

Återhämtning från borderline personlighetssyndrom i relation till konceptet "ett liv värt att leva"

Ett terapeutperspektiv

Josephine Ljungberg

Psykologiska institutionen/Department of Psychology
Examensarbete 30 hp/Degree 30 HE credits
Psykologi/Psychology
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program (300 HE
credits)
Vårterminen/Spring term 2025
Handledare/Supervisor: Margareta Simonsson-Sarnecki
English title: Recovery from Borderline Personality Disorder in
Relation to the Concept of "A Life Worth Living": A Therapist
Perspective



Stockholms
universitet

Abstrakt

Trots ökat intresse för klienters subjektiva upplevelser av återhämtning från borderline personlighetssyndrom (BPS) saknas kvalitativ forskning om hur terapeuter inom dialektisk beteendeterapi (DBT) förstår detta koncept och dess relation till det övergripande behandlingsmålet i DBT, att skapa ”ett liv värt att leva”. Föreliggande intervjustudie syftade till att undersöka hur DBT-terapeuter uppfattar och beskriver återhämtning från BPS, liksom att utforska hur återhämtning vid behandlingsavslut relateras till konceptet ett liv värt att leva. Åtta semistrukturerade intervjuer med DBT-terapeuter analyserades med reflexiv tematisk analys. Resultaten visade att terapeuterna beskrev återhämtning som en övergång från lidande till ett liv i normal frihet, vilket betraktades som en individuell process i vilken klienter har lämnat självdestruktiva beteenden och tillägnat färdigheter, vilket medfört förändringar i självbild och självacceptans samt möjliggjort skapande av en meningsfull tillvaro. Terapeuterna betraktade återhämtning och ett liv värt att leva som ömsesidigt förstärkande processer. Resultaten understryker vikten av att tidigt integrera klienters personliga mål och värderingar i behandlingen samt bidrar till en begynnande operationalisering av återhämtningsbegreppet inom DBT.

Nyckelord: borderline personlighetssyndrom, dialektisk beteendeterapi, återhämtning, ett liv värt att leva, kvalitativ metod

Återhämtning från borderline personlighetssyndrom i relation till konceptet ”ett liv värt att leva”

Ett terapeutperspektiv

Borderline personlighetssyndrom (BPS) betraktades länge som ett kroniskt tillstånd med begränsade möjligheter till återhämtning (eng. recovery) (Choi-Kain et al., 2020; Gunderson, 2011). Longitudinella studier har emellertid visat att majoriteten av klienter med BPS når symtomremission, vilket innebär att de inte längre uppfyller diagnoskriterier för tillståndet (Choi-Kain et al., 2020; Zanarini et al., 2018). Samtidigt har forskning identifierat att symtomremission inte alltid är synonymt med fullständig återhämtning i termer av förbättrad psykosocial funktion och ökad livskvalitet (Choi-Kain et al., 2020; Ng et al., 2016; Zanarini et al., 2018). Detta har aktualiserat ett behov av en mer omfattande förståelse av återhämtning som utöver symtomremission även innefattar klienternas subjektiva upplevelser av att leva meningsfulla liv (Katsakou et al., 2012; Liljedahl et al., 2023; Turner et al., 2024). Dialektisk beteendeterapi (DBT) är den behandling som för närvarande anses ha starkast empirisk stöd vid behandling av BPS (Neacsiu et al., 2021; Stoffers-Winterling et al., 2012). Den centrala målsättningen i DBT är att hjälpa klienter att skapa ”ett liv värt att leva” (Linehan, 1993), vilket avser ett liv med tillräckliga positiva inslag för att individen ska önska leva (Linehan, 2020). Trots detta har forskning som följt klienters återhämtning över tid övervägande varit kvantitativ och fokuserat på specifika utfallsmått såsom självskadebeteende och suicidalitet (Gillespie et al., 2022). Under det senaste årtiondet har emellertid intresset för klienters subjektiva upplevelser av återhämtningsprocessen ökat (Katsakou et al., 2012; Turner et al., 2024). Kvalitativ forskning som utforskat återhämtning inom ramarna för DBT är dock fortsatt begränsad (Gillespie et al., 2022), och än färre studier har undersökt DBT-terapeuters förståelse av återhämtningsprocessen (Ng et al., 2016).

Borderline personlighetssyndrom

Som tillstånd uppskattas BPS förekomma hos 1–2% av den generella befolkningen. Motsvarande siffra i psykiatrisk öppenvård är upp till 10% och i sluten psykiatrisk vård upp till 20% (Lieb et al., 2004). Kännetecknande för problematiken är ett genomgripande mönster av instabilitet avseende känslor, kognitioner, beteenden och relationer (Lieb et al., 2004). Ytterligare symtom kan inkludera kraftiga humörsvägningar, impulsivitet, problem med ilska, stark rädsla att bli övergiven, tomhetskänslor, instabil självkänsla, återkommande suicidala och självskadande beteenden samt stressrelaterade paranoida tankar eller dissociativa symtom (Leichsenring et al., 2024). Som diagnos är BPS förknippad med omfattande lidande och förhöjd risk att dö till följd av suicid (Lieb et al., 2004). För att diagnosen ska ställas krävs att en klients svårigheter är genomgripande, oflexibla, funktionsnedsättande och avviker från förväntade kulturella normer (Biskin, 2015). Tidigare forskning har visat att personer med BPS rapporterar sämre livstillfredsställelse, mer negativ självuppfattning och lågt socialt stöd (Zeitler et al., 2020). Prognosen för de som en gång diagnostiserats är dock ljus med symtomminskning att vänta om lämplig behandling ges (Biskin, 2015). Historiskt har förväntningarna på möjligheten till återhämtning från BPS emellertid varit låga (Álvarez Tomás, 2020) och som tillstånd förblir diagnosen stigmatiserande (Quenneville et al., 2020; Stiles et al., 2023), behäftad med fördomar och myter även inom det psykiatriska vårdssystemet (Kealy & Ogrodniczuk, 2010).

Gällande beskrivning av problematiken är kunskapen ännu ofullständig (Kåver & Nilsonne, 2002) och avseende kategorisering och klassifikation sker en konstant utveckling (Leichsenring et al., 2024). I Världshälsoorganisationens diagnossystem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) används beteckningen emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 2016), vilket betonar den emotionella dysreglering som kännetecknar problematiken (Kåver & Nilsonne, 2002). Den

senare versionen av ICD rör sig från ett kategoriskt diagnossystem till en dimensionell modell. I denna beskrivs personlighetsproblematik på ett kontinuum av svårighetsgrad, från inga problem till svår (Grenyer, 2018). I det psykiatriska diagnossystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) används benämningen borderline personlighetssyndrom (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Eftersom denna benämning i stor utsträckning har använts i svensk psykiatri (Kåver & Nilsonne, 2002) och fortsätter att vara den internationellt mest vedertagna (Tyrer & Mulder, 2024) har jag valt att använda benämningen i denna studie.

Dialektisk beteendeterapi

Dialektisk beteendeterapi har i ett antal randomiserade kontrollerade studier visat sig effektivt i behandlingen av klienter diagnostiserade med BPS (Linehan, 1991; Linehan et al., 2006; Verheul et al., 2003). Med ett teoretiskt ramverk som integrerar principer i zenbuddhism och andra kontemplativa metoder med inlärningsteori och kognitiv terapi tar DBT avstamp i dialektisk filosofi, vilket betonar den ständiga processen av att syntetisera motsatser i syfte att röra sig närmare essensen i varje fråga (Linehan & Wilks, 2015; Neacsu et al., 2021). DBT utgår från biosocial teori, som postulerar att BPS utvecklas hos individer med en medfödd emotionell sårbarhet som växer upp i en invaliderande miljö där de inte ges möjlighet att utveckla adekvata strategier för känsloreglering, det vill säga att uppleva och uttrycka känslor på ett sätt som är ändamålsenligt i förhållande till situationen. Avsaknaden av sådana färdigheter kan medföra att individen blir utlämnad åt intensiva och svårreglerade känslotillstånd. I dessa tillstånd kan suicidalt och annat dysreglerat beteende fungera som maladaptiva försök att hantera överväldigande och okontrollerbara negativa emotioner (Linehan, 1993). Mot bakgrund av detta är centrala terapimål i DBT att klienten ska lära sig reglera känslor och därigenom undvika maladaptiva känslostyrda beteenden, samt utveckla tillit till och förmåga att validera egna känslor, tankar och beteenden (Kåver & Nilsonne,

2002). Komponenter i behandlingen är individualterapi, färdighetsträning i grupp och telefonkonsultation, allt understött av handledningsteamet som ger handledning till den enskilde terapeuten (Linehan & Wilks, 2015). Behandlingen är fasspecifik och organiseras på en uppsättning prioriteringar som följer av en nivågradering av klientens problematik. Denna gradering baseras på problematikens rådande svårighetsgrad, överhängande livshotande risk, ihållighet, komplexitet och medförande funktionsnedsättning (Neacsiu et al., 2021), vilket utmynnar i en hierarki för vad som ska behandlas samt när detta ska ske. Dessa hierarkiska steg kan delas in i fyra rekommenderade behandlingsfaser (Linehan & Wilks, 2015).

Behandlingens faser

Samtliga klienter genomgår inledningsvis en orienteringsfas, i vilket grunden för det terapeutiska arbetet läggs. Denna fas kretsar kring att skapa en god relation mellan klient och terapeut samt nå ett gemensamt åtagande om att arbeta tillsammans (Linehan, 2015).

Nästkommande fas 1 är primärt inriktad på att etablera säkerhet och stabilitet genom att öka klientens beteendemässiga kontroll. Att minska livshotande beteenden prioriteras, följt av terapeutörande beteenden och därefter beteenden som försämrar livskvaliteten, parallellt med samtidig färdighetsträning (Linehan, 2015). Fas 2 syftar till att adressera psykiatrisk samsjuklighet, vanligtvis Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), och att ersätta ”tyst desperation”, tillstånd av emotionell smärta trots beteendemässig kontroll, med icke-traumatiskt emotionellt upplevande (Linehan, 2015). Målsättningar är att trauma ska kunna verbaliseras, bearbetas och accepteras, samt att minska eventuella upplevelser av skuld och självinvalidering (Kåver & Nilsonne, 2002). Den tredje fasen är inriktad på att öka självrespekt och att uppnå individuella mål (Linehan, 1993). Klientens förmåga att validera sig själv, lösa problem och utveckla tilltro till den egna förmågan stärks i syfte att uppnå en grundläggande nivå av livstillfredsställelse och självrespekt (Neacsiu et al., 2021). Den fjärde fasen är dedikerad till att upplösa upplevelser av ofullständighet och för klienten att uppnå en

upplevelse av frihet och tillfredsställelse på lång sikt (Linehan, 2015). Med frihet avses lösgörandet från behov av att få alla önskningar uppfyllda och omgivningens beteendemässiga eller emotionella responser förändrade. Målet är att öka medvetenhet i nuet, spirituell tillfredsställelse och för klienten att närma sig upplevelsen av ”flow” (Neacsiu et al., 2021). Kåver och Nilsonne (2002) beskriver målen i fas 4 som att leva engagerat i det egna livet och i relationer, att erfara livfullhet och tillhörighet samt att skapa ett liv värt att leva. Insiktsorienterad psykoterapi, andlig praktik och ackumuleringen av livserfarenheter har beskrivits som mest gynnsamt i behandlingens sista fas (Neacsiu et al., 2021).

Behandlingens mål och avslut

Det övergripande målet i DBT är att reducera problembeteenden och främja mer funktionell problemlösning hos klienten i det kollaborativa arbetet mot att skapa ett liv värt att leva (Linehan, 1993). Mål i DBT existerar emellertid på flera plan: mål för varje session, mål för terapin och mål för livet. Målsättningar är centrala i behandlingen då de ger riktning åt den aktiva handling som krävs i och med arbete med problemlösning och förändring (Kåver & Nilsonne, 2002). För att effektivt kunna hjälpa klienten lösa problem är det nödvändigt att kartlägga klientens behov, önskningar och mål. Att i ett tidigt skede av behandlingen enas om mål är således viktigt, även om målen kan förändras under terapins gång (Linehan, 1993).

Linehan (1993) har betonat vikten av att redan från behandlingsstart förbereda klienten på terapins avslut och rekommenderat att detta bör utgöra ett återkommande tema genom behandlingen. Ett framgångsrikt avslut har beskrivits förutsätta att en klient generaliserat interpersonella färdigheter från den terapeutiska kontexten till situationer bortom terapin. Det har i litteraturen dock inte närmare definierats vilken grad av återhämtning som bör betraktas som tillräcklig för att indikera på att terapin är redo att avslutas, utöver de generella målhierarkierna som fastställts för respektive behandlingsfas (Linehan, 1993). I en ideal värld har Linehan (1993) beskrivit att en klient går igenom behandlingens faser för att nå en punkt

då klienten är tillräckligt tillfredsställd med sitt liv och tillfreds med sig själv. I praktiken är det dock vanligt att vissa behandlingsfaser tar längre tid än beräknat eller att praktiska omständigheter och begränsningar gör det omöjligt för en terapeut och klient att uppnå samtliga behandlingsmål. I sådana fall har en viktig del av avslutet framhållits vara att se till såväl klientens hittills åstadkomna framsteg som vilka framtida förbättringar klienten vill arbeta mot. Det har även ansetts viktigt att framhålla att ingen människa är helt fri från bekymmer och att livet i sin natur är präglad av kontinuerlig utveckling (Linehan, 1993).

Återhämtning

Återhämtning, motsvarigheten till engelskans *recovery*, betecknar en individs återgående till ett normalt tillstånd, hälsa eller medvetande (Oxford English Dictionary, 2009). På svenska har uttrycket ”att återhämta” betydelsen av ”bringa tillbaka till normalt tillstånd efter ansträngning med avseende på kroppen eller dess funktioner” (Svenska akademins ordböcker, 2024a). Även begreppen *återställa* och *tillfriskna* är svenska översättningar av ordet *recover*, men med betydelsen att ”återfå hälsan” eller ”bli frisk” från sjukdomstillstånd (Svenska akademins ordböcker, 2024b). Eftersom BPS ej bör betraktas som en sjukdom, utan bättre liknas vid ett tillstånd (Kåver & Nilsson, 2002), har jag i denna studie ansett det mer passande att använda begreppet återhämtning framför tillfrisknande. Till skillnad från tillfrisknande betonar återhämtning i högre grad den process, snarare än slutmål, som går i linje med klienters erfarenheter av återhämtningsprocessen som en icke-linjär resa präglad av fluktuation och bakslag (McCusker et al., 2018), utan tydlig skiljelinje mellan normalitet och patologi (Kåver & Nilsson, 2002). Vissa betraktar återhämtning som en distinkt utkomst av att ha befunnit sig i en återhämtningsprocess (Lieberman & Kopelowicz, 2005), medan andra karakteriserar återhämtning som en i sin natur ständigt aktiv och fortlöpande process (Leamy et al., 2011). Återhämtningsbegreppet har använts inkonsekvent med varierande innebörd, och dess användning i olika samhällsliga kontexter har av forskare

framhållits återspegla respektive samhälles pågående diskussioner om den psykiatriska vårdens syfte och funktion (Slade et al., 2012). Tidigare forskning har funnit att personer med BPS inte anser att återhämtningsbegreppet på ett tillfredställande sätt fångar deras subjektiva erfarenheter. Begreppet har kritiserats dels för att reflektera ett dikotomt synsätt, där klienter antingen betraktas som återhämtade eller ej (Katsakou et al., 2012), dels för att antyda en återgång till ett tidigare tillstånd, vilket inte nödvändigtvis är önskvärt givet symptomens utvecklingsmässiga natur (McCusker et al., 2018). Dessa faktum kan ses skapa ett dialektiskt dilemma: återhämtningsbegreppet framstår på flera sätt som problematiskt och otillfredsställande för att beskriva klienters erfarenheter (Turner et al., 2024), samtidigt som det råder brist på lämpliga alternativa begrepp inom forskningsfältet. Trots begränsningarna kvarstår ett behov av en terminologi som kan beteckna den process mot ökad stabilitet och välbefinnande som har beskrivits av klienter (Larivière et al., 2015; McCusker et al., 2018).

Det saknas ett enhetligt svar på vilken grad av återhämtning som bör betraktas som tillräcklig för att indikera att en behandling kan avslutas (Slade et al., 2012). Ett traditionellt sätt att definiera återhämtning har varit att med kvantitativa metoder mäta symptomreduktion och psykosocial funktionsförmåga, så kallad *klinisk återhämtning* (Ng et al., 2016; Turner et al., 2024). Dimensioner av psykosocial funktion har föreslagits vara sysselsättning på heltid eller deltid, självständigt boende utan tillsyn av vårdgivare och deltagande i sociala relationer, familjeliv och rekreationsaktiviteter, allt bibehållet under en period på två år (Lieberman & Kopelowicz, 2005). Trots att symptomremission och psykosocial funktionsnivå har visat sig vara betydelsefulla återhämtningsmått, tar dessa mindre hänsyn till klienternas egna erfarna upplevelser och skillnader i förlopp mellan olika personer (Ng et al., 2016). Traditionella återhämtningsmått innebär vanligtvis att en person uppnår specifika mål inom ett antal betydelsefulla livsområden, såsom arbete eller boendeförhållanden (Corrigan & Ralph, 2005). Sådana antaganden om normalitet som ingår i konceptualiseringen av klinisk återhämtning

har dock ifrågasatts (Slade et al., 2012). Corrigan och Ralph (2005) har framfört att ”denna definition väcker flera frågor som måste besvaras för att man ska kunna för att få en förståelse för återhämtning som utfall: Hur många mål måste uppnås för att man ska anses återhämtad? För den delen, hur mycket framgång i livet anses ’normal’?” (s.5)

Ett alternativ till att mäta klinisk återhämtning är att se till *personlig återhämtning*, vilket härstammar från personcentrerad kvalitativ litteratur i vilket klienters egenerfarna upplevelser framhålls (Turner et al., 2024). Personlig återhämtning kan betraktas som en högst personlig och i sin natur subjektiv upplevelse, karaktäriserad av förändringar i en klients värderingar, färdigheter, attityder, mål, känslor och roller. Personlig återhämtning inbegriper ett liv som är tillfredsställande, givande och fyllt av hopp, även med eventuella begränsningar orsakade av sjukdom (Anthony, 1993). En ofta citerad definition av personlig återhämtning återfinns i Barack Obamas New Freedom Commission for Mental Health, i vilket återhämtning definierats som en process genom vilken individer kan leva, arbeta, lära och delta i samhället, vilket för vissa innebär att leva ett tillfredsställande och givande liv trots funktionsnedsättning, medan det för andra innebär att symtom minskar eller helt försvinner (Comtois et al., 2010). Det finns emellertid många olika subjektiva definitioner av personlig återhämtning (Slade et al., 2014). Leamy et al. (2011) har betonat fem dimensioner i den personliga återhämtningsprocessen; (1) att uppleva samhörighet med andra människor, (2) att uppleva hopp och optimism för framtiden, (3) att upprätta en positiv identitet och självbild samt övervinna stigma, (4) att uppleva livet som meningsfullt och (5) att uppleva egenmakt och självförmåga. I föreliggande studie används återhämtningsbegreppet synonymt med det engelska ordet *recovery* och avser klientens situation vid den tidpunkt då terapeuten bedömer klienten vara återhämtad och DBT-behandlingen redo att avslutas.

Återhämtning från borderline personlighetssyndrom

DBT har i flertalet randomiserade kontrollerade studier visat sig effektivt i att reducera klienters livshotande- och livskvalitetssänkande beteenden (Linehan, 1991; Linehan et al., 2006; Van Den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003) och i en sammanställning av metaanalyser visade DBT på medelstor positiv effekt avseende att minska symtom på BPS (Stoffers-Winterling et al., 2012). En studie som undersökt återhämtningsfrekvenser hos klienter behandlade med DBT fann att 81% nått diagnostisk remission 12–18 år efter avslutad behandling. När författarna utöver diagnostisk remission såg till psykosocial funktion mätt med Global Assessment of Functioning (GAF) ≥ 60 bedömdes 36 % av klienter återhämtade, medan motsvarande siffra var 39 % då återhämtning mättes som diagnostisk remission och självskattad livstillfredsställelse inom en standardavvikelse från de köns- och åldersspecifika normpoängen (Zeitler et al., 2020). Tidigare forskning tyder på att psykosocial återhämtning är svårt för klienter med BPS att nå och bibehålla (Biskin, 2015), även om förloppet verkar präglas av bibehållen diagnostisk remission efter behandling (Gunderson, 2011). För vissa klienter sker en stadig förbättring av psykosocial funktion över tid, medan funktionsförmågan för andra kvarstår på en relativt låg nivå eller till och med försämras (Zanarini et al., 2010). En studie fann att klienters funktionsförmåga fortsatte förbättras under tio års uppföljning efter diagnostisk remission, även om den mest markanta förbättringen skedde de två första åren (Gunderson, 2011). Med anledning av stora metodologiska skillnader i tidigare studier är det dock svårt att bestämma exakta återhämtningsfrekvenser från BPS på sikt. Den betydande variationen i hur återhämtning definierats, liksom vilka mätmetoder som använts för att bedöma detta utfall, belyser behovet av ytterligare forskning för att identifiera utfallsmått som inte bara är tillämpliga mellan olika behandlingar, utan också meningsfulla ur klienters perspektiv (McCusker et al., 2018).

Kvalitativa beskrivningar av återhämtning

Tidigare forskning har visat att det är möjligt att uppleva personlig återhämtning trots att psykiatriska symtom periodvis återkommer. Mot bakgrund av detta har det föreslagits att återhämtning från BPS bör förstås utifrån ett bredare perspektiv där även psykosociala faktorer, såsom förekomsten av tillfredställande sociala relationer och identitetsmarkörer inkluderas som indikatorer på återhämtning (McCusker et al., 2018). Turner et al. (2024) har framhållit att återhämtning från BPS lämpligen bör innefatta element från både klinisk och personlig återhämtning, då dessa konstrukt bör betraktas som komplementära: minskning av livshotande beteenden och inläggningar på sjukhus är nödvändigt för att kunna upprätthålla meningsfulla sociala relationer, likasom ökat hopp och självförtroende kan minska den förtvivlan som driver dessa beteenden. Studier med kvalitativ ansats som undersökt klienters egenupplevda erfarenheter av återhämtning har föreslagit ett antal komponenter som kan känneteckna återhämtning från BPS. Dessa presenteras nedan.

I linje med konceptet av klinisk återhämtning har det inledningsvis framhållits vara av vikt att ha minskat livshotande, självdestruktiva och självskadande beteenden samt inläggningar på sjukhus (Katsakou et al., 2012; Turner et al., 2024). Minskning av diagnosspecifika symtom, relaterade till exempelvis impulsivitet, såsom riskbruk och problem med ätande, har beskrivits som betydande, likaså att minska symtom relaterade till psykiatrisk samsjuklighet (Turner et al., 2024). Att besitta och aktivt använda DBT-specifika färdigheter har vidare framhållits som en viktig del av återhämtning (Gillespie et al., 2022; Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024). Återhämtade klienter har rapporterat ökad användning av färdigheter för att hantera såväl vardagsliv som kriser. Tillägnandet av färdigheter har framhållits medföra breddad beteenderepertoar, ökad förmåga att reglera känslor liksom ökad förmåga att respondera lämpligt i svåra situationer. Detta i motsats till att reagera impulsivt, vilket tidigare kan ha varit ett återkommande mönster. Följaktligen har klienter rapporterat ökade upplevelser av kontroll över tillvaron, ökad självrespekt och stärkt

tilltro till den egna förmågan att hantera utmaningar (Gillespie et al., 2022). Återhämtning har vidare beskrivits karaktäriseras av positiva förändringar i klienters självuppfattning, identitet och perspektiv på livet. En omformulerad självbild präglad av ökad självkänedom, acceptans och mer positiv självuppfattning har rapporterats som en central del av återhämtning (Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024). Vidare har återhämtning associerats med stärkt självbestämmande, ökad autonomi och engagemang i nödvändiga åtaganden för att stärka återhämningsprocessen, såsom följsamhet i terapi och medicinering (Turner et al., 2024). Klienter har även beskrivit en upplevelse av att frigöra sig från det förflutna och uppleva hopp inför framtiden (Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024).

Tillfredställande sociala relationer har identifierats som en ytterligare aspekt som framträtt i beskrivningar av återhämtning (Gillespie et al., 2022; Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024). Forskning har inom detta område framhållit klienters ökade användning av relationsfärdigheter, såsom stärkt förmåga att sätta och upprätthålla adekvata personliga gränser (Turner et al., 2024) och att uppvisa sund självhävdelse (Larivière et al., 2015). Därutöver har minskad social isolering, ökad tolerans för rädsla för att bli övergiven samt mod att visa sårbarhet i nära relationer lyfts fram (Katsakou et al., 2012). Klienter har beskrivit ökad öppenhet gentemot andra, vilket följaktligen framhållits främja närhet och ömsesidighet i relationer (Gillespie et al., 2022). Tidigare forskning har även identifierat att meningsfulla sociala sammanhang och engagemang i betydelsefulla aktiviteter är av stor vikt för upplevelsen av återhämtning (Gillespie et al., 2022; Turner et al., 2024). Detta innefattar deltagande i samhällliga roller och aktiviteter, där förmågan att behålla en sysselsättning särskilt betonats (Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015).

Ett liv värt att leva

Linehan (1993) har framhållit att psykoterapi kan utgöra ett viktigt steg på vägen till ett liv av acceptabel kvalitet, men att många av svaren på hur ett sådant liv utvecklas och vad det kan innehålla står att finna bortom terapi. Sedan DBT först introducerades har Linehan (1993) betonat att DBT inte är ett suicidpreventivt program, utan en behandling riktad mot att hjälpa klienter bygga ett liv värt att leva. I detta syfte innefattar behandlingskomponenterna färdigheter ämnade att stödja klienter samla positiva erfarenheter, både på kort sikt genom att öka frekvensen av lustfyllda aktiviteter och på lång sikt genom att utveckla mål baserade på personliga värderingar (Linehan & Wilks, 2015). Med ”ett liv värt att leva” avses ett liv som rymmer en tillräcklig mängd positiva inslag för att en person ska önska vakna på morgonen för att uppleva dessa. Innebörden är dock inte ett liv helt fritt från smärta eller negativa inslag (Linehan, 2020). Forskning som utforskat återhämtningsrelaterade mål och innebörden av ett liv värt att leva är dock hittills begränsad. Liljedahl et al. (2023) har beskrivit konceptet som tillfredställande utkomst i fas 3 och 4 av DBT-behandlingen. Trots att dessa behandlingsfaser explicit fokuserar på att främja klienters livstillfredsställelse, saknas emellertid en accepterad definition av konceptet. En tänkbar förklaring är att innebörden av ett liv värt att leva rimligen varierar mellan individer beroende på kontextuella faktorer såsom livserfarenheter och personliga värderingar. Eftersom konceptet samtidigt utgör det övergripande behandlingsmålet inom DBT (Linehan & Wilks, 2015), framstår den begränsade kunskapen om dess innebörd som en kunskapslucka angelägen att belysa.

En studie av Liljedahl et al. (2023) identifierade att klienter beskrev sig ha ett liv värt att leva fyra till sex år efter avslutad DBT-behandling. Dessa klienter uppfattade återhämtning och ett liv värt att leva som skilda, men sammanfallande, processer. Att ett liv värt att leva utvecklas över tid stämmer väl överens med tidigare forskning som visat att fullvärdig återhämtning utvecklas över tid (e.g. Zanarini et al., 2018). Hittills finns dock begränsad kunskap om på vilket sätt ett liv värt att leva korresponderar med återhämtning vid

behandlingsavslut och såvitt mig känt saknas kvalitativa studier som undersöker DBT-terapeuters perspektiv. Att utforska dessa skulle kunna ge insikt i hur väl terapeuters förståelse av återhämtning och ett liv värt att leva överensstämmer med klienters egna beskrivningar. Det saknas idag kriterier och mätmetoder som fångar om och i vilken utsträckning klienter upplever återhämtning och ett liv värt att leva som resultat av DBT. Fördjupad kunskap om dessa koncept är därför nödvändig för utvecklingen av såväl strukturerade som meningsfulla utfallsmått.

Syftet med föreliggande studie

Föreliggande intervjustudie syftar till att få en fördjupad förståelse för hur DBT-terapeuter uppfattar och beskriver återhämtning från borderline personlighetssyndrom hos sina klienter. Studien ämnar också utforska hur DBT-terapeuter uppfattar att återhämtning vid avslutad DBT-behandling korresponderar med konceptet ett liv värt att leva. För att besvara studiens syfte har följande frågeställningar formulerats:

1. Hur uppfattar och beskriver DBT-terapeuter återhämtning från borderline personlighetssyndrom?
2. Hur relaterar DBT-terapeuter återhämtning vid behandlingsavslut till konceptet ”ett liv värt att leva”?

Metod

Studiedesign

En kvalitativ design valdes för denna studie och materialet analyserades med tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006). Kvalitativ forskning möjliggör en rik och mångfacetterad förståelse av fenomen genom att låta människors berättelser utgöra grund för empirin. Den komplexitet och motsägelsefullhet som präglar verkligheten tillvaratas, vilket gör kvalitativa intervjuer väl lämpade för en utforskande ansats där människors subjektiva erfarenheter står i centrum (Braun & Clarke, 2013).

Förförståelse

Eftersom en kvalitativ analys enbart berättar en av alla möjliga historier som skulle kunna berättas baserat på datamaterialet bär metoden en inneboende subjektivitet där resultatet härstammar från både författarens och deltagarnas kontext. I kvalitativ forskning eftersträvas inte att eliminera denna subjektivitet, utan snarare att explicit reflektera över dess påverkan. Den reflexiva processen är därmed ett centralt redskap för att synliggöra forskarens möjliga inflytande på forskningsprocessen (Braun & Clarke, 2013). Mitt intresse för DBT väcktes under min tid som psykologkandidat och har därefter utvecklats genom mitt medlemskap i DBT-Sverige, som låtit mig ta del av undervisning inom området. Jag valde att skriva om återhämtning i relation till ett liv värt att leva eftersom jag uppfattade en avsaknad av forskning och jag motiverades således av att få bidra till ett underforskat område. Min kliniska inriktning är KBT och min förståelse av BPS ansluter till det feministiska perspektivet på diagnosen beskrivet av Kåver och Nilsson (2002). Detta perspektiv belyser hur diagnosen inte kan frikopplas från samhälleliga normer, könsmissiga maktförhållanden och kulturella föreställningar kring normalitet, till vilket jag vill tillföra synen på återhämtning. Ur det feministiska perspektivet skulle återhämtning från BPS inte enbart kunna förstås som en individuell process, utan också som en social och kulturell konstruktion som formas av patriarkala och samhälleliga normer och värderingar. Studien genomfördes vidare i en västerländsk kultur där den medicinska modellen har dominerat förståelsen av psykiatriska syndrom. Denna modell betonar individuella och biologiska faktorer framför sociala och strukturella aspekter av psykisk sjukdom och återhämtning. Eftersom synen på både sjukdom och återhämtning är kulturellt betingad (Corrigan & Ralph, 2005) är det möjligt att även denna studie påverkats av detta dominerande perspektiv. För att hantera min möjliga påverkan på de använda metoderna förde jag dagbok under arbetet med studien i syfte att tillhandahålla struktur för kontinuerlig reflektion (Levitt, Motulsky, et al., 2017; Levitt,

Pomerville, et al., 2017). I denna bok skrev jag ner tankar, känslor och reflektioner som uppstod i samband med olika steg i processen. Det är emellertid möjligt att min förförståelse kan ha påverkat mitt sätt att intervjua och mitt val av material för analys.

Undersökningsdeltagare och rekrytering

Intervjudeltagarna bestod av åtta DBT-terapeuter som representerade fyra olika svenska regioner. Majoriteten av deltagarna arbetade vid tidpunkten för intervju i vuxenpsykiatri medan två deltagare arbetade i barn- och ungdomspsykiatri. Flera deltagare hade dock erfarenhet av att bedriva DBT med både vuxna och barn. Deltagarnas ålder varierade mellan 34 och 60 år, med en medianålder på 55 år. Två män och sex kvinnor deltog. Längden deltagarna hade arbetat med DBT varierande mellan 2,5 och 23 år, med en medianlängd på 17 år. Av deltagarna var sex legitimerade psykologer, varav tre även legitimerade psykoterapeuter, en skötare med steg-1 utbildning samt en socionom och legitimerad psykoterapeut. Flera deltagare hade genomgått intensivutbildning i DBT och var vidareutbildade i traumafokuserad KBT. Samtliga deltagares psykoterapiinriktning var KBT.

Undersökningsdeltagarna rekryterades via mejl i nätverket för DBT-Sveriges mejllista i december 2024, varpå en påminnelse utgick i januari 2025. Inklusionskriterier sattes till att ha genomgått utbildning i DBT och att ha arbetat med DBT i minst ett års tid. Antalet deltagare baserades på vad som ansågs lämpligt för att uppnå mättnad, vilket avser den punkt då ytterligare data inte längre genererar ny information (Braun & Clarke, 2013). Eftersom mättnad dock inte enbart avgörs av antalet intervjuer, utan även av djupet av engagemang med data (Braun & Clarke, 2021) sattes en målsättning om att genomföra minst sju intervjuer. Eftersom erfarenhetsbaserade data avsågs inhämtas tillämpades ett målstyrt urval, i vilket deltagare med längst erfarenhet av att arbeta med DBT selekterades ur det urval som presenterade sig tillgängligt för deltagande genom att besvara rekryteringsmejlet.

Procedur

Mellan december 2024 och februari 2025 genomfördes intervjuer utifrån en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Dessförinnan genomfördes en pilotintervju med en yrkesverksam DBT-terapeut som tillhörde mitt kontaktnät. Eftersom intervjuguiden efter pilotintervjun i stort förblev oförändrad lyftes intervjun in i datamaterialet och analyserades enligt samma procedur som övriga intervjuer. Min handledare lyssnade på pilotintervjun och gav feedback på min intervjuteknik. Majoriteten av intervjuer genomfördes digitalt via Zoom och en intervju genomfördes på plats. Digitala intervjuer möjliggjorde en geografisk spridning bland deltagarna, vilket jag ansåg fördelaktigt för att erhålla en mångfald perspektiv och därmed skapa maximal variation i data (Braun & Clarke, 2013). Intervjuernas längd varierade mellan 27 och 54 minuter, med en medellängd på 44 minuter. Ingen ersättning utgick för deltagande. Intervjuerna spelades in via Zooms inspelningsfunktion, varpå endast ljudinspelningen sparades. I syfte att kunna reflektera över förhållandet mellan mitt urval och resultat (Braun & Clarke, 2013) efterfrågades demografisk information om kön, ålder, utbildningsbakgrund och klinisk inriktning efter att intervjun genomförts och inspelningen avslutats. Intervjuerna transkriberades med Transkriptors AI-tjänst (*Transkriptor*, 2025) och lyssnades igenom av mig i syfte att korrekturläsa transkriptionerna och avidentifiera materialet. Efter det att åtta intervjuer genomförts bedömde jag materialet mättat.

Dataanalys

I enlighet med Braun och Clarkes modell (2006) genomfördes reflexiv tematisk analys, en metod vars flexibilitet gör det möjligt att fånga rikedom och komplexitet i data (Braun & Clarke, 2023). Den teoretiska positionen i tematisk analys kan vara av konstruktivistisk eller realistisk ansats, varav den sistnämnda utgår från en kunskapssyn där språket betraktas som en direkt avspegling av deltagarnas verklighet. I den realistiska ansatsen står det som sägs i fokus, snare än hur det sagda konstrueras genom språk och sociala processer (Braun & Clarke, 2006). Denna studie anslöt sig till den realistiska ansatsen

eftersom frågeställningarna ämnade utforska deltagarnas direkta upplevelser och förståelse av fenomenen i fråga. En induktiv ansats var vidare lämplig eftersom studiens syfte krävde att koder och teman framträdde direkt från datamaterialet (Braun & Clarke, 2023). Detta säkerställde att analysen förblev förankrad i det semantiska innehållet, samtidigt som tematiseringen var oberoende av studiens frågeställningar, men grundad i studiens syfte. Kodning och tematisering utfördes på både semantisk och latent nivå. Analys på semantisk nivå återger deltagarnas utsagor utan att tolka underliggande betydelser, medan latent analys innebär tolkning bortom datas explicita innebörd (Braun & Clarke, 2013). Braun och Clarke har beskrivit sex faser i den tematiska analysprocessen:

Fas 1: Bekanta sig med data

Att lära känna datamaterialet genom upprepade aktiv läsning är kärnan i den första fasen av analysprocessen (Braun & Clarke, 2023), en process som började i samband med korrekturlyssning av transkriptionerna. AI-verktyget utförde en automatiserad verbatim transkription, vilket innebär att allt som sades transkriberades. Jag ändrade enbart ord som transkriberats uppenbart felaktigt och använde ett notationssystem beskrivet av Braun och Clarke (2013) med ett fåtal egna justeringar. Betoningar uttrycktes i versaler och ”(ohörbart)” adderades då det i ljudfilen inte gick att höra vad som sagts. I samband med korrekturlyssningen av identifierade jag datamaterialet genom att ta bort egennamn. När transkriberingen var klar skrev jag ut intervjuerna och läste igenom dessa ett flertal gånger, samtidigt som jag gjorde noteringar relaterat till helheten och delar av materialet. Processen innebar ännu inte systematisk hantering av data, utan var observerande.

Fas 2: Koda data

Genom kodning i fas två påbörjades systematisk analys av data. Eftersom ansatsen var induktiv kodade jag hela datamaterialet och inte enbart utvalda delar. Som enheter etiketterar koder en egenskap av data med potentiell relevans för forskningsfrågan (Braun & Clarke,

2023). I denna fas var det viktigt att inte vara allt för selektiv, utan att koda allt av potentiell relevans (Braun & Clarke, 2013). Jag kodade materialet digitalt genom att sammanställa koder med tillhörande intervjuextrakt i tabellform i ett dokument för samtliga intervjuer.

Fas 3: Generera initiala teman

Medan koder representerar ensamma analytiska observationer i datamaterialet, återspeglar teman mönster av delad mening på abstraherad nivå (Braun & Clarke, 2021). I denna fas grupperade jag koder med gemensamma nämnare till initiala teman som återspeglade meningsfulla mönster jag urskilde i data. I processen var jag aktiv på det sätt Braun och Clarke (2013) liknar vid en skulptörs arbetsprocess, i vilket datamaterialet utgör marmorbitar som skulptören bygger sin skulptur av. Datan medför begränsningar för vilken typ av analys som kan skapas, men avgör inte i sig vilken analys som framträder. Det är med andra ord möjligt att skapa flera olika analyser från data på samma sätt som olika skulpturer kan formas från samma bitar marmor. Ytterligare en del i denna fas var att börja utforska förhållandet mellan teman och reflektera över hur temana samverkade för att berätta en historia om data (Braun & Clarke, 2013). Jag förde dessa reflektioner i dagboksformat och i samråd med min handledare. Koder som inte passade in under något initialt tema samlades i en egen kategori då analysen i detta skede var preliminär och temana ännu inte slutgiltiga.

Fas 4: Revidera och utveckla teman

Den fjärde fasen innebar en rekursiv process i vilket jag granskade teman i förhållande till koder och det kompletta datamaterialet. Fokus låg på kvalitetskontroll och analytisk utveckling av teman (Braun & Clarke, 2023). Processen var tvådelad och innebar initialt granskning av huruvida koddata inom temana var sammanhållna på ett meningsfullt sätt. I detta syfte ritade jag upp visuella temakartor, vilket även tillät mig säkerställa att det fanns distinkta skillnader mellan teman (Braun & Clarke, 2006). Teman kontrollerades även mot

hela datauppsättningen genom förnyad genomläsning av intervjuerna i syfte att säkerställa att temana på ett meningsfullt sätt återspeglade mönstren i materialet (Braun & Clarke, 2023).

Fas 5: Kultivering, definition och namngivning av teman

I den femte fasen skedde ett djupgående analytiskt arbete med att förfina, utveckla och namnge teman. Namngivning bidrog till att klargöra det unika i varje tema. Kortfattade definitioner av varje tema formulerades för att tydliggöra dess essens och avgränsa vad som kunde inkluderas (Braun & Clarke, 2013). I denna fas utgjorde skrivandet en central del av processen. Vidare valde jag ut lämpliga citat för att illustrera temana (Braun & Clarke, 2023).

Fas 6: Producera rapporten

Eftersom skrivandet var en återkommande del av analysprocessen innebar den sista fasen att formalisera och färdigställa analysen (Braun & Clarke, 2023). För att öka läsbarheten redigerades upprepningar och irrelevant material från utvalda citat och markerades med [...]. Betoningar kursiverades och den färdiga rapporten framträdde därmed i sin helhet.

Tabell 1

Exempel på kodning och tematisering

Citat	Kod	Undertema	Tema
Har man liksom inte närmat sig	Återhämtning	Att ha lämnat	Från lidande till
sina mål, om man	innebär att ha	självd destruktiva	ett liv i
fortfarande har ett liksom	slutat	beteenden	normal
aktivt självskadande och inte	självskada		frihet
har direkt minskat sina			
självskador. Då har inte den			
här behandlingen varit			
effektiv på det sättet.			

Etiska överväganden

Denna studie genomfördes som psykologexamensuppsats vid Stockholms universitet och krävde således inte tillstånd från etikprövningsnämnden. Istället undertecknades en etikdeklaration som följer principerna i Lag (2003:460) om etikprövning som avser forskning på människor. Inom forskningsetiken har skyddsintresset en särställning, vilket innebär att deltagarnas välbefinnande och säkerhet bör prioriteras. Nyttan med forskning bör alltid vägas mot risken för negativ påverkan på deltagarna (Åkerman, 2024). Vad gäller denna studie bedömdes risken för negativ påverkan på undersökningsdeltagarna låg då deltagande var frivilligt, studien inte behandlade känsliga personuppgifter och inte använde någon metod som syftade till att påverka deltagarna psykiskt eller fysiskt. Nyttan med studien, att bidra till ökad förståelse för hur DBT-terapeuter förstår fullgod återhämtning, bedömdes överväga. I syfte att respektera självbestämmande gällande studiedeltagande gavs deltagarna information om vad deltagande innebar innan samtycke inhämtades (Åkerman, 2024). För att säkerställa att samtycket som lämnades var informerat fick alla deltagare i samband med sin intresseanmälan till studien ta del av en skriftlig informationsbilaga som inkluderade information om studiens syfte, konfidentialitet och vad deltagande innebar. Informationen inkluderade uppgifter om ansvariga för studien, inkluderande forskningshuvudman och handledare, samt ämnesområde för intervju, syftet med studien, vilken metod som användes, hur data hanterades, att intervjuer spelades in samt att medverkan var frivillig och när som helst kunde avbrytas fram till dess att uppsatsen lämnades in. I samband med intresseanmälan fick deltagarna även kontaktuppgifter till mig och möjlighet att ställa frågor. Samtycke inhämtades muntligt i början av intervjuer efter att inspelningen startats. Demografisk information efterfrågades i slutet av intervjun efter att inspelningen avslutats.

I samband med att intervjuer sparades på min dator länkades de till en pseudonym i form av ett fiktivt namn som användes under resterande analys. Under transkriberingen avidentifierades datamaterialet ytterligare då uppgifter som kunde härledas till enskilda

personer eller sammanhang ströks över. Att filerna lösenordsskyddades säkerställde att datamaterialet förvarades så att utomstående inte kunde komma åt uppgifter. Handledare och kursansvarig hade tillgång till ljudfiler och transkriptioner i kopia på institutionen. När arbetet med studien slutförts och betygsatts destruerades ljudfilerna. Samtliga deltagare fick en kopia av den färdiga uppsatsen.

Resultat

Studiens resultat presenteras nedan utifrån frågeställningarna med en inledande översikt över teman och underteman.

Frågeställning 1: Hur uppfattar och beskriver DBT-terapeuter återhämtning från borderline personlighetssyndrom?

Analysen resulterade i ett huvudtema och fem underteman som besvarar studiens första frågeställning: (1) Från lidande till ett liv i normal frihet, (1.1) Individuell process, (1.2) Ha lämnat självdestruktiva beteenden, (1.3) Ha tillägnat sig färdigheter, (1.4) Förändringar i självbild och självacceptans, och (1.5) Ha skapat en meningsfull tillvaro.

Tema 1. Från lidande till ett liv i normal frihet

Terapeuterna beskrev återhämtning som en övergång från ett tillstånd av lidande till ett liv i normal frihet. Klienters känslor, tankar och beteenden beskrevs som kaosartade innan behandling, präglade av den emotionella dysreglering som enligt den biosociala teorin betraktas som drivande i att skapa beteendemässig, interpersonell, identitetsrelaterad och kognitiv instabilitet. Suicidala, impulsiva och destruktiva beteenden framhölls av terapeuterna som maladaptiva strategier för att hantera överväldigande, okontrollerbara och intensivt negativa känslotillstånd, även om de i vissa fall beskrevs kunna fylla en kortsiktig funktion. Att upprepat erfara sådana smärtsamma tillstånd och som respons tillgripa destruktiva beteenden betraktades som en källa till betydande lidande. Självskada, relationella konflikter, identitetsförvirring samt upplevelser av tomhet och självförakt framhölls som exempel på hur

detta lindande kunde ta sig uttryck, medan återhämtning i detta sammanhang betraktades som ett tillstånd av frigörelse från lidandet.

Om man tänker att livet när de kommer är i stort sett... (...) Alltså att döden är så närvarande att den liksom procentuellt bara... Den ligger ju där hela tiden, att man lever på något sätt ett jättesvårt liv när man har, men bara huvudfull och självmordstankar, en så känslomässig smärta så att man ja... Jamen inte står ut. Och att man har... Kanske de enda strategierna är då självdestruktiva eller självskadebeteende. (Mona)

Studien visade att terapeuterna uppfattade att återhämtade klienter har stärkt sin förmåga till emotionell reglering, vilket minskat den kaosartade tillvaro som vid behandlingens början genomsyrat klienternas liv och medfört en upplevelse av ökad frihet. Frihet beskrevs både som en minskning av emotionellt lidande och som en konsekvens av ökad beteendemässig kontroll, något som i sin tur framhölls medföra ökad frihet att styra livet i önskad riktning. Ett steg i riktningen mot denna frihet ansågs vara att klienter inte längre undviker, dömer eller skyr sina känslor, utan utvecklat förmågan till känslomässig medveten närvaro. Terapeuterna menade att tolereras och acceptans av känslor möjliggör målinriktat beteende även i närvaro av negativa känslor, och således frihet att navigera ändamålsenligt i livet. Att besitta förmågan att handla medvetet, snarare än att agera impulsivt på dysreglerade känslor, beskrevs även medföra ökade upplevelser av kontroll över tillvaron, något som framhölls som en nyckel till minskat lidande.

Så att ha återhämtat sig då skulle väl kunna vara när du har, när du vet hur du ska liksom använda din inre kompass. Att du kan vara uppmärksam och mindful på att nu reagerar jag, och kunna ta hand om de känslorna och de tankar som aktiveras och på ett sätt så att jag kan fortsätta att ha negativa tankar, negativa känslor och ändå agera på ett flexibelt och... Det finns ju det här begreppet psykologisk flexibilitet och jag tänker att det... Det är väl det, den förmågan som vi jobbar mycket med att på något sätt finna. (Sofia)

Vid behandlingsavslut beskrevs återhämtade klienter inte längre vara funktionsnedsatta av allvarliga psykiatriska diagnoser. Terapeuter som rutinmässigt genomför en ny bedömning av de diagnostiska kriterierna för BPS menade att klienter ofta inte längre uppfyller diagnosen. Även andra psykiatriska diagnoser beskrevs ofta ha gått i remission, eller mildrats i sådan utsträckning att klienterna inte längre upplever betydande funktionsnedsättning socialt, yrkesmässigt eller inom andra viktiga livsområden. Det framgick att en förbättrad funktionsförmåga medför ökad självständighet, vilket ger klienter frihet att ta vara på livets möjligheter och hantera dess utmaningar. För klienter med exempelvis agorafobi beskrevs förbättrad funktion kunna innebära ökad rörelsefrihet att självständigt ta sig runt i samhället och delta i vardagliga aktiviteter.

Resultaten visade vidare att en total avsaknad av bekymmer eller negativa känslor inte betraktades som synonymt med att ha gått från lidande till ett liv i normal frihet. Att en viss mängd svårigheter är en naturlig del av livet för alla människor menade terapeuterna att klienter kan behöva påminnas om. I enlighet med den biosociala modellen framhölls dessutom att klienter med BPS har en medfödd känslomässig sårbarhet karaktäriserad av hög känslighet för emotionella stimuli och stark känslomässig reaktivitet. Denna sårbarhet beskrevs vara en bestående faktor, vilket innebär att återhämtade klienter fortsatt kan komma att uppleva intensiva negativa känslor och behöva arbeta aktivt med känsloreglering. Resultaten visade dock att den frihet som kännetecknar återhämtning framför allt innebär en befrielse från det massiva lidande som tidigare gjort livet outhärdligt. Även återhämtade klienter kommer att möta utmaningar i livet, men beskrevs ha utvecklat en förmåga att hantera dessa med samma frihet som personer som aldrig diagnostiserats med BPS.

Och sen ofta en acceptans för, (...) en acceptans för hur man fungerar och liksom en acceptans för att ja, jag är en person som känner starka känslor liksom och så kommer det nog vara.

Men, och det är nog... Det är ändå okej (...). Det känns ändå som att det, jag kan leva det här livet trots det. (Sam)

1.1. Individuell process

Återhämtning betraktades som en individuell process som påverkas av klientens livssituation, personliga förutsättningar och psykiatriska samsjuklighet. Det framkom att hur återhämtningen tar sig uttryck vid behandlingsavslut varierar avsevärt mellan klienter, delvis med anledning av att livsmål skiljer sig åt och att dessa påverkar vad klienter önskar av behandlingen. Terapeuterna framhöll att klienters mål formas av faktorer såsom ålder och skede i livet. Exempelvis menade terapeuterna att relationer betraktas som ett vanligt mål för klienter i livets senare skeden, medan utbildning och studier ofta är centralt för yngre klienter. Psykiatrisk samsjuklighet lyftes också fram som en faktor som påverkar både omfattningen av klienters framsteg i behandlingen och den konkreta livssituationen vid behandlingsavslut.

Det är en extremt heterogen grupp som vi träffar. Den blir liksom mer och mer och mer heterogen. (...) Det blir en mindre och mindre andel här som är liksom, är den här såhär klassiska borderlinepatienten. Det är ju liksom, det har blivit en jättestor grupp här som är liksom autistiska. (John)

Även den enskilda klientens personliga förutsättningar, liksom de begränsningar och möjligheter som följer av dennes livssituation, ansågs påverka hur återhämtningen konkret tar sig uttryck. Sådana faktorer exemplifierades som tillgången till stöd från närstående, socioekonomiska resurser samt möjligheten till sysselsättning i individens närområde. I vissa fall beskrevs en alltför traditionell syn på utbildning och sysselsättning som ett direkt hinder för återhämtning. För vissa klienter framhölls det vara avgörande att omvärdera förväntningar och mål, exempelvis kring att avlägga gymnasieexamen, istället för att försöka följa en normativ väg. För dessa klienter beskrevs återhämtning innebära att skapa alternativa mål som bättre överensstämmer med klientens faktiska förutsättningar, liksom att acceptera personliga begränsningar och behov.

Terapeuterna beskrev återhämtning som en dynamisk process utan tydlig slutpunkt, samtidigt som behandlingen framhölls tidsbegränsad. Flera terapeuter menade att

behandlingen inte nödvändigtvis avslutas mot bakgrund av att terapeuten anser klienten vara återhämtad, utan att avslutet snarare baseras på hur lång behandling som är möjlig att ge och att terapeuten tar ställning till klientens eventuella kvarvarande vårdbehov när behandlingstiden löpt ut. Mot bakgrund av detta berättade flera terapeuter att de sällan använder återhämtningsbegreppet i sitt kliniska arbete. Istället framkom att mer situationsspecifika termer såsom ”framsteg i behandlingen”, ”att hitta sin inre kompass”, ”bättre mående” eller ”att bygga upp färdigheter” tenderar att användas för att beskriva klienters utveckling. De flesta terapeuter menade att de vanligen arbetar igenom behandlingsfas 1 till 2 och inleder fas 3, medan DBT framhölls som en livslång behandling där fas 4 fortsätter efter det formella behandlingsavslutet. Endast en terapeut hade erfarenhet av att vissa klienter går igenom samtliga faser inom ramarna för behandlingen och en terapeut som arbetade med barn och unga konstaterade att det i de flesta fall endast är möjligt att arbeta i fas 1 med anledning av yttre tidsbegränsningar, såsom att klienten fyller 18 år och behöver vidareremitteras. Trots dessa variationer fanns en samstämmig uppfattning om att återhämtningsprocessen fortgår efter avslutad behandling, då klienten fortsätter att tillämpa färdigheter för att vidmakthålla och stärka sin fortsatta återhämtning.

1.2. Ha lämnat självdestruktiva beteenden

En nödvändig förutsättning för återhämtning identifierades vara att ha lämnat självdestruktiva beteenden. Oavsett i vilken utsträckning klienten uppnår livsmål och upplever positiva förändringar till följd av återhämtningsprocessen, framhölls att självskada och livshotande beteenden alltid behöver upphöra för att klienten ska kunna bli återhämtad.

Då tänker jag väldigt mycket på liksom tydliga ouverta beteenden. Självskada liksom. Det är väl det jag tänker på allra först. Och det är det som jag tycker också är tydligast, som man kan se hos de här [ungdomarna] också, att de liksom slutar självskada. (John)

Studien visade att terapeuter uppfattar att återhämtade klienter, trots att de fortsatt möter utmanande situationer präglade av starka känslopåslag, inte längre tillgriper destruktiva

beteenden. Det framkom att återhämtningen blir tydlig för terapeuter under terapisessioner vid tillfällen då klienter berättar om hur de hanterat utmanande situationer utan att återfalla i destruktiva beteendemönster, såsom substansbruk eller självskadebeteende. Terapeuternas exempel på sådana situationer inkluderade bland annat relationella konflikter, relationsavslut samt livsförändringar som kunde innefatta beslut av stor betydelse. Att klienter, trots att livet fortsatt innefattar utmaningar och problem, avstår från att bruka destruktiva beteenden som på sikt förvärrar situationen och bidrar till ökat lidande, beskrevs därmed som kännetecknande för återhämtning.

1.3. Ha tillägnat sig färdigheter

Tillägnandet av färdigheter, samt förmågan att flexibelt kunna tillämpa dessa, framhölls av terapeuterna som en viktig del av och förutsättning för återhämtning. Samtliga fyra moduler i färdighetsträningen lyftes fram som nödvändiga: färdigheter i medveten närvaro och känsloreglering, relationsfärdigheter och färdigheter för att stå ut när det är svårt.

Ja, färdigheter att hantera riktigt svåra situationer, kriser, men också det, ja, vardagliga. Kunna organisera sig, kunna förstå vad som är viktigt och inte bli för uppsplittrad och överväldigad och stressad i situationer. Så ja. Så att använda, kunna använda färdigheter i situationer där man märker att det inte liksom... De färdigheterna inte aktiveras bara av sig själv, liksom naturligt. Och jag behöver stanna upp och känna in och följa den här inre kompassen. (Sofia)

Terapeuterna beskrev tillägnandet av färdigheter som en drivkraft i återhämtningsprocessen och något som möjliggör många av de positiva förändringar som kan observeras i klienternas liv vid behandlingsavslut. Vidare identifierades tillägnandet av en tillräcklig mängd färdigheter som en indikator på att behandlingen är redo att avslutas, då detta ansågs utgöra grund för klienter att på egen hand kunna fortsätta bygga önskade liv.

Sedan visar det sig i gruppen. (...) men att de får ofta liksom en väldigt... Ja, men får en senior, bra roll i gruppen där de är hjälp... Liksom kan ja, de blir som co-terapeuter nästan eller så här jåkligt, alltså kloka, schyssta, visar vägen, förklarar, ger exempel, validerar. Och det

tycker jag... Och att de liksom *kan* sina färdigheter. Det är ju, det är ju verkligen en tydlig... Ett tydligt bevis för recovery tycker jag, att de liksom använder sig av färdigheter och, och kan det liksom. (Sam)

Inom färdighetsgrupperna för medveten närvaro och känsloreglering relaterade terapeuterna återhämtning till en ökad acceptans för inre upplevelser och stärkt förmåga att observera och beskriva känslor utan att döma. Detta beskrevs medföra ökat utrymme att agera effektivt även i utmanande situationer, såsom att i vissa lägen agera tvärt emot en känslas impuls. Inom relationsfärdigheterna framhölls klienters ökade förmåga att bevara goda relationer, avsluta destruktiva eller ohjälpsamma relationer samt skapa nya eller återuppbygga tidigare relationer. Terapeuterna uttryckte att återhämtade klienter ofta kan observeras våga komma andra närmare än tidigare och uppvisa ökad förmåga att tillgodose egna behov och önskningar i relationer. Särskilt betydelsefull framhölls färdigheten att validera både sig själv och andra, då denna ansågs förbättra relationer och minska emotionell sårbarhet. Terapeuterna beskrev att en betydande del av dagen för vissa klienter innan behandlingen kunde präglas av negativa känslor såsom ilska eller aversion gentemot personer i deras omgivning, vilket konstant ökade den emotionella belastningen. Genom validering och ett icke-dömande förhållningssätt beskrevs denna pågående sårbarhet ha minskat vid behandlingsavslut, vilket inte enbart gynnat relationer, utan även främjat klientens eget välbefinnande.

1.4. Förändringar i självbild och självacceptans

Återhämtningsprocessen framhölls behäftad med förändringar i klienters självbild och självacceptans. Vid behandlingsavslut framkom att klienter ofta utvecklat en fördjupad självkännedom och ökad insikt i sina svårigheter. En nyckel till återhämtning framhölls vara att ha identifierat livsområden där kvarstående utmaningar förekommer och fortsatt arbete är nödvändigt, samt att ha utvecklat en tydligare bild av vad klienten värderar inom dessa områden. Vidare visade resultaten att en stärkt identitetsuppfattning ses som kännetecknande för återhämtning. Terapeuterna menade att klienter i början av behandlingen ofta saknar en

tydlig uppfattning om den egna identiteten, vilket kan resultera i att de anpassar sig till omgivningens önskemål på bekostnad av egna behov. Vid behandlingens slut framhöll terapeuterna i motsats till detta att en markant ökning av klienters självrespekt kan observeras, en förändring som beskrevs som nära kopplad till att självnedvärderande och självkritiska tankar minskat. För att främja denna utveckling betonades vikten av att adressera sådana föreställningar under behandlingen. Utvecklingen av ett mer medkännande själv framhölls därmed som bidragande till en mer positiv och balanserad självbild vid behandlingens slut.

Och, ja, det handlar också om hur man identifierar sig liksom. Som att jag är ett psykfall, liksom att... Då, den här återhämtningen då från... Det kan, kan ju vara då att sakta också få ja, jag är andra grejer än, än psykipatient liksom. (Carmen)

Genom färdighetsträningen beskrevs klienter hitta sätt att tillämpa färdigheter på konstruktiva sätt i utmanande situationer, vilket framhölls främja upplevelser av ökad kompetens, självförtroende och tilltro till den egna förmågan. Detta ansågs i sin tur stärka klienters egenmakt. I motsats till tidigare erfarenheter av maktlöshet och passivitet menade terapeuterna att återhämtade klienter vid behandlingsavslut har tagit en mer aktiv roll i sina liv. Denna förändring betraktades möjliggöra ökad självständighet samt en upplevelse av ökad kontroll över tillvaron. Återhämtning sågs vidare präglas av ökad acceptans, både av den egna personen, den individuella funktionsnivån och av smärtsamma livserfarenheter. Terapeuterna beskrev att återhämtade klienter utvecklat en större förståelse för sina personliga resurser, liksom acceptans av de möjligheter och begränsningar den unika livssituationen medför. Sådana insikter framhölls öka klienters förmåga att ställa rimliga krav på sig själva samt göra det möjligt att skapa en trivsamt vardag utifrån befintliga resurser. Att ha vågat närmat sig smärtsamma livserfarenheter och ha funnit acceptans för även dessa framhölls som en ytterligare viktig del av återhämtning.

Och när jag tänker då, den här personen har återhämtat sig. Då innebär det ofta att man har kunnat, att man kan liksom möta dem, acceptera och orka känna de känslor som är relaterade

till det som man har varit med om i sitt liv. Beroende på vad det då kan handla om. (. ...) Inte bara att man har lärt sig de här DBT-färdigheterna utan även liksom att man kan förhålla sig till det som har funnits i ens liv, smärtpunkter i ens liv. Ja, som kan vara... Det kan ju vara allt ifrån sexuella övergrepp under hela uppväxten till mer, ja mer eller mindre traumatiska händelser eller traumatiserande invalidering (...). (Rut)

1.5. Ha skapat en meningsfull tillvaro

Terapeuterna beskrev att återhämtade klienter vid behandlingsavslut har skapat en meningsfull tillvaro. Som grund för en sådan tillvaro lyftes vikten av en stabil och trygg vardag fram, där klienten inte är utsatt eller hotad av andra. Det framkom att klienter vid behandlingsavslut i större utsträckning har börjat komma i kontakt med sådant som ger livet mening, även om klienterna ännu inte har uppnått alla sina mål eller förverkligat alla sina drömmar. Upplevelsen av att ha behållning av livet, tillsammans med en närvaro av något som ger mening och skapar engagemang, sågs vara av vikt för att stärka klienters förmåga att hantera svårigheter, liksom bidra till ett liv som upplevs som meningsfullt även under kriser.

Ja, jag har [vid behandlingsavslut] det som är viktigt. Det är mina djur. Det som är viktigt är mina relationer. Det som är viktigt är mitt engagemang i (...) Världsnaturfonden eller vad det nu är? Ja, ja, någonting som liksom förankrar mig i livet. (Sofia)

Att delta i en meningsfull sysselsättning anpassad efter klientens förutsättningar identifierades som en viktig del av att ha en meningsfull tillvaro. Beroende på klientens specifika situation kunde detta innefatta allt från studier till förvärvsarbete eller deltagande i verksamheter såsom aktivitetshus med varierande sysselsättningsgrad. Därtill lyftes fritidsaktiviteter och ideellt engagemang fram som exempel på sådant som kan bidra till skapande av en meningsfull tillvaro.

Men om man ser till det yttre så är det ju att man kan ha en sysselsättning. Ha något att göra på dagarna. Och det spelar ingen roll om man upptäcker att man bara orkar jobba 50 procent, men bara att man gör saker. Man kanske går en kurs eller man kanske... Man har intressen och

vänner. Och orkar med det sociala och framförallt orka ta hand om sina barn, om man har det.

(Sigrid)

Gemenskap med andra människor och sociala relationer präglade av samhörighet framhölls som en ytterligare del av en meningsfull tillvaro. Ifall klienten har ett behov av att stärka sitt sociala nätverk beskrevs detta kunna innebära att återknyta kontakter med familj och släkt, alternativt att bilda nya relationer byggda på ömsesidighet och respekt. Närvaron av minst en fungerande nära relation framhölls av terapeuterna som en betydelsefull faktor i återhämtningsprocessen, samtidigt som det exakta antalet nära relationer ansågs variera beroende på klientens personliga preferenser och förutsättningar i omgivningen.

Frågeställning 2: Hur relaterar DBT-terapeuter återhämtning vid behandlingsavslut till konceptet ”ett liv värt att leva”?

Analysen resulterade i fem huvudteman som besvarar studiens andra frågeställning: (2) Ett liv värt att leva som meningsskapande genom måluppfyllelse och värderingar, (3) Återhämtning som grund för ett liv värt att leva, (4) Ett liv värt att leva som drivkraft för återhämtning, (5) Att ha valt livets väg, och (6) Att fortsätta följa livets väg.

Tema 2. Ett liv värt att leva som meningsskapande genom måluppfyllelse och värderingar

Resultaten visade att ett liv värt att leva definierades som en subjektiv upplevelse av mening, där både grundläggande måluppfyllelse och att leva i regelbunden kontakt med personliga värderingar är centrala delar. Konceptet beskrevs som motsatsen till självdestruktivitet och suicidalitet, där en avgörande markör för en klient uppnått ett liv värt att leva är att klienten har gjort ett aktivt val att leva och engagera sig i sitt liv, i motsats till att övervägande del av tiden önska dö. Detta framhölls förutsätta en subjektiv upplevelse av hopp inför framtiden, liksom en upplevelse av att livet har mening och värde, även i svåra stunder.

Det jag gör nu gör mitt liv värt att leva. Där jag befinner mig, där jag ja, och när det kommer mörka dagar, när jag tänker att livet inte är värt att leva eftersom det är... Det är ju så för oss

alla, att livet är inte alltid liksom solklart och tydligt och enkelt. Vad är då? Vad är det då jag kan klamra mig fast vid som är viktigt för mig? Som gör mitt liv värt att leva? Har jag något litet, någonting nära, någonting som jag håller mitt fokus på? (Sofia)

Terapeuterna beskrev att ett liv värt att leva innefattar grundläggande måluppfyllelse, vilket innebär att vissa saker behöver finnas i en klients liv för att det ska kunna upplevas som värt att leva. Basal trygghet, någon fungerande relation och något att engagera sig i framhölls som exempel. Terapeuterna menade att dessa saker, tillsammans med vad varje klient själv anser nödvändigt, behöver ha uppfyllts i tillräcklig utsträckning för att klienten ska kunna uppleva sitt liv som värt att leva. Det betonades att det inte är terapeutens uppgift att identifiera vilka mål en klient bör ha, utan att det är upp till varje person att formulera vad som är nödvändigt för ett liv värt att leva. Samtidigt beskrev terapeuterna att det vanligen rör sig om ett ”svenssonliv”, inkluderande saker såsom bostad, sysselsättning, familj eller husdjur, sådant som möjliggör självförsörjning, basal trygghet och social gemenskap. Att ha uppnått eller närmat sig sådana konkreta mål beskrevs göra livet värt att leva, även om vissa av målen först kan uppnås på lång sikt.

Men jag tror att *både* liksom värderad riktning, det är ju lite existentiellt. (. . .) Men samtidigt så finns det ju liksom den här mer standard KBT-delen i att man verkligen ska formulera konkreta mål. De konkreta målen är ju det som också liksom kommer göra livet värt att leva, som kommer skapa mening och upplevelse av kompetens. (Therese)

Den andra delen av ett liv värt att leva framhölls vara att leva i regelbunden kontakt med och handla utifrån personliga värderingar. Konceptets innebörd liknades vid begreppet *värderad riktning* i Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Att formulera personliga värderingar ansågs vara en nödvändig förutsättning för att kunna skapa ett liv värt att leva. Det terapeutiska arbetet med ett liv värt att leva beskrevs således nära besläktat med värderingsarbete, inriktat på att tillsammans med klienten utforska och identifiera värderingar som står i motsats till död och som kan bidra till ökade upplevelser av mening. Det framkom

att några terapeuter lade till arbetsmoduler om värderad riktning från Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) i behandlingsarbetet, med anledning av de inte ansåg färdighetsträningen innehålla tillräckligt av detta. Ett liv värt att leva relaterades även till begreppet *wise mind*, även kallat *inre visshet*. Med detta avsågs att klienter vid varje handlingsalternativ, genom att väga förnuft och känsla mot varandra, kan finna visshet kring vad som kommer leda klienten närmare ett meningsfullt liv.

För mig handlar ju det mycket om wisemind. (. ...) Om man ska använda ACT-språk, att leva i, liksom värderad riktning. Att veta! För mig handlar det mycket om att veta, vad är viktigt för mig? Hur vill jag leva mitt liv? Och sen varje dag ha kontakt med det. Och när man tappat kontakt med det, att kunna lägga märke till det och kunna styra om skutan mot det. (John)

Några terapeuter påpekade att alla klienter i DBT inte nödvändigtvis har förmågan att förstå abstrakta koncept såsom ”värderad riktning” eller ”ett liv värt att leva”. I dessa fall framhölls att terapeuten kan behöva förenkla och konkretisera begreppen och de frågor som ställs till klienten, exempelvis genom att undersöka vad klienten tycker om i sin vardag och sedan arbeta mot att öka de upplevelserna. Därtill framhölls att det inte är givet att alla klienter är nyfikna på eller har modet att utforska vad som behöver finnas i det egna livet för att det ska upplevas som meningsfullt. I sådana fall beskrevs DBT-behandlingen kunna bli mer instrumentell, där fokus primärt riktas mot att minska självskadebeteende. Även detta ansågs vara en väg mot ett liv värt att leva.

Tema 3. Återhämtning som grund för ett liv värt att leva

Av studien framkom att en viss grad av återhämtning betraktades som en förutsättning för ett liv värt att leva. Eftersom självdestruktivitet ansågs oförenligt med konceptet, framhölls det omöjligt för en klient uppnå ett liv värt att leva utan att ha återhämtat sig sånär alls. Vidare betraktades ett liv värt att leva som oförenligt med fas 1 av DBT-behandlingen och ansågs näbart först efter att självdestruktiva och livshotande beteenden upphört. Somliga terapeuter inkluderade även inledningen av fas 2 och menade att en minskning av

känslomässigt undvikande också är en nödvändig förutsättning. På detta sätt beskrevs ett liv värt att leva vara något som tar vid i återhämtningsprocessen och fortsätter att utvecklas i takt med att återhämtningen fortskrider.

Det låter jättelöjligt att säga så här, men det går ju nästan inte att få ett liv värt att leva om man inte har återhämtat sig något sånär. För om du får ha kvar dina självdestruktiva problem, så, så hinner du ju inte tänka på hur du vill ha ditt liv, då lever du ju inte enligt med dina värderingar, eller? (Sigrid)

Tillägnandet av färdigheter under återhämtningsprocessen framhölls vidare som en förutsättning för skapandet av ett liv värt att leva. Terapeuterna gav flera exempel på hur en successiv utveckling av färdigheter under behandlingen kunde bidra till detta. Ett framträdande exempel var färdigheter i medveten närvaro, vilka beskrevs möjliggöra ökad självreflektion kring vem klienten är och vad denne önskar av livet. När en klient använder självdestruktiva beteenden framhölls inget sådant utrymme finnas för reflektion som kan leda klienten närmare ett liv i linje med personliga värderingar. Emellertid beskrevs förvärvandet av färdigheten att uppleva nuet med ett accepterande förhållningssätt kunna bidra till att klienten kan agera i överensstämmelse med sina värderingar, även när detta innebär att möta smärtsamma känslor. Att med hjälp av färdigheter kunna agera i linje med värderingar ansågs således skapa förutsättning för att kunna uppleva ett liv värt att leva.

Först behöver man börja kunna självvalidera sig. Och liksom känna att... Istället för bara klanka ner på sig och döma sig, att ändra det till självvalidering och börja ta hand om sig. Och först då, då blir det massa utrymme för att tänka men vad vill jag då och vem är jag och vad skulle vara bra för mig? Liksom... Att tillåta sig det, sökandet. (Sigrid)

Utöver tillägnandet av färdigheter framhölls återhämtningsprocessen med en gradvis minskning av psykiatrisk symptombelastning som direkt bidragande till upplevelsen av att ha ett liv värt att leva. Som en naturlig konsekvens av minskat lidande och minskade suicidtankar

menade terapeuterna att utrymme frigörs för engagemang i sådant som ökar positiva känslor på sikt, vilket beskrevs bidra till att klienter börjar betrakta livet som allt mer meningsfullt.

Tema 4. Ett liv värt att leva som drivkraft för återhämtning

Det framkom att ett liv värt att leva betraktades som drivkraft för återhämtning, där det ses verka som en förstärkande faktor som ger riktning i återhämtningsprocessen och motiverar klienter att genomgå behandlingen. Ett liv värt att leva beskrevs genomsyra behandlingen och vägleda alla insatser, som i grunden syftar till att hjälpa klienter skapa liv värda att leva.

Och för en del så är det ju så att man har haft så fullt upp med att bara hantera problem. Man har ju liksom inte hunnit tänka på vad man egentligen skulle vilja med sitt liv, vilket ju kan vara en del av problemet. En del av den onda cirkeln, att man inte har någon riktning. Men att då blir det ju så klart en jätteviktig del av behandlingen att börja liksom fundera lite och kunna hitta, liksom i alla fall påbörja en riktning. Sen kan den ju förändras på resans gång. (Therese)

Ett liv värt att leva sågs även verka som en viktig motivationsfaktor för klienter att genomgå behandlingen och arbeta med färdigheter. Terapeuterna framhöll att användandet av färdigheter är mindre verksamt för att omedelbart lindra inre smärta jämfört med destruktiva beteenden, något som ställer krav på hög motivation. För att klienter ska orka göra valet att använda färdigheter framför kortsiktigt lindrande, men långsiktigt problematiska beteenden, framhölls vikten av att förankra motivationen i något som upplevs som meningsfullt och eftersträvänsvärt. Kontakt med ett liv värt att leva beskrevs därmed vara något som kan öka en klients motivation att tolerera och hantera kortsiktigt obehag genom att använda färdigheter. Detta i syfte att på sikt uppnå det klienten drömmer om i sitt liv.

Terapeuterna framhöll att arbete med ett liv värt att leva är särskilt viktigt under de tidiga behandlingsfaserna. Genom att uppmuntra klienten att ge uttryck för önskningar kring vad denne önskar av livet och av behandlingen, stort som smått, kan identifieringen av mål och värderingar underlättas. Dessa kan i sin tur fungera som drivkraft och stärka klientens behandlingsmotivation. Det ansågs därför centralt att klienten kommer i kontakt med

konceptet redan tidigt i behandlingen. Om så inte skulle vara fallet, och klienten inte får stöd i att utforska sina personliga värderingar, beskrivs destruktiva mönster riskera upprätthållas.

Ja, men om de inte hittar sig själva och vad de, hur de vill leva, så kommer ju de att leva som de gjorde [innan behandlingen]. Då kommer den här kvinnan som blir jätteilla behandlad av sin man och fortsätta leva med honom. Ja, då kommer hon att fortsätta ha sin svåra anorexi och självskadebeteende antagligen, hon kommer inte må bättre. Så där måste man ju hitta sig själv, för att så här, när jag är värd att inte kränkas dagligen, så flyttar jag till en egen lägenhet. (Sigrid)

Tema 5. Att ha valt livets väg

Terapeuterna uppfattade att återhämtade klienter vid behandlingsavslut har valt livets väg. Med detta avsågs att återhämtade klienter har närmat sig, eller ofta helt uppnått, ett liv värt att leva när DBT-behandlingen avslutas. Terapeuterna beskrev att detta gäller majoriteten av återhämtade klienter, även om inte samtliga.

En patient kan väl kanske säga, nu har jag ett liv värt att leva. (. ...) Det är lite som att välja, man har gjort ett vägval liksom. Att jag, nu är jag på den här vägen, där jag... Där jag ägnar mig åt att vara aktiv i mitt liv och bygga det liv och göra de saker jag har och vill ha eller behöver, som är det liv som är värt att leva. Så jo, patienten kan säga det liv, för det är ett liv värt att leva idag, jag tänker inte, jag tänker inte längre att jag ska ta mitt liv. Jag tänker att jag ska leva. (Rut)

Även klienter som ännu inte har allt de önskar av sina liv eller ständigt upplever livet som värt att leva, beskrivs vid behandlingsavslut ha gjort ett aktivt val att engagera sig i sina liv och följa livets väg, snarare än dödens. Kännetecknande för detta beskrivs vara att klienter har stängt dörren mot att ta sitt liv och i kriser intresserar sig för andra strategier än suicidalt beteende. Att tillgripa aktiv problemlösning, be om hjälp eller bara sitta lugnt och vänta ut det som är smärtsamt framhölls som exempel på hur detta kan ta sig uttryck.

Tema 6. Att fortsätta följa livets väg

Vidare framkom att terapeuterna ansåg att ett liv värt att leva är något klienter fortsätter att bygga upp efter avslutad behandling. Även om många klienter enligt terapeuterna upplever sig ha liv värda att leva vid behandlingsavslut, fortsätter de att skapa och omforma sådana liv med hjälp av de verktyg som förvärvats under behandlingen i samband med att behov och önskningar förändras med tiden.

Ja, jag kan sträva vidare. Jag har inte bakbunden nu längre, liksom. Och på det här fruktansvärda viset jag var längre. Jag kanske inte är av med exakta alla mina problem, men jag vet hur jag ska fortsätta (...). Jag har nu mina färdigheter, mina färdigheter, mina verktyg (...). (Carmen)

Flera terapeuter beskrev att den fjärde fasen i DBT handlar om att leva ett liv värt att leva, i medveten närvaro där klienten använder sig av de verktyg och färdigheter som tillägnats under behandlingen. Eftersom denna fas fortskrider efter avslutad behandling menade terapeuterna att återhämtade klienter vid behandlingsavslut står inför en fortsatt resa av att både fortsätta leva i och bygga vidare på sina liv värda att leva. Återhämtning och ett liv värt att leva framställdes således som nära sammanflätade även efter behandlingens slut.

Vi gör ju utvärderingar efter behandlingsavslut och där rapporterar de ju om det att... Att de är i sitt liv och att de verkligen... Verkligen ser det som att det är värt att liksom fortsätta den vägen. Jag tänker livet, det är ju en resa och det är det ju för alla. Och vem säger när man är i mål och du vet, det förändras ju också efter hand vad vi vill ha i vårt liv för det ska vara värt att leva. Men jag tänker att de verkligen har den möjligheten att revidera det, ta andra beslut. Se till att de får vad de tänker att de vill ha, när det liksom i så fall skiftar. (Mona)

Slutligen betonade terapeuterna att det vid behandlingsavslut är vanligt att klienter ännu inte har en fullständig eller detaljerad bild av vad de önskar av sina liv. Närvarande hos klienter som betraktades som återhämtade beskrevs dock vara hopp och tilltro till den egna förmågan att skaffa sig det som klienten önskar, oavsett vad detta i framtiden visar sig vara.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att få en fördjupad förståelse för hur DBT-terapeuter uppfattar och beskriver återhämtning från BPS hos sina klienter, samt utforska på vilket sätt återhämtning vid avslutad DBT-behandling uppfattas korrespondera med konceptet ”ett liv värt att leva”. I syfte att besvara studiens frågeställningar genomfördes åtta semistrukturerade intervjuer, varpå materialet analyseras med tematisk analys. Resultaten visar att DBT-terapeuterna beskrev återhämtning som en övergång från lidande till ett liv i normalt frihet vid behandlingsavslut, vilket framhölls innebära en individuell process i vilken klienter har lämnat självdestruktiva beteenden och tillägnat sig färdigheter, vilket orsakat förändringar i självbild och självacceptans samt möjliggjort skapande av en meningsfull tillvaro. Resultaten visar även att terapeuterna beskrev återhämtning som en grund för ett liv värt att leva, samtidigt som ett liv värt att leva framhölls som drivkraft för återhämtning. Dessa resultat överensstämmer med klientcentrerade kvalitativa beskrivningar av återhämtning från BPS som en individuell process, karaktäriserad av positiva förändringar i både psykosocial funktion och inre psykologiska processer (Gillespie et al., 2022; Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024), vilket möjliggör ett tillfredställande liv även med eventuella kvarstående svårigheter (Anthony, 1993; Comtois et al., 2010). Dessutom utvidgar resultaten tidigare teoretiska förslag om att återhämtning och ett liv värt att leva inte bör betraktas som samma sak, samt att en viss grad av återhämtning krävs för att kunna uppleva ett liv värt att leva (Liljedahl et al., 2023). Detta genom att belysa relationen mellan de två koncepten som ömsesidigt förstärkande processer, där ett liv värt att leva framstod vara en process som tar vid i och fortsätter att utvecklas i takt med att återhämtningen fortskrider. Resultaten diskuteras först i relation till studiens frågeställningar för att sedan följas av en metodologisk diskussion. Därefter följer förslag på framtida forskning och implikationer för kliniskt arbete.

Resultatdiskussion

Hur terapeuterna uppfattar och beskriver återhämtning från borderline personlighetssyndrom

Terapeuterna beskrev att återhämtning från BPS innebär att klienten vid behandlingsavslut (1) har gått från lidande till att leva ett liv i normal frihet. Återhämtning betraktades som en (1.1) individuell process i vilken patienten vid behandlingsavslut (1.2) har lämnat självdestruktiva beteenden och (1.3) tillägnat sig färdigheter, vilket orsakat (1.4) förändringar i självbild och självacceptans och (1.5) skapande av en meningsfull tillvaro. Därmed identifierades ett huvudtema konstituerat av fem underteman.

Terapeuternas beskrivningar av återhämtning överensstämmer med den definition som rapporterats av Comtois et al. (2010), inspirerad av ett citat av Barack Obama, i vilket återhämtning definierades som en individuell process där klienten ges förutsättningar att leva ett tillfredställande och aktivt samhällsliv trots eventuella kvarstående svårigheter.

Terapeuterna i denna studie gjorde ingen åtskillnad mellan klinisk och personlig återhämtning som beskrivet av Slade et al. (2012). Istället inkluderade beskrivningarna komponenter som relaterats till klinisk återhämtning, såsom minskad självdestruktivitet och förbättrad psykosocial funktion, och aspekter som associerats med personlig återhämtning, såsom ökad självkännedom, självacceptans och framtidshopp. Detta går i linje med Turner et al.'s (2024) beskrivning av återhämtning från BPS som en process där element från både klinisk och personlig återhämtning bör betraktas som komplementära.

Resultaten visar att terapeuterna beskrev återhämtning från BPS som en övergång från ett tillstånd av lidande till ett liv i normal frihet. Frihet har tidigare identifierats som både en målsättning och potentiell utkomst av färdighetsträningen i DBT inom modulerna för medveten närvaro, känsloreglering och färdigheter för att stå ut när det är svårt. Betydelsen av frihet som utkomst har betonats särskilt i relation till acceptansfärdigheter, där acceptans av nuvarande känslor och den rådande verkligheten beskrivits som en väg till emotionell frihet. I

kontrast har icke-acceptans lyfts fram som en källa till lidande och därmed som en motsats till frihet (Linehan, 2015). I föreliggande studie beskrevs övergången från lidande till frihet i en bredare bemärkelse, där frihet inte enbart betraktades som möjlig utkomst av färdighetsträningen, utan även som kärnan i återhämtning från BPS. Denna typ av frihet relaterades till ökad emotionell reglering och beskrevs vara en upplevelse som följer av minskat känslomässigt lidande, ökad beteendemässig kontroll samt ökad förmåga att agera målinriktat i motsats till att reagera impulsivt på dysreglerade känslor. Emotionell dysreglering har i den biosociala modellen konceptualiserats som drivande faktor bakom olika typer av suicidala och dysreglerade beteenden och av Linehan (1993) placerats i centrum av psykopatologin kännetecknande BPS. Resultaten av denna studie bekräftar denna teoretiska förståelse genom att identifiera ökad emotionell reglering som en central utkomst av återhämtning från BPS. Samtidigt tydliggör resultaten att återhämtning också innebär en subjektiv upplevelse av frihet från emotionellt lidande, något som framhölls som en konsekvens av ökad beteendemässig kontroll. Till min vetskap har tidigare forskningsstudier inte explicit lyft fram frihet som utkomst av återhämtning från BPS, varför dessa resultat tillför en ny dimension i förståelsen av behandlingsutfall. Konceptualiseringen av återhämtning i termer av ökad frihet är samtidigt förenlig med tidigare forskning som betonat att återhämtning inte innebär en återgång till ett tidigare tillstånd av symtomfrihet som klienten kanske aldrig har upplevt (McCusker et al., 2018), utan snarare bör betraktas som en stärkt förmåga att agera ändamålsenligt i livet med hjälp av färdigheter (Gillespie et al., 2022; Ng et al., 2016). Vidare överensstämmer terapeuternas beskrivningar av återhämtning som befrielse från tidigare omfattande lidande med resultat av Liljedahl et al. (2023), i vilket klienter som upplevde hälsa, mening och djup efter avslutad DBT-behandling beskrev en upplevelsemässig distans till tidigare perioder av livet som präglats av lidande orsakat av allvarlig psykiatrisk problematik.

Resultaten visar vidare att återhämtning betraktades som en dynamisk process, något som bekräftar tidigare konceptualiseringar av återhämtning som präglad av naturliga fluktuationer och bakslag (Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015; McCusker et al., 2018). Något som ej framkom i denna studie är att fluktuationerna, om än förväntade, kan åtföljas av perioder av nedslagenhet, vilket tidigare forskning som undersökt klienters egna upplevelser av återhämtningsprocessen har framhållit (Katsakou et al., 2012; McCusker et al., 2018). I denna studie betonade terapeuterna att återhämtade klienter efter behandlingsavslut förväntas möta utmaningar och motgångar, men att de genom tillägnandet av färdigheter har förutsättningar att hantera dessa utan att tillgripa destruktiva beteenden. Denna uppfattning överensstämmer med resultat av Liljedahl et al. (2023), där personer vars återhämtning pågått i mer än fyra år beskrev bakslag som naturliga och ofrånkomliga, men samtidigt betonade att resurser i form av färdigheter, självförtroende och perspektiv gjorde det möjligt att hantera motgångar utan att återfalla i destruktiva beteendemönster. En möjlig förklaring till skillnaden mellan föreliggande studies resultat och tidigare forskning som i större utsträckning betonat konsekvenserna av bakslag är att terapeuterna i denna studie ombads beskriva återhämtning ur ett kortare tidsperspektiv, vid behandlingsavslut, vilket kan ha påverkat hur långsiktiga utmaningar i den fortsatta återhämtningsprocessen framställdes. Detta indikerar emellertid att det i behandlingens slutskede kan vara särskilt relevant att framställa återhämtningsprocessen som förknippad med fluktuationer i syfte att säkerställa att klienter erhåller realistiska förväntningar på den fortsatta återhämtningen efter behandlingens slut. Det är tänkbart att sådana samtal skulle kunna bidra till att normalisera den känslomässiga reaktion som kan uppstå vid bakslag (Katsakou et al., 2012; McCusker et al., 2018). Stöd för detta perspektiv återfinns i resultaten, då terapeuterna betonade vikten av att tydliggöra för klienter att ett visst mått av smärta är en naturlig och oundviklig del av livet för alla människor.

Terapeuternas beskrivningar lyfte fram upphörandet av självdestruktiva beteenden som en grundläggande förutsättning för återhämtning, vilket är i linje med tidigare forskning som identifierat reduktion av självskada, suicidalitet och minskat behov av psykiatriska inläggningar som viktiga aspekter av återhämtning från BPS (Katsakou et al., 2012; Turner et al., 2024). Att ett minskat behov av psykiatriska inläggningar inte explicit omnämndes i föreliggande studie kan möjligen bero på att terapeuterna lyfte fram en bredare definition av återhämtning som inkluderade tillkomsten av positiva förändringar och meningsskapande, snarare än enbart frånvaro av krisrelaterade insatser. Resultaten bekräftar samtidigt betydelsen av grundläggande stabilitet för att återhämtning ska vara möjlig. Detta återspeglas även i DBT-behandlingens fasindelning, där fas 1 är inriktad på att uppnå grundläggande säkerhet och stabilitet genom att öka beteendemässig kontroll (Linehan, 2015).

Vidare framhöll terapeuterna tillägandet av färdigheter som utmärkande för och direkt bidragande till återhämtning från BPS. Detta är i linje med resultat av Gillespie et al. (2022), som identifierade färdighetsträningen som avgörande för att öka klienters förmåga att engagera sig i målinriktade beteenden, vilket beskrevs medföra upplevelser av egenmakt och ökad kontroll över tillvaron. Denna studie tillför därutöver konkreta exempel på vilka aspekter av färdighetsträningen terapeuterna uppfattade som särskilt betydelsefulla, såsom klienters ökade förmåga att validera både sig själva och andra, vilket framhölls bidra till både förbättrade relationer och minskad emotionell sårbarhet. Tidigare forskning har återkommande lyft fram färdighetsträningen som en avgörande behandlingskomponent i DBT (Katsakou et al., 2012; Liljedahl et al., 2023). Studiens resultat överensstämmer med denna forskning, men fördjupar samtidigt förståelsen av färdighetsträningens roll genom att belysa att terapeuterna betraktade tillägandet av en tillräcklig mängd färdigheter som en indikator på att behandlingen är redo att avslutas. Detta nyanserar litteraturöversikten av Ng et al. (2016), som framhöll att färdighetsträning bidrar till långsiktig återhämtning, men inte

diskuterade tillägnandet av färdigheter som ett behandlingsutfall som väger in i terapeuters bedömning av huruvida behandlingsavslut är lämpligt.

Av resultaten framkommer vidare att terapeuterna uppfattade förändringar i självbild och självacceptans som viktiga aspekter av återhämtning. Terapeuterna beskrev att klienter vid behandlingsavslut ofta utvecklat en djupare förståelse för sina svårigheter, liksom gått från en diffus eller negativ självuppfattning till en självbild präglad av ökad självmedkänsla och självrespekt. Dessa resultat bekräftas i tidigare forskning där klienter beskrivit ökad självkännedom, stärkt självförtroende och stärkt identitetsuppfattning präglad av en mer positiv självbild som utmärkande för återhämtning (Larivière et al., 2015; Turner et al., 2024). Terapeuterna betonade vikten av att arbeta med klienters självnedvärderande och självkritiska tankar i terapin, vilket nyanserar resultat i tidigare studier där återhämtade klienter rapporterat ökad självacceptans (Katsakou et al., 2012; Turner et al., 2024) och självmedkänsla (Gillespie et al., 2022). Förändringar i självbild har i tidigare forskning även identifierats bidra till en förbättrad förmåga att sätta och upprätthålla lämpliga gränser i sociala relationer (Turner et al., 2024). I linje med detta framhöll terapeuterna i föreliggande studie att återhämtade klienter skapat närmare sociala relationer, präglade av sund gränssättning och ömsesidighet (Gillespie et al., 2022; Ng et al., 2016). Resultaten identifierade vidare återhämtning som förenat med att klienter vid behandlingsavslut skapat en meningsfull tillvaro, i vilket deltagande i en sysselsättning anpassad efter klientens förutsättningar beskrevs som en viktig del. Detta överensstämmer med klienters beskrivningar i tidigare studier, i vilket en sysselsättning som möjliggör självförsörjning och genererar upplevelser av kompetens och självförtroende har identifierats som en viktig målsättning i återhämtningsprocessen (Katsakou et al., 2012; Larivière et al., 2015). Sammantaget bekräftar terapeuternas beskrivningar tidigare forskning som undersökt klienters egna erfarenheter av återhämtning från BPS, vilket tyder på en samstämmighet mellan terapeuters och klienters perspektiv på

vad som utgör fullvärdig återhämtning. En sådan samsyn kan tänkas värdefull i utvecklingen av utfallsmått som sätt mäter i vilken utsträckning klienter uppnått återhämtning, då en ömsesidig förståelse av återhämtningsbegreppet ökar sannolikheten att utfallsmåtten upplevs relevanta och meningsfulla av såväl klienter som terapeuter.

Det är intressant att ingen av terapeuterna definierade återhämtning i relation till de diagnostiska kriterierna i DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013). Detta kan tyda på en förståelse av återhämtning som en subjektiv upplevelse där klientens egen upplevelse av förbättring och meningsfullhet står i fokus, snarare som en binär övergång från psykopatologi till ”normalitet” (McCusker et al., 2018). Terapeuterna använde sällan återhämtningsbegreppet systematiskt i sitt kliniska arbete. En möjlig förklaring till detta kan vara att återhämtningsbegreppet, i avsaknad av en explicit koppling till diagnostiska kriterier i DSM-5, saknar objektiva referenspunkter, vilket kan minska dess kliniska relevans i behandlingsutvärdering. Det är tänkbart att den bristande systematiska användningen av återhämtningsbegreppet kan vara bidragande till den aktuella avsaknaden av mätmetoder som fångar det individualiserade återhämtningsutfall som terapeuterna beskrev. Samtidigt kan avsaknaden av en gemensam terminologi reflektera en medveten strävan att undvika ett potentiellt patologiserande och stigmatiserande språkbruk relaterat till föreställningar behäftade med återhämtningsbegreppet. Att avstå från användningen av ett sådant begreppet skulle å ena sidan kunna underlätta formuleringen av mer nyanserade och individuellt anpassade behandlingsmål. Samtidigt beskrev terapeuterna att de aktivt sökte identifiera behandlingsutfall som överensstämmer med deras beskrivningar av återhämtning, vilket tyder på att dessa förändringar ansågs kliniskt relevanta för behandlingsutvärdering. Frånvaron av en etablerad terminologi för dessa utfall skulle därför å andra sidan kunna innebära en risk för otydlighet kring behandlingens mål utöver skapandet av ett liv värt att leva, då det saknas ett gemensamt begrepp för att systematiskt utvärdera framsteg och meningsfulla utfall.

Hur terapeuterna relaterar återhämtning vid behandlingsavslut till konceptet ”ett liv värt att leva”

Resultaten visar att terapeuterna definierade (2) ett liv värt att leva som meningsskapande genom måluppfyllelse och värderingar. Terapeuterna beskrev att (3) återhämtning utgör en grund för ett liv värt att leva, samtidigt som (4) ett liv värt att leva fungerar som drivkraft för återhämtning. Vid behandlingsavslut menade terapeuterna att återhämtade klienter har (5) valt livets väg, men att de efter avslutad behandling behöver (6) fortsätta följa livets väg. Därmed identifierades fem huvudteman.

Studien visar att terapeuter definierade ett liv värt att leva som en subjektiv upplevelse av mening konstituerad av både grundläggande måluppfyllelse och att leva i regelbunden kontakt med personliga värderingar. Upplevelsen av att ha ett liv värt att leva beskrevs av terapeuterna vara präglad av behållning av livet, en upplevelse som framhölls stå i motsats till dödsönskan. Detta bekräftar Linehans (2020) teoretiska ramverk och bredare målsättning i DBT som en behandling som inte enbart syftar till att förhindra suicid, utan som är riktad mot att hjälpa klienter skapa liv värda att leva. Enligt Linehan (2020) behöver tillräckligt mycket av sådant som medför positiva upplevelser i en klients vardag finnas inom räckhåll för att livet ska kunna upplevas som värt att leva. I denna studie framhölls måluppfyllelse, såsom att uppnå basal trygghet, självförsörjning och ökad social gemenskap, vara avgörande för skapandet av ett liv värt att leva, vilket överensstämmer med Linehans resonemang. Att leva i regelbunden kontakt med och att handla utifrån personliga värderingar identifierades i resultaten som en andra aspekt av ett liv värt att leva. Värderingsarbete återfinns till viss del inom färdighetsträningen i DBT, där en modul är fokuserad mot att hjälpa klienter ackumulera positiva erfarenheter på lång sikt i syfte att bygga ett liv värt att leva. Denna modul är riktad mot att identifiera personliga värderingar, formulera specifika mål utifrån dessa och bryta ner målen i mindre steg för att underlätta handling i värderad riktning

(Linehan, 2015). Studiens resultat överensstämmer således med Linehans (2015)

konceptualisering av att agerande i linje med personliga värderingar bidrar till skapandet av ett liv värt att leva. Såvitt mig känt är emellertid föreliggande studie den första som explicit beskriver ett liv värt att leva som en upplevelse av mening grundad i både måluppfyllelse och kontakt med personliga värderingar.

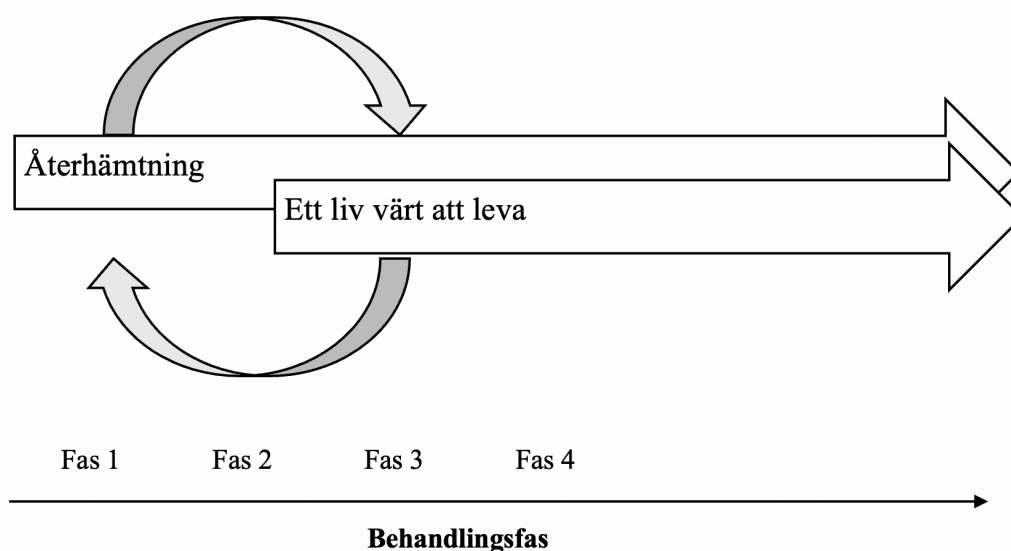
Resultaten visar vidare att terapeuterna betraktade återhämtning och ett liv värt att leva som distinkt skilda, men relaterade, fenomen. Detta adderar stöd till resultat av Liljedahl et al. (2023) som utifrån klienters perspektiv identifierade dessa koncept som åtskilda. Även om det i denna studie framkommer att de två bör förstås som distinkta koncept, visar resultaten att de delvis sammanfaller. Detta genom att dela gemensamma aspekter, positiva förändringar som av terapeuterna lyftes fram kunna bidra till både återhämtning och ett liv värt att leva, såsom ökad självacceptans och förbättrade sociala relationer. Att koncepten inte bör betraktas som identiska belyser en viktig klinisk aspekt, då Linehan (1993) har identifierat ett liv värt att leva som det övergripande målet inom DBT. Studiens resultat tydliggör emellertid att upplevelsen av ett liv värt att leva inte nödvändigtvis innebär fullständig återhämtning från psykiatrisk problematik och att behovet av fortsatt behandling därmed kan kvarstå.

Det framkommer vidare att terapeuterna betraktade en viss grad av återhämtning som en förutsättning för att kunna uppleva ett liv värt att leva. Detta bekräftar resultat av Liljedahl et al. (2023), där klienter beskrev sig uppnå återhämtning efter symtomfrihet, men innan ett liv värt att leva. Denna studie tillför ett nytt perspektiv genom att belysa den ömsesidiga relationen mellan koncepten (se fig. 1). Enligt terapeuterna frigör återhämtningsprocessen gradvis utrymme att fylla livet med meningsfulla aktiviteter och upplevelser. Terapeuterna beskrev detta som ett skifte, där klienter gradvis ökar sin förmåga till emotionell reglering och lämnar en kaosartad livssituation präglad av självdestruktivitet, vilket ansågs bidra till upplevelsen av att ha ett liv värt att leva. Resultaten visar således att ett liv värt att leva

framhålls vara en process som tar vid i återhämtningsprocessen och fortsätter att utvecklas i takt med att återhämtningen fortskrider.

Figur 1

Terapeuternas beskrivningar av relationen mellan återhämtning och konceptet ”ett liv värt att leva”



Not. Figuren visar hur en viss grad av återhämtning möjliggör för klienten att uppleva ett liv värt att leva, vilket i sin tur förstärker den fortsatta återhämtningsprocessen. Tidpunkten för när klienter börjar uppleva ett liv värt att leva ansågs variera mellan individer, men vanligen inträffa efter fas 1 eller 2.

Det framkommer vidare att terapeuterna betraktade klienters kontakt med ett liv värt att leva som en drivkraft för fullvärdig återhämtning (se fig. 1). Ett liv värt att leva uppfattades således inte enbart som ett slutmål, utan som en process som ger behandlingsarbetet riktning. Terapeuterna framhöll att konceptet kan motivera klienter att genomgå behandling och använda färdigheter i svåra situationer, trots att färdigheterna inte alltid är lika kortsiktigt kraftfulla i att dämpa känslomässig smärta som tidigare självdestruktiva beteenden. Detta resultat överensstämmer med grundantaganden inom DBT, i vilket Linehan (1993) framhållit att tillägnandet av färdigheter inte sker i ett vakuum, utan behöver kopplas till ett syfte. I föreliggande studie beskrevs detta syfte, att skapa ett liv värt att leva, ge klienter något värt att sträva mot när behandlingen upplevs som särskilt krävande. Flera terapeuter framhöll vikten av att introducera konceptet tidigt i behandlingen i syfte att

hjälpa klienter formulera även vaga tankar om mål och framtidsvisioner. I frånvaro av sådana menade terapeuterna att behandlingen riskerar att bli innehållslös och klienter riskera att kvarstå i destruktiva livssituationer. Att tidigt få reflektera över vad ett liv värt att leva kan innehålla betraktades därmed som en förutsättning för förändring. Detta resultat stöds av tidigare forskning som pekar på att fullvärdig återhämtning, till skillnad från symtomreduktion, kräver även en subjektiv upplevelse av mening och hopp (Gillespie et al., 2022; Liljedahl et al., 2023).

Resultaten visar vidare att terapeuterna uppfattade att klienter närmat sig, eller ofta helt uppnått, ett liv värt att leva då behandlingen avslutas och klienten bedöms tillfredsställande återhämtad. Detta resultat skiljer sig från studien av Liljedahl et al. (2023), i vilken klienter beskrev ett liv värt att leva fyra till sex år efter avslutad behandling. Terapeuterna i föreliggande studie menade att återhämtade klienter vid behandlingsavslut inte längre reagerar med suicidalt beteende vid kriser, utan istället responderar med mer konstruktiva acceptans- eller problemlösningstrategier såsom att söka stöd, använda färdigheter eller tolerera smärtsamma känslor. Detta beskrev terapeuterna metaforiskt som att klienterna har valt ”livets väg” och således gjort ett aktivt val att leva och att engagera sig livet, även i kriser. Detta resultat skulle kunna betraktas som positivt, då det kan tyda på att DBT framgångsrikt stödjer klienter i att utveckla liv värda att leva. Att klienterna uppfattades ha valt livets väg går i linje med resultat av Lariviere et al. (2015), som identifierade en liknande dimension av återhämtning där klienter beskrev en övergång från att uppleva dödsönskan till att finna behållning av livet, formulerat som att klienterna hade ”bitit sig tag i livet igen”. Det bör emellertid uppmärksammas att återhämtningsbegreppet och konceptet ett liv värt att leva är subjektiva till sin natur. Resultaten i föreliggande studie baseras på terapeuters uppfattningar av klienters erfarenheter, vilket innebär att det kan föreligga en

diskrepans mellan terapeuters och klienters förståelse av konceptens innebörd som skulle kunna bidra till att förklara resultaten av föreliggande studie.

Studiens avslutande tema belyser i linje med tidigare forskning att avslutad DBT-behandling inte markerar slutet på klienternas återhämtningsprocess, utan snarare utgör en byggsten för vidare självutveckling (Gillespie et al., 2022). Resultaten identifierar att ett liv värt att leva inte betraktades som ett statiskt tillstånd, utan som en dynamisk process klienter fortsätter att skapa och omforma efter behandlingens slut, med hjälp av de verktyg som förvärvats under behandlingens gång. Tidigare forskning har bekräftat färdigheternas roll i att möjliggöra fortsatt arbete och utveckling, antingen i samband med ytterligare terapeutiskt stöd eller genom ackumuleringen av livserfarenheter (Gillespie et al., 2022). I föreliggande studie framträder således DBT som en behandling ämnad att förse klienter med verktyg och resurser för att kunna fortsätta bygga ett liv som upplevs som meningsfullt över tid.

Metoddiskussion

I kvantitativ forskning används ofta reliabilitet och validitet som centrala kvalitetskriterier med målet att säkerställa studiens generaliserbarhet till en bredare population och minimera forskarens påverkan på forskningsprocessen (Braun & Clarke, 2013). Dessa kriterier är inte direkt överförbara till kvalitativ forskning, som istället syftar till att förstå den komplexa naturen av mänsklig erfarenhet. En sådan ansats förutsätter metodologisk flexibilitet samt erkännande av forskarens aktiva roll i både datainsamling och analys (Levitt, Motulsky, et al., 2017). Reliabilitet, som avser graden av reproducerbarhet, blir ett mindre relevant kriterium i kvalitativ forskning som erkänner att forskaren oundvikligen påverkar forskningsprocessen. På motsvarande sätt kan det traditionella validitetsbegreppet problematiseras, eftersom kvalitativ metod förnekar att en ensam objektiv verklighet existerar och erkänner istället flera samtidiga och kontextbundna verkligheter (Braun & Clarke, 2013). Som alternativ till kvantitativa kvalitetskriterier har begreppet *metodologisk integritet*

föreslagits av Levitt et al. (2017) som vägledande princip för att bedöma trovärdighet i kvalitativ forskning. Detta avser målsättningen att fatta metodologiska beslut som på bästa sätt stödjer syftet med forskningen, respekterar epistemologiska antaganden och är anpassade till relevanta egenskaper av ämnet, såsom språkbruk och levda erfarenheter hos undersökningsslagdeltagare. Metodologisk integritet vilar på principerna om nytta och trohet mot ämnet. Principen om nytta avser hur väl de använda metoderna bidrar till att på ett meningsfullt sätt besvara forskningsfrågorna (Levitt, Motulsky, et al., 2017). I föreliggande studie lämpade sig semistrukturerade kvalitativa intervjuer väl som datainsamlingsmetod för att besvara syftet. Förberedda frågor i intervjuguiden gav struktur, medan möjligheten att ställa följdfrågor medförde flexibilitet och möjliggjorde en fördjupad förståelse av fenomenen. Tematisk analys som metod gjorde det vidare möjligt att tillvarata eventuell motsägelsefull karaktär som präglade deltagarnas upplevelser (Braun & Clarke, 2023). I denna studie var datamaterialet sammanhållet. Motsägelser i resultaten lyftes fram och utforskades, vilket gav en djup och rik förståelse av terapeuternas perspektiv.

Den andra principen som anses främja metodologisk integritet är trohet mot ämnet, vilket avser forskarens förmåga att upprätthålla en nära koppling till det undersökta fenomenet så att både datainsamling och analys återspeglar deltagarnas upplevelser (Levitt, Motulsky, et al., 2017). Digitala intervjuer möjliggjorde geografisk spridning, vilket ökade chansen att fånga variationer i terapeuters upplevelser inom olika delar av Sverige. Ett målstyrt urval tillämpades, där terapeuter med längst erfarenhet av arbete med DBT valdes ut i syfte att säkerställa tillgång till rika erfarenhetsbaserade data. Beslutet att inkludera pilotintervjun, obeaktat längden på terapeutens arbete med DBT utöver uppfyllelse av inklusionskriteriet, motiverades av att det insamlade materialet bedömdes vara innehållsrikt och bidra med relevant variation i perspektiv.

För att begränsa mitt inflytande över de använda metoderna strävade jag efter att utforma intervjuguiden med öppna och neutrala frågor, samt att i intervjusituationen formulera mig med ett icke-värderande språk i försök att undvika att bekräfta eller styra deltagarnas svar. Min handledares genomlysning av pilotintervjun och efterföljande återkoppling på min intervjustil fungerade som ytterligare ett sätt att begränsa min påverkan på datainsamlingen. Trots dessa åtgärder har valet av frågeställningar och utformningen av intervjuguiden oundvikligen påverkat vilka svar som varit möjliga att erhålla. Min dagbok har emellertid varit ett värdefullt verktyg för att reflektera över egna reaktioner, frågor och slutsatser som uppkommit under arbetet med studien. Det är möjligt att ytterligare en persons perspektiv i analysarbetet hade kunnat berikat studien med fler nyanser, samtidigt som jag som ensam författare var tvungen att åstadkomma ett djupt engagemang med alla delar av studien, vilket kan ha gynnat min analys (Levitt, Pomerville, et al., 2017). Det är vidare å ena sidan möjligt att betrakta mig som medlem av min undersökningsgrupp, då jag är psykologstudent, har erfarenhet av arbete i DBT-team och delar deltagarnas intresse för DBT. Å andra sidan tillhör jag inte deltagarnas professionsgemenskap då jag saknar deras omfattande kliniska erfarenhet och teoretiska kunskap. Att deltagarna rekryterades via nätverket DBT-Sverige innebär sannolikt att de hade ett särskilt engagemang i DBT och i patientgruppen, vilket kan ha påverkat hur de beskrev återhämtning och vilka behandlingsutfall de framhöll som meningsfulla. Det är således möjligt att andra perspektiv hade framkommit om urvalet gjorts i en annan kontext.

Resultaten var väl förankrade i data och återspeglade mönster som identifierats i hela materialet, såsom bland terapeuter verksamma inom både vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri. Detta stärker studiens trovärdighet och ökar resultatens överförbarhet, det vill säga deras potentiella relevans i andra kontexter och för andra grupper (Braun & Clarke, 2013). För att underlätta bedömning av resultatens överförbarhet ämnade jag utförligt

beskriva studiens kontext, deltagare och procedur. Av hänsyn till deltagarnas anonymitet har dock detaljer om specifika arbetsplatser och utbildningar uteslutits. Detta kan i viss mån begränsa läsarens möjlighet att fullt ut värdera resultatens kontextuella överförbarhet.

Avslutningsvis bör betonas att denna studie enbart belyser terapeuters uppfattningar om återhämtning och ett liv värt att leva. Även om klientperspektivet kommer till uttryck indirekt genom terapeuternas utsagor, bör terapeuternas beskrivningar inte tolkas som sanningar av vad återhämtning och ett liv värt att leva innebär för klienterna, som ytterst äger tolkningsföreträde beträffande deras egna upplevelser av välbefinnande och livets mening. Ur metodologisk och etisk synvinkel är det därför viktigt att uppmärksamma att en potentiell diskrepans kan föreligga mellan terapeuters och klienters beskrivningar, liksom att data från klienter kan ge en mer omedelbar förståelse av innebörden i återhämtning och ett liv värt att leva.

Framtida forskning

I föreliggande studie utforskades DBT-terapeuters perspektiv på återhämtning från BPS. I framtida forskning vore det berikande att undersöka hur återhämtning förstås av terapeuter verksamma inom andra terapier, såsom General Psychiatric Management (GPM) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT). Sådan forskning skulle kunna bidra till en mer heltäckande bild av hur återhämtning från BPS förstås inom olika behandlingsmetoder. Studiens resultat visar vidare att återhämtningsbegreppet sällan används systematiskt i klinisk praktik, vilket aktualiserar ett behov av att etablera en accepterad svensk term för den process av minskat lidande och ökad frihet som terapeuterna uppfattade DBT syfta till att åstadkomma. En alternativ term, eller tydligare definition av återhämtning, skulle kunna underlätta såväl operationalisering som mätning av relevanta behandlingsutfall. En sådan definition bör vara förankrad i klinisk praktik och bevara den personcentrerade karaktär av återhämtning som framkommit i denna studie, det vill säga ställa i fokus varje klients

personliga mål, värderingar och upplevelse av meningsfullhet. Terapeuternas perspektiv kan vidare i framtida forskning bidra till utvecklingen av strukturerade bedömningsinstrument som fångar om, och i vilken utsträckning, klienter upplever återhämtning och ett liv värt att leva. I dagsläget saknas sådana kriterier och mätmetoder, vilket kan tänkas försvåra kliniska bedömningar av huruvida DBT är tillräckligt effektiv i att bidra till dessa utkomster, samt när i behandlingen klienter upplever dessa tillstånd. Detta understryker behovet av att i fortsatt forskning utveckla standardiserade och individanpassade mått som speglar upplevelsorna av återhämtning och ett liv värt att leva.

Slutsatser och implikationer för kliniskt arbete

Syftet med föreliggande studie var att fördjupa förståelsen för hur DBT-terapeuter uppfattar och beskriver återhämtning från BPS, samt att undersöka hur återhämtning vid behandlingsavslut relateras till konceptet ”ett liv värt att leva”. Resultaten har visat att terapeuterna beskrev återhämtning som en övergång från lidande till ett liv i normal frihet vid behandlingsavslut. Denna övergång framställdes som en individuell process, där klienter vid behandlingsavslut har lämnat självdestruktiva beteenden och tillägnat färdigheter, vilket medfört förändringar i självbild och självacceptans samt etablering av en meningsfull tillvaro. Som klinisk implikation kan de identifierade dimensionerna av återhämtning med fördel integreras i bedömningar vid behandlingsavslut. Utöver traditionella kriterier, såsom frånvaro av självskadebeteende eller diagnostisk remission, kan dessa dimensioner ge underlag för en mer nyanserad bedömning av klienters välbefinnande, funktionsförmåga och livskvalitet. Terapeuternas beskrivningar bidrar vidare till en begynnande operationalisering av återhämtningsbegreppet inom DBT, vilket kan underlätta utvecklingen av strukturerade mätmetoder för att bedöma i vilken utsträckning klienter faktiskt upplever återhämtning som ett resultat av behandlingen. Studiens resultat synliggör samtidigt avsaknaden av en gemensam och kliniskt användbar svensk terminologi kring återhämtning, då det framkommit

att en sådan hittills saknas i terapeuternas kliniska praktik. Mot bakgrund av detta framstår utvecklingen av en gemensam och klinisk användbar begreppsapparat som angelägen, då en sådan skulle kunna främja en mer enhetlig förståelse av klienters förbättring, liksom bidra till att utveckla det språk som låter oss kommunicera att återhämtning från BPS är möjlig.

Resultaten har vidare visat att terapeuterna definierade konceptet ”ett liv värt att leva” som en subjektiv upplevelse av mening, omfattande såväl grundläggande måluppfyllelse som regelbunden kontakt med personliga värderingar. Detta understryker vikten av att terapeuter under behandlingen aktivt stödjer klienter i att utforska och formulera personliga mål och värderingar, då detta arbete tycks vara avgörande för att hjälpa klienter att skapa sådana liv. Det har vidare framkommit att återhämtning och ett liv värt att leva betraktades som separata, men ömsesidigt förstärkande processer, där viss återhämtning utgör förutsättning för att kunna uppleva ett liv värt att leva, samtidigt som ett liv värt att leva ger riktning åt behandlingen och gör behandlingsframsteg värda att upprätthålla. Det framstår därför som motiverat att redan tidigt i behandlingen introducera konceptet ett liv värt att leva i syfte att dra nytta av dess potentiella motivationshöjande effekt i klienternas fortsatta behandlingsarbete. Samtidigt har resultaten visat att upplevelsen av att ha ett liv värt att leva inte nödvändigtvis är synonym med fullständig återhämtning från psykiatrisk problematik. Detta belyser vikten av att terapeuter vid beslut om eventuell behandlingsförlängning inte enbart efterfrågar klientens subjektiva upplevelse av mening i linje med ett liv värt att leva och välbefinnande i relation till återhämtning, utan även bedömer klientens kvarvarande psykiatriska symtombild.

Det är för närvarande okänt i vilken utsträckning klienter som avslutat DBT och bedöms tillfredsställande återhämtade faktiskt upplever liv värda att leva. Resultaten i föreliggande studie indikerar emellertid att DBT-terapeuter uppfattar att så är fallet för majoriteten av återhämtade klienter, även om terapeuterna betonade att samtliga klienter vid behandlingens slut står inför en fortsatt resa av att med hjälp av förvärvade färdigheter välja

att engagera sig i livet, skapa och över tid omforma ett liv som upplevs som värt att leva.

Sammanfattningsvis är det hoppningivande att terapeuterna, med utgångspunkt i lång klinisk erfarenhet, betraktar det möjligt för klienter att frigöra sig från det omfattande lidande som präglat deras tillvaro innan behandling. Genom terapeuternas perspektiv framstår både ett liv i normal frihet och ett liv värt att leva som realistiskt och nåbart.

Referenser

- Álvarez Tomás, I. (2020). *Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies*. Universitat de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/10803/670024>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- 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>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners* (First published). SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Thematic analysis. In H. Cooper, M. N. Coutanche, L. M. McMullen, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological (Vol. 2) (2nd ed.)*. (pp. 65–81). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000319-004>
- Choi-Kain, L. W., Reich, D. B., Masland, S. R., Iliakis, E. A., & Ilagan, G. S. (2020). Longitudinal

- Course of Borderline Personality Disorder: What Every Clinician Needs to Know. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), 429–445. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00223-x>
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Elwood, L. (2010). Recovery From Disability for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Feasibility Trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61(11), 1106–1111. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1106>
- Corrigan, P. W., & Ralph, R. O. (2005). Introduction: Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. (pp. 3–17). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10848-001>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). (2013). American psychiatric association.
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M., & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): A qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00179-9>
- Grenyer, B. F. S. (2018). Revising the diagnosis of personality disorder: Can it be single, clinical and factorial? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(2), 202–203. <https://doi.org/10.1177/0004867417741984>
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). (2016). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Qualitative Study of Service Users’ Perspectives. *PLoS ONE*, 7(5), e36517. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036517>
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2002). *Dialektiskt beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning* (1st ed.). Natur och Kultur.

- Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2010). Marginalization of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 145–154. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000375710.39713.4d>
- Larivière, N., Couture, É., Blackburn, C., Carbonneau, M., Lacombe, C., Schinck, S.-A., David, P., & St-Cyr-Tribble, D. (2015). Recovery, as Experienced by Women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 555–568. <https://doi.org/10.1007/s1126-015-9350-x>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2–22. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Levitt, H. M., Pomerville, A., Surace, F. I., & Grabowski, L. M. (2017). Metamethod study of qualitative psychotherapy research on clients’ experiences: Review and recommendations. *Journal of Counseling Psychology*, 64(6), 626–644. <https://doi.org/10.1037/cou0000222>
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery From Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735–742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. 364.
- Liljedahl, S. I., Mossberg, A., Grenner, H., & Waern, M. (2023). Life experienced as worth living and beyond: A qualitative study of the pathways to recovery and flourishing amongst individuals treated for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 23(1), 838. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05357-9>
- Linehan, M. M. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline

- Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2020). *Building A Life Worth Living A Memoir*. Random House Publishing Group.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- McCusker, L., Turner, M.-L., Pike, G., & Startup, H. (2018). Meaningful Ways of Understanding and Measuring Change for People with Borderline Personality Disorder: A Thematic Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(5), 528–540.
<https://doi.org/10.1017/S1352465818000036>
- Neacsiu, A. D., Zerubavel, N., Nylocks, K. M., & Linehan, M. M. (2021). Borderline Personality Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual* (6th ed., pp. 381–442). Guilford Publications.
- Ng, F. Y. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2016). Recovery from Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Perspectives of Consumers, Clinicians, Family and Carers. *PLOS ONE*, 11(8), e0160515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160515>
- Oxford English Dictionary. (2009). *Oxford English Dictionary—Recovery*.
https://www.oed.com/dictionary/recovery_n?tab=meaning_and_use
- Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A.-L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality

- disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O’Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Stiles, C., Batchelor, R., Gumley, A., & Gajwani, R. (2023). Experiences of Stigma and Discrimination in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 177–194. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.177>
- Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Svenska akademiens ordböcker. (2024a). *Svenska akademiens ordböcker—Återhämta*. <https://svenska.se/tre/?sok=%C3%A5terh%C3%A4mta&pz=1>
- Svenska akademiens ordböcker. (2024b). *Svenska akademiens ordböcker—Tillfriskna*. <https://svenska.se/tre/?sok=tillfriskna&pz=1>
- Transkriptor. (2025). [Datorprogram]. Textintel. <https://transkriptor.com/sv/discover>
- Turner, B. J., McKnight, B., Helps, C. E., Yeo, S.-N., & Barbic, S. (2024). Peer support for borderline personality disorder: A critical review of its feasibility, acceptability, and alignment with concepts of recovery. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000683>
- Tyrer, P. J., & Mulder, R. T. (2024). The problem with borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 23(3), 445–446. <https://doi.org/10.1002/wps.21249>
- Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van Den Brink, W. (2005).

Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder.

Behaviour Research and Therapy, 43(9), 1231–1241.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & Van Den

Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality

disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*,

182(2), 135–140. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of

psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II

comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103–109.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>

Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2018).

Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients

followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Research*, 262, 40–45.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.034>

Zeitler, M.-L., Bohus, M., Kleindienst, N., Knies, R., Ostermann, M., Schmahl, C., & Lyssenko, L.

(2020). How to Assess Recovery in Borderline Personality Disorder: Psychosocial

Functioning and Satisfaction With Life in a Sample of Former DBT Study Patients. *Journal of*

Personality Disorders, 34(3), 289–307. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_394

Åkerman, J. (2024, September 23). *God forskningssed 2024*. Vetenskapsrådet.

Bilaga 1. Intervjuguide.**Intervjuguide**

[Sätt på inspelning]

Hej och välkommen! Stort tack för att du uttryckt intresse för att delta i den här intervjun. Innan vi börjar tänkte jag repetera lite information som du kanske redan tagit del av i informationsbilagan och presentera ramarna för intervjun – hur låter det? Intervjun kommer att ta ca 45 minuter och jag håller reda på tiden. Jag spelar in intervjun men sparar bara ljudinspelningen. Ljudfilen kommer att raderas när uppsatsen är färdig och godkänd. Jag kommer att transkribera intervjun och avidentifiera alla uppgifter som skulle kunna härledas till specifika personer eller sammanhang. Dina svar kommer att länkas till en anonym kod och det material som presenteras i uppsatsen kommer inte kunna härledas till dig eller enskilda patienter. Intervjun är frivillig och du kan avbryta ditt deltagande när som utan att behöva förklara varför fram tills att uppsatsen är inlämnad. Du kan också avstå från att besvara en fråga. Innan vi börjar vill jag fråga om ditt medgivande till den här informationen. Samtycker du till deltagande i studien? *Inhämta samtycke muntligt!*

Jag skulle vilja börja med att stämma av två korta frågor: Vad ha du för grundläggande utbildning i DBT? Hur länge har du arbetat med DBT?

Allmänna följdfrågor: [Skulle du kunna ge mig ett exempel? Vill du utveckla? Finns det andra perspektiv?]

Jag kommer att börja med att ställa dig några frågor som rör återhämtning från emotionell instabilitet. Med återhämtning menar jag motsvarigheten till engelskans *recovery*, eller med andra ord *tillfrisknande*. Det jag syftar på är alltså så som situationen ser ut för klienten när DBT-behandlingen bedöms lämplig att avslutas. Jag syftar alltså *inte* på stressrelaterad återhämtning, utan använder återhämtning synonymt med tillfrisknande.

Enligt dig, vad utmärker återhämtning hos den här patientgruppen – vad består det av som du ser det?

Utifrån dina erfarenheter, hur skulle du beskriva återhämtning från *emotionell instabilitet*?

Hur kan återhämtning visa sig i terapin? [Kan du berätta om en exempelsituation då du sett klienten som återhämtad?]

Hur avgör du när det är dags att avsluta terapin?

När behandlingen avslutas, hur långt uppfattar du att klienterna kommit?

Utifrån dina erfarenheter, hur skulle du beskriva konceptet ett liv värt att leva?

Har konceptet ett liv värt att leva ~~en~~ roll i DBT-behandlingen? [Är det viktigt för terapin? Om ja (använder konceptet i behandlingen), på vilket sätt?]

Hur ser du på konceptet ett liv värt att leva i relation till klienternas återhämtning vid behandlingsavslut?

Vad uppfattar du behöver ha förändrats hos klienten för att det enligt dig ska finnas en god grund för ett liv värt att leva?

Slutligen, är det något mer du skulle vilja berätta innan vi avslutar intervjun?

Det var alla mina frågor. Jag kommer nu att avsluta inspelningen [*avsluta inspelning*], men innan vi avslutar skulle jag vilja stämma av några uppgifter med dig [*skriv ner*]: Hur gammal är du? Vad har du för utbildningsbakgrund (psykolog, steg-1 terapeut el. dylikt)? Vad har du för klinisk inriktning?