO). I ICD-10 kategoriseres borderline personlighedsforstyrrelse under den overordnede diagnostiske kategori; Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd (F60-69) og går under betegnelsen; emotionelt ustabil personlighedsstruktur (F60.3) (WHO, 2018). Lidelsen opdeles i henholdsvis impulsiv type og borderline type, hvor vi i nærværende speciale udelukkende refererer til borderline type. Emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type (F60.31) er karakteriseret ved udtalt tilbøjelighed til at handle impulsivt

uden hensyntagen til konsekvenserne. Der ses tendens til følelsesudbrud karakteriseret ved manglende evne til at kontrollere affektudladning samt konfliktsøgende og stridbar adfærd. Dette ses særligt når impulsive handlinger forhindres (WHO, 2018). Lidelsen er ydermere karakteriseret ved tendens til forstyrret eller usikker identitetsfølelse, ustabile interpersonelle relationer, kronisk tomhedsfølelse, selvdestruktiv adfærd samt udtalte strategier til at undgå at blive ladet alene (WHO, 2018).

Fremadrettet vil emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type, blive henvist til som borderline personlighedsforstyrrelse, borderline eller blot i forkortet version, BPD.

Emerging Adulthood

I definitionen af perioden mellem teenage – og voksenalderen tages udgangspunkt i Jeffrey Arnetts (2000) definition på emerging adulthood. Grundet de demografiske ændringer, som er sket i løbet af de sidste årtier, ses tendens til at voksenlivet udskydes. Disse ændringer er bl.a. karakteriseret ved, at individet bliver senere gift, får senere børn, samt at flere begynder at tage længerevarende uddannelser. Dermed skal de sene teenageår til midten af tyverne ifølge Arnett (2000) ikke længere ses som en kort overgangsperiode til voksenlivet. Emerging adulthood refererer derimod til en afgrænset udviklingsperiode, som starter i de sene teenageår og fortsætter op gennem 20'erne med særligt fokus på alderen 18-25 år (Arnett, 2000). Denne periode er karakteriseret ved forandring, hvor der sker en løsrivelse fra den forælderafhængighed som har præget individets teenageår, hvilket bl.a. skyldes, at de fleste unge i løbet af denne periode flytter hjemmefra. Ligeledes er emerging adulthood en periode karakteriseret ved udforskning af egen selvstændighed og identitet. Individet undersøger forskellige roller og muligheder i livet i forhold til kærlighed, uddannelse, karriere og verdenssyn, hvor vedkommende gradvist bevæger sig mod mere vedvarende beslutninger. Denne periode er desuden også præget af forskellige former for risikoadfærd, som f.eks. ubeskyttet sex, brug af stoffer og massivt druk. Dette kan bl.a. forstås på baggrund af identitetsudforskningen, hvor individet afprøver forskellige levemåder før, at det begynder at slå sig ned i en mere voksen rolle (Arnett, 2000).

Begrebet omkring emerging adulthood er præget af høj grad af heterogenitet og henvender sig hovedsageligt til det industrialiserede samfund. Dermed skal det ikke ses som en universel periode, der eksisterer i alle kulturer (Arnett,

2000). Fremadrettet i specialet vil denne livsperiode betegnes som emerging adulthood eller som at være emerging adult.

Eksisterende Forskning – Et Systematisk Review

Det følgende afsnit indeholder et systematisk review omhandlende individets oplevelse af at leve med BPD. Formålet med det systematiske review er at skabe et overblik over eksisterende forskning på området. I det følgende vil arbejdsprocessen i det systematiske review beskrives; herunder udarbejdelsen af egnethedskriterier, søgeprocessen, screening og inklusion af studier. Efterfølgende præsenteres karakteristika ved de inkluderede studier i en tabel, hvorefter en syntese udformes på baggrund af deres resultater. Afslutningsvis vil der argumenteres for valg af undersøgelsens forskningsspørgsmål.

Metode

Et systematisk review er en metode, hvis formål er at skabe en kvalitativ syntese over et givent forskningsområde gennem en systematisk søgeproces (Pere-stelo-Pérez, 2013). En syntese er kendetegnet ved, at den skaber ny viden ved at sammenfatte data fra forskellige kilder (Pors & Johannsen, 2013). Vi har valgt at lave et konfigurativt review, hvor de inkluderede studiers resultater sammenholdes kvalitativt i en syntese frem for en kvantitativt sammentælling af data (Rieper, 2013). Dette har vi valgt på baggrund af, at de inkluderede studiers data baserer sig på kvalitative beskrivelser af individets individuelle oplevelse. Dermed gennemgås de inkluderede studier systematisk med henblik på at identificere fremtrædende temaer på tværs af studierne. Dette vil munde ud i en syntese, som sammenfatter studierne overordnede temaer, hvilket har til formål at skabe ny viden om genstandsfeltet.

Søgning og Egnethedskriterier. Søgningen for dette systematiske review er foretaget i databasen PsycInfo. Da det systematiske review ikke omfatter specialets primære undersøgelse, men anvendes som grundlag for viden om genstandsfeltet, er der kun foretaget søgning i én database. Dette kan muligvis have udelukket andet relevant forskning på området. Dog er PsykInfo valgt på baggrund af, at det er den største database inden for psykologisk forskning, og derfor formodes det, at det systematiske review dækker relevant forskning om genstandsfeltet.

Følgende in – og eksklusionskriterier blev opstillet: Deltagerne skal

opfylde kriterierne for F60.31 emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type ifølge ICD-10 (WHO, 2018) eller borderline personlighedsforstyrrelse ifølge DSM-IV eller DSM-V (APA, 2014). Studierne skal undersøge deltagernes kvalitative oplevelse af at leve med BPD gennem dybdegående individuelle interviews. Gruppeinterviews ekskluderes. Der opstilles ingen kriterier omhandlende studierne specifikke fokusområder. Dog ekskluderes studier omhandlende effekten eller oplevelsen af behandling samt studier med fokus på forælderrollen. Desuden opstilles ingen kriterier omhandlende; deltagernes alder, komorbiditet, hvor lang tid deltagerne har haft diagnosen, samt hvorvidt deltagerne har været i behandling. Dette er for at sikre bredde i de inkluderede studier. Vi inkluderer kun primærstudier og studier publiceret på dansk og engelsk. Desuden inkluderes kun studier, som er "Peer-Reviewed". Dette med henblik på at sikre, at de inkluderede studier opfylder videnskabelige standarder.

Der blev foretaget en søgning i databasen PsycInfo d. 12.02.2021. Søgestrengen blev opbygget med udgangspunkt i ovenstående in – og eksklusionskriterier med fokus på individets subjektive oplevelse. På baggrund af dette udformede vi en liste over relevante fritekstsøgeord, hvorefter væsentlige indekstermer blev identificeret (Kristiansen & Hjørland, 2013). Vi opstillede et kriterium om, at de inkluderede ord fra søgestrengen skulle fremgå af studierne abstract. Dette kriterium blev opstillet, da studierne ikke blev vurderet relevante, hvis ord fra søgestrengen ikke indgik i abstractet.

Følgende fritekstsøgeord blev inkluderet i søgestrengen: "Emotionally unstable personality disorder", Interview*, Qualitative. Endvidere inkluderede vores søgning følgende Thesaurus indeksterm: {Borderline Personality Disorder}.

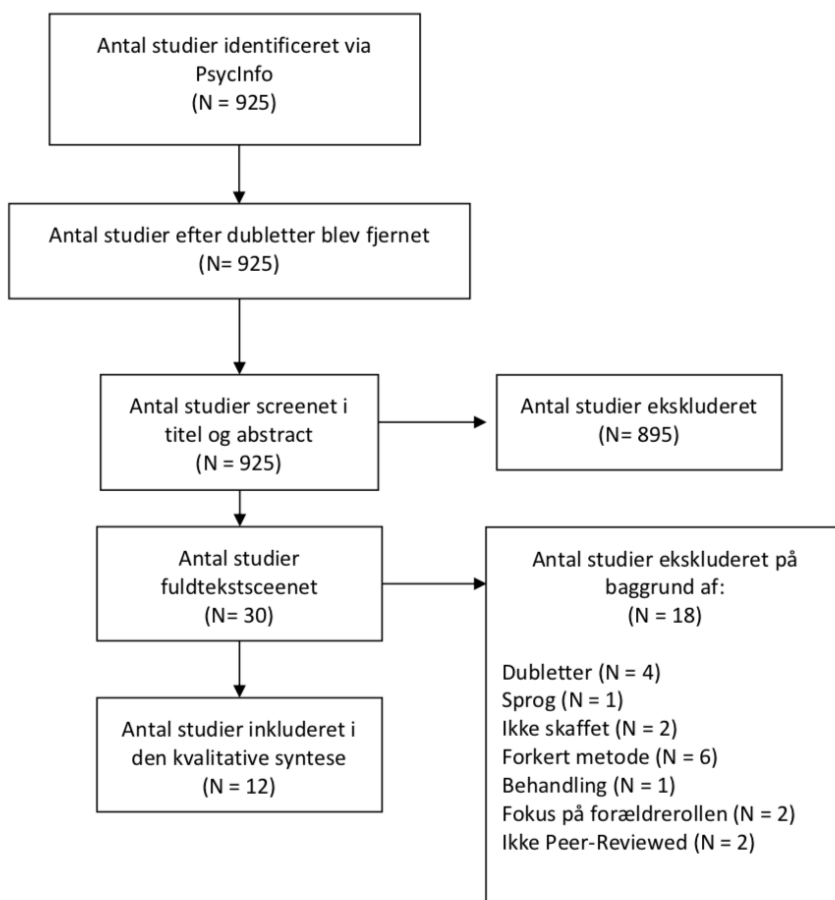
Den samlede søgning i PsycInfo så således ud: ((**IndexTermsFilt:** ("Borderline Personality Disorder")) OR (**abstract:** ("Emotionally unstable personality disorder")) AND ((**abstract:** (Interview*) OR **abstract:** (Qualitative))))

I udformningen af søgestrengen afprøvede vi inddragelse af andre fritekstsøgeord som f.eks. borderline og BPD. Dog blev disse ekskluderet, da det medvirkede til støj i søgningen.

Resultater

Figur 1 viser et overblik over screeningsprocessen. Ovenstående søgning tilvejebragte i alt 925 hits. Efter den endelige søgning blev studierne overført til referenceprogrammet “RefWorks”, hvor der blev foretaget en screening på baggrund af in – og eksklusionskriterierne. Første del af screeningsprocessen bestod af at screene studierne relevans ud fra deres titel og abstract. De første 100 artikler blev i denne proces screenet af begge forskere, hvorefter en interratersammenligning blev udført for at sikre interraterreliabilitet i screeningsprocessen. På baggrund af screening i titel og abstract blev 895 studier ekskluderet. Anden del af screeningsprocessen bestod af en fuldttekstscreening af de 30 resterende artikler. Ved fuldttekstscreening ekskluderede vi i alt 18 studier på baggrund af bl.a. fokus på behandling, sprog og forkert metode. Vi endte dermed ud med i alt 12 inkluderede studier i det systematiske review.

Figur 1: Flowdiagram over screeningsprocessen.



Syntese af Studiernes Resultater. Følgende afsnit indeholder en tabel over de inkluderede studiers karakteristika. I forlængelse heraf sammenfattes studierne resultater i en samlet syntese.

Tabel 1: De inkluderede studiers karakteristika

Forfatter	Land	Formål	Sample	Metode/ Analyse	Temaer
Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux (2012)	Canada	At undersøge BPD patienters oplevelse af nedtrykthed i interpersonelle sammenhænge.	(N = 7) 6 kvinder og 1 mand med BPD Alder: 18-39 år Ambulante patienter rekrutteret fra behandlingstilbud i psykiatrisk enhed.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Vrede 2) Relationsbrud 3) Unuancerede følelser i relationen 4) Ofre for passivitet og magtesløshed 5) Overvældelse af affekt.
Brooke & Horn (2010)	England	At undersøge betydningen bag selvskaide, at tage en overdosis og forholdet mellem disse i kvindelige patienter med BPD.	(N = 4) Kvinder med BPD Alder: 22-40 år Ambulante patienter rekrutteret fra en lokal psykiatrisk enhed.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Lidelse 2) Progressiv håndtering af lidelse 3) Intention om at dø med overdosis.
Falcus & Johnson (2018)	England	At undersøge hvilke mekanismer som ligger bag, at livstidsdømte indsatte diagnosticeret med BPD og komorbid ASPD udøver voldelige lovovertrædelser.	(N = 6) Mænd med BPD og komorbid ASPD Alder: 19-35 år Livstidsdømte indsatte rekrutteret fra en højsikret retsmedicinsk enhed for behandling af PD.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Et offer for en fjendtlig og afvisende verden 2) Følelsen af at være uacceptabel 3) Uønskede følelser som ikke kan tolereres eller kontrolleres 4) Voldeilig hævn som katarsis.
Horn, Johnstone & Brooke (2007)	England	At undersøge "service-users" oplevelse af at få stillet og leve med BPD.	(N = 5) Kvindelige "service-users" med BPD Alder: 23-44 år Ambulante patienter rekrutteret fra psykiatrisk enhed.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Viden som magt 2) Uvished omkring hvad diagnosen betød 3) Diagnosen som en afvisning 4) Diagnosen betyder, at man ikke passer ind 5) Håb og mulighed for forandring.

Juurlink et al. (2019)	Holland	At undersøge hvilke forhindringer og faciliterende faktorer, der har indvirkning på, hvorvidt patienter med BPD får og fastholder et arbejde.	(N = 15) Kvinder med BPD Alder: 23-58 år (M = 39 år). Ambulante patienter fra klinik for PD.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) BPD-karakteristika 2) Stigma 3) Lav selvopfattelse.
Kirsten, van Lelleyveld & Venter (2006)	Syd-afrika	At undersøge hvordan indlagte patienter diagnosticeret med BPD opfatter deres familierelationer.	(N = 3) 2 kvinder og 1 mand med BPD Alder: 18-30 år Indlagte patienter rekrutteret fra sengeafsnit.	Semi-strukturerede interviews, Grounded theory	1) Copingstrategier 2) Relationer 3) Mangelfulde roller 4) Adfærdskontrol 5) Kommunikation.
Lovell & Hardy (2014)	England	At undersøge oplevelsen af at have BPD hos indlagte patienter i en psykiatrisk enhed.	(N = 8) Kvinder med BPD Alder: 24-55 år Indlagte patienter rekrutteret fra behandlingstilbud for PD.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Identitet 2) Magt 3) Sikkerhed og at blive rummet 4) Forvirring.
Paris, Perlin, Laporte, Fitzpatrick & DeStefano (2014)	Canada	At undersøge hvilke beskyttende faktorer, som kan bidrage til modstandsdygtighed hos søsterpar, der har oplevet alvorligt misbrug i barndommen og dysfunktionelle familiemiljøer, hvor kun én af dem har udviklet BPD.	(N = 24) 12 søsterpar (12 kvinder m. BPD, 12 kvinder u. BPD) Alder: 18-45 Ambulante patienter rekrutteret fra psykiatriske klinikker, søstre kontaktet efter samtykke med BPD patienterne.	Semi-strukturerede interviews, Cross-case analyse	1) Individuelle beskyttende faktorer 2) Beskyttende familiefaktorer 3) Eksterne beskyttende faktorer 4) Nye beskyttende faktorer.
Perseius, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson (2005)	Sverige	At undersøge livssituationer, lidelse og oplevelsen af mødet med psykiatrien hos patienter med BPD.	(N = 10) Kvinder med BPD Alder: 22-49 år (Mdn = 27 år) Ambulante patienter rekrutteret fra en psykiatrisk klinik for BPD.	Semi-strukturerede interviews, Hermeneutisk analyse	1) Livet på grænsen, 2) Kampen for sundhed og værdighed 3) De gode og dårlige handlinger fra psykiatrien i lidelsesdramaet.
Rogers & Acton (2012)	England	At undersøge hvordan "service-users" med BPD oplever at blive behandlet i det psykiatriske system under medicinsk behandling af deres diagnose.	(N = 7) 6 kvinder og 1 mand med BPD Alder: 21-34 år Ambulante patienter fra specialiseret tilbud	Semi-strukturerede interviews, Tematisk analyse	1) Personalets viden og holdning til BPD 2) Mangel på ressourcer for individer med BPD 3) Vejen til bedring for

			for patienter med PD.		patienter med BPD.
Spodenkiewicz, Speranza, Taïeb, Pham- Scottetz, Corcos & Révah- Levy (2013)	Frankrig	At undersøge identitetsforstyrrelse og forstyrrelse i selvbillede blandt unge med BPD.	(N= 50) 44 piger og 6 drenge med BPD Alder: 13-18 år (M = 16 år) Ambulante og indlagte patienter rekrutteret gennem et europæisk forskningsprojekt.	Semi-strukturerede interviews, IPA	1) Emotionelle oplevelser 2) Interpersonelle forhold 3) Selvbillede 4) Strukturering af diskurser.
Walker (2009)	England	At undersøge kvinder med BPD og deres oplevelse af selvskaede adfærd.	(N = 4) Kvinder med BPD Alder: 30-54 år Ambulante patienter rekrutteret fra mental sundhedspleje.	Semi-strukturerede interviews, Performance og narrativ tematisk analyse	1) Påvirkning af personlighed og følelsen af agens 2) Ar på kroppen som havende indflydelse på andres kommunikation og interaktion.

N = Number of participants, M = Mean, Mdn = Median, BPD = Borderline Personlighedsforstyrrelse, ASPD = Antisocial Personlighedsforstyrrelse, PD = Personlighedsforstyrrelser, IPA = Interpretative Phenomenological Analysis.

De 12 inkluderede studier er udgivet i tidsperioden fra 2005 og 2019. Populationerne består hovedsageligt af kvinder, hvor kun enkelte studier medtager mandlige deltagere. Heraf medtager kun ét enkelt studie udelukkende mandlige deltagere. Aldersgruppen strækker sig fra de tidlige teenageår (13 år) til slutningen af 50'erne, hvor aldersintervallet i de enkelte studier spænder bredt. Studiet udført af Spodenkiewicz et al. (2013) gør dog en undtagelse ved kun at undersøge unge i alderen 13-18 år. Størstedelen af studierne undersøger ambulante patienter ved undtagelse af Falcus & Johnson (2018), Kirsten, van Lelleveld & Venter (2006) og Lovell & Hardy (2014), som udelukkende medtager indlagte psykiatriske patienter. Studiet af Spodenkiewicz et al. (2013) medtager både ambulante og indlagte patienter. Alle 12 studier anvender semistrukturerede interviews til dataindsamling, hvor der gennem analyse og fortolkning af de transskriberede interviews er blevet identificeret overordnede tematikker.

På baggrund af en gennemgang og sammenligning af de inkluderede studiers fund har vi udledt gennemgående temaer på tværs af studierne. Vi har identificeret i alt seks overordnede temaer, som vil udgøre den samlede syntese af allerede eksisterende forskning på området. Disse vil blive gennemgået nedenfor.

Aversive Barndomsoplevelser. Et tema som var gennemgående for fire ud af de 12 studier var, at deltagerne beskrev en opvækst præget af forskellige aversive barndomsoplevelser (Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018; Kirsten, van Lelleyveld & Venter, 2006; Paris et al., 2014). Deltagerne i disse studier rapporterede om oplevelser med forskellige former for misbrug i barndommen samt familiære forhold præget af ustabile og dysfunktionelle relationsmønstre. Yderligere beskrev deltagerne i disse studier også at vokse op i dysfunktionelle og ustabile familiemiljøer præget af konflikter og ineffektiv kommunikation. Eksempelvis belyste Kirsten, van Lelleyveld & Venter (2006), at deltagerne havde en oplevelse af, at omsorg og støtte i familieforholdene afbillede to ekstremer, som enten alt for intenst eller helt fraværende. Andre studier belyste en sammenhæng mellem de aversive barndomsoplevelser og udvikling af senere adfærdsmønstre hos deltagerne. I relation hertil beskrev flere deltagere, at disse oplevelser forårsagede emotionel lidelse, som de forsøgte at håndtere igennem bl.a. selvskadende eller udadreagerende adfærd (Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018). Endvidere beskrev nogle af deltagerne fra studiet af Kirsten, van Lelleyveld & Venter (2006), at der ikke var en tydelig rollefordeling i familien, men at familieforholdene ofte var præget af omvendte roller, hvor deltagerne indtog en ”forælderrolle”.

Interpersonelle Relationer. Et tema som var gennemgående for deltagerne i syv ud af de 12 studier omhandlede interpersonelle relationer (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson 2018; Kirsten, van Lelleyveld & Venter, 2006; Lovell & Hardy, 2014; Paris et al., 2014; Spodenkiewicz et al., 2013). Nogle deltagere beskrev, hvordan de ofte oplevede deres interpersonelle relationer som afvisende. Andre deltagere beskrev desuden, hvordan de ikke kun oplevede deres nære relationer som afvisende, men hvordan de generelt oplevede verden omkring dem som afvisende (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Falcus & Johnson, 2018). Yderligere associerede nogle deltagere interpersonelle relationer med følelser som ensomhed (Falcus & Johnson, 2018; Spodenkiewicz et al., 2013). Desuden beskrev flere deltagere et stort behov for omsorg og validering fra andre (Lovell & Hardy, 2014). I flere af studierne rapporterede deltagerne, at deres tætte interpersonelle relationer var præget af konflikter og dårlig kommunikation. Derudover udviste deltagerne tendens til unuancerede følelser i de-

res nære relationer (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Kirsten, van Lelleveld & Venter, 2006). Eksempelvis fremhævede studiet af Kirsten, van Lelleveld & Venter (2006), hvordan deltagerne havde tendens til enten at idealisere eller devaluere deres nære relationer, hvilket bl.a. kom til udtryk i en “kun god” eller “kun dårlig” splittelse.

Regulering og Håndtering af Emotioner. Et tema som var gennemgående for deltagerne i ni ud af de 12 studier var vanskeligheder med regulering og håndtering af svære emotioner (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018; Juurlink et al., 2019; Kirsten, van Lelleveld & Venter, 2006; Lovell & Hardy, 2014; Paris et al., 2014; Perseius et al., 2005; Walker, 2009). Flere af deltagerne havde tendens til at opleve unuancerede følelser og negativ affekt, hvilket særligt gjorde sig gældende i tætte interpersonelle relationer. I flere af studierne udviste deltagerne dysregulering af emotioner, hvor de ofte havde tendens til at blive overvældet og miste kontrollen over deres følelser i interpersonelle sammenhænge. I denne forbindelse rapporterede flere deltagere store humørsvingninger. Denne dysregulering af emotioner medførte for nogle af deltagerne mentaliseringssvigt (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018; Juurlink et al., 2019; Kirsten, van Lelleveld & Venter, 2006; Lovell & Hardy, 2014; Paris et al., 2014; Perseius et al., 2005). Desuden rapporterede flere deltagere, hvordan de oplevede nemt at fryse fast i deres følelser om fortidens misbrug (Paris et al., 2014).

I et forsøg på at håndtere svære og overvældende følelser beskrev flere deltagere brug af maladaptive copingstrategier til regulering af affekt. Eksempelvis rapporterede deltagerne copingstrategier som selvskade, at tage overdosis, brug af alkohol og stoffer samt voldelig adfærd til håndteringen af svære følelser. Derudover beskrev andre deltagere en tendens til at distancere sig fra andre i et forsøg på at beskytte sig selv mod svære følelser (Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018; Kirsten, van Lelleveld & Venter, 2006; Lovell & Hardy, 2014; Perseius et al., 2005; Walker, 2009). Disse copingstrategier havde for deltagerne flere funktioner, hvor de bl.a. kunne medvirke til genvindelse af kontrol og magt. Dette associerede deltagerne med en fornemmelse af ejerskab over egne følelser og handlinger (Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson; 2018; Lovell & Hardy, 2014). Yderligere beskrev deltagere fra Walker (2009), at den selvskadende adfærd kunne medvirke til en større fornem-

melse af agens, hvor individet fik følelsen af at være herre over egne valg og egen krop. Desuden fungerede selvskaden for nogle af deltagerne som en form for selvomsorg (Brooke & Horn, 2010). Endvidere beskrev flere deltagere fra dette studie, at den selvskadende adfærd både var forårsaget af temporale distale faktorer, som misbrug i barndommen eller tabsoplevelser, og proksimale faktorer, der kunne spænde fra interpersonelle faktorer som f.eks. konflikter med tætte relationer til intrapersonelle faktorer som f.eks. negative og depressive tanker. Derudover brugte nogle deltagere også selvdestruktiv adfærd som et kommunikativt middel, der fungerede som et råb om hjælp frem for et fuldbyrdet selvmordsforsøg (Brooke & Horn, 2010; Lovell & Hardy, 2014).

Identitet og Selvopfattelse. Et tema som var gennemgående for deltagerne i fem ud af de 12 studier var problemstillinger relateret til deres identitet og selvopfattelse (Falcus & Johnson, 2018; Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019; Perseius et al., 2005; Spodenkiewicz et al., 2013). Flere deltagere beskrev et negativt selvbillede præget af lavt selvværd, følelser af at være forkert og ikke at blive accepteret af andre samt en følelse af ikke at være noget værd (Falcus & Johnson, 2018; Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019). Desuden havde nogle deltagere tendens til at sammenligne sig selv med andre jævnaldrende, hvor deltagerne ofte devaluerede sig selv og idealiserede andre (Spodenkiewicz et al., 2013). Det negative selvbillede medvirkede til, at nogle af deltagerne forsøgte at skjule deres BPD grundet et ønske om at være "normal" og ikke at skille sig ud (Perseius et al., 2005). Desuden beskrev nogle deltagere udpræget rumination omkring, hvad andre tænkte om dem samt vanskeligheder med at kommunikere personlige grænser (Juurlink et al., 2019).

Syn på Diagnosen og Fremtidsmuligheder. Et tema som var gennemgående for deltagerne i seks ud af de 12 studier var deres syn på diagnosen og fremtiden (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019; Lovell & Hardy, 2014; Paris et al., 2014; Rogers & Acton, 2012; Spodenkiewicz et al. 2013). For nogle af deltagerne havde diagnosen haft en positiv indvirkning på deres liv. Herunder beskrev de, at diagnosen gav dem en form for identitet samt større forståelse for dem selv og deres vanskeligheder. Endvidere beskrev nogle deltagere, at de så BPD som en del af deres identitet, samt at diagnosen kunne hjælpe med at forklare deres ad-

færd. Desuden gjorde den også deres vanskeligheder mere håndgribelige (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Lovell & Hardy, 2014). For andre af deltagerne havde diagnosen haft en negativ indvirkning på deres liv. Herunder beskrev de, at diagnosen ikke havde været brugbar med hensyn til at give dem en større forståelse for deres vanskeligheder, men at diagnosen derimod havde efterladt dem med følelsen af håbløshed. Nogle deltagere så BPD som et skamfuldt stempel, samt at diagnosen havde ødelagt deres liv og fjernet deres selvfølelse. Desuden oplevede flere deltagere at have fået en "skraldespandsdiagnose", hvor diagnosen følte som et udtryk for, at de ikke passede ind andre steder (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Lovell & Hardy, 2014; Rogers & Acton, 2012). Endvidere rapporterede flere deltagere, at deres BPD symptomer havde en negativ indvirkning på deres funktionsniveau. Eksempelvis oplevede flere deltagere, at disse symptomer forhindrede dem i at få og fastholde et almindeligt arbejde. Andre deltagere beskrev, hvordan behandling havde medvirket til forbedring i emotionsregulering og skabte større selvrefleksion, hvilket havde en positiv indflydelse på deres funktionsniveau (Juurlink et al., 2019).

Yderligere rapporterede deltagerne forskellige syn på fremtiden. Nogle af deltagerne beskrev, at de associerede borderline diagnosen med følelser af håb for fremtiden samt en følelse af at have mere kontrol over fremtiden. Herunder fremhævede deltagerne, at særligt gode relationer, den rette støtte samt ikke at blive set som sin diagnose kunne medvirke til en følelse af håb for fremtiden (Horn, Johnstone & Brooke, 2007). Andre deltagere beskrev i modsætning hertil et negativt syn på fremtiden, hvor diagnosen bl.a. følte som et stempel, der tog alt håb om fremtiden fra dem. Desuden beskrev nogle deltagere, at de opfattede dem selv, som nogen der ikke kunne behandles (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Paris et al., 2014; Spodenkiewicz et al. 2013).

Mødet med det Psykiatriske System og Stigmatisering. Et tema som var gennemgående for deltagerne i seks ud af de 12 studier var deres møde med det psykiatriske system og oplevelsen af at blive stigmatiseret af andre (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019; Lovell & Hardy, 2014; Perseus et al., 2005; Rogers & Acton, 2012; Walker, 2009). Deltagerne beskrev både positive og negative oplevelser i mødet med det psykiatriske system. Eksempelvis beskrev nogle deltagere oplevelser af at føle sig valideret og rummet af personalet (Lovell & Hardy, 2014; Perseus et al., 2005). Andre deltagere beskrev en oplevelse af, at der manglede viden

og forståelse for BPD blandt personalet, og at personalet ofte havde en negativ eller afvisende indstilling til dem (Lovell & Hardy, 2014; Rogers & Acton, 2012). I forlængelse heraf beskrev nogle deltagere, hvordan de havde oplevet at blive stigmatiseret af sundhedspersonalet og på arbejdsmarkedet (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019; Rogers & Acton, 2012). Andre deltagere beskrev en generel oplevelse af at blive stigmatiseret, som ikke nødvendigvis relaterede sig til sundhedspersonalet eller arbejdspladsen. Eksempelvis beskrev flere deltagere at blive behandlet anderledes, hvis de fortalte om deres diagnose, hvilket medvirkede til, at nogle af deltagerne skjulte deres diagnose i frygt for andres reaktioner (Juurlink et al., 2019). Ydermere havde flere deltagere tendens til selvstigmatisering. Eksempelvis beskrev nogle deltagere, at de så sig selv som “unormal” eller “sindssyg”, samt at de skjulte deres diagnose i frygt for andres reaktioner (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Juurlink et al., 2019; Perseus et al., 2005; Spodenkiewicz et al., 2013).

Identificerede Behov i Litteraturen

I det følgende afsnit vil identificerede mangler i litteraturen udlægges, hvor der i forlængelse heraf vil følge en argumentation for valg af forskningsfokus i nærværende undersøgelse.

Formålet med dette systematiske review var at skabe et overblik over eksisterende forskning omhandlende individets oplevelse af at leve med en borderline diagnose, hvilket mandede ud i de ovenstående seks tematikker. Hvad de inkluderede studier har tilfælles er, at de ikke afdækker diagnosen i et udviklingspsykologisk perspektiv ud fra individets egen forståelse af dets vanskeligheder fra barndommen til nu. Desuden afspejler fundene fra dette systematiske review oplevelser fra en bred aldersgruppe, hvor alderen på tværs af alle 12 studier strækker sig fra 13-58 år. Endvidere ses der et stort aldersspænd inden for de enkelte studier (jf. tabel 1). I den forbindelse kan det formodes, at der kan være en stor forskel på, hvordan det opleves at leve med en borderline diagnose afhængig af, hvor individet er i livet. Dermed kan det antages, at deltagerne fra f.eks. Juurlink et al. (2019), hvor der ses et bredt aldersspænd blandt deltagerne fra 23-58 år, kan opleve det at leve med en borderline diagnose betydeligt forskelligt.

Vi finder det derfor relevant at undersøge, hvordan det opleves at leve med BPD hos individer, som befinder sig i livsperioden mellem teenageårene (adolescense) og voksenlivet. Denne periode kan betegnes som *emerging adulthood*, jf.

afsnittet “Emerging Adulthood” i “Begrebsafklaringen”. Tidligere forskning har inkluderet brede og formentlig mere heterogene deltagere, hvorfor der mangler undersøgelser, som fokuserer på en mere snæver udviklingsperiode. Med afsæt i gennemgangen af den eksisterende forskning vil i vores empiriske undersøgelse fokusere på aldersgruppen 20-25 år og undersøge, hvordan individer i denne periode i deres liv oplever at leve med en borderline diagnose. Dette vil vi undersøge gennem et fænomenologisk perspektiv. Undersøgelsens forskningsspørgsmål lyder derfor som følgende:

Hvordan oplever unge kvinder mellem 20-25 år fra Danmark at leve med en borderline personlighedsforstyrrelse?

Teori

I det følgende afsnit redegøres for udvalgte teoretiske perspektiver, hvor der tages udgangspunkt i den udviklingspsykopatologiske model i forståelsen af, hvordan forskellige biologiske og psykosociale faktorer er medvirkende i udviklingen og vedligeholdelsen af borderline personlighedsforstyrrelse. Disse teoretiske perspektiver vil senere danne ramme for en diskussion af studiets fund.

Borderline i et Udviklingspsykopatologisk Perspektiv

Psykopatologi udfolder sig over tid, hvorfor et udviklingsperspektiv befordrer en forståelse for de individuelle processer, der kan føre til adaptiv og maladaptiv udvikling (Cicchetti, & Toth, 2009). Resultatet af individets udvikling er bestemt af forholdet mellem arv, miljø og den samlede udviklingsproces (Harder & Simonsen, 2017). For at opnå en fyldestgørende forståelse for psykopatologi må man derfor undersøge tilstande og faktorer set i et livsperspektiv, hvor de normale og afvigende udviklingsprocesser i individet forløber samtidigt og har et gensidigt påvirkningsforhold (Cicchetti, & Toth, 2009; Harder & Simonsen, 2017). Ifølge den udviklingspsykopatologiske tilgang ses udviklingen af BPD som et resultat af kombinationen mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer af biologisk, psykologisk eller social karakter. Disse kan enten fremme en normal udvikling eller skabe risikoprocesser, der kan lede til udviklingen af psykopatologi (Harder & Simonsen, 2017). Kombinationen af disse beskyttende faktorer og risikofaktorer set gennem et livsperspektiv kan desuden forklare, hvorfor forskellige udviklingsbaner kan resultere i

samme tilstand, kaldet ækvifinalitet, og hvorfor den samme risikofaktor kan manifestere sig som forskellige former for psykopatologi, kaldet multifinalitet (Cicchetti, & Toth, 2009). Individets udviklingsbane er ikke forudbestemt, men biologiske begrænsninger eller tidlige erfaringer kan tendere mod at fastholde udviklingsbanen og virke begrænsende for senere udviklingsmuligheder (Bo, 2017).

Genetiske Dispositioner

Der findes endnu ikke entydige fund, der indikerer ét specifikt miljø eller én specifik biomarkør, som udløser udviklingen af BPD (Bo, 2017). Det tyder på, at der kan være en genetisk sårbarhed forbundet med udviklingen af BPD, men der er dog lav sandsynlighed for, at der i ætiologisk henseende er én genetisk årsagsfaktor til BPD (Rechenbach, 2003). Distel & De Moor (2018) beskriver, at arvelighed af bestemte personlighedstræk kan øge sårbarheden for udviklingen af BPD. Blandt andet fremhæves træk som neuroticisme, impulsivitet samt lav samvittighedsfuldhed og lav behagelighed at kunne associeres med udviklingen af BPD (Distel & De Moor, 2018). Allerede fra fødslen kan der registreres individuelle forskelle i personlighedstræk. Disse forskelle antages at stamme fra genetiske prædispositioner, der modnes i individets konkrete opvækstmiljø (Bo, 2017). Dog er disse træk ikke nødvendigvis afgørende for udviklingen af lidelsen, men genetiske sårbarheder kan spille en rolle i individets sensitivitet over for miljøpåvirkninger, hvorfor høj sensitivitet kan være en risikofaktor for udvikling af psykopatologi (Distel & De Moor, 2018).

Endvidere beskriver Marsha Linehan (1993, if. Møhl, 2015), at udviklingen af BPD bunder i en biologisk disponering over for emotionel dysregulering, hvilket forstærkes gennem et invaliderende opvækstmiljø. Denne emotionelle dysregulering udvikles og vedligeholdes af både biologiske og psykosociale forhold, hvilket giver individet en større sårbarhed, som kan resultere i kraftige, sensitive og længevarende reaktioner på ubehagelig stimuli (Linehan, 1993, if. Jørgensen, 2009).

Ydermere er der vist reduceret volumen i nogle af hjernes subkortikale strukturer, herunder i amygdala og hippocampus, hos individer med BPD (Krause-Utz, Niedtfeld, Knauber & Schmahl, 2018). Disse systemer spiller bl.a. en afgørende rolle for individets håndtering af stress samt affekt – og adfærdsregulering (Jørgensen, 2009). Amygdala spiller en central rolle i forhold til bl.a. emotionsprocessering, opfattelsen af frygt og trusler samt evnen til regulering af affekt og adfærd (Krause-Utz et al., 2018). Hippocampus bidrager til individets følelsesregulering og er sensi-

tiv over for stresspåvirkninger (Jørgensen, 2009). Disse hjerneområder kan som sagt påvirkes af udefrakommende stimuli, hvor tidlige stressoplevelser i barndommen kan spille en afgørende rolle for deres funktion, hvorved dette kan medvirke til, at individer med borderline er mere sensitive over for stresspåvirkninger (Jørgensen, 2009).

I relation hertil ses det, at individer med BPD ofte har en hypersensitiv og reaktiv amygdala, hvorfor de hurtigt oplever mentaliseringssvigt, hvilket kan øge risikoen for impulsive handlinger og selvskade i et forsøg på at dæmpe den indre spænding. Mentaliseringssvigt udløses ved et højt spændingsniveau, hvor de subkortikale hjernestrukturer overtager, hvilket medfører, at den kontrollerede og automatiske mentalisering i præfrontale cortex bryder sammen (Møhl, 2015). Når det emotionelle spændingsniveau er højt kan individet ikke længere tænke klart, hvorfor individet får tendens til at ty til impulsive og uoverlagte handlinger (Møhl, 2015). Mentaliseringsevnen ved individer med BPD belyses yderligere under afsnittet "Mentalisering".

I et forsøg på at forstå ætiologien af BPD er indflydelsen af tidlige aversive barndomsoplevelser som bl.a. tilknytningsforstyrrelser, neglekt og utilstrækkelige omsorgspersoner blevet udforsket, hvor disse også kan ses som risikofaktorer for udviklingen af BPD (Silk, Wolf, Ben-Ami & Poortinga, 2005). På baggrund af dette finder vi det derfor relevant at kaste lys over tilknytningsteorien, udviklingen af mentalisering samt borderline personlighedsorganisation og udvikling af indre objektrelationer i forståelsen af udviklingen og vedligeholdelsen af BPD.

Tilknytningsteori

Tilknytningsteorien er formuleret af John Bowlby (1996) og har haft stor betydning for forståelsen af barnets psykiske udvikling, herunder både for den normale og anormale personlighedsudvikling (Bo, 2017). Bowlby definerer tilknytningsteori som "... menneskers tilbøjelighed til at skabe stærke følelsesmæssige bånd til ganske bestemte andre mennesker..." (Bowlby, 1996, p. 135), hvor den tidlige relation mellem barnet og omsorgspersonen har betydning for barnets udvikling og evne til at skabe tilknytning. Barnets tidlige interaktion med den primære omsorgsperson danner grundlag for udviklingen af barnets indre repræsentationer af selvet, verden og omsorgspersonen (Rechenbach, 2003). Disse fungerer som individets base for fortolkning af senere oplevelser på baggrund af tidligere erfaringer (Bowlby, 1996; Main, 1991).

Endvidere har Mary Ainsworth udledt tre tilknytningsmønstre gennem sin forskning i Fremmedsituationen; sikker tilknytning, ængstelig ambivalent og ængstelig undgående (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Senere har Main og Solomon tilføjet yderligere ét, som betegnes desorganiseret tilknytning (Main, 1991). Det første tilknytningsmønster betegnes som tryk tilknytning, og de resterende tre repræsenterer forskellige former for utryk tilknytning. Barnets tilknytningsmønster afspejler dets indlejrede repræsentationer af verden, samt måden, hvorpå det håndterer utryghed og stress (Fonagy, 2001).

Flere studier har undersøgt forekomst af tilknytningsstile hos individer med BPD, hvor der gennemgående er fundet betydelige forstyrrelser i tilknytningsmønsteret (Jørgensen, 2003). Blandt andet har Fonagy et al. (1996) i et studie af tilknytning hos individer med borderline fundet, at 75 % af deltagerne med BPD var utrygge i deres tilknytning. De tilknytningsstile der hyppigst forekommer ved personer med BPD er den ængsteligt ambivalente og den desorganiserede tilknytningsstil (Møhl, 2017).

Ved den ængsteligt ambivalente tilknytning har barnet et hyperaktivt tilknytningssystem, hvilket kan komme til udtryk gennem en strategi til at overdrive eller opregulere affekt for at sikre omsorgspersonens opmærksomhed (Fonagy, 2001). Udviklingen af dette tilknytningsmønster skyldes typisk erfaring med omsorgspersoner, der har været ustabile og uforudsigelige i deres reaktioner på barnets behov for støtte og omsorg (Jørgensen, 2003). Ved den desorganiserede tilknytning udviser barnet en desorienteret adfærd i kontakten med omsorgspersonen, som kan være præget af unormale kropsstillinger, pludseligt afbrudte bevægelser, stivnen, stirren ud i luften eller frygt for omsorgspersonen (Fonagy, 2001). Denne tilknytningsstil optræder typisk hos personer, som tidligt i livet har været udsat for alvorlige traumer og omsorgssvigt (Jørgensen, 2003). Ved den desorganiserede tilknytningsstil har barnet sandsynligvis oplevet, at omsorgspersonen på en og samme tid har været kilden til tryghed og angst, hvilket har sat barnet i et uløseligt paradoks (Fonagy, 2001).

En usikker tilknytning kan have vedvarende betydning for individets evne til at indgå i sociale relationer. I relation hertil er tilknytningsmønsteret hos personer med borderline ofte kendetegnet ved en kombination af tidligt oplevede traumer og svigt, sensitivitet i interpersonelle relationer og høj ængstelighed, hvilket kan medføre et hyperaktivt tilknytningssystem (Jørgensen, 2003). Siever (2018) beskri-

ver, at måden hvorpå individer med BPD relaterer sig til andre mennesker, ofte bærer præg af en grundlæggende ustabilitet og frygt for at blive forladt. Dette kommer til udtryk gennem en tilknytningsadfærd, hvor individet med borderline forsøger at undgå dette gennem veksling mellem nærhed og distance til nære relationer (Siever, 2018). Denne måde at relatere sig til andre på kan dermed gøre det svært at fastholde interpersonelle relationer, hvilket kan medføre en tendens til ustabile relationer (Jørgensen, 2009). Endvidere kan frygten for at miste relationer lægge fundament for en afhængighed af de nære relationer (Silk, Wolf, Ben-Ami & Poortinga, 2005). Angsten for at blive forladt kan medføre en hyperårvågenhed over for ledetråde, der kan pege på, at deres tætte relationer vil forlade dem, hvilket bl.a. kan komme til udtryk i en mistillid over for andre (Siever, 2018). Denne adfærd kan have spores tilbage til den tidlige tilknytning, hvor eksempelvis individet med ængsteligt ambivalent tilknytning kan føle usikkerhed omkring omsorgspersoners rådighed og hjælp, hvilket kan forårsage adskillelsesangst og et stort behov for at være i nærheden af givne omsorgspersoner. Siever (2018) beskriver i relation hertil, at et forsøg på at kontrollere denne frygt for at blive forladt kan komme til udtryk gennem udadreagerende adfærd som vrede, seksuel promiskuitet, selvskadende adfærd samt trusler om eller forsøg på selvmord hos individer med BPD.

Endvidere ses der ved individer med BPD tendens til en ustabil selvstruktur og et negativt og inkohærent billede af sig selv og andre samt tendens til mentaliseringssvigt, når individets tilknytningssystem bliver aktiveret. Dette kan muligvis spores tilbage til en desorganiseret tilknytningsstil udviklet på baggrund af omsorgspersonens invalidering af barnets følelser og upassende respons på barnets behov (Silk, Wolf, Ben-Ami & Poortinga, 2005). Main (1994, if. Rechenback, 2003) beskriver desuden, hvordan individet med borderline kan have tendens til ekstreme følelsesudtryk og voldsomme humørsvingninger også kan være grundet fraspaltede og uintegreerede indre repræsentationer, som er dannet i den tidlige opvækst. Hvis disse repræsentationer forbliver adskilt gennem livet, øger det risikoen for udviklingen af en personlighedsforstyrrelse.

Som tidligere nævnt tyder det på, at flere personer med borderline kan have et hyperaktivt tilknytningssystem, som særligt bliver aktiveret i de nære relationer. Et hyperaktivt tilknytningssystem undertrykker mentaliseringsevnen hos personer med BPD (Bateman & Fonagy, 2007). Følgende afsnit vil beskrive mentaliseringsevnen i relation til BPD.

Mentalisering

Mentalisering er en socialkognitiv færdighed, som indebærer en grundlæggende evne til implicit og eksplicit at fortolke og forstå egne og andres handlinger som udtryk for indre mentale tilstande, herunder f.eks. intentioner, ønsker og følelser. At mentalisere er dermed udtryk for individets evne til at kunne se andre indefra, tage afstand fra egne mentale tilstande og reflektere over disse fra et ydre perspektiv (Bateman & Fonagy, 2007).

Evnen til at mentalisere forudsætter udviklingen af et indre repræsentationssystem for mentale tilstande. Anthony Bateman og Peter Fonagy (2007) betoner, at evnen til mentalisering ikke er medfødt, men udvikles i tilknytningsrelationen mellem barnet og dets omsorgspersoner. Mentaliseringsevnen udvikles optimalt i en tryk tilknytning gennem omsorgspersonens kongruente og markerede spejling af barnets indre tilstande. Her vil der ske en gradvis integration af de præmentalisteriske modi: teleologisk –, psykisk ækvivalens – og forestillingsmodus op igennem barnets udvikling. Ved en moden mentaliseringsevne er individet i stand til at trække betydningsfulde forbindelser mellem sin indre mentale verden og den ydre fysiske realitet, hvor sammenhængen mellem disse kan udforskes. Dette indebærer evnen til at forstå virkeligheden ud fra, hvordan den fysiske viser sig (teleologisk) med bevidstheden om, at denne forståelse er rigtig (psykisk ækvivalens), men at den samtidig kan være anderledes (forestilling) (Bateman & Fonagy, 2007). En utryk tilknytningsrelation vil derimod hæmme udviklingen af mentaliseringsevnen, hvilket kan komme til udtryk i en skrøbelig mentaliseringsevne, der kan være sårbar over for sammenbrud, når individets tilknytningssystem aktiveres (Bateman & Fonagy, 2007).

I udgangspunktet kan personer med BPD på almindeligvis aflæse egne og andres mentale tilstande og oplever derved ikke mentaliseringssvigt under alle omstændigheder. De kan imidlertid have tendens til sammenbrud i mentaliseringsevnen, når de bliver emotionel ophidset eller føler sig truet, hvilket som ofte gør sig gældende i de nære relationer. Ved mentaliseringssvigt bliver individet blind for egne og andres mentale tilstande, da vedkommende regredierer til de præmentalisteriske måder at forstå sig selv og andre på (Bateman & Fonagy, 2007).

Dette kan komme til udtryk i et dominerende psykisk ækvivalensmodus. I dette modus sættes der lighedstegn mellem individets indre mentale verden og den fysiske virkelighed, hvorved de indre forestillinger og følelser sidestilles med

den fysiske realitet. Når personer med BPD regredierer til dette modus kan det komme til udtryk i konkret og sort/hvid tænkning (Bateman & Fonagy, 2007). Herunder ses tendens til rigide og ukorrigerbare forestillinger om den ydre realitet, hvor individet er overbevist om, at egne udlægninger af verden er endegyldige, og at der derved ikke findes andre gyldige perspektiver. Dette kan vise sig i ubegrundede overbevisninger om at have ret, hvor individet ikke formår at korrigere egne forestillinger (Bateman & Fonagy, 2007).

Ved mentaliseringssvigt ses desuden genaktivering af forestillingsmodus. Når personen med BPD fungerer i dette modus eksisterer den indre og ydre verden som to helt adskilte realiteter uden nogen forbindelse eller betydning for hinanden. Dermed er der ingen forståelse for, hvordan den indre verden kan have betydning for og påvirke oplevelsen af den ydre (Bateman & Fonagy, 2007). Tænkning i dette modus betegnes også som pseudomentalisering, hvilket kan komme til udtryk i en hypersensitivitet over for mentale tilstande, hvor personen med BPD kan have tendens til at bruge megen tid og energi på at reflektere over andres mentale tilstande (Bateman og Fonagy, 2007). I forlængelse heraf kan desuden ses et udpræget behov for konstant at vide, hvad andre tænker og føler. Dog kan individet også have tendens til at være overbevist om, hvad andre tænker og føler. I disse tilfælde ses fornægtelse af objektive realiteter, hvilket bl.a. kan vise sig i form af beskyldninger mod den anden (Bateman & Fonagy, 2007)

Endvidere kan personer med BPD under et mentaliseringssvigt opfatte verden ud fra teleologisk modus, som er det udviklingsmæssigt mest primitive (Bateman & Fonagy, 2007). I dette modus er det kun den fysiske realitet, som har betydning, hvorved den indre verden kun kan ændres via ydre hændelser. Når personer med BPD fungerer i dette modus ses en overbevisning om, at de mentale tilstande kun eksisterer, når de bekræftes af en ydre direkte og konkret adfærd. (Bateman & Fonagy, 2007). Dette kan vise sig ved, at personen har et udpræget behov for, at andre mennesker konstant viser og bekræfter dem i, at de er der for vedkommende, hvor handlinger betyder mere end det sagte ord. I forlængelse heraf ses tendens til, at personen med BPD gør brug af fysiske handlinger, når vedkommende vil markere eller ændre egne mentale tilstande, hvilket bl.a. kan komme til udtryk gennem selvskadende adfærd (Bateman & Fonagy, 2007).

I ovenstående ses, hvordan de præmentalistiske modi på forskellig vis kan blive genaktiveret, når personen med BPD oplever mentaliseringssvigt, hvor der

ses tendens til fejlaflæsning og unuancerede tolkninger af egne og andres mentale tilstande og handlinger. Udover evnen til at kunne forstå egne og andres handlinger ud fra mentale tilstande, danner mentaliseringsevnen desuden grundlag for udviklingen af en stabil selvforneemmelse, evnen til at forstå og håndtere interpersonelle relationer samt evnen til affektregulering og impuls kontrol (Bateman & Fonagy, 2007).

Affektregulering. Affektregulering er evnen til at kontrollere og modificere affekter, som f.eks. at styre begejstring inden den udvikler sig til urealistisk grandiositet eller evnen til at modstå aggressioner, inden dette udvikler sig til udadreagerende adfærd. Affektreguleringen fungerer dermed som følelseslivets bremseklokker (Bateman og Fonagy, 2007; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007).

I relation til udviklingen af individets mentaliseringsevne har spejlsrelationen mellem barnet og omsorgspersonen desuden afgørende betydning for barnets udvikling af affektregulering. Barnets evne til at genkende emotionelle tilstande konstitueres derved i samspillet med dets omgivende miljø. Omsorgspersonens spejling af barnets affekter danner grundlag for udviklingen af indre repræsentationer over affekttilstande, som er grundlaget for senere affektregulering og impuls kontrol (Fonagy et al., 2007). I de tilfælde hvor omsorgspersonen ikke er emotionel eller fysisk til stede, og derfor ikke formår at spejle barnets emotioner på en adækvat måde, kan dette medføre følelsesmæssig arousal og dysregulering i barnet. Dette vil på den ene side underminere barnets mulighed for at danne og integrere forskellige affekttilstande, men også barnets mulighed for at danne en fornemmelse af grænsen mellem selvet og omsorgspersonen (Fonagy et al., 2007).

Ved personer med borderline ses ofte følelsesmæssig dysregulering og manglende impuls kontrol, som er karakteriseret ved stor sensitivitet over for negative påvirkninger, lav tærskel for følelsesmæssig arousal og langsom tilbagevenden til neutral grundstemning (Møhl, 2017). Denne nedsatte evne til at regulere affekt kan desuden medføre, at vedkommende har svært ved selv at komme ud af svære følelser, hvor personen f.eks. kan være vred eller ked af det i lang tid. Denne emotionelle dysregulering medvirker til, at personer med BPD ofte oplever mentaliseringssvigt, hvor de hurtigt kommer i affekt og kan miste overblikket og kontrollen over egen adfærd (Fonagy et al., 2007). I forlængelse heraf ses derfor forskellige måder, hvorpå individer med BPD forsøger at kompensere for denne manglende evne til at regulere og kontrollere affekter og impuls, hvor bl.a. forskellige former for selvskadende ad-

færd er udbredt blandt personer med BPD (Andover, Schatten & Morris, 2018; Møhl, 2015).

Selvskade. Selvskadende adfærd omhandler selvpåført skade rettet mod individet selv, som kan medføre øjeblikkelige psykiske og fysiske skader eller øge risikoen for skade på længere sigt (Møhl, 2015). Dermed kan selvskadende adfærd inddeles i direkte og indirekte former. Direkte selvskade referer til adfærd, hvor den selvpåførte skade viser sig som en fysisk konsekvens umiddelbart efter den selvskadende handling er udført. Dette kan f.eks. være cutting, at brænde sig, at slå sig eller kradse sig selv (Møhl, 2015). De indirekte former for selvskade er karakteriseret ved adfærd, hvor skaden ikke sker i direkte forlængelse af den selvskadende handling, men som over længere tid derimod kan medvirke til fysiske skader. Dette kan f.eks. være i form af alkohol – og stofmisbrug, risikofyldte seksuelle aktiviteter eller forstyrrede spisemønstre. Desuden kan den selvskadende adfærd være med eller uden suicidale intentioner (Møhl, 2015).

Den selvskadende handling kan tjene forskellige formål for det enkelte individ med BPD. Som tidligere nævnt kan den selvskadende adfærd være en tilegnet copingstrategi til regulering af affekt herunder særligt negative følelser som angst, skam og suicidale impulser (Andover, Schatten & Morris, 2018; Møhl, 2017). Når individet oplever at være i et højt følelsesmæssigt spændingsniveau, kan selvskade være en måde, hvorpå individet forsøger at genvinde kontrol over egne følelser og nedregulere den følelsesmæssige spænding til et mere kontrollerbart niveau (Møhl, 2017). I relation hertil kan den selvskadende handling desuden have til formål at opretholde selvstrukturen efter en destabilisering og genvinde mentaliseringsevnen, når denne er brudt sammen (Bateman & Fonagy, 2007). Individets selvskadende handling kan dermed ses som en strategi, hvorpå individet prøver at forvalte mentale tilstande, når vedkommendes mentaliseringsevne er brudt sammen. Personen med BPD kan i disse situationer regrediere til teleologisk modus, hvor den selvskadende adfærd bliver individets måde at kommunikere sit indre ubehag over for sig selv og andre gennem direkte fysisk handling (Møhl, 2017).

Den selvskadende adfærd som kan ses ved personer med BPD kan i nogle tilfælde blive en psykologisk eller fysiologisk afhængighed. Det kan vise sig som en psykologisk afhængighed i de tilfælde, hvor selvskaden bliver individets dominerende mestringsstrategi, da det kan medvirke til, at individet bliver dårligere til

at udvikle mere adaptive måder at håndtere sine udfordringer på. Den selvskadende adfærd kan desuden blive en fysiologisk afhængighed i den forstand, at individets selvskade kan udløse forskellige endogene opioider, om f.eks. beta-endorfiner ud i kroppen. Disse kan skabe en euforisk lystbetonet følelse i individet samtidig med, at de har en beroligende og nedregulerende effekt (Møhl, 2015). Når individet skader sig selv kan dette give en følelse af agens, da individet har formået at få de ukontrollerbare følelser under sin kontrol. For hver gang at vedkommende skader sig selv, kan der ske en forstrækning af adfærden, idet personen gentagne gange oplever en lystbetonede frihed for smerte og ubehag (Møhl, 2015).

Borderline Personlighedsorganisation og Udvikling af Indre Objektrelationer

Otto Kernberg (1967; 1972) befinder sig indenfor den psykoanalytiske objektrelationsteori, som belyser, hvordan mellem menneskelige relationer hænger sammen med udviklingen af individets indre psykiske strukturer (Jørgensen, 2009). Kernberg fremhæver, hvordan det tidlige samspil mellem omsorgspersonen og barnet er grundlaget for udviklingen af indre og ydre objektrelationer. Disse har desuden indflydelse på udviklingen af individets psykiske struktur og senere oplevelser og reaktioner på omverdenen (Jørgensen, 2009).

Kernberg har udviklet et psykoanalytisk funderet alternativ til de formelle diagnosesystemer, betegnet personlighedsorganisering, hvor han beskriver forskellen mellem tre sygdomskategorier: neurotisk, borderline og psykotisk. Selvom overgangen mellem disse skal ses som glidende, er vores fokus på hans arbejde med borderline personlighedsorganisation, som ligger på grænsen mellem neurotisk og psykotisk (Kernberg, 1967). Dog skal der gøres opmærksom på, at Kernbergs beskrivelse af borderline personlighedsorganisation er en bredere definition af BPD end den, der anvendes i dette speciale, men den findes dog hos langt hovedparten af individer med BPD (Jørgensen, 2009). Ifølge Kernberg er de vanskeligheder, der ses hos mennesker med borderline personlighedsorganisation funderet i patologiske indre objektrelationer, som er udviklet i samspil med de tidlige relationer (Jørgensen, 2009; Kernberg, 1967). Han beskriver, at udviklingen af individets indre objektrelationer sker gennem fire stadier, hvor patologisk udvikling i tredje stadiet er årsagen til udviklingen af borderline personlighedsorganisation (Kernberg, 1972). Dermed kan personer med BPD være fikseret i det tredje udviklingsstadium. På dette stadium har barnet udviklet en evne til at differentiere mellem gode selv – og objektrepræsentatio-

ner, som er integreret i barnets bevidsthed, hvorved det kan kende forskel på gode repræsentationer af omsorgspersonen og gode repræsentationer af sig selv. Dog er differentieringen af onde selv – og objektrepræsentationer ikke udviklet på tredje stadie (Gammelgaard, 2004). Endvidere er de gode og onde selv – og objektrepræsentationer på dette stadie fortsat helt adskilte, hvorfor barnet ikke har udviklet en integreret opfattelse af selv og andre (Kernberg, 1972). Denne komplette adskillelse af god og ond i bevidstheden er det, der betegnes som splitting. På tredje stadie er dette et normalt fænomen for barnet, som på fjerde udviklingsstadie under en normal udvikling vil integrere disse gode og onde selv – og objektrepræsentationer i sin bevidsthed, hvor der udvikles en helhedsopfattelse af sig selv og andre (Evang, 1999; Kernberg, 1972)

Splitting som Forsvarsmekanisme. Udover kompenserende strategier som selvskadende adfærd til håndtering af impuls og affekt, kan mennesker med BPD desuden gøre brug af primitive forsvarsmekanismer, som ubevidst har til formål at beskytte individet (Evang, 1999). Brugen af de primitive forsvarsmekanismer er på kort sigt hensigtsmæssige for individet, idet de medvirker til at mindske personens angst – og stressniveau. På længere sigt vil brugen af de primitive forsvarsmekanismer dog svække jeget og belaste individets sociale relationer (Jørgensen, 2009).

Som nævnt ovenfor repræsenterer splitting en fiksering i det tredje udviklingsstadie, hvor der ses en adskillelse af gode og onde selv – og objektrepræsentationer (Kernberg, 1972). Adskillelsen af disse to kategorier er det, man vil betegne som splitting, der er en central forsvarsmekanisme ved personer med borderline. Her ses der en tendens til en patologisk splitting af mennesker kategoriseret som enten at være gode eller onde. Endvidere vil denne manglende integration af selv og andre lade den indre verden forblive opsplittet, hvilket betyder, at individet ikke kan udvikle en mere samlet og nuanceret forståelse af egen og andres identitet (Jørgensen, 2009). To primitive forsvarsmekanismer som er organiseret omkring splitting er primitiv idealisering og devaluering, som er eksempler på at se ydre objekter som udelukkende gode eller udelukkende onde (Kernberg, 1967). Ved primitiv idealisering ses et stærkt positivt billede af objektet, som der stilles urealistiske forventninger til, og ved devaluering trækkes nedvurderende og værdiløse repræsentationer ned over objektet (Evang, 1999).

Sammenfatning

Med afsæt i en udviklingspsykopatologisk tilgang skal udviklingen af borderline ses i lyset af biologiske, psykologiske og sociale risiko – og beskyttende faktorer. Herunder kan individuelle genetiske sårbarheder som bestemte personlighedstræk samt forskellige kortikale og subkortikale dysfunktioner have en indflydelse på udviklingen af borderline. Endvidere har det tidlige samspil mellem barnet og omsorgspersonen også indflydelse på udviklingen af BPD. Herunder ses en grundlæggende usikker tilknytning, manglende selvforneelse, hæmmet mentaliseringsevne, forstyrret affektregulering og impuls kontrol, som bl.a. kan komme til udtryk gennem selvskadende adfærd. Ydermere kan det tidlige samspil mellem barn og omsorgsperson have indflydelse på udviklingen af primitive forsvarsmekanismer, hvor der særligt ved personer med BPD ses tendens til splitting. Desuden kan disse faktorer også medvirke til at vedligeholde individet i psykopatologi. Disse teoretiske perspektiver er udvalgt, idet de kan understøtte forståelsen for de kerneproblematikker, som er karakteristiske ved BPD.

Metodologi og Metode

I det følgende afsnit vil undersøgelsens metodologiske og metodiske overvejelser blive præsenteret. Herunder vil der redegøres for studiets videnskabsteoretiske udgangspunkt efterfulgt af en redegørelse for det kvalitative semistrukturerede interview samt analysestrategien, interpretative phenomenological analysis.

Fænomenologi

Jævnfør afsnittet “Identificerede Behov i Litteraturen” har dette empiriske studie til formål at undersøge unge kvinders oplevelse af, hvordan det er at være ung og leve med BPD. Dermed udgør fænomenologien studiets videnskabsteoretiske ståsted, idet vores undersøgelse tager udgangspunkt i det enkelte individs subjektive beskrivelser af, hvordan vedkommende oplever verden, samt hvordan disse oplevelser tillægges mening (Langdridge, 2007).

Fænomenologien er en filosofisk skole grundlagt af Edmund Husserl i begyndelsen af det 20. århundrede. Sidenhen har fænomenologien udviklet sig i forskellige retninger fra Husserls stringente, deskriptive fænomenologi med hovedvægt på rene beskrivelser til den hermeneutiske tilgang, hvor fortolkning kommer i cen-

trum (Langdridge, 2007). Ligeledes har fænomenologien siden udmøntet sig i en række forskelligartede empiriske forskningsmetoder indenfor bl.a. psykologien og andre nært beslægtede videnskaber (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010).

Ud fra et førstepersonsperspektiv forsøger vi at få indblik i vores deltagers livsverden. Livsverden refererer til individets konkrete hverdagsliv herunder de levede situationer og personlige erfaringer, som her finder sted (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010). Alt hvad individet ved, ved det ud fra dets egen oplevelse af verden. Dermed forsøger vi i vores empiriske undersøgelse at indfange detaljerede og nuancerede kontekstuelle beskrivelser af vores deltagers hverdagsoplevelser for på denne måde at få indblik i, hvordan det er at være det enkelte individ i den pågældende situation (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010). Vi skal dog i denne forbindelse være opmærksom på, at vi som mennesker altid retter vores bevidsthed mod noget bestemt. Vores perception af verden vil altid være intentionel, og derfor kan forskellige mennesker opleve den samme verden eller, i vores studie, det at leve med den samme diagnose betydelig forskelligt (Langdridge, 2007; Willig, 2013). Vi kan dermed ikke forvente, at vores deltagere har samme oplevelse, på trods af at de alle er unge og lever med BPD. Vi forsøger dermed at indfange den enkeltes særlige oplevelse, men samtidig også at belyse den diversitet, som kan være i blandt vores deltagers oplevelse (Willig, 2013).

I undersøgelsen af deltagernes livsverden er det en forudsætning, at vi som forskere forsøger at sætte vores forudantagelser til side. Dette gør vi for at være åbne og undersøgende overfor, hvordan det rent faktisk opleves af det enkelte individ at leve med en borderline diagnose. Dette betegnes inden for fænomenologien som epoché og fænomenologisk reduktion (Langdridge, 2007). Denne proces indebærer ikke et absolut fravær af antagelser og viden om det, vi undersøger, men en kritisk stillingtagen til vores egen forforståelse og en bevidsthed omkring at holde dette tilbage og tilgå vores deltagers beskrivelser med åbenhed og nysgerrighed (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010). Vi har været opmærksomme på, at vi ikke har måtte tage for givet, at vi ved, hvad vores deltagere tænker, føler eller ønsker. I relation hertil har vi i interviewsituationen været bevidste om at stille åbne spørgsmål, som har lagt op til narrative beskrivelser. Eksempelvis har vi bedt vores deltagere beskrive konkrete situationer og oplevelser fra deres hverdag samt følelser relateret hertil.

Ud fra vores deltagers kontekstuelle beskrivelser forsøger vi gennem en fænomenologisk analyse, interpretative phenomenological analysis (jf. afsnittet

“Analysestrategi”), at nå frem til en forståelse af, hvordan det opleves for disse specifikke deltagere at være ung og leve med BPD. Vi forsøger dermed at nå frem til essensen af vores undersøgte fænomen. Essens refererer til det der karakteriserer det psykologiske fænomen, som vi undersøger (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010). Dette kan dog også resultere i en afdækning af, at der er flere forskellige måder at opleve det at være ung og leve med en borderline diagnose (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010). Ovenstående vil vi undersøge gennem kvalitative semistrukturerede interviews.

Dataindsamling

Det Kvalitative, Semistrukturerede Interview

I nærværende undersøgelse valgte vi at anvende semistrukturerede interviews som vores metode til dataindsamling, da formålet var at afdække deltagerens livsverden og udfolde betydninger af deres oplevelser set fra deres synspunkter gennem tilvejebringelse af rige beskrivelser (King & Hugh-Jones, 2019; Kvale & Brinkmann, 2015). Strukturen i interviewet nærmer sig en hverdagssamtale, men har samtidig et professionelt formål. I interviewsituationen skabes viden i samspil mellem interviewer og deltageren, hvor den semistrukturerede tilgang gav os muligheden for at rammesætte interviewet gennem interviewguiden samtidig med, at vi havde mulighed for at tilpasse spørgsmålene til den enkelte interviewsituation (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi havde forberedt nogle emner og spørgsmål på forhånd, men metoden tillod os friheden til at være fleksible i interviewsituationen og adressere emnerne i den rækkefølge, som føltes mest naturlig samt at følge nye aspekter, som opstod i samtalen (King & Hugh-Jones, 2019; Smith & Osborn, 2008).

Interviewguide

Interviewguiden udgør et manuskript, som ved det semistrukturerede interview indeholder en oversigt over de emner, der skal forsøges afdækket samt forslag til spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewguiden er vejledende, men skal ikke diktere interviewsamtalen. I udarbejdelsen af interviewguiden udformede vi først vores forskningsundren affattet i et teoretisk sprog, hvorefter vi formulerede interviewspørgsmål til deltagerne i et ikke-akademisk sprog. Dette var med henblik på at gøre spørgsmålene let forståelige og for at imødekomme deltagernes

livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Formålet med interviewspørgsmålene var at få svar på vores forskningsundren. Desuden udformede vi støttespørgsmål, som kunne supplere interviewspørgsmålene i interviewsituationen. Spørgsmålene blev inddelt efter temaer, som vi fandt interessante og relevante at undersøge under interviewet. Desuden blev interviewguiden bl.a. baseret på fund fra specialets systematiske review (jf. afsnittet "Syntese af Studiernes Resultater"), hvilket var med til at sikre relevansen af interviewspørgsmålene. Som før nævnt kræver fænomenologisk forskning, at forskeren træder ind i deltagerens livsverden, og derfor var det vigtigt for os, at spørgsmålene, som blev formuleret, var åbne, neutrale og ikke-ledende (Willig, 2013).

Vores interviewguide blev opdelt i fire overordnede temaer, hvilket var funderet i formålet om at besvare undersøgelsens forskningsspørgsmål: 1) Oplevelsen af at leve med BPD 2) Interpersonelle relationer 3) Den unges syn på diagnosen og oplevelsen af stigmatisering 4) Mødet med psykiatrien. Se bilag 1 for interviewguiden. Forinden udførelsen af den endelige interviewundersøgelse forberedte vi os gennem et pilotinterview.

Rekruttering af Deltagere

Rekrutteringen af deltagere til vores undersøgelse foregik gennem to forskellige Facebookgrupper for personer med BPD. Vi kontaktede administratorene for grupperne med henblik på at bede om tilladelse til at dele et rekrutteringsopslag. I opslaget efterspurgte vi deltagere mellem 18-25 år til deltagelse i et interview omhandlende deres oplevelse af at være ung og leve med en diagnosticeret emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Vi opstillede ingen kriterier omhandlende deltagernes køn, komorbiditet, varighed af diagnose samt hvorvidt deltagerne havde gået i behandling. Disse opslag resulterede i, at flere kvinder henvendte sig, men grundet specialets tidsmæssige ramme blev seks kvinder inviteret til vores interviewundersøgelse. Der henvises til afsnittet "Præsentation af Deltagerne" for yderligere informationer om deltagerne. Studiets forskningsfokus var oprindeligt tiltænkt både mænd og kvinder, men da vi udelukkende fik henvendelser fra kvinder, indsnævrede vi forskningsspørgsmålet til at fokusere på denne målgruppe.

Interviewet

Grundet COVID-19 blev alle interviews foretaget online over videokommunikationsmediet Zoom, som gennem Aalborg Universitets platform er GDPR-sikker. Interviewene blev desuden lydoptaget på en diktafon, så de efterfølgende kunne transskriberes. Vi gjorde os på forhånd nogle tanker om, hvilke konsekvenser det kunne have, at interviewene blev foretaget online. Blandt andet ville noget af den nonverbale kommunikation muligvis gå tabt på trods af, at webkameraet var tændt hos begge parter. På den anden side kunne det give deltagerne en vis tryghed at være hjemme i egne omgivelser under interviewsituationen, hvorved der var en større distance mellem deltager og interviewer. Online interviews gav os desuden muligheden for at interviewe deltagere fra forskellige steder i Danmark.

De seks interviews blev udført over en tidsperiode på to uger i marts 2021. Interviewene varede mellem en til to timer, og hver forsker foretog tre interviews. Vores deltagere fik en uge inden interviewets start tilsendt en samtykkeerklæring, hvor de blev informeret om formålet med undersøgelsen og kunne give samtykke til deltagelse før interviewet fandt sted (Kvale & Brinkmann, 2015; Willig, 2013). Se bilag 2 for samtykkeerklæring.

Transskription

Alle seks interviews blev lydoptaget, hvorved vi under interviewsituationen havde frihed til at lytte aktivt og koncentrere os om interviewet uden at skrive noter. Efterfølgende transskriberede vi interviewene ordret med henblik på at mindske misforståelser under den efterfølgende analyse af datamaterialet. Desuden var det vigtigt for os at forblive loyale over for deltagernes mundtlige udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015). I transskriptionen medtog vi deltagernes egne kommunikationsreguleringer, korte pauser og længere latenstid samt stemninger som f.eks. grin, da det kunne have betydning for meningen med det, der blev fortalt (Smith & Osborn, 2008). Ved transskriptionen af lydfilerne blev deltagernes personhenførbare oplysninger anonymiseret. Se bilag 3-8 for transskriptioner af interviews.

Etiske Overvejelser

Kvale & Brinkmann (2015) pointerer, at etiske overvejelser skal medtænkes gennem hele interviewundersøgelsen, samt at det er vigtigt i forskningspro-

cessen at holde sig åben og reflektiv over for de dilemmaer, ambivalenser og konflikter, der kan opstå løbende. Interviewsituationen kan komme tæt ind på deltagerens personlige liv. I forlængelse heraf beskriver Willig (2013), at forskeren har til ansvar at beskytte sine deltagere for enhver skade eller tab og skal bevare deres psykologiske velbefindende og værdighed på alle tidspunkter under studiet.

Allerede inden interviewundersøgelsens start kontaktede vi den etiske komité på Aalborg Universitet med henblik på at afklare, om der var eventuelle regler, vi skulle være særligt opmærksomme på i forhold til at interviewe unge med BPD. Her blev vi anbefalet at være opmærksomme på nogle principielle etiske spørgsmål; herunder den betydelige asymmetri mellem forsker og deltager, karakteren af interviewspørgsmål og interviewsituationen samt samtykke med grundig information for at beskytte deltagerne mest muligt. Vi orienterede os desuden i de etiske principper for nordiske psykologer inden interviewundersøgelsens start, hvilket har været vejledende for en kontinuerlig refleksion gennem hele interviewundersøgelsen (EPNP, 2016-2018).

Flere deltagere havde udtrykt et ønske om at få tilsendt en mere detaljeret beskrivelse af de overordnede temaer, som vi ville komme ind på under interviewsituationen, hvorfor vi dagen inden interviewet sendte dem et kort skriv om disse. Vi valgte at være åbne om de overordnede temaerne for interviewet, da det var vigtigt for os at være transparente over for deltagerne samt at undgå at give dem en følelse af, at der var en skjult dagsorden med interviewet (Willig, 2013). Endvidere var vi opmærksomme på den skæve magtfordeling mellem forsker og deltager under interviewet, hvor vi som interviewere var dem, der definerede interviewsituationen (Kvale & Brinkmann, 2015). Både over mail dagen inden interviewet og under briefing i starten af interviewsituationen gjorde vi det desuden klart for deltagerne, at de til enhver tid kunne fortælle, hvis der var noget, de ikke ønskede at svare på, samt at de til enhver tid kunne trække sig fra deltagelse i studiet (Kvale & Brinkmann, 2015; Willig, 2013).

Både i forbindelse med briefing og samtykkeerklæringen fortalte vi desuden deltagerne om fortrolighed, hvilket i vores interviews var særligt relevant, fordi vi kom ind på emner, som var sensitive for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2015), herunder bl.a. opvækst – og familieforhold samt private detaljer om deltagerens liv. Vi sikrede deltagerens fortrolighed ved at slette lydoptagelserne efter brug samt at informere deltagerne om anonymisering af deres private data. Dette gjorde vi

ved at fjerne personhenførbare oplysninger allerede ved transskription af interviewene. Desuden opbevarede vi data i overensstemmelse med GDPR. Endvidere har vi fastholdt komplet tavshedspligt med hensyn til enhver form for information om deltagerne, som vi tilegnede os under forskningsprocessen (Willig, 2013).

Yderligere fandt vi det centralt at overveje, hvilke positive og negative konsekvenser deltagelsen kunne have for den enkelte. Nogle af de eventuelle risici, som vi var opmærksomme på, var den åbenhed og intimitet, som meget kvalitativ forskning er kendetegnet ved. Dette kunne muligvis medføre, at deltagerne åbnede op og gav beskrivelser, som de senere ville fortryde (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi forsøgte at imødekomme dette ved, som før nævnt, at understrege i briefinggen, at deltagerne til enhver tid kunne sige fra, hvis der var noget, de ikke ønskede at svare på. Yderligere gjorde vi os tanker om, at interviewsamtalen ikke skulle blive en kvasiterapeutisk relation, hvor relationen mellem deltager og interviewer kunne komme til at ligne en terapeutisk relation (Kvale & Brinkmann, 2015). I forbindelse med dette beskriver Kvale & Brinkmann (2015) den vigtige sondring mellem distance og empati i vores rolle som forsker, hvilket vi gjorde os overvejelser om både inden og under samtalen. Desuden forsøgte vi at imødegå eventuelle spørgsmål fra deltagerne i vores debriefing efter interviewet og ved at informere dem om, at de til enhver tid kunne kontakte os ved eventuelle spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi overvejede desuden, hvilke fordele deltagelsen kunne have for den enkelte. Nogle af fordelene ved deltagelsen kunne være, at undersøgelsen gav mulighed for, at deltagerne kunne opleve at blive hørt og få en stemme. Desuden havde vi en formodning om, at undersøgelsen ville bidrage med ny viden på baggrund af deltagerens dybdegående beskrivelser. På denne måde kunne deltagerne få en oplevelse af, at deres deltagelse kunne gavne andre unge med BPD i fremtiden. Flere deltagere udtrykte endvidere stor interesse for at kunne bidrage med deres hjælp til at sætte fokus på at være ung og leve med BPD, da de fandt emnet af stor betydning for dem.

Analysestrategi

Efter udførelsen og transskriptionen af vores seks semistrukturerede interviews påbegyndte vi analysen. På baggrund af studiets forskningsspørgsmål valgte vi at anvende interpretative phenomenological analysis (IPA) som analysemetode til vores indsamlede empiri. Det primære formål med IPA er at udforske og analysere, hvordan mennesker oplever og skaber mening med deres personlige og sociale ver-

den (Smith & Osborn, 2008; Willig, 2013). I nærværende empiriske studie bestod dette i en udforskning af deltageres personlige oplevelser og redegørelser af at være ung og leve med BPD, samt hvilken betydning denne særegne oplevelse havde for individet. Desuden ses forskningsudøvelsen som en dynamisk proces, hvor deltagerens individuelle oplevelse er underlagt en form for fortolkning, hvor forskeren "...is trying to make sense of the participants trying på make sense of their world." (Smith & Osborn, 2008, p. 53). Dette vil sige, at forskerens undervejs i analysen involveres i en dobbelt hermeneutik, hvor forskeren ser andres oplevelse gennem sine egne øjne. Dermed kan vi som forskere, ifølge IPA, ikke opnå direkte adgang til andres livsverden uden at inddrage egne forståelser under analysen af datamaterialet (Smith & Osborn, 2008; Willig, 2013).

Analysestrategien i IPA er induktiv, fordi der tages udgangspunkt i empiri frem for eksisterende teori. Derudover er analysestrategien ideografisk, da der arbejdes med at opnå forståelse for individuelle cases (Langdridge, 2007). Interpretative phenomenological analysis tilgangen var derfor relevant for nærværende undersøgelse, da vi netop ønskede at gå i dybden med den enkelte deltagers oplevelse af at være ung og leve med BPD fremfor at udforme mere generelle påstande. Vi valgte at beskæftige os intensivt og detaljeret med seks individuelle interviews, hvilket gav os muligheden for at undersøge kompleksitet samt diversiteten i de unges oplevelser.

Analysetrin

I IPA indgår der fire analysetrin, som vi fulgte i vores analyse af datamaterialet (Smith & Osborn, 2008). I første analysetrin læste og genlæste vi transkriptionen samtidig med, at vi tilføjede deskriptive noter i venstre margin af dokumentet for at afdække tekstens mening. Eksempler på disse deskriptive noter kunne være; konflikter i relationer, behov af kæresterektion grundet anerkendelse, selvskadende adfærd ved frustration. Disse noter indbefattede indledende tanker og observationer, som faldt os ind under gennemlæsningen (Smith & Osborn, 2008). I andet analysetrin identificerede vi temaer, som blev noteret i højre margin af dokumentet. Disse måtte gerne være mere meningsfortolkende og tage afsæt i mere teoretiske refleksioner og psykologisk terminologi (Smith & Osborn, 2008). Eksempler på disse temaer kunne være; syn på diagnosen, affektregulering, stigmatisering. I tredje analysetrin opstillede vi de identificerede temaer fra transkriptionen i kronologisk rækkefølge, hvorefter vi sammenlignede dem og identificerede lignende klynger af

temaer. Eksempelvis havde vi identificeret lignende temaer som destruktiv adfærd, selvskaade og selvmordsforsøg, som alle kunne passe ind under temaet “Copingstrategier”. På dette trin foregik der desuden en cyklisk proces, hvor vi gik frem og tilbage mellem listen af temaer og transskriptionen for at sikre os, at temaerne gav mening i relation til den originale data (Willig, 2013). Dette var desuden for at sikre, at forskernes egne meningsdannelser af teksten blev sammenlignet med, hvad deltageren faktisk sagde (Smith & Osborn, 2008). Ved fjerde analysetrin udvalgte vi de endelige temaer fra interviewet, som blev opstillet i en tabel. Til hvert endelige tema tilknyttede vi referencer og citater fra transskriptionen med henblik på at illustrere temaerne (Smith & Osborn, 2008).

Disse fire trin gentog vi for hver af de seks interviews, hvorefter de blev sammenlignet med hinanden for at finde de endelige temaer på tværs af cases (Smith & Osborn, 2008).

Analyse

Med afsæt i vores IPA udledte vi fem overordnede temaer: 1) Psykopatologisk Udvikling, 2) Copingstrategier, 3) Tilknytning og Relationer, 4) Identitet og 5) Stigmatisering. Dette afsnit indledes med en præsentation af vores seks deltagere, hvilket efterfølges af en gennemgang af disse udledte temaer.

Præsentation af Deltagerne

I dette afsnit præsenteres vores seks deltagere for at give et kort indblik i deres baggrundsinformation og tidspunkt for, hvornår de blev diagnosticeret med borderline.

Freja

Freja er 25 år, single og er i år 2019 blevet færdiguddannet som socialrådgiver, og arbejder aktuelt på et krisecenter for kvinder. Derudover arbejder hun i en frivillig organisation, som har til formål at afstigmatisere psykisk sygdom. Hendes første møde med psykiatrien var som 14 årig, hvor hun blev henvist grundet selvskaadende adfærd. Dengang blev der ikke igangsat nogle initiativer, og hun blev afsluttet igen. Hun fik stillet sin borderline diagnose som 21 årig i 2017. Hun har ingen offici-

elle diagnoser udover BPD, men hun beskriver selv, at hun lider af angst, depression og PTSD. Se bilag 3 for transskription.

Karoline

Karoline er 22 år gammel, single og læser til dagligt spansk på universitetet. Hun oplevede for første gang vanskeligheder i starten af teenageårene i form af gentagne vinterdepressioner og tendens til at komme i konflikter med sine nære relationer. Karoline var 19 år gammel, da hun for første gang blev henvist til psykiatrien på baggrund af depression. Siden har hun været indlagt i forbindelse med et selvmordsforsøg samt gået i et forløb i Ambulatorium for affektive lidelser og Enheden for selvmordsforebyggelse. Hun fik stillet sin borderline diagnose som 22 årig i januar 2021 og har bidiagnosen evasiv personlighedsforstyrrelse. Se bilag 4 for transskription.

Cecilie

Cecilie er 24 år, er i et fast forhold og arbejder på fuld tid som sagsbehandler hos det offentlige. Derudover arbejder hun som SOME manager hos en coach fem timer om måneden, og tidligere har hun arbejdet som trivselskoordinator i en frivillig organisation. Cecilie mødte systemet første gang, da hun var omkring 14 år, hvor hun gik i et terapiforløb hos TUBA pga. sin fars alkoholmisbrug. Omkring 2017 blev hun henvist til psykiatrien for at blive udredt for personlighedsforstyrrelse, men sagen blev afsluttet uden udredning. Hun fik stillet sin borderline diagnose som 22 årig i 2019. Udover BPD er hun diagnosticeret med blandet personlighedsforstyrrelse med paranoia og histrionisk. Tidligere har hun fået diagnosticeret depression og belastningsreaktion. Se bilag 5 for transskription.

Linette

Linette er 21 år gammel, er i et fast forhold og arbejder til daglig fuld tid i et supermarked, men har planer om at skulle læse til dyrlæge. Hun oplevede for første gang vanskeligheder i starten af teenageårene i form af udadreagerende og selvskadende adfærd. I 2016 havde Linette sit første møde med psykiatrien på baggrund af et selvmordsforsøg. I forlængelse heraf fik hun som 16 årig stillet sin borderline diagnose og bidiagnosen OCD. Derudover beskriver Linette, at hun i dag også kæmper med angst og PTSD. Se bilag 6 for transskription.

Mette

Mette er 24 år, er i et fast forhold og arbejder aktuelt på en taxacentral, men har planer om at påbegynde uddannelse inden for de næste år. Hun startede på socialrådgiveruddannelsen i 2019, men var nødsaget til at droppe ud grundet en depression. Ved sit første møde med psykiatrien omkring 13 års alderen blev hun indlagt, hvilket efterfølgende førte til en udredning for og diagnosticering af ADHD. Hun fik stillet sin borderline diagnose som 24 årig i efteråret 2020. Derudover har hun en PTSD diagnose og har haft gentagne depressioner gennem sit liv. Se bilag 7 for transskription.

Simone

Simone er 22 år gammel, gift og venter sit første barn til efteråret. Til daglig studerer hun til pædagogisk assistent. Hun oplevede for første gang vanskeligheder i starten af teenageårene i form af store humørsvingninger og følelser af tomhed. Simones første møde med psykiatrien var i år 2015, hvor hun blev diagnosticeret med bipolar affektiv sindslidelse. Sidenhen fandt man frem til, at Simone var blevet fejldiagnosticeret. Hun fik stillet sin borderline diagnose som 21 årig. Se bilag 8 for transskription.

At Være Emerging Adult og Leve med Borderline

Følgende afsnit vil indeholde en gennemgang af de fem udledte temaer.

Psykopatologisk Udvikling

Dette tema er inddelt i tre undertemaer. Først vil vi belyse deltagerens oplevelse af deres opvækstmiljø. Dernæst beskrives deltagerens egne oplevelser af, hvordan deres symptomatologi har ændret sig over tid. Afslutningsvis belyses, hvordan deltagerne oplever at leve med deres borderline i dag.

Opvækstmiljø – At Vokse op i Omsorgssvigt. Deltagerne beskriver, hvordan én eller flere af deres forældre har været både følelsesmæssigt og fysisk fraværende i deres barndom.

Blandt andet fortæller Freja om en opvækst med en følelsesmæssig og fysisk utilgængelig mor, som var gift med en pusher, hvorved det var almindeligt, at

der både blev drukket alkohol og taget stoffer i hjemmet (Freja, l. 139-146). Linette beskriver ligeledes, hvordan hendes alkoholiske far heller ikke var tilgængelig i hendes barndom, og derudover voksede hun op med en mor, som ikke havde overskud til at rumme hende (Linette, l. 74-79, 760-765). Blandt andet beskriver Linette:

“Og jeg kan huske alle de gange, hvor jeg kom hjem og gerne ville fortælle noget, og lige pludselig stoppede jeg bare med at fortælle, for jeg kunne se, at hun ikke var interesseret i at høre om det. Hun kunne ikke overskue det.” (Linette, l. 745-752).

Endvidere beskriver Freja og Cecilie, hvordan de i løbet af deres opvækst er blevet udsat for psykisk vold af en forælder. Cecilie og Freja fortæller begge om en forælder med et ustabil følelsesliv, hvor Freja for eksempel beskriver, hvordan hendes mors affekt ofte var rettet mod hende: “Hun har svinet mig til, hun har slået, hun har smadret mit værelse. Hun har gjort så mange forfærdelige og umenneskelige ting.” (Freja, l. 830-837). Ligeledes beskriver Cecilie, hvordan hun var nødsaget til at træde varsomt, når hun var i nærheden af sin alkoholiske far, idet hans følelsesmæssige tilstand kunne være uforudsigelig: “... han var altid sur på mig, og man vidste aldrig, hvad man kom hjem til, eller når han kom hjem, så vidste man ikke, hvilket humør han var i, og det var en tikkende bombe.” (Cecilie, l. 186-189). Ydermere fortæller Linette om et turbulent forhold til sin mor, hvor konflikter ofte kunne munde ud i fysiske slåskampe mellem dem (Linette, l. 532-537).

I relation hertil beskriver alle deltagerne, hvordan én eller begge deres forældre har fyldt meget i deres opvækst grundet egne psykiske vanskeligheder. Flere deltagere beretter om, hvordan dette har medvirket til, at de ikke har haft følelsen af at blive set eller rummet af deres forældre, idet forældrenes vanskeligheder har været altoverskyggende. Eksempelvis fortæller Mette om et opvækstmiljø, hvor der ikke har været plads til hendes følelser grundet faderens egne psykiske vanskeligheder: “Men hans egne følelser fyldte så meget, at der var ikke plads til mine. Så når jeg kom hjem og var ked af det, så var det vigtigere, hvis far var ked af det.” (Mette, l. 144-151). Dette har resulteret i, at Mette ofte har følt sig forkert med sine følelser i sin opvækst, da hun ikke har haft nogen tilgængelige omsorgspersoner til at hjælpe med at rumme disse:

“Jeg har følt mig forkeret med mine følelser og følt, at jeg ikke kunne være der nogen steder med dem i min barndom, fordi jeg ikke rigtig vidste, hvor fanden jeg skulle træde hen, hvem jeg skulle sige det til, hvad jeg skulle sige, og hvad kan man tillade sig?” (Mette, l. 176-180).

Desuden fortæller Karoline om en barndom præget af en mor med store humørsvingninger, hvorfor Karoline i dag mistænker sin mor for også at lide af borderline (Karoline, l. 1112-1116). Karoline beskriver desuden en mor med manglende overskud til at håndtere Karolines daværende problematikker samt en mor, som hurtigt selv kunne komme i affekt:

“Jeg kan huske, da jeg var yngre, jeg var lidt overvægtig, da jeg var lille, og jeg sagde til min mor: mor, jeg er tyk, mor, jeg er tyk. Og mor blev til sidst irriteret på mig, og så råbte hun af mig: så tab dig! og sådan noget. Hvor man i virkeligheden havde brug for en mor med overskud, som ville gøre noget for at få mig til at forstå og sige: du er perfekt, som du er.” (Karoline, l. 1106-1112).

Trods en mor med manglende overskud til at håndtere Karolines daværende vanskeligheder, beskriver hun i kontrast til de fem andre deltagere, at hendes opvækstmiljø ikke har været præget af tydeligt omsorgssvigt eller traumer (Karoline, l. 934-941, 1100-1116). Karoline beskriver derimod en opvækst, hvor hun har følt sig forsømt af sine forældre grundet en bror med en autismespektrumforstyrrelse, som har fyldt meget i hjemmet:

“Altså der har aldrig været nogle økonomiske problemer i min familie, de har også betalt for psykolog, da jeg var, jeg tror... Jeg var omkring 10 år, da min bror lige havde fået sin autisme diagnose, og jeg følte mig meget overset derhjemme.” (Karoline, l. 617-621).

To af deltagerne fortæller om en opvækst, hvor de måtte navigere i to forskellige verdener hos hver deres forælder. Freja beskriver, hvordan hendes fars hjem var præget af stringente regler og kontrol, hvorimod hendes mors hjem var præget af mangel på struktur og regler, hvor der bl.a. ikke blev sørget for, at hun fik

en madpakke med i skole (Freja, l. 166-185). Simone beskriver, hvordan hun skulle navigere mellem et stabilt og ustabil hjem. På den ene side har hun haft en barndom med sin kriminelle og alkoholiske far på en varmestue, hvor hun bl.a. har været nødsaget til at ringe efter en ambulance, når han havde taget for mange stoffer, og på den anden side har hun haft en mere stabil opvækst ved sin mor, som hun beskriver med sunde relationer (Simone, l. 584-596).

Freja, Cecilie og Mette beskriver desuden, hvordan de i deres barndom var nødsaget til at indtage en voksenrolle i familien grundet deres forældres manglende stabilitet, hvor enten én eller flere af deres forældre ikke kunne overskue rollen som omsorgsperson: "Jeg lider af det, der hedder parentificering..." (Freja, l. 146). Cecilie fortæller bl.a., hvordan hun som den ældste i søskendeflokken har følt sig nødsaget til i en alder af syv år at påtage sig flere forskellige voksenopgaver og agere omsorgsperson for sine mindre søskende:

"Jeg var også den ældste i min søskendeflok... allerede fra da jeg har været syv år, der skulle jeg ned at handle sådan nogle små hverdagsting, mælk og smør... Og det er fandme hårdt, når man som syv årig skal være voksen, og som otte årig så får man nummer to lillesøster, og hun kan ikke kende forskel på dig og mor, fordi det er dig, der tager sig af hende hele tiden." (Cecilie, l. 175-182).

Desuden beskriver Freja, hvordan hendes mor blandt andet har søgt råd omkring sit daværende parforhold hos hende, da hun var syv år: "Man får opgaver, som ikke svarer til noget, som et barn skal tage stilling til. Så det kunne for eksempel være min mor, hun søgte råd om sit parforhold med denne her pusher. Jeg har været syv år" (Freja, l. 149-152). Freja og Cecilie beskriver dermed i ovenstående citater, hvordan deres opvækst har været præget af parentificering, hvilket ligeledes gør sig gældende for Mette, da hun grundet sine fars psykiske vanskeligheder og forældrenes skilsmisse i en periode følte sig nødsaget til at tage sig af sin far (Mette, l. 166-176).

Opsummerende beskriver flere af deltagerne en opvækst præget af omsorgssvigt i større eller mindre grad. Herunder fortæller flere af deltagerne, hvordan deres barndom har været præget af fysisk eller emotionelt utilgængelige forældre, samt forældre der har kæmpet med egne psykiske vanskeligheder. I forlængelse heraf

beskriver nogle af deltagerne, hvordan de i en tidlig alder følte sig nødsaget til påtage sig et voksenansvar i hjemmet.

Ændring i Psykopatologi over Tid. I dette afsnit vil vi belyse, hvordan deltageres vanskeligheder debuterer i starten af teenageårene omkring 11-12 års alderen og udvikler sig op gennem ungdomsårene til omkring 20-års alderen.

Flere af deltagerne beskriver, hvordan de i en tidlig alder havde selvdestruktive tanker og selvskadende adfærd, depressive symptomer, affektudbrud, manglende impuls kontrol samt grænsesøgende adfærd. Dog fremhæver deltagerne, hvordan de oplever, at der sker en ændring i deres symptomatologi fra deres teenageår til i dag. Alle deltagerne beskriver en oplevelse af, at deres borderline vanskeligheder er blevet mindre ekstreme i takt med, at de er blevet ældre.

Alle deltagerne beskriver, hvordan de i starten af teenageårene begyndte at selvskade, hvilket ofte havde til formål at give afløb for svære følelser. Videre beskriver flere deltager, hvordan de i løbet af teenage – og ungdomsårene kæmpede med suicidale tanker, hvor flere af dem i løbet af denne periode forsøgte at tage deres eget liv. Når Simone i slutningen af folkeskolen sammenlignede sig selv med sine jævnaldrende, blev det tydeligt for hende, at hun havde nogle udfordringer, som de andre ikke kæmpede med:

“Jamen jeg snakkede med de andre piger, som også syntes, det var lidt hårdt, så var det venner, det var karakterer, hvad man skulle i fremtiden, og de syntes bare, det var lidt svært at være i, at være den alder. Hvorimod det jeg gik og bøvlede med... det var, at man kunne tage sit eget liv, og jeg kunne bare mærke, at det var ikke noget, de andre gik og baksede med. Og det var ligesom det, der fik mig til at tænke på, jamen det kan sgu godt være, at det her, det ikke er normalt.” (Simone, l. 101-111).

I forlængelse heraf beskriver Simone, hvordan hun ikke oplevede sine vanskeligheder i teenageårene som almindelige teenagevanskeligheder, men tænkte, at der måtte ligge noget andet bag (Simone, l. 138-144). I relation hertil beskriver Karoline, hvordan hendes vanskeligheder var på sit højeste lige efter gymnasiet, hvor hun blev ramt af en alvorlig depression (Karoline, l. 347-349). I forlængelse heraf beskriver Karoline desuden flere forsøg på at tage sit eget liv i de perioder, hvor hun

fik det meget psykisk dårligt, hvor seneste forsøg var under første Corona lockdown i marts 2020 (Karoline, l. 382-401). Karoline endte dog med at fortryde, da hun ikke havde et endeligt ønske om at dø: “Og så endte jeg faktisk med at få det dårligt og også lidt fortryde og tænke, om jeg nu ville dø af det her.” (Karoline, l. 388-398). En af deltagerne fortæller, hvordan hendes selvskadende adfærd og selvmordstanker fortsatte op til begyndelsen på sin videregående uddannelse, hvilket førte til, at hun blev udredt for borderline (Freja, l. 132-133).

Alle deltagere ved undtagelse af Freja beskriver, at de i dag ikke længere selvskader (jf. afsnittet “Maladaptive Copingstrategier”). Dog beskriver Freja, hvordan hun med tiden er blevet bedre til ikke altid at ty til selvskade, når hun har det svært (Freja, l. 599-604). Når hun alligevel bruger selvskade i dag, beskriver hun den som mere overfladisk, hvor hun skærer mindre dybt samtidig med, at der går længere tid imellem, at hun selvskader: “Jeg er blevet så meget bedre, og når jeg gør, så er det ikke lige så dybt. Og der er meget mere mellemrum imellem.” (Freja, l. 601-604). Yderligere beskriver Freja en oplevelse af, at hun førhen gjorde ting ubevidst, hvor hun i dag er blevet klogere på, hvad der ligger bag hendes handlinger. Dog oplever Freja, at hun alligevel ikke altid kan lade være med at selvskade, da hun fortsat lever sit liv baseret på sine følelser: “Jeg lever mit liv på følelser. Så nogle gange er mit handlemønster anderledes, end da jeg var ung. Andre gange kunne jeg lige så godt være 15.” (Freja, l. 396-398).

Deltagerne Karoline, Cecilie, Mette og Simone fortæller desuden om, hvordan de i løbet af teenage – og ungdomsårene løb ind i flere perioder med depressioner. Fælles for alle deltagerne er, at dette begyndte inden, at de fik stillet deres borderline diagnose. Blandt andet fortæller Karoline, hvordan hun i folkeskolen for første gang begyndte at få vinterdepressioner, og hvordan hun efter gymnasiet blev ramt af en depression, som medvirkede til, at hun blev henvist til psykiatrien for første gang (Karoline, l. 39-53). Mette beskriver i relation hertil, hvordan hun på sin videregående uddannelse kæmpede med bl.a. depression og selvmordstanker, hvilket medvirkede til, at hun var nødsaget til at droppe ud af uddannelsen (Mette, l. 84-87).

Flere deltagere beskriver, at de stadig i dag kan blive ramt af svære perioder, men de er blevet bedre til at håndtere disse perioder end tidligere. Eksempelvis beskriver Simone, at hendes borderline fylder mindre i hendes hverdag end tidligere, idet hun bl.a. oplever at være blevet bedre til at håndtere sine følelser:

“Og det blev alkohol, og det blev utroskab og det blev alt det, det ikke lige skulle. Men så er det ligesom om, at eftersom man blev ældre, så lærte man at tackle alle de her følelser på en anden måde. Når du er ked af det, så er det okay bare at være ked af det. Du behøver ikke tage hjem og drikke dig i hegnet med én eller anden tilfældig fyr, fordi det får man det ikke bedre af. Så ligesom at skulle lære at tackle det på en mere voksen måde, det har været det, der har været sværest. Men her de senere år, der har jeg fået nogle flere værktøjer til ligesom at komme i kontakt med mit humør, hvad er det ligesom jeg føler helt præcis, og hvorfor føler jeg det sådan. Er det en okay følelse, og hvad kan jeg gøre ved den. Så det påvirker mig ikke lige så meget, som det plejede at påvirke mig.” (Simone, l. 295-313).

I ovenstående beskriver Simone desuden, at hun har lært at anvende forskellige værktøjer til at komme i kontakt med sit humør - værktøjer som hun senere beskriver som selvlærte (Simone, l. 318-321). Flere deltagere fortæller desuden, hvordan de i dag oplever at have fået deres impulsivitet mere under kontrol. Blandt andet beskriver Simone, hvordan hun tidligere ikke havde samme kontrol over sin impulsivitet, hvor hun f.eks. spontant kunne finde på at købe en hund eller en hest eller opsige sin lejlighed og flytte i en ny (Simone, l. 70-75). Simone beskriver dog, hvordan dette ikke længere er aktuelt, da hun oplever at have fået nogenlunde kontrol over sin impulsivitet (Simone, l. 434-437). I relation hertil beskriver Mette, at hendes handlinger i dag ikke er nær så voldsomme og impulsive som tidligere. Mette fortæller dog, at hun fortsat i dag nemt lader sig påvirke, eksempelvis når hun bliver ked af det, hvor hun i disse situationer fortsat har svært ved at komme ud af de svære følelser og lader dem fylde i lang tid. I denne forbindelse fortæller Mette, at hun sammenlignet med tidligere nu vender sine reaktioner mere indad:

“Jeg er heldigvis ikke derude mere, hvor jeg laver mange voldsomme, impulsive ting, men det er mere det der med, at det skader mig meget indeni, at ting fylder meget for mig, at jeg kan blive ked af det over noget én dag og så stadig er i dårligt humør over det tre dage efter.” (Mette, l. 640-644).

Ligeledes fortæller Karoline, at hun med tiden er begyndt at lide mere i stilhed, hvor hun ikke inddrager andre i sine problemer, når hun f.eks. er ked af det. Da hun var yngre ville hun i situationer, hvor hun blev ked af det skære i sig selv eller inddrage sin mor. I dag holder hun det mere i sig selv, hvilket hun tror har været en medvirkende faktor til hendes mange depressioner (Karoline, l. 1036-1059).

Linette og Karoline fremhæver begge, hvordan de med tiden er blevet bedre til at håndtere forskellige sociale relationer. Her beskriver Karoline, hvordan hun med alderen har lært at holde bedre på sine venner, hvor hun tidligere havde tendens til at miste dem, fordi hun havde svært ved at kontrollere sine affektudbrud (Karoline, l. 648-654). Linette fortæller, at hun tidligere har haft ustabile kæresterelationer, hvilket står i kontrast til hendes kæresteforhold i dag, som hun har været i i fire år: "Altså jeg kunne nærmest ikke holde en kæreste i en uge eller sådan noget. Så fra en uge til fire år, det er ret godt gået." (Linette, l. 626-628).

Flere af deltagerne beskriver, at de tidligere har haft tendens til, hvad der kan tyde på grænsesøgende adfærd. Cecilie beskriver, hvordan hun på sin ungdomsuddannelse fik et stort behov for at skeje ud og løsrive sig fra den voksenrolle, hun havde påtaget sig i familien som yngre: "... lige pludselig så var jeg sådan, at det gider jeg kraftedme ikke mere, og så fik jeg ligesom nok og begyndte at te mig åndssvagt og være fucking ligeglad med alting..." (Cecilie, l. 406-409). Hun beskriver i forlængelse heraf, at hun både overskred sine egne og sine forældres grænser, hvor hun eksempelvis begynde at ryge cannabis, havde overlappende kærester og havde mange seksuelle partnere:

"Og jeg var bare ham utro med en masse... Ja, og da vi så gik fra hinanden, så fik den fandme ikke for lidt. Jeg var jo sammen med en ny fyr hver dag, egentlig... Så kunne det være, at jeg havde sovet ved én fyr én dag og så samme dag, så tog jeg hjem og sov ved en anden fyr. Jeg havde ikke noget forhold, men jeg flyttede meget rundt og var meget sådan... Det som nogen kalder løs på tråden." (Cecilie, l. 543-554).

Linette beskriver ligeledes, hvordan hendes gymnasietid var en turbulent periode i hendes liv, hvor hun bl.a. oplevede at blive smidt ud hjemmefra, og hvor hun samtidig begyndte både at sælge og tage stoffer:

“Men altså jeg har også været helt ude og skide med stoffer og alt muligt lort... Både før jeg fik diagnosen og så også efterfølgende... Men ja det var en rigtig, rigtig turbulent periode, og jeg kan også godt se nu, at det var rigtig godt, at jeg stoppede. Men det var også sådan, at jeg gik i byen om torsdagen, kom i skole med tømmermænd og solgte joints på skolens grund ude på toiletterne eller et eller andet.” (Linette, l. 787-813).

Freja oplever stadig i dag en tendens til grænsesøgende adfærd, hvor hun bl.a. beskriver en svær periode i sit liv for et år siden, hvor hun opsøgte BDSM-miljøet, hvilket hun selv beskriver som destruktivt:

“... så søgte jeg tilflugt i BDSM-miljøet, jeg var utro... Og det miljø har så gjort, at jeg har været ude for nogle rigtig, rigtig slemme ting. Jeg er blevet voldtaget tre gange på grund af det. Så den periode, jeg ved ikke, om det har været den sværeste periode, men det har i hvert fald istedetkommet noget af det værste, jeg har kunnet gøre for mig selv... Hold kæft, hvor var det farligt.” (Freja, l. 434-460).

Opsummerende oplever flere deltagere en teenageperiode præget af selvdestruktivitet, depressive perioder, affektudbrud og manglende impuls kontrol. Dog gør det sig gældende for alle deltagerne, at de oplever, at nogle af deres borderline vanskeligheder er blevet mindre ekstreme over tid. Heraf har flere af deltagerne en oplevelse af, at de i dag særlig er blevet bedre til at kontrollere deres følelser og impulsive adfærd sammenlignet med tidligere.

Emerging Adulthood. I dette afsnit beskrives, hvordan deltagerne i dag oplever at leve med deres borderline, samt hvilke kerneproblematikker, de særligt kæmper med.

Emotioner og Affektudbrud. Deltagerne beskriver, hvordan deres borderline i dag i høj grad kommer til udtryk gennem store humørsvingninger, hvor de oplever let at komme i affekt.

Heraf beskriver Linette, Mette og Simone, hvordan dette har været aktuelt siden deres teenageår. Eksempelvis fortæller Linette om, hvordan hun altid har

haft svært ved at kontrollere egne følelser og derfor har været meget udadreagerende: “Altså jeg har altid fået at vide, at jeg har været meget udadreagerende. Allerede fra dengang at jeg var tre år nærmest. Hvor jeg kastede med ting osv., altså havde svært ved at falde ned og sådan noget.” (Linette, l. 132-135). Alle deltagerne oplever, at deres store humørsvingninger har en betydelig indvirkning på deres hverdag. Dog er det forskelligt, hvordan humørsvingningerne påvirker deltagerne, hvor nogle oplever, at deres humør kan blive påvirket i længere perioder, og andre oplever hurtigere skift fra time til time eller dag til dag. Karoline beskriver, hvordan hendes skiftende humør ofte bliver trigget, når hun bliver stresset, hvilket kan medvirke til, at hun i løbet af én dag kan komme hele følelsesregistret igennem (Karoline, l. 1068-1082). I forlængelse heraf fortæller Mette, hvordan hendes borderline særligt bliver trigget, hvis hun møder en form for invalidering af sine følelser:

“Jeg har lagt mærke til, at som oftest så kommer det af en eller anden form for invalidering. Én eller anden, der ikke har mødt mig i mine følelser, som jeg har brug for at blive mødt. Hvis jeg er blevet ked af det eller sur over et eller andet, og der er en, der siger: hvorfor bliver du så sur? Hold nu op, rolig nu og sådan noget. Det får mig helt op. Jeg kan ikke have det...” (Mette, l. 1715-1722).

Mette og Freja fortæller endvidere, hvordan de oplever at være sensitive over for en række forskellige indtryk herunder særligt andre menneskers følelser og signaler. I denne forbindelse beskriver Freja, hvordan forskellige former for stimuli kan påvirke hendes humør til dagligt:

“Alt der præger mig. Alle former for stimuli. Beskeder eller kommentarer fra mine venner kan påvirke mig. Det kan også være en arbejdsopgave, jeg ikke føler, jeg har udført tilstrækkeligt. Det kan også være en dum kommentar, som jeg er kommet med, som jeg er flov over. Det der er med borderline, det er jo, at det er universelle følelser. Så det der kunne tricke mig, er også noget, der ville kunne tricke jer. Forskellen er bare, at mit er i mega meget højere grad. Så hvis I bliver flove, det er det samme skifte, som jeg får, det er bare meget mere intenst hos mig.” (Freja, l. 490-492).

I ovenstående beskriver Freja desuden, at hun oplever, at hendes følelsesspektrum er længere sammenlignet med andres, hvorfor hendes følelser opleves mere intense. Ligeledes beskriver Cecilie, hvordan hendes borderline påvirker hendes følelser på den måde, hvor disse er skruet op og opleves mere ekstreme: "... fordi at jeg jo er ekstremt glad, og jeg er ekstremt ked af det, og jeg er ekstremt fokuseret, og jeg er ekstremt ufokuseret. Altså det hele er meget sådan ekstra... At alt er jo ekstra med borderline..." (Cecilie, l. 888-890). I relation hertil beskriver Linette, hvordan hun på den ene side oplever, hvordan hendes vrede nærmest kan tære hende op indefra, mens hun på den anden side samtidig har dage, hvor hun ikke er i stand til at føle noget (Linette, l. 462-478). I forlængelse heraf fortæller Linette, hvordan hun oplever, at hendes humør kan være meget omskifteligt, hvor det kan være en udfordring for hende at komme ud af svære følelser: "Det er ligesom en stor ruchebane, hvor det så går op og ned, og så op og ned agtig. Men det bliver deroppe i lang tid før det går ned." (Linette, l. 476-478). Linette beskriver desuden, hvordan hun kan komme så langt ud i sine følelser, at det kan tendere til tanker om ikke at være her:

"Og når jeg bliver ked af det, så bliver jeg rigtig ked af det. Og det er svært for mig at komme op for så begynder jeg at gå ned i alt det der med, hvorfor er jeg her og alt det der." (Linette, l. 313-316).

Endvidere fortæller Linette, Mette og Simone, hvordan de på hver deres måde til tider har svært ved at kontrollere deres egen adfærd, når de kommer i affekt. Eksempelvis beskriver Linette, hvordan hendes borderline er meget udadreagerende, samt hvordan hun oplever, at hendes hoved slår fra, når hun kommer i affekt:

"Når jeg bliver rigtig sur, så tænker jeg overhovedet ikke, men jeg gør bare et eller andet. Altså hvis jeg bliver rigtig sur, så kan jeg finde på at smadre en knytnæve ind i en skærm. Jeg har været rigtig meget oppe at slås, fordi jeg har været så udadreagerende." (Linette, l. 309-313).

Ligeledes oplever Simone, hvordan hun har tendens til at komme hurtigt i affekt, hvor hun til tider oplever at mangle en stopklods, når dette sker for hen-

de: "... fordi det filter der, det har de fleste borderline-personer bare ikke. Vi siger, hvad vi mener, når vi mener det. Som regel. Og det er også noget af det, som gør det lidt svært lige som at være borderline." (Simone, l. 390-393). I relation hertil oplever Mette ligeledes, hvordan hendes følelser kan blive så intense, at hun til tider kan have svært ved selv at rumme dem, samt hvordan hun oplever, at hendes følelser kan fylde længe, hvis hun er blevet sur eller ked af det over eksempelvis en konflikt med sin kæreste (Mette, l. 415-421, 649-657). Mettes manglende evne til at rumme og håndtere sine egne følelser har blandt andet medvirket til, at hun har fået en skriftlig advarsel på sit arbejde, da hendes følelsesliv fyldte for meget (Mette, l. 1454-1456).

Negativt Selvbillede. På et af de områder, hvor flere af deltagerne ikke oplever, at der er sket en ændring i deres tilstand, er i forhold til deres negative selvbillede. De fortæller, hvordan de fortsat i dag kæmper med et negativt selvbillede, som fylder og påvirker dem i deres hverdag.

For eksempel fortæller Freja, at det hun kæmper mest med i dag er sit selvhad, som altid ligger i hendes tanker, hvilket har medvirket til, at hun har en konstant trang til at selvskade:

“Én af de ting, jeg kæmper mest med er mit selvhad. Det er en konstant tankestrøm af kritik, og den kører altid, og den kører hele tiden, og den farver min verden i mega høj grad. Den gør, at jeg har lyst til at selvskade konstant. Den gør, at jeg har selvmordstanker konstant.” (Freja, l. 561-567).

I relation hertil fortæller Karoline, hvordan hun næsten altid har døjet med lav selvtillid samt et stort had til sig selv:

“Men så i løbet af gymnasietiden, så begyndte jeg sådan lidt at hade mig selv igen. Fordi jeg har altid haft rigtig lav selvtillid, og jeg hadede mig selv i folkeskolen, og det blev så bedre på efterskolen og sådan noget. Men så i løbet af gymnasiet, så kom det lidt tilbage...” (Karoline, l. 333-337).

Både Karoline og Cecilie fortæller, hvordan de oplever at have en grundlæggende usikkerhed på sig selv og egne evner. Eksempelvis beskriver Karoline: “Jeg er enormt usikker på mig selv. Min selvtillid er virkelig lille. Og jeg tror altid, at folk tænker dårligt om mig.” (Karoline, l. 756-757). Foruden en grundlæggende usikkerhed på sig selv, fortæller Cecilie, hvordan hun oplever sig selv som et dårligt menneske, hvorfor hun føler, at hun skal straffes for de ting, hun har gjort i sin fortid (Cecilie, l. 653-666, 959-965): “og jeg finder mig i ret meget, altså folk kan gøre ret meget ved mig fordi, at jeg føler, at jeg skal tage imod en straf for alt det, jeg har gjort i tidernes morgen...” (Cecilie, l. 697-700).

Manglende Impulskontrol. Flere af deltagerne beskriver, hvordan de fortsat i dag kan have tendens til at handle impulsivt.

Freja beskriver, at de fleste af hendes handlinger er impulspræget, da hun ofte handler på en følelse, så snart den kommer. Desuden fortæller Freja, hvordan denne impulsivitet både kan være i form af at få en spontan tatovering, men også kan være mere destruktiv i form af selvskade eller at drikke sig fuld, hvis hun oplever at blive ked af det (Freja, l. 405-416). I forlængelse heraf beskriver Karoline, hvordan hun i nogle situationer kan handle impulsivt, hvor hun først bagefter formår at rationalisere over sin egen adfærd:

“... hvis jeg var ude at drikke, hvor der var nogle, der tog nogle piller og sådan noget. Så var jeg sådan: Dét skal jeg også prøve... Men ind imellem bliver jeg overkommet af den impulsivitet... Hvor jeg bagefter tænker: hvorfor gjorde du det?” (Karoline, l. 88-96).

Linette fortæller, hvordan hendes impulsivitet i dag ofte kommer til udtryk i spontane beslutninger eller manglende beslutsomhed i forskellige situationer:

“Tage til København klokken tre om natten for, hvorfor ikke? eller sådan noget med at lave en plan i sidste øjeblik eller sige nej til en plan i sidste øjeblik. Så lige pludselig så vil jeg gerne, og så vil jeg måske ikke alligevel igen.” (Linette, l. 823-826).

Flere af deltagerne fremhæver dog også, hvordan deres impulsivitet i høj grad har positive sider, hvilket uddybes i afsnittet “Ressourcer ved at Være Emerging Adult og Have Borderline”.

Opsummerende beskriver deltagerne, hvordan deres borderline i dag særligt har en indvirkning på deres emotioner, hvor de fortsat oplever at have et ekstremt følelsesliv med tendens til affektudbrud. Endvidere fortæller flere deltagere, hvordan de ligeledes kæmper med et negativt selvbillede og impulsiv adfærd.

Opsummering på Temaet Psykopatologisk Udvikling. Opsummerende beskriver deltagerne en opvækst præget af omsorgssvigt i forskellig grad, herunder hvordan deres barndom har været præget af fysisk eller emotionelt utilgængelige forældre. Deltagerne beskriver, hvordan deres vanskeligheder debuterede i starten af teenageårene i form af selvdestruktivitet, depressive perioder, affektudbrud og manglende impuls kontrol. I denne sammenhæng beskriver deltagerne, hvordan deres vanskeligheder med tiden har ændret sig, hvor de på nogle områder føler, at de er blevet bedre til at håndtere disse, som f.eks. at kontrollere deres følelser og impulsive adfærd. Dog oplever de, hvordan de fortsat i dag har et ekstremt følelsesliv med tendens til affektudbrud og impulsivitet. Endvidere fortæller deltagerne, at de i dag ligeledes kæmper med et negativt selvbillede.

Copingstrategier

I foregående tema fremhævede vi, hvordan deltagerne siden teenagealderen har oplevet vanskeligheder i forhold til håndtering og regulering af affekt, hvor vi i dette afsnit vil belyse, hvordan de gennem tiden har gjort brug af forskellige strategier til at håndtere disse vanskeligheder. Dette tema er inddelt i to undertemaer. Først vil vi belyse, hvordan deltagerne særligt tidligere har gjort brug af en række forskellige maladaptive copingstrategier til håndtering og regulering af deres følelser. Dernæst beskrives, hvordan de har oplevet, at deres copingstrategier med tiden har ændret sig til mere adaptive måder at håndtere og regulere deres følelser og adfærd på.

Maladaptive Copingstrategier. Deltagerne beskriver, hvordan de tidligere har gjort brug af forskellige former for selvskadende adfærd herunder cutting,

alkohol – og stofmisbrug, overspisning og sex. Udover selvskadende adfærd har to af deltagerne også gjort brug af relationer til at håndtere og regulere svære følelser.

Selvskade som Affektregulering. Flere af deltagerne beskriver, hvordan de i løbet af deres teenage – og ungdomsår har selvskadet med henblik på enten at regulere følelser eller i et forsøg på at mærke sig selv.

Blandt andet fortæller Karoline, hvordan hun som yngre brugte selvskade som afløb for sine følelser, når hun eksempelvis kom i konflikt med sin mor (Karoline, l. 992-996). Desuden beskriver Karoline, hvordan selvskaden hjalp hende med at håndtere svære følelser samtidig med, at den havde en forløsende effekt for hende, når hun ikke evnede at græde:

“... jeg blev tit så frustreret, men jeg kunne ikke komme af med de der følelser. Jeg ville gerne græde, men jeg kunne aldrig få det ud. Jeg kunne mærke tårerne oppe ved mine øjne, det var som om mine øjne ville eksplodere, hvis jeg ikke snart fik grædt. Men jeg kunne ikke græde. Hvor det så hjalp, at der var noget, der gjorde ondt. Tit var jeg også så rasende oveni, at jeg var ked af det, så der hjalp det også at gøre skade på nogen eller noget, som jo så blev mig selv. Så det var sådan, ja, det der gav en forløsning. Og så føler man jo en forløsning efter man har gjort det (ånder lettet ud), så har man lige fået grædt, og så har man det bedre.” (Karoline, l. 302-313).

Karoline fortæller, hvordan hun stoppede med at selvskade, imens hun gik på efterskole, da hun i denne periode oplevede at få det bedre (Karoline, l. 333-336). Hun begyndte dog at selvskade igen i løbet af sin gymnasietid, hvor hendes selvskade bar mere præg af impulsivitet og blev en måde for hende at straffe sig selv på, når hun havde gjort noget forkert:

“Men så i løbet af gymnasiet, så kom det lidt tilbage, hvor jeg begyndte at slå mig selv i hovedet enten med mine hænder eller banke mit hoved ind i væggen. Det var oftest meget impulsivt, jeg nåede ikke at tænke mig om. Det var, hvis jeg blev frustreret, blev ked af det eller sur eller, mest over noget, jeg selv havde gjort. Hvis jeg kom til at tabe et eller andet

ned på gulvet, så var min første reaktion at banke mit hoved ind i væggen. Så det var rigtig svært at kontrollere.” (Karoline, l. 336-344).

Linette fortæller ligeledes, hvordan hun brugte selvskade som en måde at få en form for forløsning fra sine svære følelser. Linette kæmpede med en indre smerte, hvor selvskaden for hende blev en måde, hvorpå hun kunne eksternalisere denne ud på kroppen. Samtidig beskriver Linette, hvordan selvskaden også var en strategi, hun brugte i et forsøg på at komme til at føle noget:

“Når jeg har været rigtig ked af det, så har det været for at få en slags forløsning på en eller anden måde. For at vide at smerten ikke kun er indeni, men at den fandme også kan være på min krop agtig. Altså jeg tror, at det gav mig sådan lidt ro. Altså at vide, at jeg kunne komme ud med noget af alt det her tristhed osv. Men også nogle gange, jeg kan huske specifikt, når jeg havde en af de der tider, hvor jeg lukkede helt ned og bare ikke kunne føle noget, hvor jeg nærmest ikke følte, at jeg havde nogle følelser, så kunne jeg også bruge selvskade. Der brugte jeg også meget selvskade til bare sådan ligesom at få en eller anden følelse. Og det blev så smerte eller et eller andet, at man kan komme ud med det på en ikke så sund måde, men stadig komme ud med det, for ellers hober det sig bare op, og så bliver det så slemt, at man ender med at gå så langt ud, som jeg gjorde. Altså så jeg tror, at det var primært derfor, at jeg gjorde det.” (Linette, l. 1094-1110).

Ligesom Karoline og Linette fortæller Mette, hvordan hendes selvskade fungerede som en måde at håndtere svære følelser på, hvor selvskaden endvidere blev en måde, hvorpå hun kunne flygte fra disse:

“Men hvad jeg selv var bevidst om i den alder, så gav det mig noget, at mærke noget andet end de dårlige følelser, selvfølgelig fik jeg så skyld og skam bagefter, men lige i det minut, jeg står og er i gang med det, der er det det, der fylder, og der er det den smerte, der overtager de psykiske tanker og smerter, jeg ellers havde. Så det er egentlig en meget, meget kort smerte for noget, der varer i lang tid, og det er derfor det, sjovt nok,

ikke er smart. Men det er det, det har gjort, lige at lette trykket, om det så bare har været et minut, så har det i hvert fald lettet et eller andet” (Mette, l. 552-561).

Videre beskriver Cecilie, hvordan hun tidligere brugte selvskade som en måde at mærke sig selv på, hvor hun projicerede sine destruktive tanker ud på kroppen for herefter at destruere dem:

“... for jeg følte ikke noget, og jeg ville gerne føle noget. Så var det bare nemmere at påføre de der tanker, man havde, ned på armen og på brystet og på benene fordi, at så følte man da i det mindste noget kortvarigt godt nok, men det gjorde lidt for en i en vis forstand.” (Cecilie, l. 410-415).

Desuden fortæller Cecilie, hvordan selvskaden blev en synliggørelse på, at hun aktivt selv gjorde noget for at få en følelse:

“... og det var jo fedeste, når det havde blødt lidt, fordi at så havde man ligesom gjort noget, så kunne man jo se det bagefter, at man havde jo gjort noget for at få en følelse eller et eller andet.” (Cecilie, l. 472-475).

Cecilie, Mette, Karoline og Linette beskriver alle, at de stort set ikke har selvskadet i omkring to år. Mette og Karoline fortæller dog, hvordan de har oplevet tilbagefald for ca. et år siden under en dårlig periode. Her beskriver Mette, hvordan hun oplevede, at selvskaden havde den samme regulerende effekt som tidligere: “Men jeg tror, at lige der, der gjorde det lidt det samme, som det gjorde for 12-årige Mette.” (Mette, l. 570-572). Dog beskriver Mette, at formålet med selvskaden havde ændret sig fra dengang hun gjorde det som yngre. Dengang var formålet også at få sine forældres opmærksomhed, hvor Mette i dag er i stand til verbalt at kommunikere til sin mor, når hun har brug for hende:

“Jeg vil sige forskellen ligger nok i, at jeg tror, jeg lærer hårdere af det denne her gang, end da jeg var ung, fordi dengang der gav det mig mere, det gav mig rationelt mere opmærksomhed fra mine forældre, det gør det ikke den dag i dag, og det er heller ikke det, jeg søger, fordi jeg får... Jeg

ved, hvis jeg åbner munden og siger til min mor: Mor, jeg vil have din opmærksomhed. Så giver hun mig den også.” (Mette, l. 586-593).

Freja beskriver ligeledes, hvordan hun tidligere har gjort brug af flere forskellige former for selvskade som bl.a. alkohol, cannabis og cutting (Freja, l. 92-93, 162-164). Hun beskriver dog også, hvordan hun fortsat i dag kan gøre brug af forskellige uhensigtsmæssige strategier til at håndtere sine følelser: “Meget af det er det samme. Min cutting, min alkohol har altid været der. Sex er noget nyt, noget helt nyt. Stoffer kom også først senere. Men de to ting har jeg kæmpet med hele mit liv.” (Freja, l. 741-744). Dog beskriver Freja, hvordan der i dag går længere tid mellem, at hun selvskader, og at selvskaden er mere overfladisk, end da hun var yngre (Freja, l. 599-601).

Cecilie og Linette giver i deres beskrivelser eksempler på, hvordan de tidligere følte en form for afhængighed af at selvskade. Eksempelvis fortæller Cecilie, hvordan det kunne være svært for hende at stoppe med at cutte, når først hun var startet, da selvskaden samtidig var en måde for hende at føle noget på:

“Jamen det gjorde mig glad, og det lyder så freaky at sige, men altså, det var en lettelse. Altså forestil dig at... Du føler aldrig noget, så du er hverken glad eller ked af det eller noget som helst, og så finder du en ting, der gør, at du bare føler en lille smule, altså det er jo en kæmpe ting. Og så kan man ikke stoppe igen fordi, at så vil mere have mere ik’, og så er det der ene snit bare ikke nok, og lige pludselig har du fyldt en hel arm op med de her snitsår, og så mangler man plads, og så tager man en ny arm og fortsætter bare.” (Cecilie, l. 444-454).

I forlængelse heraf sammenligner Cecilie sin selvskade med andre måder at lindre smerte på, og fortæller hvordan hun kunne blive afhængig af selvskaden, idet den gav hende en god følelse: “Jeg tror, det er lidt ligesom, når folk, de dulmer deres smerter med alkohol eller stoffer... Det bliver sådan en afhængighed fordi, at det er det eneste man sådan får en følelse af at få en følelse.” (Cecilie, l. 415-418). I relation hertil beskriver Linette, hvordan hun fik en følelse af at blive opslugt af sin selvskade, og derfor havde svært ved at stoppe igen: “... jeg troede, at jeg kunne kla-

re det selv, men det gik bare ikke, og så blev jeg nærmest bare helt opslugt. Og så kunne jeg ikke komme ud af det på en måde.” (Linette, l. 112-115).

Endvidere beskriver flere deltagere, hvordan de også har brugt bl.a. stoffer, alkohol og mad til at regulere deres følelser. Blandt andet beskriver Linette, hvordan stoffer blev en måde for hende at få ro på: “Men altså jeg har også været helt ude og skide med stoffer og alt muligt lort.” (Linette, l. 787-788), “Og så tog jeg det nærmest bare for at slappe af, for at føle mig glad for engangsskyld at have det sjovt.” (Linette, l. 801-803). I relation hertil beretter Mette om, hvordan hun tidligere også kunne gøre brug af alkohol til at regulere voldsomme følelser (Mette, l. 424-433). Videre fortæller Mette, hvordan hun i dag nogle gange kan finde på at regulere sine følelser ved at indtage store mængder af mad:

“... jeg ved, at der kommer tidspunkter, hvor jeg så får brug for at gøre et eller andet, der ikke er det mest hensigtsmæssige – måske at spise lidt for meget mad, fordi jeg har... der er en grund til, at jeg er blevet overvægtig. Det er jo, fordi med mine følelser, at jeg ikke har kunnet håndtere ting, og så har spist i stedet for for eksempel.” (Mette, l. 845-850).

Brug af Relationer til Affektregulering. Freja og Karoline beskriver, hvordan de tidligere har brugt deres sociale relationer som en anden strategi til at håndtere og regulere svære følelser.

Eksempelvis fortæller Freja, hvordan hun har brugt seksuelt samvær med mange forskellige mænd på en uhensigtsmæssig måde til at håndtere sine følelser. Dette skabte en form for tryghed i hende, som hun selv betegner som en falsk tryghed: “En tryghed. En falsk tryghed. Det er lidt ligesom at tisse i bukserne. Du har det varmt til at starte med, og så bliver det fucking koldt.” (Freja, l. 718-725). I forlængelse heraf beskriver Freja eksempelvis, hvordan hun havde en meget destruktiv periode i sit liv for omkring et år siden, hvor hun bl.a. opsøgte BDSM-miljøet og begyndte at bruge sex som en form for selvskade til at lindre sine følelser: “Så det var dulmen, det var selvskade.” (Freja, l. 458-459). Endvidere beskriver Karoline, hvordan hun tidligere har brugt kæresterelationer i perioder, hvor hun har været plaget af depression, for på denne måde at lægge en dæmper på de svære følelser og distrahere sig fra sin egen psykiske tilstand:

“De er oftest startet i efteråret, fordi jeg har søgt noget, som ligesom kunne distrahere mig fra at blive ked af det. Noget der kunne gøre mig glad i stedet. Sådant en ny forelskelse og sådan noget, det kunne ligge en dæmper på de der negative følelser.” (Karoline, l. 359-364).

Opsummerende beskriver flere deltagere, hvordan de på forskellig vis har brugt forskellige former for selvskade til affektregulering og for at mærke sig selv. Herunder beskriver to af deltagerne, hvordan de har oplevet en afhængighed af deres selvskadende adfærd. Flere af deltagerne beskriver, at de ikke har selvskadet i omkring to år, hvor én af deltagerne beskriver, hvordan hun fortsat i dag har tendens til selvskadende adfærd til at håndtere svære følelser. Derudover beskriver to deltagere, hvordan de også har gjort brug af deres relationer til at håndtere og regulere svære følelser.

Adaptive Copingstrategier. Deltagerne beskriver, hvordan de i dag gør brug af flere forskellige adaptive copingstrategier til adfærdsregulering og håndtering af affektudbrud. Herunder beskriver flere deltagere, hvordan de gør brug af deres nære relationer til at afstemme deres reaktionsmønstre. Endvidere fortæller nogle deltagere, hvordan de har lært, at de skal fjerne sig eller undgå situationer, hvor deres borderline kan dukke op. Deltagerne fremhæver på forskellig vis baggrunden for denne udvikling. For nogle af deltagerne er disse færdigheder tilegnet gennem behandling, mens andre fremhæver, hvordan de over tid har oplevet at blive mere selvreflekterende over konsekvenserne ved deres uhensigtsmæssige måder at håndtere deres borderline vanskeligheder på.

Brug af Relationer til Adfærds – og Affektregulering. Cecilie, Linette, Mette og Simone beskriver, hvordan de i dag gør brug af deres forskellige relationer til at vurdere, hvorvidt deres reaktioner har været retfærdige i forskellige situationer. Endvidere bruger de også ofte deres relationer til at afværge affektudbrud.

I relation hertil beskriver Cecilie eksempelvis, hvordan hun har brug for feedback fra sine relationer for på denne måde at blive mere opmærksom på sine egne reaktioner og herved ændre uhensigtsmæssige reaktions – og adfærdsmønstre:

“... er der noget galt med mig?... Sådan er jeg helt skæv på den? Fordi han ved, at det er vigtigt for mig, at jeg ved, hvad normen er. Jeg vil jo gerne passe ind i samfundet... Er det mig, der er galt på den? Er der noget, jeg kunne have gjort anderledes? Altså fordi at jeg har brug for den feedback, jeg har brug for, at man fortæller mig, at det der bryder jeg mig ikke om, at du gør. Du skal gøre det på den her måde.” (Cecilie, l. 942-960).

I relation hertil fortæller Mette, hvordan hendes relationer kan fungere som hendes stopklods og på denne måde være behjælpelige i at afværge et eventuelt affektudbrud:

“Fordi selvfølgelig i sidste ende ligger det hos mig at forsøge at hive mig selv op, men det gør klart en forskel, at jeg har nogle tæt på især på de af-tener, hvor tingene måske kunne have udviklet sig til noget helt voldsomt, men så kan de lige hjælpe mig med at sætte en stopklods, hvis jeg ringer og siger: prøv nu og hør her, det her er mega irrationelt, og jeg har det mærkeligt og sådan noget, men kan du ikke bare lige fortælle mig, at det er meget normalt eller et eller andet?” (Mette, l. 1118-1126).

Endvidere beskriver Cecilie og Linette, hvordan struktur og faste rutiner hjælper dem i deres hverdag til bedre at holde styr på de situationer, hvor der kan være risiko for, at deres borderline kan dukke op. Eksempelvis fremhæver Cecilie, hvor vigtigt det er for hende at få forventningsafstemt med sine relationer:

“Det handler bare om at få sat det op i forhold til, hvordan det skal fungere det her venskab eller det her parforhold eller det her arbejde. Hvis jeg bare får forventningsafstemt, så er tingene bare meget nemmere for mig, end hvis det ikke gør, fordi at så er det nemlig, at jeg sidder og analyserer rigtig meget og tænker rigtig meget over, hvad jeg gør.” (Cecilie, l. 998-1004).

Linette beskriver, at hun særligt bruger sin relation til sin kæreste, når hun kan mærke, at hendes borderline dukker op. Hun pointerer desuden, at det er

vigtigt for hende at holde en fast struktur, og endvidere undgår Linette situationer, hvor hendes borderline kan blive trigget:

“Jeg læner mig meget op ad min kæreste... Og så forsøger jeg at undgå situationer, hvor jeg kan reagere på en voldsom måde. Og jeg prøver at holde meget fast i rutiner og prøver at lade være med at ændre for mange ting, men det er lidt svært, når man er ung og man skal starte på uddannelse, flytte hjemmefra osv.” (Linette, l. 518-524).

Ydermere fortæller Linette og Simone, hvordan de i dag bl.a. gør brug af forskellige sociale fællesskaber på internettet for unge med psykiske vanskeligheder. Simone beskriver, hvordan hun, udover hjælp fra sin mand og mor, også har brugt et specifikt forum for personer med borderline, hvor hun har fået nogle værktøjer til at håndtere sine humørsvingninger og affektudbrud (Simone, l. 318-334). Linette beskriver ligeledes, hvordan lignende forums har været gavnlige for hende, idet hun har haft et rum til at komme ud med sine følelser og har haft oplevelsen af at blive støttet og lyttet til på en anden måde i disse fællesskaber (Linette, l. 1128-1146).

At Afværge Affektudbrud. Karoline, Linette og Mette beskriver alle, hvordan de med tiden har lært, hvornår de skal fjerne sig fra forskellige situationer for på den måde at afværge et eventuelt affektudbrud, som kan ende ud i en konflikt.

Karoline og Linette fremhæver, hvordan dette bunder i tidligere negative oplevelser med manglende evner til at kontrollere affekt, hvor Mette beskriver, at hun gennem behandling er blevet bedre til at stoppe sådanne situationer, før de eskalerer:

“... de kalder det stop-færdigheder, når vi kommer så højt op i intensiteten af følelser, at så nogle gange så nytter det ikke noget at begynde at snakke om, hvordan man har det, eller bare sidde og faktisk tage den, fordi så gør det simpelthen så ondt, at man er nødt til at sige: jeg går, jeg kan ikke være i det” (Mette, l. 1740-1447).

Karoline og Linette beskriver desuden, hvordan de i dag holder sig fra alkohol, idet de ved, at det påvirker deres humør negativt. Linette oplever, at hun mister en form for filter, når hun drikker alkohol, hvor hun får svært ved at kontrollere sig selv, hvorfor hun undgår at gå i byen i frygten for, at hun vil komme i slagsmål og risikere at få en dom (Linette, l. 348-353). Karoline oplever derimod, at hun bliver deprimeret, når hun har drukket alkohol, hvorfor hun afholder sig fra dette: "... jeg kan ikke drikke alkohol, fordi jeg bliver deprimeret dagen efter..." (Karoline, l. 856-857).

Andre Hensigtsmæssige Strategier. Freja beskriver, hvordan hun i gode perioder formår at gøre brug af mere hensigtsmæssige strategier til at få afløb for sine svære følelser ved bl.a. at distrahere sig selv med forskellige dagligdagsaktiviteter:

"Når jeg er god, så kan jeg tage et langt, varmt bad, eller jeg kan lave noget god mad, eller jeg kan rydde op i min lejlighed. For bare det gør, at min sindsstemning bliver bedre. Jeg kan ringe til en veninde, jeg kan gå en tur." (Freja, l. 711-713).

I relation hertil beskriver Karoline ligeledes, hvordan hun tidligere havde tendens til at selvskade, når hun kom i affekt, men i dag forsøger at gøre brug af mere hensigtsmæssige metoder til at distrahere sig selv, når hun oplever at blive overvældet af sine følelser: "Men jeg begyndte så i stedet at slå mig med en elastik. Det giver ikke nogen ar, det giver højest nogle blå mærker, hævet hud og sådan noget." (Karoline, l. 330-333). Dog oplever Freja, at hendes adaptive copingstrategier ikke altid er tilstrækkelige, hvor hun i nogle situationer derfor oplever, hvordan hun kan ty til gamle og mere uhensigtsmæssige måder at håndtere affekt: "Når jeg ikke kan lade være, så skærer jeg eller drikker. Jeg har ikke taget stoffer længe." (Freja, l. 715-717).

Opsummerende beskriver deltagerne, hvordan de på forskellig vis i dag gør brug af forskellige hensigtsmæssige strategier til håndtering af adfærd og affekt. Herunder fortæller nogle deltagere, hvordan de i dag bruger forskellige relationer til at regulere deres følelser og afværge affektudbrud. Endvidere beskriver to deltagere, hvordan de prøver at undgå situationer, som kan trigge deres borderline. Én af delta-

gerne beskriver, hvordan hun oplever, at hendes adaptive strategier ikke altid er tilstrækkelige, hvorfor hun tyer til gamle og mere uhensigtsmæssige strategier til håndtering af svære følelser.

Opsummering på Copingstrategier. Opsummerende beskriver deltagerne, hvordan de tidligere har gjort brug af forskellige uhensigtsmæssige strategier til affektregulering i form af forskellige former for selvskade. Endvidere fortæller deltagerne om, hvordan de i dag gør brug af mere hensigtsmæssige strategier til håndtering af adfærd og affekt, herunder f.eks. deres relationer samt at undgå situationer, som kan trigge deres borderline. Én af deltagerne beskriver, hvordan hun oplever, at hendes adaptive strategier ikke altid er tilstrækkelige, hvorfor hun fortsat har tendens til selvskade til håndtering af svære følelser.

Tilknytning og Relationer

I dette afsnit belyses deltageres tilknytning og sociale relationer, hvilket er inddelt i fire undertemaer. Først vil vi belyse deltageres grundlæggende angst for at miste tætte relationer efterfulgt af, hvordan deltagerne oplever at være på overarbejde i sociale sammenhænge. Dernæst beskrives, hvordan deltagerne til tider kan opleve at leve i en verden opdelt i sort og hvid. Afslutningsvis fremhæves, hvilken betydning stabile relationer har haft for deltageres udvikling.

Angst For at Miste. I dette afsnit belyses flere af deltageres grundlæggende angst for at miste deres nære relationer samt en frygt for at være alene. Flere af deltagerne fremhæver i denne forbindelse, hvordan de har tidligere erfaring med fraværende omsorgspersoner samt relationer, der har fravalgt dem grundet deres vanskeligheder.

Freja, Linette og Mette udtrykker alle en angst for at miste tætte relationer, hvilket Freja og Mette beskriver kan være forbundet med tidligere erfaringer med selvsamme. For eksempel beskriver Freja, hvordan hun har tidligere erfaring med utilgængelige omsorgspersoner. På baggrund heraf fortæller Freja, at dette påvirker hende på den måde, at hun i dag har en grundlæggende frygt for at miste tætte relationer (Freja, l. 324-331). Dette gør hende usikker i relationer, hvor hun fortæller, at hun har et behov for, at hendes relationer bekræfter hende i, at de ikke går fra hende: "Jeg er meget usikker i mine relationer. Min angst for at miste gør, at jeg har brug

for at blive forsikret om, at folk ikke hader mig, at folk ikke smutter.” (Freja, l. 610-614). Freja beskriver, at dette særligt kommer til udtryk i hendes tætte relationer: “Når det er noget, der betyder noget for mig... når det er noget, der stikker dybere. Når det er nogen, jeg virkelig holder af. Så bliver jeg meget ængstelig.” (Freja, l. 642-645). Endvidere beskriver Freja, at hun med sin rationelle side godt kan se, at der er nogen, hun ikke kommer til at miste, men hun kan blive så overvældet af sin følelsesmæssige side, at hun bliver overbevist om, at hun mister sine relationer:

“... altså logisk kan jeg godt se, at når jeg har haft en person i mit liv siden sjette klasse, så forsvinder hun jo ikke lige med det samme. Men fordi jeg er så kapret af mine følelser, så har jeg svært ved at abstrahere fra det.” (Freja, l. 688-698).

Mette beskriver, at hun før har oplevet, hvordan nogle relationer har fravalgt hende grundet hendes vanskeligheder, hvilket gør, at hun i dag kan have svært ved at stole på, at hendes relationer bliver ved hende:

“Fordi jeg havde en bedste veninde før det, som så faktisk her for et år til halvandet siden... som faktisk var én af dem, der skred og ikke kunne overskue mig og mine problemer længere. Hvilket så er én af grundene til, at jeg godt kan have svært ved at stole på folk, når nogle så tæt på mig, de bare skrider.” (Mette, l. 1135-1140).

I forlængelse heraf beskriver Mette, hvordan hun i dag er mere påpasselig med sine reaktioner i sine tætte relationer, fordi hun er bange for at miste dem: “Jeg synes faktisk, det bliver svært at løbe rundt i tingene, fordi jeg bliver mere påpasselig, kan jeg godt mærke i forhold til, hvordan jeg reagerer, fordi jeg er bange for at miste folk.” (Mette, l. 1258-1261). Yderligere beskriver Karoline og Cecilie en grundlæggende frygt for at være alene, hvilket har resulteret i, at de i en periode har haft overlappende kæresteforhold. For eksempel fortæller Cecilie, hvordan hun i en periode ikke kunne overskue tanken om at være alene, hvorfor hun f.eks. gennem manipulerende adfærd sørgede for hele tiden at være i et forhold på trods af, at det ikke var sunde forhold:

“Jeg havde så svært ved at give slip, fordi det var den der tanke om at skulle være alene, det kunne jeg ikke. Jeg gik jo og havde uafbrudt en kæreste i hvad... altså rundt regnet tre-fire år, men hvor det altså var tre forskellige, fordi jeg simpelthen ikke kunne have det der med, at jeg skulle være alene. Det kunne jeg ikke, jeg havde brug for, at der var nogen. Det var ikke sunde forhold, jeg overhovedet havde, fordi at jeg var meget sur, og hvis det ikke gik efter mit hoved, så blev jeg meget manipulerende og sådan noget.” (Cecilie, l. 516-525).

Endvidere beskriver Karoline, hvordan hun sætter en kæresterelation op på en piedestal og fremhæver, hvordan dette er det vigtigste for hende sammenlignet med en veninderelation:

Det ultimative er jo, at man elsker hinanden, man kan blive gift, og jeg sætter det enormt på en piedestal, og et veninde-forhold er jo slet ikke deroppe. Så ja, det der med et kæresteforhold, det er bare så vigtigt for mig, fordi det er der, man er garanteret ikke at være alene.” (Karoline, l. 728-733).

Dog beskriver Karoline, hvordan hun har haft svært ved at stole på sine tidligere kæresterelationer, hvorved den tryghed, hun føler, en kæresterelation giver, er endt i utryghed i stedet:

“Det bliver ved med at forfølge mig i forholdet, at jeg føler, at jeg ikke kan stole på dem, og jeg har lyst til at tjekke deres telefoner hele tiden og se, om de skriver med nogle andre piger og sådan noget. Så selvom jeg gerne vil have en kæreste for den der tryghed, det giver, så giver det i virkeligheden meget mere utryghed, fordi jeg skal holde sådan øje med den anden.” (Karoline, l. 183-189).

Opsummerende beskriver flere af deltagerne, hvordan de i dag har en grundlæggende angst for at miste deres nære relationer. I denne forbindelse fremhæver nogle, hvordan de har tidligere erfaring med fraværende omsorgspersoner samt relationer, som grundet deres borderline vanskeligheder har valgt dem fra. To af del-

tagerne fremhæver, hvordan denne angst for at ende alene har medvirket til, at de i en periode i deres liv har haft overlappende kæresteforhold for at undgå dette. Flere af deltagerne fortæller, at de i deres nære relationer er påpasselige med deres reaktioner i frygt for at miste disse.

At Være på Overarbejde i Sociale Sammenhænge. I dette afsnit belyses deltagerne oplevelse af at være på overarbejde i sociale relationer.

Deltagerne beskriver, hvordan de er på overarbejde i deres relationer og overanalyserer sociale situationer, hvilket flere giver udtryk for er funderet i en usikkerhed på sig selv. Linette, Karoline og Simone beskriver, hvordan de kan føle sig usikre i en ny klasse eller i forbindelse med gruppearbejde. Eksempelvis fortæller Simone, hvordan hun har svært ved at have tillid til andre og i forbindelse med gruppearbejde kan få negative tanker om sig selv og have en frygt for at fejle:

“Jeg er rigtig udfordret på det der med at have tillid til andre. Hvis jeg starter i en ny klasse, så er jeg oftest den, der sidder nede i hjørnet og passer lidt sig selv. Gruppearbejde er noget farlig noget. Fordi det der med ligesom, åh nej, hvad nu, hvis de tænker sådan, hvad nu hvis de ikke kan lide mig, hvad nu, hvis jeg bliver brændt, hvad hvis jeg siger noget dumt? Så er det bedre bare at være for sig selv. Det har jeg rigtig svært ved, det der med er knytte sig til andre mennesker, fordi jeg simpelthen er bange for at fejle, for at blive såret eller for at se dum ud.” (Simone, l. 459-468).

Desuden beskriver Cecilie, at hun bliver drænet af for mange sociale indtryk, fordi hun har tendens til at overanalysere de sociale situationer (Cecilie, l. 883-891, 900-907). Derfor føler hun, at hun konstant er på overarbejde: “Det er svært sådan at slappe fuldstændigt af, når man har borderline, fordi man bare overanalyserer alt og tænker alt igennem.” (Cecilie, l. 904-906). To deltagere, Freja og Cecilie, beskriver begge, hvordan de har svært ved at aflæse deres relationer og derfor har et stort behov for at vide, hvad andre tænker. For eksempel fortæller Freja, hvordan hun i stedet for at være i tvivl om andres reaktioner spørger ind til deres tanker for på denne måde at afhjælpe sin manglende evne til at aflæse andres følelser:

“Jeg har også en ting med konstant at spørge folk om, hvad de tænker på. Jeg har så svært ved at læse folk, jeg har så svært ved at se objektivt på folks reaktionsmønstre. Så i stedet for at være i tvivl, så spørger jeg, fordi så behøver jeg ikke undre mig.” (Freja, l. 614-619).

Endvidere beskriver Karoline og Linette, at de begge har tendens til at misforstå sociale sammenhænge. Linette fortæller om, hvordan sådan en misforståelse kunne se ud i en situation med sine veninder, hvor de eksempelvis laver sjov med hinanden:

“For eksempel at mig og mine veninder joker med hinanden. Og de så bliver ved, så lige pludselig så ved jeg ikke, om det stadig er sjovt, og så føler jeg mig virkelig ramt. Ellers hvis de har sagt nej til, eller min bedste veninde har sagt nej til en aftale med mig og jeg så ser hende sammen med en anden, så tænker jeg også bare, fuck nu gider hun mig ikke mere, der er noget fuldstændig galt med mig og sådan noget. Så sådan nogle ting og så begynder det at køre op i noget, som jeg godt ved, at det ikke burde blive.” (Linette, l. 323-338).

Linette beskriver, at de misforståelser, der kan opstå i det sociale, er en af hendes største udfordringer, hvilket sommetider kan munde ud i, at hun bliver ked af det eller udadreagerende:

“Men også bare hvis der opstår misforståelser eller skænderier i det sociale. Så kan jeg jo godt blive rigtig rigtig udadreagerende eller rigtig rigtig ked af det. Så jeg tror, at det er det, som er rigtig svært ved det sociale...” (Linette, l. 365-368).

Endvidere beskriver både Karoline og Mette, at de har et behov for, at deres relationer fysisk viser dem, at de er der for dem, da de vægter handlinger højere end det sagte ord. For eksempel fortæller Mette: “Og når de også viser det med deres handlinger og ikke kun ord. Fordi jeg er ikke god til folk, der bare siger: jeg skal nok hjælpe dig. De skal vise mig det.” (Mette, l. 1108-1112).

Opsummerende beskriver flere af deltagerne, hvordan de er på overarbejde i sociale relationer, hvor de oplever at have svært ved at aflæse deres relationer og har tendens til at overanalysere den sociale interaktion, hvilket bl.a. kan munde ud i misforståelser. Flere af deltagerne fortæller, hvordan dette bunder i en grundlæggende usikkerhed på sig selv.

At Leve i en Sort/Hvid Verden. I dette afsnit belyses, hvordan flere deltagere har tendens til at blive sort/hvid i deres tankegang. Denne sort/hvid tænkning kommer bl.a. til udtryk gennem deltagerens tendens til at opdele personer, samt i måden hvorpå deres følelser hurtigt kan komme ud i ekstremerne.

Flere af deltagerne beskriver en tendens til at opdele personer i enten gode eller onde. Denne opdeling af personer ses bl.a. i måden, hvorpå Karoline opdeler sine veninderelationer, hvor hun eksempelvis under konflikter kan skifte mellem enten at se sine relationer som betydningsfulde eller ligegyldige: "... og den her sort/hvid-tankegang med at enten så er de noget af det vigtigste i mit liv, ellers betyder de ingenting." (Karoline, l. 643-644). Freja og Mette beskriver ligeledes, hvordan deres sort/hvid tænkning kan vise sig i forskellige situationer, hvor det også kan komme til udtryk gennem opdeling af personer. For eksempel beskriver Freja, hvordan hun har oplevet dette i relationen til en af sine behandlere i psykiatrien: "Men igen, det kan være alt. Det kan være en terapeut som enten er mega god, hun rummer ikke nogen dårlige ting – ellers er hun fucking dårlig, hun duer ikke til en skid" (Freja, l. 517-520). Denne opdeling af relationer ses også i den måde, Mette tillægger sine veninder værdi: "Og så er jeg også lidt sort/hvid på det område, så hvis du er en veninde, så er du en veninde på alle punkter... Hvor sådan for mig er det sådan noget med, at enten er du det hele, ellers er du det slet ikke." (Mette, l. 1067-1074). Derudover beskriver Mette, at hendes sort/hvid tankegang også kommer til udtryk gennem hurtige skift i hendes tankegang, hvis noget ændrer sig eller ikke bliver lige, som hun havde forestillet sig:

"Tingene skal være sådan her for at det bliver hyggeligt, og hvis det ikke bliver sådan, så bliver jeg skuffet, og så går jeg. Og så skifter jeg hurtigt over i sådan en tankegang, der hedder: så bliver resten af weekenden sikkert overhovedet ikke hyggelig, så kan det bare være lige meget. Så gider

jeg ikke engang forvente noget, så gider jeg ikke engang prøve at være i godt humør...” (Mette, l. 484-490).

Som beskrevet i afsnittet “Emerging Adulthood” under afsnittet “Psykopatologisk Udvikling” fortæller deltagerne, hvordan deres følelser hurtigt kommer ud i ekstremerne. Når deltagerne kommer i affekt beskriver de desuden, hvordan de har tendens til at skifte til sort/hvid tænkning. For eksempel beskriver Cecilie, hvordan der ikke skal særlig meget til, før hun kommer i affekt og tyer til ekstreme beslutninger:

“Altså så er det nemlig, at jeg bliver sådan, at så siger jeg bare mit job op, eller så skal jeg jo ikke være venner med hende her mere. Og jeg har også mange gange sagt til min kæreste, at jamen så må vi jo gå fra hinanden, fordi at jeg kan jo tydeligvis ikke finde ud af at købe minimælk, når vi skal... Altså når jeg nu køber skummetmælk eller sådan et eller andet, altså det er sådan... Så er jeg bare helt ude i ekstremerne med det samme.” (Cecilie, l. 843-850).

Endvidere beskriver Cecilie, hvordan hun har tendens til at reagere forskelligt afhængig af relationen. Herunder er hun meget selvbebrejdende i relationen til sine veninder, hvor hun ofte påtager sig skylden, hvis de har haft en uoverensstemmelse, hvorimod hun i relationen til sine forældre ikke finder sig i noget, da hun fortsat bebrejder dem for sin fortid. Dette kan eksempelvis være i konfliktsituationer, hvor Cecilie hurtigt bliver afvisende over for dem, hvorimod hun i en anden relation ville rette skylden mod sig selv:

“... så kan jeg blive sådan, det gider jeg ikke at høre på, jeg gider aldrig nogensinde at snakke med jer igen, og så kører jeg, og så kan jeg få sådan 20 opkald, hvor jeg bare ignorerer dem, fordi jeg er bare sådan, jeg gider ikke at finde mig i det agtigt. Hvor jeg også igen er ude i de der ekstremer, hvor jeg bare er sådan, jeg skal aldrig snakke med mine forældre igen, og de kan rende mig et vist sted... Hvorimod med andre mennesker, der er det mig, der trækker sig, fordi at der har jeg det sådan, at det er jo mig, der er noget galt med.” (Cecilie, l. 857-870).

Opsummerende beskriver flere deltagere, hvordan de har tendens til sort/hvid tænkning, som bl.a. kommer til udtryk gennem en tendens til at opdele personer og i måden, hvorpå deltagernes følelser hurtigt kan komme ud i ekstremerne.

Stabile Relationers Betydning. I dette afsnit belyses, hvilken betydning stabile relationer har for deltagerne. Blandt andet beskriver nogle, hvordan deres nuværende kæresterelationer har været medvirkende til at give dem en stabilitet og hjælper dem med at håndtere deres vanskeligheder.

For eksempel beskriver Cecilie, hvordan hun tidligere har haft en meget ustabil tilværelse, som mindede om et nomadeliv:

“Så jeg udnyttede jo rigtig meget det der, at jeg kunne finde en ny fyr og levede meget det der nomadeliv. Det var meget ustabil, og jeg tror også, det er derfor, at jeg måske fortsatte i det der mønster, fordi jeg ikke havde noget stabilt grundlag overhovedet i meget meget lang tid.” (Cecilie, l. 559-564).

Dette liv står i kontrast til hendes nuværende liv, hvor hun beskriver, hvordan hendes kæreste har været med til at give hende en mere stabil tilværelse:

“... han er jo et meget stabilt menneske, og det har jeg haft brug for, altså. Han var ikke sådan det, jeg søgte, men han var alt det, jeg havde brug for. Altså det der med, at der var en, der sagde til mig, at nu bliver vi altså lige boende her. Der er ingen grund til at flytte, og at vi først flyttede, da det gav mening at flytte... Jamen han har egentlig bare været med til at hjælpe mig med at blive stabil.” (Cecilie, p. 14, l. 614-620).

I relation hertil beskriver Simone, at den eneste stabile relation i hendes liv i dag er hendes mand, som hun altid føler vil være der for hende:

“Det er sådan set den eneste bundstabile relation, jeg har. Fordi uanset hvad, så vil han altid være her. Og det er nok den relation, som har hjulpet mig mest i alt det her. Også som har hjulpet mig mest med humør, og

det er den bedste relation, jeg har haft siden, ja, at jeg følte, jeg havde min mor næsten.” (Simone, l. 650-655).

Desuden fortæller Simone, hvordan hendes omgangskreds har ændret sig over tid, hvor den i dag består af mere stabile relationer end tidligere. Simone og hendes mand har skiftet vennegruppe, hvor hun beskriver, at deres nuværende vennegruppe består af mere modne relationer: “... voksne mennesker, der tænker på deres fremtid.” (Simone, l. 534-535).

Endvidere beskriver Freja og Mette, hvilken betydning deres tætte relationer har for dem, og hvad de giver dem. For eksempel fortæller Freja, hvordan hendes tætte relationer kan hjælpe hende med at komme ned i affekt og give hende en følelse af at være god nok:

“Det giver mig mange ting. Først er det en følelse af, at jeg er god nok, at nogen gider mig. Det afhjælper jo mit selvhad, når de spørger efter mig, når de har lyst til at se mig. Det er også en hjælp, når jeg har angst. Jeg får angstanfald. De hjælper mig med at få mig ned på jorden, når jeg har presserende tanker om selvskade eller selvmordstanker. Så i ren praktisk forstand, så kan de her mennesker få mig ned på jorden igen.” (Freja, l. 669-676).

Endvidere beskriver Mette, hvordan det betyder meget for hende, når hendes tætte relationer bliver ved hende, da hun har lidt af omsorgssvigt i barndommen: “Det er især for mig, der har lidt af meget omsorgssvigt, og at folk er skredet og ikke har kunnet overskue mig, så er det bare mega guld værd for mig, at de bliver.” (Mette, l. 1106-1108). I relation hertil beskriver Karoline, at hun godt kan lide stabiliteten i at have en veninde, som hun kan støtte sig op af i sociale sammenhænge:

“Jeg kunne godt lide denne her stabilitet i, hvem skal jeg skrive med, når jeg er hjemme fra skole, hvem skal jeg spørge, om vi skal være sammen. Hvem skal jeg dele alt i mit liv med, hvem ved jeg, at jeg har at bruge tid med og sådan noget. Så jeg tror, ja det der med bare at vide, hvor man har én. Men når de så bryder det der glansbillede, som man har af dem, så er det jo så der, det eksploderer det hele.” (Karoline, l. 276-282).

I ovenstående beskrivelse ses det dog, at Karoline kan komme i affekt, hvis dette glansbillede af den stabile veninderrelation går i stykker. Endvidere fortæller Karoline, at kæresterelationer virker mere stabile for hende end relationen til venner. Samtidig har hun dog oplevet, at dette alligevel ikke er tilfældet, da hun beskriver store humørsvingninger i kæresterelationer, hvor hun bl.a. ofte får tendens til at blive mistroisk og anklage dem for utroskab (Karoline, l. 137-171).

Opsummerende beskriver flere deltagere, hvilken betydning deres stabile relationer har for deres liv i dag. Flere af deltagerne fremhæver, hvordan deres tætte relationer hjælper dem med at håndtere deres vanskeligheder og giver dem en mere stabil tilværelse.

Opsummering på Tilknytning og Relationer. Opsummerende beskriver flere af deltagerne, hvordan de i dag har en grundlæggende angst for at miste nære relationer. Herunder fremhæver nogle af deltagerne, hvordan de har tidligere erfaring med fraværende omsorgspersoner samt relationer, som grundet deres borderline vanskeligheder har valgt dem fra. Flere af deltagerne fortæller, at de i deres nære relationer er påpasselige med deres reaktioner i frygt for at miste disse. Endvidere fortæller deltagerne, hvordan de har tendens til sort/hvid tænkning, som særligt kommer til udtryk gennem en tendens til at opdele personer samt i måden, hvorpå deltagerens følelser hurtigt kan komme ud i ekstremerne. Afslutningsvis fremhæver nogle deltagere, hvordan deres tætte relationer hjælper dem med at håndtere deres vanskeligheder og giver dem en stabil tilværelse.

Identitet

Dette tema er inddelt i fire undertemaer. Først vil vi belyse deltagerens syn på deres borderline diagnose efterfulgt af, hvilke ressourcer og begrænsninger, det kan have for deltagerne at leve med borderline i sammenligning med jævnaldrende. Endvidere beskrives diagnosens indflydelse på deres identitet. Afslutningsvis belyses deltagerens refleksioner over, hvorvidt det ville have gavnet dem at have fået stillet deres borderline diagnose i en tidligere alder.

Syn på Diagnosen. I dette afsnit belyses deltagerens syn på at være blevet diagnosticeret med borderline, hvilket for nogle er forbundet med en vis am-

bivalens. Herunder fremhæves både positive og negative sider ved at leve med borderline.

Positive Sider ved at Være Emerging Adult og Have Borderline. Deltagerne beskriver i forskellig grad, hvordan det har været positivt for dem at få deres borderline diagnose. Herunder fortæller de, hvordan diagnosen har medvirket til at give dem en større forståelse for sig selv samt egne reaktioner og handlemønstre.

Karoline fortæller bl.a., hvordan diagnosen har givet hende en forklaring på, hvorfor hun er, som hun er. Desuden fortæller Karoline, hvordan borderline er blevet en del af hendes personlighed:

“Men jeg synes, den giver en enorm forklaring for, hvorfor jeg er, som jeg er, og har gjort, som jeg har gjort, og gør som jeg gør. Så jeg synes også, at det på en måde er blevet min personlighed, at jeg har borderline, selvom der er en del af tingene, en del af borderline kriterierne, jeg ikke identificerer mig med.” (Karoline, l. 74-79).

Ligeledes beskriver Cecilie, hvordan det at få stillet sin borderline diagnose har medvirket til en større forståelse for sig selv og fortiden:

“... det jeg også fik diagnosticeret borderline, det gjorde jo bare, at jeg forstod mere. Altså alt gav jo mere mening, altså med hvad jeg har gjort, og hvad der er sket, og hvorfor jeg måske har været, som jeg har været. Det var ikke en undskyldning over for mig selv, men det var bare sådan en god forklaring på min fortid.” (Cecilie, l. 632-637).

Desuden har Karoline ofte undret sig over, hvorfor hun har haft det sværere end alle andre, hvor det har været en lettelse for hende at finde ud af, at der faktisk har været en grund til, at hun altid har haft nogle vanskeligheder gennem livet:

“Hvad er der galt med mig? Hvorfor er jeg ikke som de andre? Hvorfor gentager alting sig? Jeg har altid følt, at det hele bare kørte i ring. Det der med vinterdepressionerne, uvenskaberne. Så jeg har altid tænkt, hvorfor

er det, at det hele kører i ring? Hvorfor kan jeg ikke få lov til at være statisk og have det godt som alle andre? Hvorfor skal jeg hele tiden op og ned, op og ned, op og ned? Det har været rart at få en forklaring på det, fordi jeg har også været bange for at få at vide, jamen det er bare sådan livet er. Det havde jeg ikke kunnet overskue at få det at vide.” (Karoline, l. 897-907).

Deltagerne Mette og Simone beskriver, hvordan borderline diagnosen har været meningsgivende for dem. Simone fortæller bl.a., hvordan det for hende gav en ro og en form for afslutning at få en forklaring på sine vanskeligheder (Simone, l. 821-824). Mette beskriver, at diagnosen har givet hende en større forståelse for egne reaktioner og hvor disse stammer fra. Desuden sammenligner Mette det at få diagnosen med at have fundet sig selv:

“Men jeg synes, det har betydet meget for mig i form af, at det klikker mere, hvorfor jeg altid har været så sensitiv... Og ikke, fordi der skal være en diagnose som sådan, men lige i mit tilfælde, så hjælper det mig, at der er noget... det lyder så lykkebringende, men på en eller anden måde så har jeg bare fundet en hjem-knap på en måde. Jeg navigerer jo stadig rundt i det, men en eller anden ting, hvor jeg kan vende tilbage til det og sige: hvorfor reagerede jeg sådan? Okay. Det kommer af det her.” (Mette, l. 1399-1410).

Simone beskriver desuden, hvordan det at få diagnosen har været en lettelse for hende i form af at have fået en kasse at passe ind i. Samtidig fremhæver Simone, at det er betydningsfuldt for hende at genkende nogle af de ting, der definerer en person med borderline (Simone, l. 268-272). I kontrast hertil beskriver Karoline, hvordan hun føler sig mindre unik, idet hun nu passer ind i en kasse med andre med samme personlighedstræk: “... men det er også lidt svært, det her med, at med en personlighedsforstyrrelse, så får man ligesom at vide, at din personlighed er ligesom en masse andre, som har denne her diagnose.” (Karoline, l. 206-209).

For Karoline og Linette var det en ambivalent oplevelse at få stillet deres borderline diagnose. Linette fortæller, hvordan hun var ked af at få stillet diagnosen, da skolen skulle informeres om dette, hvor hun samtidig frygtede sine venners

reaktioner. Dog oplevede hun, at diagnosen var en lettelse for hende, da det gav hende en forklaring på hendes vanskeligheder, samt hvorfor hun er, som hun er:

“... i starten blev jeg rigtig ked af det, for man siger jo, at det er en personlighedsforstyrrelse, og der er mange forskellige former for det. Så jeg havde ikke rigtig lyst til at sige det til nogen til at starte med. Men vi blev nødt til at informere skolen, fordi det påvirkede mig, når jeg skulle til eksamener, og det kunne jeg slet ikke kapere. Og så var jeg selvfølgelig bange for, hvad alle mine venner ville sige... Ja, det var meget ambivalent, men det var også rigtig rart at finde ud af, at der var noget. At man kunne kalde det noget, at jeg ikke følte mig helt normal. Så jeg blev sådan lidt lettet alligevel. Selvom det selvfølgelig var ubehageligt, men så begyndte jeg bare at tænke på, at jeg jo stadig er mig. Jeg har bare fået navn på noget andet. På en del af mig...” (Linette, l. 282-294).

Samtidig med at Karoline, som før nævnt, føler sig mindre unik og synes, at det er mærkeligt at passe ind i samme kasse som andre, fortæller hun ligeledes, at det er en lettelse for hende at vide, at der er andre mennesker, som har det på samme måde som hende: “Og det er en enorm lettelse at få at vide, at det er ikke bare dig, der er mærkelig. Vi er faktisk en gruppe mennesker, som gør de her ikke så smarte ting.” (Karoline, l. 837-839).

To deltagere, Simone og Mette, beskriver endvidere, hvordan diagnosen kan fungere som et redskab til at forklare andre, hvorfor de nogle gange reagerer, som de gør. I relation hertil fortæller Mette, hvordan hun med diagnosen har nemmere ved at forklare sine reaktioner over for andre:

“Jeg tror, jeg står mere ved mine følelser, og jeg har også lidt nemmere ved at forklare folk, hvorfor jeg bliver ked af det, og det tror jeg giver folk en lidt bedre måde at være sammen med mig på, hvis nu jeg skulle blive ked af det et eller andet mærkeligt sted – i et supermarked eller hvad fanden ved jeg.” (Mette, l. 1430-1435).

Efter Mette har fået diagnosen, beskriver hun, at den har givet hende et bedre talerør (Mette, l. 1392). Dette har medvirket til, at hun i større grad end tidlige-

re giver sig selv lov til at udtrykke sine følelser, hvor hun førhen i høj grad brugte energi på at forsøge lægge låg på sig selv, hvis hun kom i en følelsesmæssigt uudholdelig situation (Mette, l. 1424-1430). I relation hertil beskriver Simone ligeledes, hvordan hun kan bruge diagnosen som en forklaring over for andre: "Og hvis folk spørger, hvorfor jeg er, som jeg er, så kan jeg sige: det er faktisk, fordi jeg har en diagnose." (Simone, l. 827- 833).

Negative Sider ved Være Emerging Adult og Have Borderline. Delta-gerne beskriver desuden, hvordan det på den anden side også har været en byrde for dem at få deres borderline diagnose.

Cecilie og Freja beskriver, at de følte stor skam forbundet med at få diagnosen. Freja fortæller bl.a., hvordan hun var bange for andres reaktioner og at blive dømt på baggrund af sin borderline:

"Jeg skammede mig. Jeg skammede mig mega meget. Jeg var lidt bange for hvilke reaktioner, jeg ville få. Jeg havde ikke lyst til medlidenhed, jeg havde ikke lyst til den der: ej hvor er det synd for dig. Og jeg havde heller ikke lyst til at blive dømt på baggrund af min diagnose, jeg havde ikke lyst til at komme i den kasse." (Freja, l. 262-267).

I forlængelse heraf beskriver Freja, hvordan hun følte sig nødsaget til at lægge låg på noget, som hun følte definerede hende som person grundet den skam, som hun forbandt med diagnosen (Freja, l. 214-226). Cecilie, Freja og Mette beskriver desuden, hvordan de alle har haft svært ved at acceptere borderline diagnosen, hvorfor det tog dem noget tid, før de accepterede den. Blandt andet fortæller Cecilie, hvordan hendes egne fordomme om borderline var medvirkende til, at hun først senere accepterede sin diagnose:

"Men jeg kan bare huske, at jeg var så sur på mig selv, og jeg var så ked af det og skuffet, og jeg skammede mig rigtig meget, når hun fortalte, at jeg havde borderline, fordi at jeg simpelthen ikke ville have den diagnose, fordi at jeg, altså jeg var uvidende og troede det værste om mig selv og... Så det tog eddersparkeme lang tid for mig at acceptere, at det var fandme bare sådan, det var." (Cecilie, l. 1241-1248).

Yderligere beskriver Mette, at hun fortsat i dag stadig kan have svært ved at acceptere sin borderline diagnose, hvor dette afhænger af, hvordan hun har det mentalt: “Og så blev det jo med tiden okay, altså jeg har jo stadig lidt svært ved at acceptere det, men det er sådan... Det kommer i dage, det kommer an på hvilken dag, man spørger mig.” (Mette, l. 307-310).

Endvidere fortæller Freja, hvordan der for hende er en vis ambivalens forbundet med at leve med diagnosen, hvor hun oftest forbinder den med en stor byrde, men samtidig føler hun også, at den har gjort hende til et bedre menneske:

“Nogle gange har jeg lyst til at sige, at borderline er rent lort og det ér lort. Meget af tiden er det fucking lort. Men jeg skal heller ikke underkende, at der er nogle ting ved det, som gør mig til et bedre menneske.” (Freja, l. 771-774).

Ligeledes beskriver Cecilie, at der både er fordele og ulemper ved at have borderline, men at hun ikke kan forestille sig at være den foruden: “Altså, jeg ville 100 procent ikke være foruden den, altså fordi den har lært mig så meget om mig selv.” (Cecilie, l. 1040-1042).

Opsummerende fremhæver deltagerne både positive og negative sider ved at få deres borderline diagnose. Herunder beskriver flere af deltagerne, hvordan diagnosen har givet en forklaring på deres reaktioner og adfærd, hvilket har medvirket til, at de har fået en større forståelse for sig selv. Dog fremhæver flere deltagere en vis ambivalens forbundet med diagnosen, og flere fortæller, at de har følt en stor skam forbundet med diagnosen, hvorfor det har taget tid at acceptere denne.

Sammenligning med Jævnaldrende. Dette afsnit vil belyse, hvordan deltagerne oplever, at deres borderline har indvirkning på deres liv i sammenligning med deres jævnaldrende. Flere af vores deltagere beskriver, hvordan deres borderline giver dem nogle begrænsninger i at leve et almindeligt ungdomsliv. Samtidig beskriver flere deltagere dog også, hvordan deres borderline er med til at give dem nogle ressourcer, som deres jævnaldrende ikke i samme grad besidder.

Begrænsninger ved at Være Emerging Adult og Have Borderline.

Flere af deltagerne fremhæver på forskellig vis, hvordan de oplever, at deres borderline kan være begrænsende i forhold til at leve et almindeligt liv.

Blandt andet beskriver Karoline, hvordan hendes borderline kan være begrænsende på den måde, at hun har svært ved at håndtere for store forandringer. Dette kan trigge hendes borderline, hvorfor hun er nødsaget til at følge en fast struktur i sin hverdag:

“Jeg er nødt til at have en stram tidsplan, hvor der ikke er de store forandringer, hvor man som ung normalt er lidt mere flyvsk, hvor der kan ske alt muligt og være lidt spontan. Og det kan jeg ikke helt på samme måde.” (Karoline, l. 855-863).

Linette fortæller, hvordan hendes borderline hæmmer hende i forhold til at tage en uddannelse og varetage et fuldtidsjob, idet at hun bl.a. under uddannelse har brug for ekstra hjælp og støtte i form af forstående lærere, flere pauser og mere tid til eksamen. Linette frygter derfor, at hun ikke kan opnå sin drøm om at blive dyrlæge, men i stedet kommer til at arbejde i et supermarkedet resten af sit liv grundet de vanskeligheder, hendes borderline forårsager (Linette, l. 845-866). Endvidere beskriver Mette, at hendes veninder generelt er mere velfungerende og hurtigere til at komme frem i livet end hende. Mette ville ønske, at hun havde haft det samme overskud som sine jævnaldrende til at tage en uddannelse tidligere og generelt være længere i livet, end hun er på nuværende tidspunkt (Mette, l. 971-983).

Desuden beskriver både Karoline og Linette, hvordan de ikke føler, at de har samme muligheder som andre unge. Eksempelvis føler de ikke, at de har de samme muligheder for at danne nye relationer, drikke sig fulde og nyde ungdommen, da de har erfaret, at dette nemt kan ende galt for dem. I den forbindelse fortæller Linette eksempelvis, at hun særligt afholder sig fra at tage i byen i en frygt for at falde tilbage i gamle mønstre, hvor hun bl.a. kunne ende i slagsmål:

“Jeg fandt ud af, at alkohol og mig, det skal man slet ikke blande, for så har jeg slet ikke noget filter. Så har jeg endnu sværere ved at styre mig selv. Og jeg går blandt andet ikke i byen mere og sådan noget, for hvis

det er kunne jeg risikere at komme op og slås, hvilket kunne resultere i en dom”. (Linette, l. 348-353).

I sammenligningen med sine jævnaldrende beskriver Freja, at hun ville ønske, at hun i forskellige situationer kunne være bedre til at trække på sin rationelle side end at lade sig rive med at sine følelser (Freja, l. 530-532). For eksempel beskriver Freja, at hun automatisk undrer sig over, hvorfor andre ikke tyer til selvskade for at få en forløsning, når de har det dårligt: “De kan leve et liv uden nødvendigvis instinktivt at tænke: jeg skal skære, når jeg har nogle udfordringer.” (Freja, l. 768-770).

Endvidere fremhæver Mette, hvordan hendes borderline både kan have sine fordele, idet hun oplever nærmest at være ustoppelig, når hun er glad, men dog også kan være en begrænsning i forhold til at skabe nye relationer grundet hendes intense følelsesliv:

“... altså den har jo også mange gode ting med sig, fordi når jeg er glad, så er jeg ikke til at stoppe, så er jeg den fedeste person at være sammen med i hele verden, hvis jeg selv skal sige det. Og det synes alle dem omkring mig også, og så er der ikke grænser for, hvad vi kan finde på af impulsive, sjove ting. Og det elsker jeg jo. Men til gengæld når det så er galt, så er det få mennesker, som jeg lader komme tæt på, fordi jeg har mistet folk på det, fordi jeg bliver så intens. Og folk der lever et nogenlunde normalt følelsesmæssigt liv og ikke vil have noget drama og måske ikke er så gode til at kommunikere, de får hurtigt smidt mig væk, uden at sige noget. Så der standser min borderline mig lidt i dag i at skabe nye relationer.” (Mette, l. 608-620).

Ressourcer ved at Være Emerging Adult og Have Borderline. Ligesom deltagerne fremhæver, at deres borderline kan give dem nogle begrænsninger sammenlignet med deres jævnaldrende, fremhæver flere af deltagerne dog også, hvordan deres borderline giver dem nogle ressourcer.

Freja, Cecilie og Mette fremhæver, hvordan bl.a. deres impulsivitet og ekstreme humør også kan have dets positive sider. Deres impulsivitet og ekstreme glæde medvirker til, at de er godt selskab for andre, da de er sjove og kan sprede en

masse glæde. Eksempelvis beskriver Mette, at hun føler, at hun er en langt bedre veninde end sine egne veninder, når hun er inde i en god periode. Hun beskriver sig selv som mere eventyrlig, hvor der ofte ikke er noget, som ikke kan lade sig gøre, når man er i selskab med hende, og hun er i godt humør (Mette, l. 1005-1030). Endvidere beskriver Cecilie: "... at jeg er impulsiv og pisse sjov og sådan noget der, det kommer sig jo også af, at jeg er pisse glad og har en energi, der bare fylder helt vildt." (Cecilie, l. 695-698). I relation hertil fortæller Mette, at der i gode perioder ikke er begrænsninger for, hvad hun kan finde på at sjove ting:

"... fordi når jeg er glad, så er jeg ikke til at stoppe, så er jeg den fedeste person at være sammen med i hele verden, hvis jeg selv skal sige det. Og det synes alle dem omkring mig også, og så er der ikke grænser for, hvad vi kan finde på af impulsive, sjove ting. Og det elsker jeg jo." (Mette, l. 608-613).

Endvidere beskriver Freja, at hun oplever at have langt højere grad af empati end sine jævnaldrende, og selvom hendes følelsesliv kan være intenst og hårdt, føler hun samtidig også, at det medvirker til, at hun investerer sig fuldt ud i andre mennesker (Freja, l. 763-774). I relation hertil beskriver Karoline, at hendes borderline har medvirket til, at hun sammenlignet med sine jævnaldrende, har en anden stædighed og robusthed, idet hun har gennemgået perioder med hårdt psykisk arbejde (Karoline, l. 873-879). Cecilie beskriver, at hun føler, der er mange, som mangler selvindsigt, hvor hun oplever, at hun netop har stor selvindsigt, da hun bruger meget tid og energi på at reflektere over sine egne handlinger (Cecilie, l. 1015-1033).

Opsummerende har dette afsnit belyst, hvordan deltagernes oplever, at deres borderline kan have indvirkning på deres liv i en sammenligning med deres jævnaldrende. Deltagerne beskriver, hvordan deres borderline både bidrager til at give dem nogle begrænsninger, men også nogle ressourcer. Herunder oplever flere af deltagerne, at deres borderline medvirker til, at de har svært ved at håndtere større forandringer, hvilket kan hæmme dem i deres muligheder for at tage en uddannelse og varetage et fuldtidsjob. To af deltagerne oplever desuden en begrænsning i at leve et almindeligt ungdomsliv, idet de bl.a. ikke føler samme mulighed for at danne nye relationer, gå i byen og nyde ungdommen. Dog fremhæver flere af deltagerne, hvor-

dan deres impulsivitet og ekstreme glæde bidrager positivt i deres relationer. Derudover fortæller flere deltagere, hvordan de grundet deres intense følelsesliv investerer sig fuldt ud i deres nære relationer.

Diagnosens Indflydelse på Identitet. I dette afsnit belyses deltagernes oplevelse af, hvilken indvirkning deres borderline diagnose har på deres identitet.

Jagten på Sit Indre Selv – Er Jeg eller har Jeg Borderline? Flere deltagere beskriver, hvordan de har svært ved at definere, hvem de er som person. Herunder ses det, hvordan deltagerne i forskellig grad har integreret borderline diagnosen som en del af deres identitet.

Freja fortæller, at hun ser det at have borderline som at være i en konstant identitetskrise, hvor hun i sin søgen efter sin identitet har gennemgået svære perioder i sit liv:

“Jeg ser borderline som en konstant identitetskrise. En konstant jagt efter at finde ud af, hvad ens kerne er. Og i den forbindelse med jagten på mit indre selv har jeg... er jeg løbet ind i nogle perioder, som har været rigtig svære.” (Freja, l. 420-424).

I relation hertil beskriver Cecilie, hvordan hun, efter hun har fået stillet diagnosen, først nu kan udforske, hvem hun er, og hvordan hun skal opføre sig: “Du skal jo forestille dig, at jeg har jo siddet i et fængsel i 24 år, og nu skal jeg ud og være sammen med alle jer andre.” (Cecilie, l. 947-949). I forlængelse heraf beskriver Cecilie, hvordan hun tidligere satte lighedstegn mellem at have borderline og at være et ondt menneske: “Jeg var sur, kan jeg huske. Jeg var så gal... Altså jeg var mange onde ting. Jeg var rigtig ond imod mig selv, fordi jeg tænkte, at nu er jeg et ondt menneske, fordi jeg har borderline.” (Cecilie, l. 1226-1232). Her ses det desuden, at Cecilie forbandt borderline diagnosen med et negativt selvbillede, hvorved hun blev meget selvbekræftende. Karoline beskriver, at hun føler, at hendes personlighed er stabil, idet hun føler en form for kontinuitet i sine personlighedstræk fra teenageårene til nu, men samtidig kan hun have svært ved at sætte ord på, hvem hun er:

“Jeg synes ikke, jeg har det personlighedstræk med, at ens personlighed er meget ustabil, og at den skifter. Jeg synes, at jeg har været meget den samme person, siden jeg kom i puberteten, meget de samme interesser og sådan noget. Men jeg har meget svært ved at beskrive mig selv.” (Karoline, l. 107-111).

Nogle af deltagerne beskriver endvidere, hvordan borderline er en del af, hvem de er, men at diagnosen ikke definerer, hvem de er som menneske, hvorimod andre i højere grad tillægger borderline diagnosen en mere integreret del af, hvem de er som menneske. Blandt andet beskriver Freja, hvordan hun som person ikke lader sig definere af sin borderline, men at det dog er en del af at være hende, og at den i høj grad har en indvirkning på hendes liv:

“Det er der hele tiden. Jeg kan ikke løbe fra det. Det definerer mig ikke, sådan ser jeg det ikke. Det er bare en del af det at være mig, at der er nogle ting, jeg gør, nogle udfordringer, jeg har. Så det er helt sikkert noget, som præger mig i mit liv hele tiden. Lidt ligesom at være nærsynet. Det er der bare. Så kan jeg tage briller på, og så hjælper det lidt, men det forsvinder ikke. Men det definerer mig heller ikke.” (Freja, l. 749-756).

I relation hertil beskriver Linette, at hendes borderline blot er en beskrivelse af hendes adfærdstendenser, men ikke beskriver hende som menneske:

”Og altså borderline har jo den betydning, at det er en del af mig. Det er ikke mig, men det er bare nogle ting, som beskriver, hvorfor jeg gør, som jeg gør. Altså det er en diagnose, som beskriver, hvorfor jeg reagerer så voldsomt nogle gange eller, hvorfor jeg kan misforstå ting så hurtigt, eller hvorfor jeg lige pludselig er i Sverige på en eller anden bar eller sådan noget.” (Linette, l. 924-930).

Linette beskriver i forbindelse med ovenstående, at hun aldrig kunne finde på at bruge sin borderline som en undskyldning for sin adfærd. Hun accepterer, at den er en del af hende, og at hun kun kan forsøge at arbejde med sig selv og forbedre sig (Linette, l. 937-947). Ligeledes lægger Cecilie vægt på, at borderline er

noget hun lider af, men at hun ikke ér sin diagnose, hvorfor Cecilie fortæller, at hun arbejder på at blive fri for sin borderline: "... det er meget vigtigt for mig at sige, at jeg ikke ér borderline, men at jeg har borderline, og at jeg arbejder på at blive rask for det." (Cecilie, l. 1190-1192). Dog beskriver Cecilie, at det kan variere, hvorvidt hun lader sig definere af sin diagnose, hvor dette kan afhænge af hendes sindsstemning: "Jeg kan også have dårlige dage, hvor jeg er sådan lidt den beskriver bare alt om mig, og jeg bliver aldrig bedre." (Cecilie, l. 1072-1073).

I modsætningen til Freja, Cecilie og Linette, som i ovenstående tydeliggør, hvordan de ofte formår at skelne mellem sig selv som menneske og deres diagnose, beskriver Mette derimod, hvordan hun har svært ved at skelne mellem, hvad der er hende som menneske, og hvad der er hendes borderline:

"Jeg må indrømme, jeg har faktisk rigtig svært ved at kende forskel på, hvad der er mig, og hvad der er borderline... Så der må jeg indrømme, at så langt er jeg faktisk ikke nået endnu, at jeg kan kende forskel. Så er der jo også dage, hvor jeg kan sige til mig selv: jeg er bare sensitiv i dag. Men det er jo også en del af min borderline at være ekstra sensitiv. Der vil være ting, hvor man kan kigge og tænke: okay, det der, det var bare, fordi jeg er en idiot, og jeg er et menneske, der ikke kan tænke sig om. Og det er der, hvor jeg har svært ved at finde grænsen..." (Mette, l. 698-712).

I relation hertil fortæller Mette, at hun identificerer sig som værende borderline: "Men jeg har rigtig svært ved at skulle vide, hvornår det ene er, og hvornår det andet er, fordi så meget som jeg har lært om borderline, så er det mere, at jeg ér borderline." (Mette, l. 716-719).

Diagnosen før Mennesket. I det ovenstående bliver det tydeliggjort, hvordan deltagerne i forskellig grad lader borderline definere deres identitet. I forlængelse heraf beskriver flere af deltagerne, hvordan de desuden lever i en frygt for, at andre vil se deres borderline diagnose før, at de vil se dem som også værende mennesker.

Karoline og Cecilie beskriver begge en frygt for, at andre vil bruge deres borderline diagnose mod dem til eksempelvis at gøre deres følelser og reaktioner

mindre gyldige end andres. På den måde føler de, at deres borderline kan blive en altoverskyggende forklaring på, at de har almindelige menneskelige følelsesmæssige reaktioner. For eksempel fortæller Cecilie om en frygt for, at andre bruger hendes borderline som en forklaring på alle hendes reaktioner, hvor disse ikke blot tillægges almindelige menneskelige reaktioner:

“Jeg har enormt svært ved sådan til tider at acceptere, at jeg har borderline, fordi at jeg er bange for, at folk de vil bruge det imod mig. Altså at de vil bruge det som en undskyldning for at: nå, men hun er blevet så ked af det over, at hun er fyret, fordi hun har borderline... hun reagerer, som hun gør, fordi hun har borderline, og at det ikke er fordi, at jeg reagerer, som jeg gør, fordi jeg er et menneske... altså mine holdninger og mine følelser er ikke gyldige, fordi jeg har borderline.” (Cecilie, l. 448-465).

I relation hertil beskriver Karoline, at hun har en frygt for, at hendes følelser og reaktioner fra da hun var yngre vil blive gjort ugyldige, efter hun har fået borderline diagnosen. Dette nævner hun specifikt i forbindelse med, at hun er bange for, at hendes mor vil negligere hendes vredesudbrud fra opvæksten, hvor hun ikke havde følelsen af, at moderen var der for hende:

“Men nu er jeg sådan lidt bange for, at hun tænker: Nå, jamen jeg gjorde jo slet ikke noget galt. Det er jo bare, fordi hun har borderline. Det er derfor hun bliver så sur over ingenting. Og det er jeg også lidt bange for, hvis jeg har konflikter med min mor igen og sådan noget, at hun føler, at ja, at min følelser ikke er ægte. At mine følelser ikke betyder noget pga. diagnosen.” (Karoline, l. 964-971).

Desuden beskriver Cecilie, at det er vigtigt for hende, at andre mennesker ser mennesket Cecilie, før at de ser hendes borderline, da det betyder meget for hende, at de ikke baserer deres holdning om hende på baggrund af hendes diagnose.

“... altså at jeg ikke siger sådan på første dag hej mit navn er Cecilie, og jeg har borderline, for så har man allerede dannet et førstehåndsindtryk af mig, og jeg har ikke behov for at min borderline er mit førstehåndsind-

tryk... jeg vil hellere have, at de har et førstehåndsindtryk af mig end af min borderline og danner deres egne konklusioner på hvordan jeg er...” (Cecilie, l. 1170-1181).

Freja fortæller, hvordan det tidligere har været udfordrende for hende at integrere sine vanskeligheder som en del af sin identitet, hvorfor hun i gymnasiet splittede sin identitet op i henholdsvis den gode, som hun senere navngav Anne, og den dårlige, som var Freja. Hun beskriver Anne således: “Hun (Anne) var et udtryk for en person, jeg gerne ville være, men som jeg ikke følte, jeg var... Hun var en humørbombe, udadvendt og velfungerende. Hun var alt det, som jeg var udadtil på gymnasiet.” (Freja, l. 118-121). Anne var altså et udtryk for den facade, som Freja forsøgte at opretholde i gymnasiet i et forsøg på at skjule de vanskeligheder, som hun kæmpede med. I kontrast hertil beskriver hun den anden del af sin identitet, Freja, meget negativt og som havende store vanskeligheder:

“Freja duede ikke til noget. Hun kunne ingenting. Hun var intet i kraft af sig selv, hun var kun noget i kraft af andres bekræftelse. Hun var svært selvskadende, hun havde angst. Hun var ikke ekstrovert, hun var mega introvert. Kunne ikke lide at snakke med folk, var ikke særlig omgængelig egentlig. Ville helst bare forsvinde.” (Freja, l. 1008-1013).

Endvidere fortæller Freja, hvordan hun tog denne splittede identitet med videre på sin videregående uddannelse, men oplevede, hvordan hun her ikke længere kunne opretholde adskillelsen af de to identiteter, hvorfor disse brød sammen:

“Og midt i der bryder jeg fuldstændig sammen. Jeg kan ikke længere opretholde denne her facade. Anne smuldrer lidt. Det var som om, at det at have haft en maske på så længe har drænet mig i sådan en grad, at jeg ikke længere kan noget. Jeg kan ikke noget, der er ikke noget af hverken Anne eller Freja tilbage.” (Freja, l. 122-128).

Dog beskriver Freja, at hun i dag ikke længere består af de to adskilte identiteter, men at hun har formået at integrere dem i en samlet identitet. “Men det

dræner mig ikke i lige så høj grad mere, fordi jeg har smeltet de to personer sammen.” (Freja, l. 997-999).

Opsummerende beskriver flere deltagere, hvilken indflydelse borderline diagnosen har på deres identitet. Herunder hvordan deltagerne i forskellig grad lader borderline definere deres identitet. Nogle af deltagerne fortæller, at det at leve med borderline føles som en jagt på deres indre selv, og hvem de er som menneske. Endvidere beskriver flere af deltagerne, hvordan de lever i en frygt for, at andre vil se deres borderline diagnose, før de vil se dem som også værende mennesker.

At Få Stillet en Tidligere Diagnose. I dette afsnit belyses deltagernes refleksioner over, hvorvidt det ville have gavnet dem at få stillet deres borderline diagnose i en tidligere alder.

Karoline og Cecilie beskriver begge, at det ville have gavnet dem at få diagnosen i en tidligere alder. De fik begge stillet diagnosen som 22 årige. Cecilie fortæller, at man tidligere så hendes vanskeligheder som teenagenykker, og at hun selv befandt sig i en identitetskrisen og ikke vidste, hvad hun skulle gøre af sig selv. På handelsskolen blev Cecilie indlagt i psykiatrien, hvor hun her blev diagnosticeret med en belastningsreaktion. Cecilie fremhæver dog, at hun ville ønske, at hun allerede dengang havde fået stillet sin borderline diagnose (Cecilie, l. 1398-1414). Desuden beskriver Karoline, hvordan hendes borderline kun er blevet mindre ekstrem, efter hun er blevet ældre, idet hun er blevet bedre til at kontrollere sine følelser:

“... jeg tror helt sikkert, at jeg kunne have fået den som 16-årig eller sådan noget. Fordi at jeg tror faktisk kun, at min borderline er blevet mindre ekstrem, eftersom jeg er blevet ældre, fordi jeg har lært at styre mine følelser bedre... Så jeg tror ikke nødvendigvis, jeg er enig i, at man skal være 18 år for at få diagnosen... Så ja, jeg ved ikke, om det bare er i mit tilfælde, det kunne have været godt.” (Karoline, l. 1003-1018).

I ovenstående citat giver Karoline desuden udtryk for, at det i hendes tilfælde muligvis ville have gavnet hende at få diagnosen inden 18 års alderen. Freja beskriver ligeledes, hvordan hun tænker, at man i hendes tilfælde skulle have grebet ind tidligere. Hun ved dog modsat Karoline og Cecilie ikke, om det ville have gavnet hende at blive diagnosticeret med borderline tidligere (Freja, l. 968-971).

Linette fik stillet sin borderline diagnose som 16 årig i Børne – og Ungdomspsykiatrien som den eneste under 18 år af alle seks deltagere. Hun beskriver i den forbindelse, at hun har fået meget ud af at få den i en tidlig alder, da dette har været medvirkende til, at hun fik hjælp gennem en svær tid:

“Og jeg lærte jo også rigtig meget fra selve børnepsykiatrien. Og jeg tror også, at når man ligesom er så ung, så har man nemmere ved at lære noget, altså sådan har jeg i hvert fald haft det. Og jeg lærte rigtig meget i børnepsykiatrien også fordi, at de fandt det så tidligt altså. Og de hjalp mig, især igennem sådan en svær tid, hvor man går fra at være 16 til lige pludselig at være voksen. Der var de også rigtig gode.” (Linette, l. 1069-1076).

Simone beskriver derimod, at hun synes, man generelt skal passe på med at stille diagnoser til unge under 18 år, da hun selv har oplevet at blive fejldiagnosticeret med en bipolar sindslidelse, før hun fik stillet sin borderline diagnose:

“Så jeg synes, man skal passe utrolig meget på, hvilke diagnoser man giver til unge, fordi de unge er bare mere sårbare generelt. Og man skulle simpelthen have ladet være med at give mig en diagnose dengang. Man skulle bare have sagt: okay, vi kan godt se, der er noget galt. Men det er svært at stille en diagnose, når du er under 18. Også fordi mange af de her personlighedsdiagnoser, de ligner hinanden. Jeg brugte tre år på at blive fejlmedicineret og blive sat i én eller anden boks, som jeg ikke hørte til i. Så man skal virkelig passe på med det der. Specielt når det handler om personlighedsforstyrrelser.” (Simone, l. 942-953).

Opsummerende beskriver nogle af deltagerne, hvordan en tidligere diagnose muligvis ville have været behjælpelig for deres udvikling, hvorimod andre blot fremhæver, at en tidligere indsats ville have gavnet dem. Én af deltagerne, som blev diagnosticeret i en alder af 16 år, fremhæver, at hendes tidlige diagnosticering medvirkede til, at hun fik hjælp gennem en svær periode.

Opsummering på Identitet. Opsummerende fremhæver deltagerne både positive og negative sider ved at få stillet deres borderline diagnose, hvor det på den ene side har været meningsgivende og forklarende, men på den anden side har været forbundet med en stor skam. I sammenligning med jævnaldrende fremhæver de, at deres borderline diagnose både bidrager til begrænsninger og ressourcer. Endvidere beskriver deltagerne, hvordan de i forskellig grad lader borderline definere deres identitet. I forlængelse heraf fortæller flere af dem, hvordan det at leve med borderline føles som en jagt på deres indre selv, og hvem de er som menneske. Ydermere beskriver flere deltagere, hvordan de lever i en frygt for, at andre vil se deres borderline diagnose, før de vil se dem som værende mennesker. Afslutningsvis fremhæver flere deltagere, hvordan en tidligere diagnose muligvis ville have været behjælpelig for deres udvikling, hvorimod andre blot fremhæver, at en tidligere indsats ville have gavnet dem.

Stigmatisering

Dette tema er inddelt i to undertemaer. Først vil vi belyse deltageres personlige oplevelser med stigmatisering og i forlængelse heraf, hvordan nogle deltagere i deres beskrivelser også har tendens til selvstigmatisering. Afslutningsvis belyses, hvordan flere af deltagerne i dag lever i frygten for stigmatisering fra omverdenen. Herunder fremhæves, hvilken betydning bl.a. medierne kan have i skabelsen af fordomme og stereotyper omkring det at have en borderline diagnose.

Oplevelsen af Stigma. I dette afsnit belyses, hvordan deltagerne på forskellig vis har oplevet stigmatisering i deres hverdag gennem tiden.

Blandt andet beskriver Freja, hvordan hun på sit arbejde i dag afholder sig fra at fortælle, at hun har borderline, idet hun har oplevet, hvordan hendes kollegaer har tendens til at tale nedsættende om mennesker med en borderline diagnose. Dette har desuden medvirket til, at hun også i andre situationer afholder sig fra at fortælle om sin borderline diagnose:

“De aner ikke, jeg har det, men de taler meget nedsættende om folk med borderline, og det har de gjort op til flere gange. Og så har jeg så fortalt dem, at jeg kender én fra mit studie, som læste til socialrådgiver: ej kan sådan nogle det? har de så sagt. Ej kan de sådan noget? Og så snakker de

om, at der kom en borger ind, og hun var fejlplaceret, fordi hun er jo ikke i målgruppen, fordi hun har en diagnose: Nå, hvad havde hun? Jamen hun havde borderline, hun var jo sindssyg. Nå. Ja. Man får lidt lyst til at sige, at det har jeg også for at vise dem, at man kan godt være normal, eller hvad er normal, men at man ikke passer ind i den kasse, som de ligesom har kreeret, men når de snakker så nedsættende om det, så er det lidt afskrækkende.” (Freja, l. 279-291).

Linette fortæller om, hvordan hun har oplevet at blive afvist af en kørelærer, fordi hun fortalte om sin diagnose på forhånd:

“... blandt andet da jeg skulle tage mit kørekort. Der ville jeg faktisk bare gøre opmærksom på, altså det var min psykiater som sagde, at jeg skulle prøve at gøre opmærksom på at skrive det, som jeg kæmper med, og at jeg bare vil tage et kørekort osv. Og der var der en specifik kørelærer som, sagde nej, fordi at han ikke havde midlerne til håndtere sådan noget.” (Linette, l. 984-990).

Linette beskriver endvidere, hvordan hun ligeledes i gymnasiet, efter diagnosticering med borderline, blev mødt med en negativ forestilling omkring at have en borderline diagnose:

“... så kan jeg huske, at der var nogen som fandt ud af det på en eller anden måde, og de begyndte at kalde mig bl.a. psykopat og sådan noget. Og så var der nogle som sagde, at de havde læst, at borderline er sådan noget med, at du ikke rigtig ved, hvem du er agtig. Du er sådan en mærkelig type, som bare slet ikke passer ind i samfundet overhovedet.” (Linette, l. 1230-1234).

I forlængelse heraf fortæller Linette, hvordan disse oplevelser afholder hende fra eksempelvis at skrive i sine jobansøgninger, at hun har en borderline diagnose, idet hun er bange for at blive afvist på baggrund af dette:

“Altså så vidt muligt, altså for eksempel da jeg skulle søge nyt job. Det job jeg har nu i supermarkedet, altså det er ikke noget, som jeg skriver i min ansøgning. Det er ikke noget, jeg decideret vil sige til folk, altså for jeg har også haft en dårlig oplevelse med, at hvis du siger det på forhånd, så kan folk afvise dig” (Linette, s. 21, l. 976-981).

Simone fortæller, at hun har oplevet mange forskellige reaktioner, når hun har fortalt, at hun har borderline. Hun beskriver både at være blevet mødt med positive reaktioner samt med reaktioner, der kan tolkes som stigmatiserende:

“Åh, jamen de reagerer meget fint. Nogle spørger om det er det samme som ADHD... Og så er der nogen, der kigger på én, som om: åh gud, er du sådan én, der ser ting og skal låses inde? Så der er rigtig mange forskellige reaktioner.” (Simone, l. 850-854).

Mette beskriver, som den eneste af vores deltagere, at hun ikke direkte har oplevet stigmatisering (Mette, l. 1505-1507).

Selvstigmatisering. Ydermere giver to af deltagerne beskrivelser, som kunne tyde på, at de muligvis har en negativ opfattelse af dem selv grundet deres borderline diagnose.

Eksempelvis beskriver Karoline indirekte sig selv som unormal, når hun eksempelvis sammenligner sig med sin veninde:

“Så jeg har altid tænkt: Ej, borderline har jeg ikke. Men så da jeg fik læst i min journal og kunne se de svar, jeg havde angivet til spørgsmål, så kunne jeg jo godt se, okay, det er jo ikke sådan min bedste veninde ville svare på spørgsmålene, fordi hun er jo normal.” (Karoline, l. 921-926).

I relation hertil fortæller Cecilie om, hvordan hun sætter begrænsninger for sig selv grundet sin borderline diagnose: “Det var ikke tilladt for mig at være menneske, fordi jeg har borderline. Det er det, jeg sådan har oppe i hovedet hele tiden.” (Cecilie, l. 777-779). Desuden beskriver Cecilie, hvordan hun arbejder på at

blive et bedre menneske, fordi hun stadig ser sig selv som et dårligt menneske grundet sine borderline vanskeligheder:

“... fordi jeg opfatter mig selv et rigtigt dårligt menneske, og har opfattet mig selv som et dårligt menneske i mange år. Men at jeg også gerne selv vil give mig credit for, at jeg er blevet bedre, og at jeg er bedre, men jeg er ikke et godt nok menneske endnu i mit hoved.” (Cecilie, l. 960-965).

Opsummerende beskriver deltagerne forskellige oplevelser af stigmatisering. Dette har medvirket til, at flere deltagere afholder sig fra at fortælle om deres borderline diagnose i frygt for at blive dømt af andre på baggrund af dette. Ydermere kan nogle af deltagerens beskrivelser tyde på, at de muligvis har en negativ opfattelse af dem selv grundet deres borderline diagnose.

Frygten for Stigma – At Blive Set Gennem Bestemte Brilller. I dette afsnit belyses, hvordan deltagerne i dag lever i frygten for stigmatisering fra omverdenen.

Blandt andet beskriver Freja, hvordan hun lige siden, at hun blev diagnosticeret med borderline har været tilbageholdende med at fortælle andre om sin diagnose i frygten for deres bedømmelser samt i frygten for at blive set på en bestemt måde: “Og jeg havde heller ikke lyst til at blive dømt på baggrund af min diagnose, jeg havde ikke lyst til at komme i den kasse... Jeg havde ikke lyst til at blive stigmatiseret, blive brændemærket.” (Freja, l. 265-269). Linette beskriver ligeledes, hvordan hun nogle gange er tilbageholdende med at fortælle om sin borderline diagnose i frygten for andres bedømmelser og afvisninger, hvor hun i dag ikke ser nogen grund til at fortælle om sin diagnose, da det blot er en del af, hvem hun er:

“Så man bliver lidt nødt til at sige, at der er noget borderline, og det er jeg heller ikke helt vild med. Fordi så er jeg bange for, at folk kalder mig ting eller tænker, ej okay hun er sgu da skør i bolden hende der og sådan noget.” (Linette, l. 373-376). “Men altså det er primært derfor jeg ikke siger det, fordi jeg er bange for at blive afvist. Og ja, der er heller ikke nogen grund til at vide det, for som sagt, så er det jo en del af mig, for så kunne du jo bare få et andet ord på det.” (Linette, l. 1004-1008).

I relation hertil fortæller Simone om, hvordan hun næsten altid afholder sig fra at fortælle om sin diagnose til en arbejdsgiver i frygten for at blive afvist heraf:

“... jamen det er, fordi den der ide, man har med at hvis de ved, man har en psykisk sygdom, så kan de ikke have dig alligevel. Havde jeg været meget syg, så havde jeg sagt det som noget af det første, fordi så havde jeg måske haft brug for noget mere hjælp. Men i og med at jeg fungerer så fint uden, så synes jeg heller ikke, der er så stort et behov for, at de ved det, medmindre det bliver aktuelt.” (Simone, l. 884-890).

Ligesom de ovenstående deltagere har Karoline også en frygt for andres afvisning, hvis hun fortæller om sin borderline. For Karoline er det særligt i nye relationer, at hun afholder sig fra at fortælle om sin borderline, hvor hun her forsøger at lave en opvejning af, hvorvidt det gavner relationen:

“... fordi de i virkeligheden tænker, at jeg er skør, syg i hovedet, og de så tænker: ej, hende skal jeg ikke have noget med at gøre. Så det er hele tiden i nye relationer. Skal jeg fortælle om mine udfordringer eller ej? Gavner det noget, at de ved det? Eller er det i virkeligheden en ulempe på én eller anden måde?” (Karoline, l. 987-992).

Cecilie beskriver, hvordan hun er bange for, at andre vil bruge hendes borderline imod hende, samt at andre vil betragte hendes følelser som mindre gyldige, fordi hun har en borderline diagnose:

“Jeg har enormt svært ved sådan til tider at acceptere, at jeg har borderline, fordi at jeg er bange for, at folk de vil bruge det imod mig. Altså at de vil bruge det som en undskyldning for, at nå, men hun er blevet så ked af det over, at hun er fyret, fordi hun har borderline.” (Cecilie, l. 748-750) “... altså mine holdninger og mine følelser er ikke gyldige, fordi jeg har borderline.” (Cecilie, l. 764-765).

Ydermere fortæller Mette om, hvordan hun lige efter, at hun blev diagnosticeret med sin borderline var meget skeptisk over for sin egen diagnose, fordi hun selv havde fordomme omkring diagnosen og var bange for at blive stemplet:

“Og jeg har sådan til at starte med været lidt skeptisk, fordi jeg har hørt meget omkring, hvordan den der borderline diagnose går ind og stempler folk i alle mulige situationer, både hvis du skal starte studie, eller hvis du skal have børn en dag. Der bliver holdt ekstra øje med dig, når det er sådan en diagnose, fremfor hvis det er en anden diagnose, sådan noget ADHD eller sådan et eller andet. Der bliver holdt ekstra øje. Og derfor var jeg heller ikke super glad for at få den på mig...” (Mette, l. 114-123).

Mette beskriver desuden, at hendes mor frygter, at diagnosen vil stigmatisere hende og kan begrænse hende senere i livet. Da Mette får stillet sin diagnose reagerer moren som følgende: ”Den skal ikke stå nogen steder, fordi hun havde jo hørt en masse om borderline, der bare... Fordi det skal ikke stå nogen steder, fordi så kan du ikke... Så må du ikke alt muligt.” (Mette, l. 291-294).

Mediernes Indflydelse på Stigma. Nogle af deltagerne beskriver, hvordan kendte personer med BPD gennem medierne er med til at skabe fordomme og stereotyper omkring mennesker med borderline.

Karoline, Cecilie og Linette beskriver, hvordan den samme danske influencer, som har borderline, har medvirket til, at de selv havde fordomme omkring diagnosen, da de blev diagnosticeret og derfor havde svært ved at acceptere denne. Eksempelvis fortæller Karoline om, hvordan hun i starten ikke kunne identificere sig med sin diagnose, idet hun satte lighedstegn mellem borderline diagnosen og denne kendte danske influencer:

“... kendte personer som siger, de har borderline, det er jo for eksempel XX. Og hende kan jeg overhovedet ikke identificere mig med. Jeg synes på ingen måde vores personligheder minder om hinanden. Så jeg har altid tænkt: Ej, borderline har jeg ikke.” (Karoline, l. 918-922).

I relation hertil beskriver Cecilie, hvordan hun skammede sig over at få stillet diagnosen, da hun forbandt den med denne bestemte danske influencer:

“Jeg skammede mig rigtig meget i starten over, at jeg havde det, fordi jeg forbandt det med hende her XX, og jeg læste sådan rigtig meget på Facebook, hvad folk de sagde om hende og på Jodel og på Reddit og sådan noget, og nu der er jeg bare sådan: der findes i hvert fald 236 kendte måder at have borderline på, og så mange andre. Så hvorfor skulle jeg være i den samme kasse som hende?” (Cecilie, l. 1127-1134).

Endvidere har dette medieskabte billede af borderline diagnosen også medvirket til, at nogle af deltagerne i dag er tilbageholdende med at fortælle, at de har borderline i frygt for at blive associeret med denne bestemte influencer. Blandt andet fortæller Linette, hvordan hun frygter de fordomme, som der er om borderline, hvilket medvirker til, at hun ikke har lyst til at være åben omkring sin diagnose. Endvidere giver Linette udtryk for, at denne bestemte danske influencer skaber et forkert billede af, hvordan det rent faktisk er at have borderline:

“Så altså jeg er meget bange for, at de der fordomme kommer ud og især altså sådan noget som, at kendte personer som for eksempel XX bruger det som en undskyldning. Det giver mig mindre lyst til at komme frem. Selvom jeg jo også fejler noget af det. For så tænker de: så er du ligesom hende, så gør du alt muligt lort, og så giver du skylden på din borderline eller sådan noget... Også fordi hun sådan giver os et billede af, at det er sådan, vi er, og det er overhovedet ikke sådan, at vi er. Vi bruger ikke noget af det som undskyldninger, men vi vil rent faktisk gerne gøre noget for, at vi får det bedre. Og det der med at hun... giver det bare så meget et dårligt ry. Jeg kan ikke lide det, og hvis det er noget, som skulle forhindre mig i at sige, at jeg har borderline, så er det også på grund af hende.” (Linette, l. 1186-1222).

Opsummerende beskriver deltagerne, hvordan de frygter stigmatisering fra omverdenen. Herunder fremhæver flere af deltagerne en frygt for, at andre vil bruge deres borderline imod dem, samt at deres følelser og reaktioner vil blive ugyl-

diggjort grundet deres borderline diagnose. Endvidere fremhæver nogle af deltagerne, hvordan kendte personer i medierne er medvirkende til at skabe et stereotyp billede af, hvordan det er at have borderline, hvorved flere på baggrund heraf afholder sig fra at fortælle om deres diagnose.

Opsummering på Stigmatisering. Opsummerende beskriver deltagerne forskellige oplevelser af stigmatisering og at blive set på gennem bestemte briller. Dette har medvirket til, at flere deltagere afholder sig fra at fortælle om deres borderline diagnose i frygt for at blive dømt af andre. Endvidere fremhæver flere af deltagerne en frygt for, at andre vil bruge deres borderline imod dem, samt at deres følelser og reaktioner vil blive ugyldiggjort grundet deres borderline diagnose. Afslutningsvis beskriver flere af deltagerne, hvordan kendte personer i medierne er medvirkende til at skabe et stereotyp billede af, hvordan det er at have borderline.

Diskussion

I det følgende afsnit udlægges resultaterne fra studiets undersøgelse. I forlængelse heraf vil følge en diskussion af studiets fund i relation til eksisterende forskning og udvalgte teoretiske perspektiver. Dernæst følger en diskussion af studiets metode. Afslutningsvis diskuteres fundenes kliniske relevans efterfulgt af forslag til fremtidig forskning på området.

Studiets Fund – At Være Ung og Leve med Borderline

Personlighedsforstyrrelse

Formålet med dette studie var at undersøge oplevelse af at være en ung kvinde mellem 20-25 år og leve med en borderline personlighedsforstyrrelse. Dette undersøgte vi gennem et fænomenologisk studie ved brug af det semistrukturerede forskningsinterview. Vi forsøgte herigennem at afdække deltagerne livsverden og udfolde betydningerne af deres oplevelser set fra deres synspunkter gennem rige beskrivelser. Rekrutteringen af deltagere til vores undersøgelse foregik gennem to forskellige Facebookgrupper for personer med BPD. Vi opstillede inklusionskriterier omhandlende deltagerne alder (18-25 år), og derudover skulle deltagerne være diagnosticeret med en emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Vi opstillede ingen kriterier omhandlende deltagerne køn, komorbiditet, diagnosens va-

rigthed og hvorvidt de havde gået i behandling. På baggrund heraf inkluderede vi seks kvindelige deltagere i vores interviewundersøgelse. De semistrukturerede interviews blev analyseret med afsæt i IPA. På baggrund af vores analyse udledte vi fem overordnede temaer ud fra vores deltageres oplevelser. Disse fem temaer var: 1) Psykopatologisk Udvikling, 2) Copingstrategier, 3) Tilknytning og Relationer, 4) Identitet og 5) Stigmatisering.

Overordnet finder denne undersøgelse, at deltagernes opvækst har været præget af omsorgssvigt i forskellig grad, hvor en eller flere af de primære omsorgspersoner ikke har været fysisk eller emotionelt tilgængelige. Endvidere beskriver deltagerne, at deres vanskeligheder debuterede i starten af teenageårene. Deltagerne fremhæver, hvordan deres vanskeligheder har ændret sig over tid, hvor de på nogle områder føler, at de er bedre til at håndtere disse i dag. Dog oplever deltagerne, hvordan de fortsat i dag har et ekstremt følelsesliv med tendens til affektudbrud og impulsivitet. Endvidere beskriver de, hvordan de har gjort brug af forskellige uhenigtsmæssige strategier til affektregulering, herunder forskellige former for selvskade. I forlængelse heraf fremhæver deltagerne dog, hvordan de i dag gør brug af mere hensigtsmæssige strategier til håndtering af adfærd og affekt. En af deltagerne beskriver dog, hvordan hun fortsat i dag kan have tendens til at bruge selvskade til håndtering af svære følelser. Deltagerne beskriver i forbindelse med deres nære relationer en grundlæggende angst for at miste disse. Endvidere fortæller flere deltagere, hvordan de har tendens til sort/hvid tænkning, som særligt kommer til udtryk gennem en opdeling af personer samt i måden, hvorpå deltagernes følelser hurtigt kan komme ud i ekstreme. Ydermere fremhæver nogle deltagere, hvordan deres tætte relationer hjælper dem med at håndtere deres vanskeligheder og giver dem en mere stabil tilværelse. Desuden beskriver deltagerne, hvordan deres borderline diagnose på den ene side har været meningsgivende og forklarende for dem, men på den anden side har været forbundet med stor skam. I sammenligning med jævnaldrende fremhæver deltagerne desuden, at deres borderline diagnose både bidrager til ressourcer og begrænsninger. Gennem analysen blev det ydermere tydeliggjort, hvordan deltagerne i forskellig grad lader deres borderline diagnose definere deres identitet, og hvem de er som menneske. Afslutningsvis beskriver deltagerne forskellige oplevelser med stigmatisering, hvilket har medvirket til, at nogle afholder sig fra at fortælle om deres borderline diagnose. Endvidere fremhæver flere af deltagerne en frygt for, at andre

vil bruge deres borderline imod dem, samt at deres følelser og reaktioner vil blive ugyldiggjort grundet deres diagnose.

Studiets Fund i Relation til Eksisterende Forskning og Udvalgte Teoretiske Perspektiver

I følgende afsnit vil studiets resultater diskuteres i relation til eksisterende forskning om, hvordan det er at leve med borderline personlighedsforstyrrelse, jf. afsnittet "Eksisterende Forskning – Et Systematisk Review". Denne diskussion har til formål at belyse forskelle og ligheder mellem studiets fund og eksisterende forskning. I relation hertil vil vi fremhæve, hvad studiet bidrager med af ny viden på området. Efterfølgende diskuteres vores deltageres oplevelser i relation til udvalgte teoretiske perspektiver omhandlende udviklingen og vedligeholdelsen af BPD.

Studiets Fund i Relation til Eksisterende Forskning

Et sammenligneligt punkt fra tidligere forskning, som vi også finder blandt vores deltagere, er en opvækst som i forskellige grad har været præget af aversive barndomsoplevelser. Deltagerne i studierne af Brooke & Horn (2010), Falcus & Johnson (2018), Kirsten, van Lelleveld & Venter (2006) og Paris et al. (2014) beretter om en opvækst, som bl.a. har været præget af misbrug samt dysfunktionelle og ustabile familiemiljøer. Dog beretter deltagerne fra vores studie ikke om misbrug i barndommen, men beskriver i forskellig grad en opvækst med fysisk og emotionelt fraværende omsorgspersoner med egne psykiske vanskeligheder. Blandt vores deltagere tegner der sig et gennemgående mønster af familiemiljøer præget af psykisk ustabilitet, følelsesmæssigt uforudsigelige omsorgspersoner samt alkohol – og stofmisbrug i hjemmet. Herunder har nogle af deltagerne oplevet, at forældrenes affekt ofte har været rettet mod dem, hvor forældrene har manglet overskud til at rumme dem. Desuden fortæller nogle af deltagerne, at de har oplevet psykisk vold i hjemmet. På baggrund heraf har nogle oplevet at være nødsaget til at påtaget sig en voksenrolle i familien grundet forældrenes manglende stabilitet. Der ses dog en forskel mellem deltagerne fra vores studie, hvor særligt én står i kontrast til de andre. Hun har ikke oplevet en opvækst med direkte omsorgssvigt, men beskriver derimod en opvækst, hvor hun har følt sig forsømt af sine forældre grundet en søskende med psykiske udfordringer.

En oplevelse som er gennemgående for vores deltagere er, hvordan deres BPD i dag i høj grad kommer til udtryk gennem store humørsvingninger, hvor de let oplever at komme i affekt. Ligeledes finder studierne af Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux (2012), Falcus & Johnson (2018), Juurlink et al. (2019) og Paris et al. (2014), hvordan deres deltagere også oplever intense humørsvingninger og tendens til at blive overvældet af affekt. Vi finder dog i vores studie, at deltagerne oplever dette forskelligt. Herunder oplever nogle af vores deltagere, at deres humør bliver påvirket i længere perioder, mens andre fortæller, hvordan deres humør kan skifte fra time til time eller dag til dag. Et gennemgående mønster blandt deltagerne er en særlig sensitivitet over for andres følelser og signaler, hvor nogle af deltagerne oplever, hvordan andres invalidering af deres følelser kan være medvirkende til affektudbrud. Desuden fortæller deltagerne, hvordan de oplever at have et ekstremt følelsesliv, som beskrives mere intenst sammenlignet med andres.

Et studie af Paris et al. (2014) finder endvidere, at deres deltagere har tendens til at sidde fast i svære følelser, som specifikt er rettet mod tidligere traumatiske oplevelser. Nogle af vores deltagere beskriver ligeledes, hvordan de kan have tendens til at sidde fast i svære følelser. Dog sættes disse følelser ikke i relation til tidligere oplevelser, men vores deltagere oplever derimod, hvordan de i forbindelse med konflikter i relationelle sammenhænge har svært ved at vende tilbage til neutral grundstemning efter et affektudbrud. I den forbindelse fremhæver en af deltagerne, hvordan hun har svært ved at kontrollere sin affekt, som bl.a. kan komme til udtryk i udadreagerende adfærd eller tendere til selvmordstanker.

Endvidere ses det, at vores deltageres måder at håndtere svære emotioner og affekt har ændret sig fra deres teenageår til nu. Vores deltagere fortæller, hvordan de tidligere har gjort brug af uhensigtsmæssige strategier til at håndtere deres nedsatte evne til at regulere affekt. Herunder har deltagerne tidligere haft tendens til brug af både direkte og indirekte former for selvskadende adfærd. Studierne af Brooke & Horn (2010), Falcus & Johnson (2018), Perseus et al. (2005) og Walker (2009) finder lignende adfærdstendenser, hvor deres deltagere også anvender maladaptive copingstrategier til håndtering af affekt, som f.eks. cutting, stoffer og alkohol. Disse studier finder, at den selvskadende adfærd bl.a. har til formål at genvinde kontrol og ejerskab over egne følelser og handlinger, og desuden kan selvskaden fungere som en form for selvomsorg. Endvidere finder studiet af Brooke & Horn (2010), at den selvskadende adfærd ved deres deltagere både er forbundet med tem-

porale distale faktorer som f.eks. misbrug i barndommen eller tabsoplevelser og proksimale faktorer som konflikter i relationer eller depressive tanker. I vores studie rapporterer deltagerne udelukkende om proksimale faktorer som baggrunden for deres tidligere selvskade. Heraf fremhæver vores deltagere, at deres selvskade ligeledes har haft til formål at regulere affekt og håndtere svære følelser. Nogle deltagere fortæller desuden, hvordan selvskaden har været en strategi til at få afløb for svære følelser under relationelle konflikter, hvor andre deltagere beskriver, hvordan selvskaden har haft til formål at eksternalisere indre smerte ud på kroppen. Endvidere beskriver flere af vores deltagere også selvskaden som en strategi til at mærke sig selv under følelsetomhed. I forlængelse heraf beskriver nogle deltagere desuden, at de har anvendt selvskaden som et kommunikativt middel til forvaltning af deres indre mentale tilstande over for sig selv og andre. Måden at anvende selvskade som et kommunikativt middel finder studiet af Lovell & Hardy (2014) ligeledes.

En måde hvorpå vores deltagere adskiller sig fra eksisterende forskningsfund er ved, at de desuden anvender relationer som en u hensigtsmæssig måde at regulere følelser på. Eksempelvis beskriver en af deltagerne, hvordan hun har gjort brug af nye kærestere relationer i perioder, hvor hun har været plaget af depressioner for på denne måde at lægge en dæmper på svære følelser og distrahere sig fra sin egen psykiske tilstand. En årsag til dette fund kan muligvis skyldes, at vores interviewguide indeholder flere spørgsmål om, hvorvidt deltagernes borderline kan vise sig i deres relationer. Endvidere finder vi, at selvskaden blandt nogle af deltagerne kunne have en afhængighedsskabende effekt. Her beskrives det bl.a., hvordan nogle deltagere kunne føle sig opslugt under den selvskadende handling, samt hvordan den kunne frembringe positive følelser, hvilket ikke er belyst i den eksisterende forskning på området.

Størstedelen af vores deltagere beskriver, at de ikke benytter sig af selvskadende adfærd i dag, men at de med tiden har udviklet mere adaptive strategier til affekt – og adfærdsregulering. Herunder fortæller nogle af deltagerne, hvordan de har lært at fjerne sig fra eller undgå situationer, som kan udløse et affektudbrud. Derudover fremhæver de, hvordan de særligt bruger feedback fra nære relationer i reguleringen af adfærd og følelser. Disse mere adaptive strategier beskriver deltagerne bl.a. at have tillært gennem behandling, sociale internetfællesskaber med ligesindede eller som selvlærte. Dog fortæller en af vores deltagere, hvordan hun fortsat i nogle perioder gør brug af sine gamle strategier til håndtering af affekt, og derfor har hun

fortsat tendens til selvskade i dag. I relation hertil finder studiet af Lovell & Hardy (2014), at nogle af deres deltagere beskytter sig selv mod overvældende følelser ved at distancere sig fra andre.

Et gennemgående mønster blandt vores deltagere er en grundlæggende angst for at miste nære relationer samt en frygt for at ende alene. I forlængelse heraf fremhæver deltagerne, hvordan de tidligere har oplevet fraværende omsorgspersoner, samt hvordan nogle relationer har fravalgt dem på grund af deres vanskeligheder. Studiet af Spodenkiewicz et al. (2013) finder ligeledes oplevelser af frygt blandt deres deltagere. Dog beskrives disse deltageres frygt ikke direkte i relation til interpersonelle sammenhænge, men som en mere overordnet frygt og nedtrykthed over tilværelsen og fremtiden. En forklaring på disse forskellige fund kan muligvis findes i deltagerne forskellige karakteristika, hvor deltagerne fra Spodenkiewicz et al. (2013) både medtager ambulante og indlagte patienter samt patienter under 18 år, hvor deltagerne i vores studie er i 20erne og ikke er indlagte patienter.

Endvidere finder studiet af Paris et al. (2014), hvordan deres deltagere oplever udfordringer med at stole på andre og at lade andre mennesker komme tæt på. Vi finder ligeledes i vores studie, at deltagerne har en grundlæggende mistillid til, at deres nære relationer ikke forlader dem, hvilket bl.a. kan komme til udtryk gennem et stort behov for bekræftelse og validering fra andre. I forlængelse heraf beskriver nogle af vores deltagere, hvordan de har et stort behov for at vide, hvad deres relationer tænker og føler. Eksempelvis beskriver en af vores deltagere, at hun har svært ved at aflæse andres mentale tilstande, hvilket kommer til udtryk gennem en grundlæggende usikkerhed på sig selv. Ligeledes finder Lovell & Hardy (2014), at deres deltagere har et stort behov for omsorg og validering fra andre. Vores deltagere giver desuden udtryk for, at dette behov for validering i høj grad manifesterer sig i et udpræget behov for, at deres relationer fysisk viser dem, at de er der for dem, hvorfor handling vægtes højere end ord. Vores deltageres udtalte behov for validering, fysisk bekræftelse samt behov for at vide, hvad andre tænker og føler kan være et udtryk for nedsat mentaliseringsevne. Oplevelsen af nedsat mentaliseringsevne i tætte interpersonelle relationer viser sig også i den eksisterende forskning på området (Brian-Malenfant, Lecours & Deschenaux, 2012; Brooke & Horn, 2010; Falcus & Johnson, 2018; Juurlink et al., 2019; Kirsten, van Lelleveld & Venter, 2006; Lovell & Hardy, 2014; Paris et al., 2014; Perseus et al., 2005).

I en sammenligning med jævnaldrende beskriver vores deltagere, at deres borderline på nogle punkter begrænser dem i at leve et almindeligt ungdomsliv. Blandt andet føler nogle deltagere ikke, at de har samme muligheder for at tage en uddannelse og varetage et fuldtidsjob. I forlængelse heraf fremhæver flere, hvordan de har svært ved at håndtere større forandringer. Derfor føler de sig nødsaget til at følge faste strukturer, hvilket bl.a. medvirker til, at de ikke i samme grad kan nyde ungdomslivet i form af f.eks. at danne nye relationer, drikke sig fuld og gå i byen. Spodenkiewicz et al. (2013) finder, at deltagerne i dette studie også har tendens til at sammenligne sig med deres jævnaldrende, hvilket afspejler en devaluering af dem selv og en idealisering af andre. Blandt vores deltagere ses ikke denne tendens til devaluering af sig selv og idealisering af andre, hvor de i deres sammenligninger med jævnaldrende synes mere nuancerede. Flere af vores deltagere fremhæver i denne forbindelse, hvordan deres borderline også er med til at give dem nogle ressourcer, som deres jævnaldrende ikke i samme grad besidder. Blandt andet beskriver vores deltagere, hvordan deres impulsivitet og ekstreme humør har dets positive sider, idet det medvirker til, at de er godt selskab og sjove at være sammen med. Endvidere beskriver nogle af deltagerne, hvordan de grundet hårdt psykisk arbejde har opbygget en høj grad af selvindsigt, stædighed og robusthed, som de ikke mener, at deres jævnaldrende i samme grad har. Dette står i kontrast til fundene fra Spodenkiewicz et al. (2013), da vores deltageres beskrivelser også afspejler en positiv repræsentation af dem selv. En mulig forklaring herpå kan muligvis skyldes aldersforskellen mellem deltagerne fra vores studie og studiet af Spodenkiewicz et al. (2013) (jf. tabel 1), hvorved en forskellighed i modenhed i forhold til reflektionsniveau også kan antages. Dog kan det også skyldes, at vi i vores interviews har fundet det relevant også at have fokus på deltagerens eventuelle ressourcer, hvorfor vi har spurgt direkte ind til dette.

Et andet fund, der har vist sig blandt vores deltagere, er en ambivalens omkring at få stillet borderline diagnosen, som fremhæves både at have haft sine positive og negative sider. Deltagerne beskriver, hvordan diagnosen har været en lettelse for dem, idet den bl.a. har givet dem en større forståelse for deres egne reaktioner og handlemønstre. Nogle af deltagerne beskriver, at diagnosticeringen med borderline har givet dem en følelse af at have fundet sig selv og en kasse at passe ind i. Andre deltagere fremhæver i modsætning hertil, hvordan de føler sig mindre unikke ved at passe ind i en kasse med andre, som har lignende vanskeligheder. I forlæn-

gelse heraf fremhæver deltagerne også diagnosen som en byrde, idet den forbindes med følelser af skam, hvor de lever i en frygt for andres reaktioner og bedømmelser. Studierne af Horn, Johnstone & Brooke (2007) og Lovell & Hardy (2014) finder ligeledes blandt deres deltagere, hvordan diagnosen har medvirket til en større forståelse for dem selv og deres vanskeligheder. Desuden fandt studiet af Horn, Johnstone & Brooke (2007), hvordan nogle af deres deltagere oplevede, at det at få stillet borderline diagnosen var medvirkende til en øget vished og kontrol, som gjorde deres vanskeligheder mere håndgribelige. Andre deltagere i dette studie oplevede dog, at diagnosen ikke var brugbar i forståelsen af dem selv og deres vanskeligheder, hvorfor disse deltagere havde følelsen af at have fået en "skraldespandsdiagnose".

Endvidere finder Horn, Johnstone & Brooke (2007) og Lovell & Hardy (2014), hvordan diagnosen på den ene side har medvirket til at give deres deltagere en form for identitet, hvor andre deltagere på den anden side har oplevet, hvordan diagnosen har forstyrret deres identitetsfølelse. I relation hertil finder vi, at diagnosen på forskellig vis har bidraget til identitetskabelse hos vores deltagere. Herunder ses en forskel i, hvorvidt deltagerne har integreret borderline som en del af deres identitet. Eksempelvis beskriver en af vores deltagere, hvordan hun identificerer sin identitet med at være borderline: "Men jeg har rigtig svært ved at skulle vide, hvornår det ene er, og hvornår det andet er, fordi så meget som jeg har lært om borderline, så er det mere, at jeg *ér* borderline." (Mette, l. 716-719). I kontrast hertil fremhæver en anden af deltagerne, hvordan det er vigtigt for hende at adskille sig fra sin borderline diagnose: "... det er meget vigtigt for mig at sige, at jeg ikke *ér* borderline, men at jeg har borderline..." (Cecilie, l. 1190-1191). Der ses altså en tendens til, at nogle af vores deltagere i højere grad lader diagnosen definere, hvem de er som menneske, hvor andre blot fremhæver, at borderline er en del af, hvem de er og blot beskriver deres vanskeligheder og adfærdstendenser. En mulig antagelse om hvorfor vi ser denne forskel blandt vores deltagere, kan være grundet forskellen i, hvor længe de har haft diagnosen, hvor en tilvænningsperiode muligvis kan have betydning. Mette fortæller, at hun blot har haft diagnosen i omkring et halvt år, hvor Cecilie derimod har haft den i to år. Desuden har Cecilie gået i behandling i længere tid end Mette og er af den overbevisning, at BPD blot er en midlertidig tilstand for hende, som hun arbejder på at blive symptomfri fra, hvor Mette derimod beskriver diagnosen som et vilkår, som hun skal lære at leve med.

Endvidere fortæller flere af deltagerne, hvordan de lever i en frygt for, at andre vil se deres borderline diagnose, før de ser dem som værende menneske, herunder at deres borderline kan blive en altoverskyggende forklaring på deres almindelige menneskelige følelsesmæssige reaktioner. Dette er et perspektiv, som ikke er belyst i tidligere forskning på området. I forlængelse heraf finder vi desuden, at deltagerne kæmper med et negativt selvbillede, som kommer til udtryk i udpræget selvkritik og selvhad. Blandt andet beskriver nogle deltagere, hvordan de har en grundlæggende usikkerhed på dem selv og egne evner, samt hvordan de føler sig som dårlige mennesker. En anden deltager fortæller, hvordan hendes selvhad nogle gange kan fylde så meget, at hun får trang til at skade sig selv. Studierne af Falcus & Johnson (2018), Horn, Johnstone & Brooke (2007), Juurlink et al. (2019) og Spodenkiewicz et al. (2013) gør sig lignende fund, hvor flere af deres deltagere fortæller om et udtalt negativt selvbillede præget af lavt selvværd, følelser af at være forkert samt ikke at blive accepteret af andre.

Et andet fund vi gør os i denne undersøgelse er, at flere af vores deltagere har oplevet stigmatisering på baggrund af borderline diagnosen, hvilket medvirker til, at de i nogle situationer afholder sig fra at være åbne om deres diagnose. Eksempelvis har de mødt stigmatisering på arbejdspladsen og på deres uddannelsesinstitution, hvor de bl.a. har oplevet nedladende kommentarer om mennesker med borderline. Ligeledes finder studierne af Horn, Johnstone & Brooke (2007), Juurlink et al. (2019) og Rogers & Acton (2012), at deres deltagere også har oplevet stigmatisering. Herunder fremhæver nogle af deres deltagere, hvordan de bl.a. har mødt stigmatisering på arbejdsmarkedet. Dog beskriver en af vores deltagere, at hun ikke har personlige oplevelser med stigmatisering, men at hun dog stadig lever i en frygt for stigmatisering.

Videre finder studierne Horn, Johnstone & Brooke (2007), Juurlink et al. (2019), Perseus et al. (2005) og Spodenkiewicz et al. (2013), at flere af deres deltagere har tendens til selvstigmatisering. Blandt andet beskriver flere af deres deltagere, hvordan de grundet borderline diagnosen opfatter sig selv som unormale eller sindssyge. Ligeledes finder vi, at nogle af vores deltagere har en negativ opfattelse af sig selv grundet deres borderline diagnose. Blandt andet beskriver en deltager, hvordan hun sætter lighedstegn mellem at være et ondt menneske og det at have borderline, hvilket medvirker til, at hun sætter begrænsninger for sig selv. En anden delta-

ger fortæller, hvordan hun opfatter sig selv som unormal i sammenligningen med sine veninder.

Et fund vi gør i vores studie, som ikke viser sig i den eksisterende forskning, er, hvordan deltagerne fra vores studie oplever, at medierne kan medvirke til at skabe et stereotyp og forvrænget billede af, hvordan borderline viser sig. Herunder fortæller nogle af vores deltagere, hvordan dette på den ene side har bevirket, at de selv har haft fordomme om borderline diagnosen, og derved i starten har haft svært ved at acceptere den, idet de har forbundet den med stor skam. På den anden side har dette medieskabte billede af borderline været medvirkende til, at nogle af deltagerne i dag afholder sig fra at fortælle om deres diagnose i frygt for at blive associeret med dette bestemte billede.

Endvidere bidrager vores studie med et udviklingspsykopatologisk perspektiv af deltageres borderline patologi, hvilket ikke afdækkes i den eksisterende forskning. Herunder hvordan deltagerne selv oplever, at deres borderline patologi har ændret sig i løbet af deres udvikling. I forlængelse heraf fremhæver vores deltagere, hvordan deres vanskeligheder debuterede i starten af teenageårene i form af selvdestruktive tanker og selvskadende adfærd, affektudbrud, manglende impuls kontrol og grænsesøgende adfærd. Vores deltagere beskriver en oplevelse af, at deres borderline vanskeligheder er blevet mindre ekstreme i takt med, at de er blevet ældre. Dog oplever de stadig vanskeligheder, som bl.a. et intenst følelsesliv, humørsvingninger og impulsivitet. Deltagerne oplever desuden, hvordan de i større grad i dag kan håndtere disse vanskeligheder. Disse fund bidrager til forståelsen af den patologi, vi ser fremtrædende ved vores deltagere i emerging adulthood. En mulig grund, til at vi gør os disse fund, kan bl.a. skyldes opbygningen af vores interviewguide, hvor vi bevidst har spurgt ind til ændringer over tid i deltageres oplevelser af at leve med BPD. Formålet med dette har desuden været at få en mere nuanceret forståelse for den enkelte deltagers nuværende patologi.

Ydermere bidrager vores studie med et snævert aldersinterval, der begrænser sig til emerging adults i aldersgruppen 20-25 år, hvorimod tidligere forskning har fokuseret på bredere aldersintervaller i undersøgelsen af individets oplevelse af at leve med BPD. Dette med undtagelse af studiet af Spodenkiewicz et al. (2013), som undersøger en yngre aldersgruppe fra 13-18 år. Forskning tyder på, at BPD har en positiv udviklingsbane over tid, hvor den peaker i teenageårene og stabiliseres i voksenlivet (Biskin, 2015; Kaess, Brunner & Chanen, 2014). I relation hertil beskri-

ver vores deltagere, at de har en oplevelse af at befinde sig i en stabiliserende proces. Herunder fremhæver deltagerne, hvordan dette bl.a. skyldes mere stabile relationer, struktur i hverdagen samt tilegnelsen af forskellige værktøjer til håndtering af deres borderline vanskeligheder. Samtidig oplever deltagerne dog, hvordan de til tider kan have svært ved at kontrollere deres borderline.

Studiets kvalitative tilgang har tilvejebragt detaljerede beskrivelser af deltagernes oplevelser, hvilket har medvirket til en dybere indsigt i deres oplevede livsverden. Vi har fundet flere generelle mønstre blandt vores deltagere, men på trods af dette har formålet med denne undersøgelse ikke været at undersøge, hvor mange af deltagerne der oplever det samme, men derimod dybdegående indsigt i, hvordan dette opleves.

På trods af ovenstående fund er der fortsat relevante områder, som kan afdækkes i relation til, hvordan individet oplever at leve med borderline. Dette vil blive afdækket yderligere i afsnittet omhandlende “Fremtidig Forskning”.

Studiets Fund i Relation til Udvalgte Teoretiske Perspektiver

Flere af de overordnede fund fra denne undersøgelse understøtter eksisterende teoretiske perspektiver på området.

Vores deltagere fortæller om tidlige erfaringer med fraværende omsorgspersoner samt erfaring med at miste relationer grundet deres borderline vanskeligheder, hvorfor der i dag ses et gennemgående mønster blandt dem omhandlende en grundlæggende angst for at miste nære relationer. Denne grundlæggende angst for at miste nære relationer kan muligvis spores tilbage til en usikker tilknytning i barndommen, hvilket ifølge tilknytningsteorien kan forårsage usikre måder at relatere sig til andre på senere i livet. Ud fra deltagernes beskrivelser ses det, hvordan de på forskellig vis har forsøgt at undgå at blive forladt. Dette har bl.a. vist sig gennem seksual promiskuitet, mistillid og manipulerende adfærd. Ifølge tilknytningsteorien kan denne angst for at blive forladt medføre en hyperårvågenhed over for ledetråde, der kan pege på, at individets tætte relationer vil forlade vedkommende (Siever, 2018). Som eksempel herpå beskriver en deltager, hvordan hun ofte har stor mistillid i sine kæresterelationer, hvorfor hun får et udpræget behov for overvåge relationen i frygt for utroskab. En anden deltager beskriver, hvordan hun har haft overlappende kæresterforhold for at undgå at være alene, hvor hun også har gjort brug af manipulerende adfærd i et forsøg på at holde på relationen.

Endvidere beskriver deltagerne, hvordan de oplever at være på overarbejde i sociale relationer, idet de har svært ved at aflæse andre, hvilket bl.a. kan forårsage misforståelser og tendens til at overanalysere den sociale interaktion. Dette kan muligvis skyldes en nedsat mentaliseringsevne blandt vores deltagere. Teorien omkring udviklingen af mentaliseringsevnen fremhæver, hvordan en usikker tilknytning kan hæmme udviklingen af mentaliseringsevnen, hvilket kan medføre en sårbarhed overfor mentaliseringssammenbrud, når individets tilknytningssystem aktiveres (Bateman & Fonagy, 2007). Ud fra vores deltageres beskrivelser kan det tyde på, at de i forskellige interpersonelle relationer oplever, at deres tilknytningssystem bliver aktiveret, hvor de får tendens til at regrediere til de præmentalistiske måder at opfatte sig selv og andre på. Blandt andet beskriver nogle deltagere, hvordan de får tendens til sort/hvid tænkning, når de kommer i affekt, hvilket kan være et tegn på at fungere i psykisk ækvivalensmodus. I dette modus vil individet ikke formå at korrigere egne forestillinger, men sætter lighedstegn mellem indre mentale tilstande og den fysiske realitet (Bateman & Fonagy, 2007). Dette kommer eksempelvis til udtryk ved en deltager gennem hendes beskrivelse af, at hun i affekt har tendens til at lave ekstreme kategoriseringer ved f.eks. at føle, at den eneste udvej fra at lave en fejl på arbejdet må være at sige sit job op.

Endvidere udviser nogle af deltagerne en tendens til at være meget opmærksom på andres mentale tilstande, hvor de overanalyserer sociale relationer og bruger megen tid og energi på at reflektere over andres følelser og handlinger. Ud fra deltagernes beskrivelser kan det tyde på, at de her kan befinde sig i forestillingsmodus, som er karakteriseret ved pseudomentalisering. Dette kan komme til udtryk gennem en hypersensitivitet over for mentale tilstande og stort behov for at vide, hvad andre tænker og føler (Bateman & Fonagy, 2007). Eksempelvis ses dette ved en af vores deltagere, når hun beskriver, hvordan hun konstant har brug for at vide, hvad andre tænker, hvilket kan være et udtryk for, at hun forsøger at kompensere for sin manglende evne til at aflæse andre.

Et andet mønster vi finder blandt vores deltagere er, at de i starten af deres teenageår begynder at selvskade, hvilket har haft til formål at give afløb for svære følelser. Teorien omhandlende selvskadende adfærd udlægger, at når individet oplever at være i et højt følelsesmæssigt spændingsniveau, kan selvskade være en måde, hvorpå individet forsøger at genvinde kontrol over egne følelser og nedregulerer den følelsesmæssige spænding til et mere kontrollerbart niveau (Møhl, 2017).

Ved vores deltagere ser vi, at de gennem tiden har anvendt forskellige former for direkte og indirekte selvskade i et forsøg på at regulere affekt.

Endvidere fortæller nogle deltagere, hvordan de har brugt selvskade som et forsøg på at forvalte mentale tilstande over for sig selv og andre. Ud fra disse deltageres beskrivelser kan det tyde på, at de under den selvskadende adfærd regredierer til teleologisk modus, hvor den indre verden kun kan ændres via ydre hændelser (Bateman & Fonagy, 2007). Dermed kan den selvskadende adfærd bruges som en fysisk måde at markere eller ændre egne mentale tilstande. For eksempel beskriver en af vores deltagere, hvordan hendes selvskadende adfærd bliver en synliggørelse på hendes indre mentale tilstand over for sig selv. En anden deltager beskriver, hvordan hun har brugt sin selvskade som et kommunikativt middel til at få sine forældres opmærksomhed.

Yderligere beskriver nogle af deltagerne, hvordan de har oplevet en form for afhængighed af den selvskadende adfærd. Teorien på området udlægger, hvordan selvskade både kan manifestere sig som en psykologisk og fysiologisk afhængighed (Møhl, 2015). En af vores deltagere fremhæver, hvad der kan tolkes som en fysiologisk afhængighed, da hun beskriver, hvordan den selvskadende adfærd kan medføre følelser af glæde og lettelse, hvor hun oplever at have svært ved at stoppe igen, når hun først er startet med at selvskade. Ydermere kan den selvskadende adfærd desuden tyde på en psykologisk afhængighed hos deltageren, da hun beskriver, hvad der kan tolkes som en dominerende mestringsstrategi til at få en følelse. Endvidere fortæller en deltager også, hvordan hun har oplevet at blive opslugt af sin selvskade, idet det tidligere har givet hende en god følelse.

Yderligere beskriver nogle af deltagerne, hvordan de har tendens til at opdele relationer i henholdsvis gode og onde. Kernbergs objektrelationsteori udlægger, hvordan en adskillelse af gode og onde selv – og objektforestillinger kan komme til udtryk gennem den primitive forsvarsmekanisme splitting, hvor individet har tendens til devaluering og idealisering af andre (Kernberg, 1972). Det kan tyde på, at disse deltagere gør brug af denne splittingsmekanisme. Dette ses bl.a. i måden, hvor på en af vores deltagere kategoriserer sine behandlere i, at de enten er udelukkende gode eller udelukkende dårlige. En anden deltager beskriver, hvordan hun kategoriserer sine veninder, herunder at de enten er de vigtigste i hendes liv og betyder alt, eller også at de ikke betyder noget for hende. En af deltagerne fortæller desuden, hvordan det tidligere har været udfordrende for hende at integrere sine vanskeligheder som en del af sin identitet. Her kan det tyde på, at hun i et forsøg på at mindske

sit angst – og stressniveau tidligere har splittet sin identitet op i henholdsvis det gode og dårlige selvobjekt. Ifølge Jørgensen (2009) vil de primitive forsvarsmekanismer på lang sigt svække jeget og belaste individets sociale relationer. I forlængelse heraf beskrives bl.a., hvordan denne deltager på sin videregående uddannelse ikke længere formår at opretholde denne splitting af sit jeg, hvorfor hun oplever at bryde psykisk sammen.

I ovenstående er det belyst, hvordan fundene i denne undersøgelse understøtter forskellige teoretiske perspektiver om udviklingen og vedligeholdelsen af BPD.

Metodisk Diskussion

I nærværende afsnit diskuteres studiets metodiske fremgangsmåde. Overordnet set har vi bestræbt os på at demonstrere kriterierne til evaluering af kvalitativ forskning gennem studiets udførsel (Demuth, 2013). Vi har dog fundet det relevant at uddybe nogle af kriterierne i følgende afsnit sammen med andre relevante refleksioner over undersøgelsens validitet. Efterfølgende vil vi diskutere studiets generaliserbarhed.

Studiets Validitet

Validitet henviser til, hvorvidt studiet undersøger det, som det har til formål at undersøge (Willig, 2013). Evalueringen af studiets validitet indebærer dermed en vurdering af, hvorvidt fundene kan ses som troværdige og brugbare (Yardly, 2008). Validitet tilhører ikke kun én undersøgelsesfase, men er gennemgående for forskningsprocessen som helhed (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor har vi bestræbt os på at være opmærksomme på validiteten gennem hele vores undersøgelse.

Noget af det som vi unægteligt må medtænke i vores undersøgelse er, at den er foretaget under en global pandemi, som har stået på i omkring et år, da vores interviewundersøgelse finder sted. Det kan dermed diskuteres, hvorvidt de nuværende omstændigheder med COVID-19 kan have en indflydelse på det, vi finder. Man kan antage, at den samtidig, deltagerne lever i, påvirker deres måde at se verden på. Dermed er COVID-19 et aktuelt livsvilkår for dem. Én af vores deltagere beskriver, hvordan hun i foråret 2020 under nedlukningen af Danmark oplever forværring i sin tilstand, hvor hun får en depression og indlægges i psykiatrien (Karoline, l. 66-74). Dermed kan det formodes, at den globale pandemi muligvis har haft en indfly-

delse på deltageres mentale sundhed i større eller mindre grad, og derfor er det vigtigt at tage højde for dette, når man læser studiets resultater.

En måde at øge validiteten i kvalitativ forskning på er ved at sikre, at den valgte dataindsamlings teknik tillader deltagerne at korrigere og stille spørgsmål til forskerens antagelser, om det, der undersøges (Willig, 2013). Dette er forsøgt imødegået gennem en grundig udarbejdelse af interviewguiden samt gennem det semistrukturerede interview, som giver mulighed for at spørge dybdegående ind til deltageres udtalelser. Endvidere er der under interviewsituationen løbende blevet stillet åbne og opfølgende spørgsmål for at opnå en detaljeret forståelse for deltageres livsverden og mindske fejlfortolkninger af deres udsagn.

Demuth (2013) beskriver, at troværdigheden i et studie referer til, i hvilken grad fundene reflekterer deltageres "levede oplevelse". Dermed opnås høj troværdighed ved at designe studiet på en måde, så det er mindst påtrængende samt ved at opbygge en tillidsfuld atmosfære for at sikre, at deltagerne opfører sig så naturligt som muligt. Vi har forsøgt at skabe en tillidsfuld atmosfære mellem deltageren og interviewerens ved flere gange at understrege, at deltagelsen foregår på deltageres præmisser. Ydermere har det været vigtigt for os at være transparente over for deltagerne samt at undgå at give dem en følelse af, at der har været en skjult dagsorden med interviewet (jf. afsnittet "Ethiske Overvejelser").

Grundet COVID-19 har vi været nødsaget til at foretage interviews online. I og med at interviewene er foregået online, har deltagerne befundet sig i egne vante omgivelser, hvilket muligvis kan have medvirket til en tryghed (Yardly, 2008). Dette kan have skabt en mindre konfronterende situation og mere distance til interviewet, hvilket muligvis har gjort det nemmere for dem at åbne sig. Dermed kan det have skabt en situation, hvor både forsker og deltager har følt sig mindre nervøs og presset sammenlignet med, hvis vi sad over for hinanden (Seitz, 2016). Dog kan det også antages, at det er sværere at skabe kontakt gennem online interviews, hvor det muligvis er nemmere at skabe nærvær ved at sidde fysisk over for hinanden. En måde, vi har forsøgt at imødegå dette, er ved at alle interviews er foregået med webkameraet tændt, hvorfor det har været muligt at aflæse gestik, mimik og generel stemning hos deltagerne. Dog vil der under online korrespondance muligvis altid være noget nonverbalt, som går tabt. Deakin & Wakefield (2014) argumenterer for, at interviewsamtalens kvalitet ikke påvirkes af, at den finder sted online. På den anden side beskriver Seitz (2016), at online interviews kan påvirke kvaliteten af samta-

len, hvis der tales om et emne, som er sensitivt for deltageren. Hun fremhæver, at det kan være sværere at stille mere personlige spørgsmål online grundet en større mangel på intimitet sammenlignet med fysiske interviews (Seitz, 2016). I vores interviews har vi i høj grad talt om emner, som har været sensitive for deltagerne. På trods af dette har vi ikke en oplevelse af, at vores interviews er blevet påvirket negativt af onlinesituationen. Desuden har alle deltagere i debriefingen givet udtryk for, at interviewsituationen har været en god oplevelse for dem.

Endvidere beskriver Thagaard (2004), at troværdigheden ligeledes styrkes ved at inddrage flere forskere i projektet, som kan arbejde sammen og diskutere vigtige beslutninger løbende gennem forskningsprocessen samt ved at inddrage en ekstern forsker, der kan evaluere projektets procedurer. Der kan argumenteres for, at vi netop opfylder dette, da vi er to ansvarlige forskere på studiet samtidig med, at vi har inddraget vores supervisor løbende til at foretage kritiske vurderinger af forskningsproceduren. Intersubjektiv konsensus kan endvidere øges ved at være opmærksom på egne blind spots ved at diskutere resultaterne med andre (Demuth, 2013). Desuden har begge forskere kodet deltagerens transskriptioner uafhængigt af hinanden, hvorefter kodningerne er blevet sammenlignet for at skabe fælles temaer. Dette sikrer, at analysen ikke er begrænset til ét perspektiv (Yardly, 2008).

Ifølge Willig (2013) øges validiteten endvidere gennem refleksivitet over rollen som forsker løbende gennem forskningsprocessen. Dette har vi forsøgt at efterkomme gennem en refleksion over, hvilken indflydelse vores rolle som forsker har haft på vores dataindsamling. Vores deltagere er alle kvinder i alderen 20-25 år. Endvidere er forskerne for denne undersøgelse også i midten af tyverne. Dette kan muligvis have haft en positiv indflydelse på interviewsituationen og relationen mellem forsker og deltager, da deltagerne dermed lettere har kunnet identificere sig med forskerne grundet samme køn og omtrent tilsvarende alder.

Ydermere har vi også været opmærksomme på, at vi har en teoretisk forforståelse for emnet gennem vores psykologiuddannelse, hvilket kan have haft en indvirkning på studiets fund. Vi er bevidste om, at denne forforståelse har påvirket udformningen af vores forskningsspørgsmål og interviewguide (Demuth, 2013). Dette ser vi dog ikke nødvendigvis som negativt, da det har medvirket til, at vi har udformet relevante spørgsmål til deltagerne og bidraget til refleksioner over emnet. Yardly (2008) beskriver, at det er vigtigt at konstruere åbne spørgsmål, som opmuntrer deltagerne til at tale frit om det, der er vigtigt for dem, fremfor at blive begrænset

af forskerens forudindtagede opfattelse. Under selve interviewsituationen har vi forsøgt at sætte vores forforståelse til side og holde os åbne over for deltagernes beskrivelser og oplevelser. Dette har vi bl.a. sikret gennem at udforme interviewguiden med åbne og nysgerrige spørgsmål samt ved brug af opfølgende spørgsmål for at få den bedste forståelse for deres livsverden.

Seale (1999, if. Thagaard 2004) beskriver, at en måde at styrke troværdigheden i forskningsprocessen på er ved, at forskeren skelner tydeligt mellem direkte informationer fra datamaterialet og forskerens egne vurderinger og fortolkninger af dette. Dette har vi forsøgt at lave en klar skelnen mellem ved, at vores analyse udelukkende indebærer deskriptive beskrivelser af deltagernes oplevelser, hvor vi i et særskilt afsnit i diskussionen (jf. afsnittet ”Studiets Fund i Relation til Udvalgte Teoretiske Perspektiver”) inddrager egne fortolkninger af empirien. På den måde har vi forsøgt at lave en klar sontring mellem, hvad der er empiri, og hvad der er teoretiske forståelsesrammer. Videre vil udvælgelsen af temaer og mønstre i empirien uundgåeligt være under indflydelse af forskerens antagelser, interesser og mål (Yardly, 2008). I relation hertil har det været vigtigt for os som forskere både at fremvise forskelle og ligheder mellem deltagerne for at udfolde nuancerne af deres oplevelser.

Ydermere beskriver Yardly (2008), at en måde at øge validitet på kan være ved at se et fænomen fra forskellige perspektiver gennem triangulering. I et andet forskningsprojekt kunne det f.eks. være relevant at inddrage individets nære relationer for at få et andet perspektiv på det undersøgte fænomen. Endvidere kan en øget forståelse gennem triangulering også opnås ved at indsamle data fra de samme deltagere på forskellige tidspunkter i et longitudinelt studie (Yardly, 2008). En måde at gøre dette på kunne være gennem longitudinelle prospektive studier, som indsamler data fra deltagerne på forskellige tidspunkter i livet fra barndommen og op i voksenlivet.

Generaliserbarhed

Generalisering inden for kvalitativ forskning omhandler i hvilken grad, studiets fund er overførbart til andre subjekter, situationer og kontekster, som ikke har været en del af undersøgelsessituationen (Demuth, 2017). Formålet med vores kvalitative studie er at tilvejebringe rige og dybdegående beskrivelser i forståelsen af, hvordan det er at være ung kvinde mellem 20-25 år i Danmark og leve med en borderline personlighedsforstyrrelse, hvorfor studiet baserer sig på et lille antal cases.

Studiets undersøgelse er funderet i en analyse af forskelle og ligheder mellem seks deltageres beskrivelser, hvorved generalisering til en bredere population er begrænset (de Vaus, 2001). Fundene i vores analyse afspejler dermed vores deltageres unikke oplevelser af, hvordan det er at være ung og leve med BPD. Med baggrund herfor bliver målet med undersøgelsen en teoretisk generalisering, idet vores deltageres oplevelser sættes i relation til eksisterende forskning og udvalgte teoretiske perspektiver. På baggrund heraf gør vi os antagelser om, hvorvidt vores fund er overførbare til andre sammenhænge (Kvale & Brinkmann, 2015; Yin, 201).

I sammenligningen mellem studiets fund og eksisterende forskning på området finder vi både overlap og huller, hvorved vores studie kan bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvordan det kan opleves for det enkelte individ at leve med BPD. Endvidere finder vi, at studiets fund primært understøtter udvalgte teoretiske perspektiver på området. På baggrund heraf kan studiets fund, som tidligere nævnt, ikke sige noget om, hvorvidt de gør sig gældende for alle unge med borderline, men undersøgelsen kan derimod bidrage med en forståelse for grundlæggende karakteristika ved oplevelsen af at være ung og leve med BPD. Dermed kan undersøgelsen være vejledende for andre tilsvarende situationer, personer mm. (Thagaard, 2004). I vurderingen af fundenes overførbarehed spiller det udvalg af deltagere, som den enkelte undersøgelse er baseret på, en central rolle, idet overførbareheden knytter sig til specifikke træk ved denne gruppe (Demuth, 2017; Thagaard, 2004). Eksempelvis består vores sample udelukkende af kvinder i alderen 20-25 år, hvorfor studiet ikke har den samme overførbarehed til unge mænd eller personer, som ligger uden for denne specifikke aldersgruppe. Endvidere inddrager undersøgelsen udelukkende deltagere, som ikke er indlagte, hvorfor fundene ikke nødvendigvis er vejledende for indlagte patienter med BPD i denne målgruppe. Vores deltagere kommer fra forskellige steder i Danmark, hvorfor overførbareheden ikke er afgrænset til én bestemt region i landet. Yderligere ses der forskel i, hvor lang tid deltagerne i vores studie har levet med deres borderline diagnose, hvilket strækker sig fra nogle måneder op til fem år. Derfor kan det antages, at fundene fra denne undersøgelse kan være vejledende for unge kvinder i denne aldersgruppe, som både har været diagnosticeret i kortere og længere tid.

Ydermere må overførbareheden af studiets fund forstås i lyset af genkendelsesmulighederne (Thagaard, 2004). Dette indebærer, hvorvidt andre unge kvinder mellem 20-25 år med BPD på baggrund af egne erfaringer vil kunne gen-

kende sig selv ud fra de analyser og fortolkninger, som fremgår af dette studie. Dette betyder dog ikke, at alle i samme målgruppe vil kunne genkende sig selv eller være enige i dette studies fremlagte forståelse af, hvordan seks kvinder oplever at leve med borderline (Thagaard, 2004).

Afsluttende kan det altså siges, at dette studie kan bidrage til en mere generel teoretisk forståelse af genstandsområdet, hvor de forskellige antagelser udlagt ovenfor omkring studiets overførselsværdi kun kan afprøves gennem yderligere forskning (Thagaard, 2004). Derved kan denne teoretiske generalisering desuden bidrage med at generere ny forskning på området, hvilket vil blive uddybet nedenfor i forlængelse af, hvad denne undersøgelse kan bidrage til af viden i klinisk praksis.

Klinisk Relevans

Overordnet belyser dette studie, hvordan det for seks kvindelige deltagere opleves at leve med en borderline diagnose, herunder hvordan deres vanskeligheder har påvirket dem, inden de fik stillet diagnosen, og hvordan det påvirker dem i dag. Dette kan være hjælpsomt for klinikerne, som arbejder med denne specifikke målgruppe, da det muligvis kan nuancere forståelsen af, hvordan det for nogle individer opleves at leve med BPD.

I klinisk praksis kan fundene fra dette studie være hjælpsomme i forbindelse med klinikerens udredning af patienter med BPD i denne specifikke målgruppe af kvinder mellem 20-25 år. Desuden kan studiets fund give et indblik i, hvordan disse vanskeligheder kan komme til udtryk forskelligt hos forskellige individer på trods af, at de udviklingsmæssigt er ca. samme sted i livet. På baggrund af diagnosekriterierne i DSM-5 er der 256 forskellige måder, hvorpå et individ kan opfylde kravene til en borderline diagnose, hvorfor borderline kan ses som en heterogen lidelse (Hawkins, Furr, Arnold, Law, Mneimne & Fleeson, 2014). Derfor er det vigtigt, at klinikerne har fokus på den enkelte patient og dets specifikke vanskeligheder under udredning og behandling. Det er ligeledes vigtigt at have fokus på den enkeltes livshistorie for at få en forståelse for hvilke risikofaktorer og beskyttende faktorer, som kan ligge til grund for den nuværende patologi. Desuden kan denne viden være relevant i forbindelse med, at klinikerne kan tilpasse interventioner til den enkeltes vanskeligheder.

Denne specifikke målgruppe befinder sig desuden i overgangen fra teenagealder til voksenlivet jf. afsnittet "Emerging Adulthood" under afsnittet "Be-

grebsafklaring”, hvor disse individer er i en løsrivelsesproces gennem udforskningen af egen selvstændighed og identitet. Samtidig skal individet lære at forholde sig til sin diagnose, hvorfor det kan være relevant for klinikerens at være undersøgende på, hvilken indflydelse diagnosen har på den enkelte patients identitetsdannelse. I dette studie fandt vi, at det er forskelligt i hvor høj grad vores deltagere integrerer deres borderline som en del af deres identitet. I denne forbindelse ligger der en vigtig opgave for klinikerens i at hjælpe patienten med at eksternalisere diagnosen for på denne måde at facilitere en sund adskillelse mellem mennesket og diagnosen. Desuden kan det være relevant for praktikerens at være bevidst om hvilken stigma og hvilke fordomme, borderline patienten kan blive mødt med. Dette endvidere for at undgå en reproduktion af disse mønstre i klinisk øjemed.

Fremtidig Forskning

Som tidligere nævnt har dette studie udelukkende undersøgt oplevelsen af, hvordan det er at leve med BPD blandt kvinder mellem 20-25 år. Dette studie belyser dermed ikke, hvordan oplevelsen kan være blandt mænd med BPD, hvorfor det kunne være relevant at gentage dette studie med et mandligt sample. I kliniske settings viser studier en kønsratio på ca. 1:3, hvor flere kvinder end mænd er diagnosticeret med borderline. Dog viser studier baseret på baggrundsbefolkningen ingen betydelige kønsforskelle i prævalensen blandt mænd og kvinder (Kaess, Brunner & Chanen, 2014). På baggrund heraf kan det være relevant at undersøge, hvorvidt mændenes oplevelse af at leve med BPD hænger sammen med eksisterende forskning og teoretiske perspektiver samt at undersøge mulige forskelle og ligheder mellem mænd og kvinder i denne aldersgruppe. På baggrund af vores systematiske review finder vi desuden, at mænd generelt er underrepræsenteret i forskningen på området omhandlende individets oplevelse med at leve med en borderline diagnose.

Endvidere kan alle vores deltagere på sin vis klassificeres som nuværende eller tidligere ambulante patienter. I fremtidig forskning kunne det være relevant at anvende samme interviewundersøgelse på indlagte patienter for at få et indblik i, hvorvidt de har en anden oplevelse af at være ung og leve med BPD. Det kan formodes, at disse patienter muligvis kunne være mere tynget af deres borderline diagnose. Dog følger der også en række etiske dilemmaer med dette, da undersøgelsen muligvis kan være mere belastende for disse individer.

Det fremgår af vores systematiske review, at der mangler forskning på oplevelsen af at leve med BPD på specifikke afgrænsede aldersgrupper. For eksempel finder vi kun et enkelt studie, som undersøger, hvordan adolescence i alderen 13-18 år oplever at leve med en borderline diagnose (Spodenkiewicz et al., 2013). Vi har studeret en aldersgruppe mellem 20-25 år, men i fremtidig forskning kunne det endvidere være relevant at undersøge andre afgrænsede aldersgrupper, da det kan formodes, at oplevelsen af at leve med BPD ændrer sig, når individet gennemgår forskellige udviklingsfaser.

Ydermere afdækker vi i vores interviewundersøgelse fem forskellige temaer, som belyser oplevelsen af at være ung og leve med borderline, hvorfor det i fremtidig forskning kunne være relevant at have fokus på blot ét af disse temaer. I denne forbindelse kunne det eksempelvis være relevant at foretage en dybdegående undersøgelse af, hvilken indflydelse det har på emerging adults at få stillet en diagnose, når individet samtidig er i gang med en løsrivelsesproces og identitetsdannelse.

Konklusion

I dette kvalitative studie undersøges, hvordan det opleves at være ung kvinde mellem 20-25 år i Danmark og leve med en borderline personlighedsforstyrrelse. Dette er blevet undersøgt gennem et fænomenologisk studie ved brug af det semistrukturerede forskningsinterview. Undersøgelsen baserer sig på beskrivelser fra seks kvindelige deltagere diagnosticeret med BPD. De semistrukturerede interviews er blevet analyseret med afsæt i IPA. På baggrund af vores analyse har vi udledt fem overordnede temaer: 1) Psykopatologisk Udvikling, 2) Copingstrategier, 3) Tilknytning og Relationer, 4) Identitet og 5) Stigmatisering.

Deltagerne beskriver, at deres vanskeligheder er debuteret i starten af teenageårene, og at disse har ændret sig over tid, hvor flere oplever, at disse er nemmere for dem at håndtere i dag. Herunder oplever de bl.a., hvordan måden, de håndterer deres vanskeligheder på, er blevet mere adaptive, hvor de førhen har haft tendens til at bruge mere uhensigtsmæssige copingstrategier til håndtering af affekt i form af f.eks. selvskadende adfærd. På trods af at deltagerne oplever bedring i håndteringen af deres vanskelighederne, fremhæver de fortsat, at det at være ung og leve med borderline til tider kan føles som at leve i ekstremerne. Herunder beskrives et intenst følelsesliv med tendens til affektudbrud og impulsivitet. I relation hertil fortæller nogle deltagere, hvordan de har tendens til sort/hvid tænkning. Et område hvor

deltagerne desuden oplever vanskeligheder er i sociale relationer, hvor de fremhæver, at de er på overarbejde og er hyperårvågne over for sociale signaler. Deltagerne beskriver i forbindelse hermed en grundlæggende angst for at miste nære relationer. I sammenligning med jævnaldrende fremhæver deltagerne, at deres borderline diagnose både bidrager til ressourcer og begrænsninger. Endvidere finder dette studie, at deltagerne i forskellige grad lader borderline diagnosen definere deres identitet, og hvem de er som mennesker, hvor spørgsmålet omkring, hvorvidt de *er borderline* eller *har borderline* rejser sig. Ydermere fremhæver deltagerne forskellige oplevelser med stigmatisering samt en frygt for, at andre vil bruge deres borderline imod dem, hvilket har medvirket til, at flere deltagere afholder sig fra at fortælle om deres diagnose.

I en sammenligning mellem studiets fund i relation til eksisterende forskning på området finder vi både forskelle og ligheder, hvorved vores studie kan bidrage til den mere nuancerede forståelse af, hvordan det kan opleves for det enkelte individ at leve med BPD. Herunder bidrager dette studie bl.a. til et udviklingspsykopatologisk perspektiv af vores deltagers borderline patologi, hvilket ikke tidligere er afdækket i eksisterende forskning. Disse fund kan bidrage til en forståelse af, hvordan borderline patologi hos vores deltagere kan se forskellig ud afhængig af individets udviklingsstadium, og endvidere bidrager udviklingsperspektivet til forståelsen af den patologi, vi ser fremtrædende ved vores deltagere i emerging adulthood. I relation hertil viser vores fund, at vores deltagere befinder sig i en stabiliserende proces, hvilket de fremhæver skyldes tilegnelsen af mere stabile relationer, struktur i hverdagen samt tilegnelsen af forskellige værktøjer til at håndtere deres borderline vanskeligheder. Ydermere finder vi, at studiets fund understøtter teoretiske perspektiver på området omhandlende udviklingen og vedligeholdelsen af BPD.

Fundene fra dette studie kan have relevans for den kliniske praksis i forbindelse med klinikerens udredning og behandling af denne specifikke målgruppe. For en mere nuanceret forståelse af, hvordan det opleves at være ung og leve med BPD foreslår dette studie fremtidig forskning på andre populationer som mænd og indlagte patienter. Desuden gives bud på, hvordan fremhævede tematikker kan undersøges yderligere.

Referenceliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Andover, M. S., Schatten, H. T. & Morris, B. W. (2018). Suicidal and Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press.
- APA (American Psychiatric Association) (2014). *Diagnostiske Kriterier DSM-5 - håndbog*. København: Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelser*. Akademisk Forlag.
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 303–308.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000702>.
- Bo, S. (2017). Udviklingspsykopatologisk forståelse af personlighedsforstyrrelse. In: Simonsen, E. & Mathiesen B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P. & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(2), 172–182.
<http://dx.doi.org/10.1037/per0000161>.
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd: tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. (4. ed.). Det Lille Forlag.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S. & Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939–955.
doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/101521pedi2012266939>.
- Brooke, S. & Horn, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder.'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 113–128. doi:10.1348/147608309X468211.

-
- Chanen, A. M. & Thompson, K. (2014) Preventive Strategies for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry* 1, 358–368. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/s40501-014-0029-y>.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(1-2), 16–25. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x>.
- Deakin, H. & Wakefield, K. (2014) Skype interviewing: reflections of two PhD researchers. *Qualitative Research*, 14(5), 603–616.
- Demuth, C. (2013). Ensuring rigor in qualitative research within the field of cross-cultural psychology. In: Kashima, Y., Kashima, E. S. & Beatson, R. (Eds.), *Steering the cultural dynamics: Selected papers from the 2010 Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*, 34–40.
- Demuth, C. (2017) Generalization from Single Cases and the Concept of Double Dialogicality. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 52(1), 77–93.
- de Vaus, D. A. (2001). *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Distel, M. A. & De Moor, M. H. M. (2018). Genetic Influences on Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press.
- EPNP (Ethiske principper for nordiske psykologer) (2016-2018). In: Dansk Psykolog Forenings Regelsæt 2016-2018.
- Evang, A. (1999). *Borderline*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Falcus, C. & Johnson, D. (2018). The violent accounts of men diagnosed with comorbid antisocial and borderline personality disorders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(9), 2817–2830. doi:10.1177/0306624X17735254.
- Fonagy, P. (2001). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric

-
- Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22>.
- Gammelgaard, J. (2004). *Mellemværende - en diskussion af begrebet borderline*. København: Akademisk forlag.
- Harder, S., & Simonsen, E. (2017) Udviklingspsykopatologi. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed.), Hans Reitzels Forlag.
- Hawkins, A. A., Furr, R. M., Arnold, E. M., Law, M. K., Mneimne, M. & Fleson, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: a multi-method, multi-sample examination. *Personality disorders*, 5(4), 380–389. <https://doi.org/10.1037/per0000086>.
- Horn, N., Johnstone, L. & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255–269. doi:10.1080/09638230601056371.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder – en grundbog* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juurink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R. et al. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE*, 14(3), 1–18.
- Jørgensen, C. R. (2003). Tilknytningsteoretisk funderet forståelse af personlighedsforstyrrelser. *Psyke & Logos*, 24(2), 638–676.
- Jørgensen, C. R. (2009). *Personlighedsforstyrrelser – Moderne relationel forståelse og behandling af borderline* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *American Academy of Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685.
- Kernberg, O. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193, 233–247.
- King, N. & Hugh-Jones, S. (2019) The interview in qualitative research. In: Sullivan, C. & Forrester, M. A.: *Doing Qualitative Research in Psychology*. A Practical Guide. 2nd edition. London: Sage.
-

-
- Kirsten, D. K., van Lelleyveld, V. & Venter, C. A. (2006). Perceptions that patients diagnosed with borderline personality disorder have of their families. *South African Journal of Psychology*, 36(2), 319–339.
doi:10.1177/008124630603600207.
- Krause-Utz, A., Niedtfeld, I., Knauber, J. & Schmahl, C. (2018). Neurobiology of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press.
- Kristiansen, H. M. & Hjørland, B. (2013). Litteratursøgningens metodik. In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1st ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview* (3. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- Lovell, L. J. & Hardy, G. (2014). Having a diagnosis of borderline personality disorder in a forensic setting: A qualitative exploration. *Journal of Forensic Practice*, 16(3), 228–240. doi:10.1108/JFP-01-2014-0003.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In Marris, P., Parkes, C. M. & Stevenson-Hinde, J. (2006) (Ed.), *Attachment Across The Life Cycle*. London: Routledge.
- Mathiesen, B. B. & Thomsen, M. S. (2017). Menneskets hjerne og personlighed. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mortensen, E. L., Jensen, H. H. & Flensburg-Madsen, T. (2017). Big five personlighedstræk som risikofaktorer for psykiske og fysiske sygdomme. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Munk-Jørgensen, P., Lund, M. N. & Bertelsen, A. (2010). Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. *World Psychiatry*, 9(3), 183–184.
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. Hans Reitzels Forlag.

-
- Møhl, B. (2017). Personlighedsforstyrrelser og selvskade. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Paris, J., Perlin, J., Laporte, L., Fitzpatrick, M. & DeStefano, J. (2014). Exploring resilience and borderline personality disorder: A qualitative study of pairs of sisters. *Personality and Mental Health*, 8(3), 199–208. doi:10.1002/pmh.1261.
- Pedersen, L. & Simonsen, E. (2014). Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark—A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 543–548. DOI: 10.3109/08039488.2014.884630.
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57.
- Perseus, K., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: Patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160–168. doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.001.
- Pors, N. O. & Johannsen, C. G. (2013). Syntetisering – meta-analyser og narrative synteser. In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1. ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press.
- Rechenbach, A. (2003). Tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi. *Psyke & Logos*, 24(2), 621–637.
- Rieper, O. (2013). Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det? In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1. ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press.
- Rogers, B. & Acton, T. (2012). ‘I think we're all guinea pigs really’: A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 341–347. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x.
- Seitz, S. (2016). Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: a research note. *Qualitative Research*, 16(2), 229–235.
- Siever, L. (2018). Clinical Phenomenology of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press.

-
- Silk, R. K., Wolf, L. T., Ben-Ami, A. D. & Poortinga, W. E. (2005). Environmental Factors in the Etiology of Borderline Personality Disorder. In: Zanarini, M. C. (Ed.). (2005). *Borderline Personality Disorder* (1st ed.). CRC Press.
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1201/b14134>.
- Simonsen, E. (2017) Personlighedsforstyrrelser. In: Møhl, B & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. rev. ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Simonsen, E. & Kongerslev, M. T. (2017). Personlighed og psykopatologi - set i Millons perspektiv. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative Psychology – A Practical Guide to Research Methods* (2.ed.). London: SAGE Publications.
- Spodenkiewicz, M., Speranza, M., Taïeb, O., Pham-Scottez, A., Corcos, M. & Révah-Levy, A. (2013). Living from day to day — Qualitative study on borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 282–289.
- Stanley, B. & Singh, T. (2017) Diagnosis of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press.
- Thagaard, T. (2004). *Systematik og indlevelse - En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag A/S.
- Walker, T. (2009). 'Seeing beyond the battled body'— An insight into selfhood and identity from women's accounts who self-harm with a diagnosis of borderline personality disorder. *Counselling & Psychotherapy Research*, 9(2), 122–128.
doi:10.1080/14733140902909174.
- WHO (World Health Organization) (2018). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier* (1. Ed., 23. red.). København: Munksgaard, 135-139.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (3. ed.). Berkshire: Open University Press.
- Yardly, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. In: Smith, J.: *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (2nd ed.). Chapter London: Sage.

Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *SAGE Publications*, 19(3) 321–332. doi: 10.1177/1356389013497081.

Pensumoppgørelse

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Heraf kap. 2. [14 sider]
- Andover, M. S., Schatten, H. T. & Morris, B. W. (2018). Suicidal and Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press. [20 sider]
- APA (American Psychiatric Association) (2014). *Diagnostiske Kriterier DSM-5 - håndbog*. København: Högrefe Psykologisk Forlag, 389–401. [13 sider]
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. [13 sider]
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelser*. Akademisk Forlag. [238 sider]
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 303–308.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000702>. [6 sider]
- Bo, S. (2017). Udviklingspsykopatologisk forståelse af personlighedsforstyrrelse. In: Simonsen, E. & Mathiesen B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels forlag. [19 sider]
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P. & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(2), 172–182.
<http://dx.doi.org/10.1037/per0000161>. [11 sider]
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd: tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. (4. ed.). Det Lille Forlag. Heraf kap. 7. [35 sider]
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S. & Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients? *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939–955.
doi: <http://dx.doi.org.zorac.aub.aau.dk/101521pedi2012266939>. [17 sider]
- Brooke, S. & Horn, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder.'

-
- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 113–128. doi:10.1348/147608309X468211. [26 sider]
- Chanen, A. M. & Thompson, K. (2014) Preventive Strategies for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry* 1, 358–368. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/s40501-014-0029-y>. [11 sider]
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(1-2), 16–25. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x>. [10 sider]
- Deakin, H. & Wakefield, K. (2014) Skype interviewing: reflections of two PhD researchers. *Qualitative Research*, 14(5), 603–616. [14 sider]
- Demuth, C. (2013). Ensuring rigor in qualitative research within the field of cross-cultural psychology. In: Kashima, Y., Kashima, E. S. & Beatson, R. (Eds.), *Steering the cultural dynamics: Selected papers from the 2010 Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*, 34–40. [7 sider]
- Demuth, C. (2017) Generalization from Single Cases and the Concept of Double Dialogicality. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 52(1), 77–93. [17 sider]
- de Vaus, D. A. (2001). *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications Ltd. Heraf kap. 14. [13 sider]
- Distel, M. A. & De Moor, M. H. M. (2018). Genetic Influences on Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press. [17 sider]
- EPNP (Ethiske principper for nordiske psykologer) (2016-2018). In: Dansk Psykolog Forenings Regelsæt 2016-2018, 31–37. [7 sider]
- Evang, A. (1999). *Borderline*. København: Hans Reitzels Forlag, 14–31. [18 sider]
- Falcus, C. & Johnson, D. (2018). The violent accounts of men diagnosed with comorbid antisocial and borderline personality disorders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(9), 2817–2830. doi:10.1177/0306624X17735254. [14 sider]
- Fonagy, P. (2001). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. København: Akademisk Forlag. Heraf forord & kap. 2. [31 sider]
-

-
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag. Heraf Introduktion & kap. 3. [61 sider]
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22>. [10 sider]
- Gammelgaard, J. (2004). *Mellemværende - en diskussion af begrebet borderline*. København: Akademisk forlag, 46–53. [8 sider]
- Harder, S. & Simonsen, E. (2017) Udviklingspsykopatologi. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. ed.), Hans Reitzels Forlag. [14 sider]
- Hawkins, A. A., Furr, R. M., Arnold, E. M., Law, M. K., Mneimne, M. & Fleson, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: a multi-method, multi-sample examination. *Personality disorders*, 5(4), 380–389. <https://doi.org/10.1037/per0000086>. [10 sider]
- Horn, N., Johnstone, L. & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255–269. doi:10.1080/09638230601056371. [15 sider]
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010). Fænomenologi. In Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder – en grundbog* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. [23 sider]
- Juurlink, T. T., Vukadin, M., Stringer, B., Westerman, M. J., Lamers, F., Anema, J. R. et al. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE*, 14(3), 1–18. [18 sider]
- Jørgensen, C. R. (2003). Tilknytningsteoretisk funderet forståelse af personlighedsforstyrrelser. *Psyke & Logos*, 24(2), 638–676. [39 sider]
- Jørgensen, C. R. (2009). *Personlighedsforstyrrelser – Moderne relationel forståelse og behandling af borderline* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. Heraf kap. 2, 3, 4 & 8. [380 sider].
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *American Academy of Pediatrics*, 134(4), 782–793. [\[https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677\]](https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677). [12 sider]
-

-
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. [45 sider]
- Kernberg, O. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193, 233–247. [14 sider]
- King, N. & Hugh-Jones, S. (2019) The interview in qualitative research. In: Sullivan, C. & Forrester, M. A.: *Doing Qualitative Research in Psychology*. A Practical Guide. 2nd edition. London: Sage, 121–144. [24 sider]
- Kirsten, D. K., van Lelleveld, V. & Venter, C. A. (2006). Perceptions that patients diagnosed with borderline personality disorder have of their families. *South African Journal of Psychology*, 36(2), 319–339.
doi:10.1177/008124630603600207. [21 sider]
- Krause-Utz, A., Niedtfeld, I., Knauber, J. & Schmahl, C. (2018). Neurobiology of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press, 83–109. [27 sider]
- Kristiansen, H. M. & Hjørland, B. (2013). Litteratursøgningens metodik. In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1st ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press, 59–71. [13 sider]
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview* (3. udg.). København: Hans Reitzels Forlag. [429 sider]
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education. Heraf kap. 2 & 7. [36 sider]
- Lovell, L. J. & Hardy, G. (2014). Having a diagnosis of borderline personality disorder in a forensic setting: A qualitative exploration. *Journal of Forensic Practice*, 16(3), 228–240. doi:10.1108/JFP-01-2014-0003. [13 sider]
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In Marris, P., Parkes, C. M. & Stevenson-Hinde, J. (2006) (Ed.), *Attachment Across The Life Cycle*. London: Routledge. [33 sider]
- Mathiesen, B. B. & Thomsen, M. S. (2017). Menneskets hjerne og personlighed. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag. [44 sider]
- Mortensen, E. L., Jensen, H. H. & Flensburg-Madsen, T. (2017). Big five personlighedstræk som risikofaktorer for psykiske og fysiske sygdomme. In:

-
- Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag. [34 sider]
- Munk-Jørgensen, P., Lund, M. N. & Bertelsen, A. (2010). Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. *World Psychiatry*, 9(3), 183–184. [2 sider]
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. Hans Reitzels Forlag. Heraf kap. 1, 7 & 8. [76 sider]
- Møhl, B. (2017). Personlighedsforstyrrelser og selvskade. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag. [21 sider]
- Paris, J., Perlin, J., Laporte, L., Fitzpatrick, M. & DeStefano, J. (2014). Exploring resilience and borderline personality disorder: A qualitative study of pairs of sisters. *Personality and Mental Health*, 8(3), 199–208. doi:10.1002/pmh.1261. [10 sider]
- Pedersen, L. & Simonsen, E. (2014). Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark—A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 543–548. DOI: 10.3109/08039488.2014.884630. [5 sider]
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [9 sider]
- Perseus, K., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: Patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160–168. doi:10.1016/j.apnu.2005.05.001. [9 sider]
- Pors, N. O. & Johannsen, C. G. (2013). Syntetisering – meta-analyser og narrative synteser. In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1. ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press. [12 sider]
- Rechenbach, A. (2003). Tilknytningsforstyrrelser og psykopatologi. *Psyke & Logos*, 24(2), 621–637. [17 sider].
- Rieper, O. (2013). Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det? In: Johannsen, C. G. & Pors, N. O. (1. ed.), *Evidens og systematiske reviews – En introduktion*. Forlag Narayana Press. [12 sider]
- Rogers, B. & Acton, T. (2012). ‘I think we're all guinea pigs really’: A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric*

-
- and Mental Health Nursing*, 19(4), 341–347.
doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x. [7 sider]
- Seitz, S. (2016). Pixilated partnerships, overcoming obstacles in qualitative interviews via Skype: a research note. *Qualitative Research*, 16(2), 229–235. [7 sider]
- Siever, L. (2018). Clinical Phenomenology of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press. [15 sider]
- Silk, R. K., Wolf, L. T., Ben-Ami, A. D. & Poortinga, W. E. (2005). Environmental Factors in the Etiology of Borderline Personality Disorder. In: Zanarini, M. C. (Ed.). (2005). *Borderline Personality Disorder* (1st ed.). CRC Press.
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1201/b14134>. [22 sider]
- Simonsen, E. (2017) Personlighedsforstyrrelser. In: Møhl, B & Simonsen, E. (eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2. rev. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. [24 sider]
- Simonsen, E. & Kongerslev, M. T. (2017). Personlighed og psykopatologi - set i Millons perspektiv. In: Simonsen, E. & Mathiesen, B. B. (eds.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser*. København: Hans Reitzels Forlag. [58 sider]
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative Psychology – A Practical Guide to Research Methods* (2.ed.). London: SAGE Publications. [27 sider]
- Spodenkiewicz, M., Speranza, M., Taïeb, O., Pham-Scottez, A., Corcos, M. & Révah-Levy, A. (2013). Living from day to day — Qualitative study on borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 282–289. [8 sider]
- Stanley, B. & Singh, T. (2017) Diagnosis of Borderline Personality Disorder. In: Stanley, B. & New, A. S. (eds.), *Borderline personality disorder*. NY: Oxford University Press. [18 sider]
- Thagaard, T. (2004). *Systematik og indlevelse - En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag A/S. Heraf Kap. 9. [24 sider]
- Walker, T. (2009). 'Seeing beyond the battled body'— An insight into selfhood and identity from women's accounts who self-harm with a diagnosis of borderline personality disorder. *Counselling & Psychotherapy Research*, 9(2), 122–128. doi:10.1080/14733140902909174. [7 sider]
-

-
- WHO (World Health Organization) (2018). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier* (1. Ed., 23. red.). København: Munksgaard, 135-139. [5 sider]
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (3. ed.). Berkshire: Open University Press. Heraf kap. 3 & 8. [33 sider]
- Yardly, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. In: Smith, J.: *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (2nd ed.). Chapter London: Sage. [17 sider]
- Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *SAGE Publications*, 19(3) 321–332. doi: 10.1177/1356389013497081. [12 sider]

Total: 2351 siders vejledergodkendt pensumlitteratur.