

# C-uppsats i Omvårdnad

## Omvårdnad vid borderline personlighetsstörning

<b>FÖRFATTARE</b>	John Bernsten Kerstin Franzén
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete I,  VOM080  HT 2005
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Hans Ragneskog
<b>EXAMINATOR</b>	Karina Dencker

## **FÖRORD**

Vi vill uttrycka ett stort tack till vår handledare Hans Ragneskog för värdefulla synpunkter under arbetet med denna uppsats. Vi vill även tacka Anna-Karin, Inga och Örjan som deltagit i diskussionerna kring arbetet. Det har varit givande och trevligt med handledning i grupp.

<b>Titel (svensk):</b>	<b>Omvårdnad vid borderline personlighetsstörning</b>
<b>Titel (engelsk):</b>	Nursing Care for Patients with Borderline Personality Disorder
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	John Bernsten och Kerstin Franzén John Bernsten är Leg. Sjuksköterska, Psykiatrisk Behandlingsenhet Vägmästargatan, Sahlgrenska Universitetssjukhuset / Östra <a href="mailto:john.bernsten@vgregion.se">john.bernsten@vgregion.se</a>  Kerstin Franzén är Leg. sjuksköterska vid Psykiatrisk öppenvård Renströmska Villa Öster Göteborg e-post: <a href="mailto:kerstin.i.franzen@vgregion.se">kerstin.i.franzen@vgregion.se</a>
Handledare:	Hans Ragneskog
Examinator:	Karina Dencker

## ABSTRAKT

### Introduktion

Borderline personlighetsstörning är den vanligaste, mest komplexa och en av de svåraste typerna av personlighetsstörningar. Patientens huvudproblematik kommer till uttryck i hans eller hennes relationer med andra människor. Watsons omvårdnadsteoretiska struktur betonar tydligt interaktionen mellan sjuksköterska och patient, vilket ses som kärnan i sjuksköterskans kunnande.

### Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva en professionell omvårdnad för patienter med borderline personlighetsstörning och undersöka om denna kan relateras till Watsons omvårdnadsmodell.

### Metod

Litteraturstudien baserades på 12 vetenskapliga artiklar funna i databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed

### Resultat

Resultatet analyserades utifrån fyra av Watsons verksamma faktorer. Att visa respekt och tillit, att lyssna, att härbärgera patientens känslouttryck, att kunna vara flexibel och hjälpa patienten att uttrycka positiva och negativa känslor var av betydelse i relationen mellan sjuksköterska och patient. Empati med patienten och självkänedom var viktigt för sjuksköterskan.

### Diskussion

Att utveckla en förtroendefull relation och att härbärgera patientens känslouttryck är särskilt viktig i omvårdnaden av patienter med borderline personlighetsstörning. För att säkerställa en god omvårdnad är handledning mycket betydelsefull.

### Key words:

Borderline personlighetsstörning (BPS), Watson, omvårdnad

# Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b>	5
<b>Inledning</b>	5
<b>Borderline personlighetsstörning</b>	5
<i>Historik</i>	5
<i>Vad är borderline personlighetsstörning</i>	5
<i>Etiologi</i>	6
<i>Förekomst</i>	7
<i>Behandling</i>	7
<i>Förlopp</i>	7
<i>Prognos</i>	7
<b>Watsons omvårdnadsmodell</b>	8
<b>SYFTE</b>	9
<b>METOD</b>	9
<b>RESULTAT</b>	10
<b>Hur kan sjuksköterskan utveckla en hjälpande och förtroendefull relation</b>	10
<b>Hur kan sjuksköterskan etablera tro och hopp hos patienten</b>	12
<b>Hur kan sjuksköterskan utveckla lyhördhet inför sig själv och andra</b>	13
<b>Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienten att uttrycka positiva och negativa känslor och acceptera dem</b>	13
<b>DISKUSSION</b>	14
<b>Metoddiskussion</b>	14
<b>Resultatdiskussion</b>	14
<b>REFERENSER</b>	17
<b>BILAGA 1</b>	19
<b>BILAGA 2</b>	21
<b>BILAGA 3</b>	22

# INTRODUKTION

## Inledning

Vi som skriver denna uppsats är båda sjuksköterskor med lång erfarenhet av psykiatriskt vårdarbete. Vi har mött många patienter som vårdas för borderline personlighetsstörning, i fortsättningen kallad BPS. Vi vill nu som ett led i våra studier i omvårdnad fördjupa oss i aktuell litteratur och beskriva hur en professionell omvårdnad för dessa patienter skulle kunna se ut.

## Borderline personlighetsstörning

### Historik

Begreppet borderline började under 1900-talet vinna mark som benämning på tillståndet. Sigmund Freud använde inte termen borderline och den finns inte med i *Psykologisk ordbok*. Termen myntades av psykoanalytikern Adolph Stern 1938. Tidigare hade benämningar som preschizofreni, schizofren karaktär, pseudopsykopatisk schizofreni, subklinisk schizofreni, borderland, borderline schizofreni, pseudoneurotisk schizofreni och gränspsykos använts. Från början avsågs med borderline en störning i gränsområdet mellan neuros och psykos. Från 1980, då DSM-manualen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) inkluderade benämningen borderline personlighetsstörning, används benämningen för en samling symptom som främst handlar om kraftig instabilitet i beteende, känslor, identitet och relationer (Näslund 1998).

### Vad är borderline personlighetsstörning

Att på ett kortfattat, entydigt sätt beskriva borderline personlighetsstörning låter sig inte göras. Tillståndet karaktäriseras av ett antal symptom eller karaktärsdrag och skillnaderna kan vara stora i mötet med de enskilda individerna. En amerikansk psykiater ansåg att den bästa diagnosen var patientens efternamn (Näslund 1998).

En personlighetsstörning (det finns 11 olika) innebär att en person har en uppsättning varaktiga karaktärsdrag som leder till återkommande subjektivt lidande eller mycket försämrade funktionsförmåga. Karaktärsdragen är varaktiga mönster i tänkande, beteende, relationer och bemästrande. Borderline personlighetsstörning är den vanligaste, mest komplexa och en av de svåraste typerna av personlighetsstörningar. De karaktärsdrag som konstituerar borderline personlighetsstörning omfattar en tydlig instabilitet i självbild, stämningssläge, impulsivitet och relationer. Dessa personer blir lätt upprörda, har en oförmåga att utveckla stabila relationer och har en extrem oförmåga att handla vuxet. De lider ofta av depression, ätstörning eller missbruk (Gunderson & Berkowitz, 2003).

Ett viktigt sätt att förstå en borderline-patients karaktärsdrag är att se dem som uttryck för tre underliggande brister:

1. Bristande affekt/impulskontroll
  2. Stora svårigheter att vara ensam
  3. Uppdelat tänkande
- (Gunderson & Berkowitz, 2003).

Kliniskt kännetecknas de flesta borderlinepatienter av följande särdrag:

1. *Intensiv vrede och depression*. Patienterna känner sig ofta arga, deprimerade, ångestfyllda och olyckliga.
2. *Impulsivitet*. Beteendet inkluderar självskadebeteende, missbruk och promiskuitet.
3. *Social anpassning*. Patienten uppvisar ofta en social anpassning som en ytlig identifikation med andra i syfte att maskera patientens identitetsstörning.
4. *Korta psykotiska episoder*. Flyktiga psykotiska episoder, ofta med en paranoid prägel.

5. *Färdighet vid psykologisk testning.* Patienten gör ofta bra ifrån sig vid strukturerade test, t ex intelligenstest. Vid ostrukturerade test, s.k. projektiva test, lämnar patienten ofta primitiva och ologiska svar.
6. *Personliga relationer.* Vardagliga relationer klarar patienten någorlunda bra. Nära och personliga relationer är vanligen stormiga och intensiva, patienten blir ofta krävande och beroende.  
(Näslund, 1998)

Det centrala dilemmat i BPS handlar om konflikten kring beroende/oberoende eller närhet/distansproblematiken, fig. 1. Konflikten består i en längtan efter och samtidigt en skräck för att gå in i nära och bindande relationer. Samtidigt finns en stark önskan att vara autonom och fri. Patienten försöker hela tiden reglera närheten/distansen i en relation utan att lyckas på ett tillfredsställande sätt. Han eller hon är hela tiden på ett mycket plågsamt sätt på väg mot ökad närhet eller ökad distans (Hartvig Ericson et al, 1999).

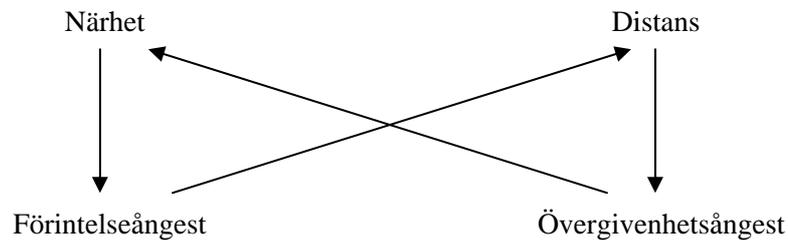


Fig. 1 Det centrala dilemmat vid BPS (Hartvig Ericson et al, 1999; sid 37).

Det finns för närvarande två klassifikationssystem som används för att benämna psykiatriska sjukdomstillstånd. Det ena är DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV*, där tillståndet benämns borderline personlighetsstörning (BPS) (bilaga 1). Det andra är ICD-10 *International Classification of Diseases, 10:e bearbetningen*, där tillståndet benämns emotionellt instabil personlighetsstörning (bilaga 2). ICD-10 är övergripande och gäller även diagnoser inom somatisk vård. En fortlöpande revision av diagnosen och dess avgränsning mot andra tillstånd har skett genom olika versioner av diagnosmanualerna. Nu pågår ett arbete inför den kommande DSM-V, där bl.a. diagnosens status som en axel 2-diagnos diskuteras, liksom möjligheten att forma diagnosen i dimensionssteg utifrån personens symtom eller personlighetsdrag (DSM-V Prelude Project, internet).

### *Etiologi*

De relativt få tvillingstudier som finns visar att det finns en betydande ärftlighet när det gäller borderline. Anhöriga till patienter med BPS har i hög grad störningar i känsloreglering eller impulsivitet (Gunderson & Berkowitz, 2003). Andra studier har visat att BPS troligen inte är genetiskt betingat. Många forskare hävdar att en medfödd sårbarhet har betydelse för uppkomsten av BPS (Näslund, 1998).

Flera undersökningar visar på samband mellan BPS och trauma i barndomen. Tre fjärdedelar av patienter med BPS har varit utsatta för svåra, återkommande övergrepp från föräldrarna. Mer än 90 % hade genomlevt en barndom präglad av störda föräldrabeteenden i form av övergrepp eller försummelse eller bådadera. Posttraumatisk stresssjukdom (PTSD) förekommer i ca en tredjedel av fallen (Näslund, 1998).

Olika forskare pekar på flera olika förklaringar till uppkomsten av BPS. Många psykodynamiskt inriktade kliniker menar att störningar i separations - individuationsfasen kan leda till BPS. Vissa studier pekar på att neuropsykologiska skador kan inverka vid utvecklingen av BPS. Den dialektiska beteendeterapien bygger på den biosociala teorin; en person med borderlinestörning karaktäriseras framförallt av ett defekt känsloliv. Detta har sin grund i biologiska avvikelser som blivit förstärkta av ett negativt familjeklimat under uppväxten. Det finns även

biopsykosociala förklaringsmodeller som pekar på ett samspel mellan biologiska faktorer, psykiska trauma och sociala förhållanden (Näslund, 1998).

### *Förekomst*

Undersökningar gör gällande att 1-2 % av befolkningen i Sverige över 18 år är drabbade av BPS. Detta motsvarar ca 70 000-140 000 personer. Detta gör BPS till en vanligare åkomma än t.ex. schizofreni, som ca 35 000 svenskar lider av. Av dem som har en öppenvårdskontakt inom psykiatrin beräknas drygt 10 % lida av BPS. Motsvarande siffra för slutenvård är cirka 20 % (Näslund, 1998).

När det gäller fördelningen av BPS mellan kvinnor och män beräknas cirka 75 % vara kvinnor. Det finns olika uppfattningar om orsakerna till denna fördelning. De som hävdar att BPS är vanligare bland kvinnor menar att de har utsatts för sexuella övergrepp eller att de reagerar annorlunda än män vid depression. Pojkar och flickor stimuleras känslomässigt olika av föräldrar och vår kultur påverkar pojkar och flickor olika. De som hävdar att diagnosen egentligen förekommer lika ofta hos män och kvinnor menar att det finns andra förklaringar till att BPS är överdiagnostiserad hos kvinnor och underdiagnostiserad hos män (Näslund, 1998). Att diagnosen är vanligare hos kvinnor än hos män kan också ha att göra med att flickor som barn relaterar mer till människor i sin omgivning än pojkar (Gunderson & Berkowitz, 2003).

### *Behandling*

Den specifika behandlingen för patienter med BPS är till att börja med individualpsykoterapi. Denna kan vara psykoanalytisk/psykodynamisk terapi eller dialektisk beteendeterapi. En lång behandlingstid kan förväntas och en ram för behandlingen bör formas där prioritering av behandlingsinnehåll klargörs. Förekomsten av självdestruktivt och suicidalt beteende följs noga. En stark terapeutisk allians skall eftersträvas som innefattar en empatisk värdering av patientens lidande och erfarenheter. Patienten skall stödjas i att ta eget ansvar för sina handlingar. Ett visst mått av flexibilitet är nödvändigt och de känslor som väcks hos patient och behandlare måste hanteras. Stöd ges för eftertanke i stället för impulshandlingar. Splitting (att dela upp i olika delar för att eliminera konflikt) skall undvikas eller minimeras. Patientens självdestruktiva beteende skall begränsas, om nödvändigt skall förutsättningarna för en terapi klargöras. Andra behandlingsformer är gruppterapi, vanligen använd i kombination med individualterapi, parterapi och familjeterapi (American Psychiatric Association, 2001).

Farmakologisk behandling används och är symtomriktad. Vid valet av farmaka ska svårigheter att hantera känslor och impulsivitet bedömas. Medicineringen inriktas mot svårigheter med att reglera känslor, svårigheter med att kontrollera impulser samt mot störningar av den kognitiva och perceptuella förmågan (American Psychiatric Association, 2001).

### *Förlopp*

BPS utvecklas med viss variation vanligen i tidigt vuxenliv. Studier av förloppet har visat att de fem första åren ofta är krisdrabbade. En serie intensiva instabila relationer som slutar i vredesmod och följs av självdestruktivt beteende är karaktäristiskt. Även om dessa kriser kan inträffa under flera år ses en minskning av inläggningar och slutenvård. Suicidrisken kvarstår i flera år och minskar med varje kris patienten tar sig igenom. Ca 8 – 9 % dör pga. suicid. Förändring av det suicidala eller självdestruktiva beteendet är en av de tidigaste indikatorerna på förbättring. Detta kan innebära att borderlinepatienter antingen har uppnått en viss stabilitet i sin tillvaro, eller att de gett upp hoppet om en varaktig omsorg som gav bränsle åt tidigare hopp och besvikelser (Gunderson & Berkowitz, 2003).

### *Prognos*

Hälften av alla patienter med borderline personlighetsstörning uppnår en relativt stabil situation genom nära relationer, en plats på arbetsmarknaden eller i sysselsättning eller genom att gå in i

stödande nätverk av olika slag. Detta behöver inte betyda att patienterna är friska men visar på en positiv förändring både från ett hälsovårdsperspektiv och på ett personligt plan (Gunderson & Berkowitz, 2003).

### **Watsons omvårdnadsmodell**

Jean Watson (1993) har en humanistisk och holistisk människosyn som kommer till tydligt uttryck i hennes tänkande. Hon ser människan som en icke-reducerbar helhet som är mer än bara summan av sina delar. Watson betonar människans behov av tillhörighet till sociala grupper och samhällen. Hon framhåller också samhällets värderingar och sociala och kulturella normer har stor påverkan på individen.

Den humanistiska människosynen utgör en grundläggande värdering i omvårdnaden. Den går ut på att individen är en integrerad helhet, som består av fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter. I praktiken betyder det att det är patientens subjektiva upplevelser av sin situation och hans eller hennes önskemål för framtiden som är det grundläggande för den omvårdnad som utförs. Människosynen är av grundläggande betydelse för den omsorg som utövas i ett samförstånd (Jahren Kristoffersen 1998).

Watson ger följande definition på hälsa ”*Hälsa handlar om en enhet och harmoni i sinne, kropp och själ. Hälsa handlar också om graden av överensstämmelse mellan det uppfattade självet och det upplevda självet*”, (Watson, 1985, s. 48).

Det humanvetenskapliga perspektivet måste få en tydligare förankring inom omvårdnaden. Värden såsom estetik, etik, intuition och processförståelse bör lyftas fram tydligare i omvårdnadens utveckling (Watson 1993).

Watson (1993) poängterar att omsorg utgör essensen av omvårdnaden och är den mest centrala och förenande punkten av praktisk omvårdnad. I Watsons omvårdnadsteoretiska struktur ingår tio karativa omvårdnadsfaktorer. Watson betonar att alla åtgärder som riktas mot patienten bygger på en *människa-till-människa-process*. De tre första faktorerna är nära förbundna med varandra och utgör den filosofiska grundvalen för omsorg hos Watson. De är ömsesidigt beroende av och integrerade i varandra, och samverkar med varandra i en omvårdnadsprocess som främjar positiva hälsoresultat hos patienten. De övriga faktorerna pekar på väsentliga sidor av den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient, där målet är att främja hälsa som personligt värde. Det är en del av omvårdnad att förstå den kraft som tillit, tro och hopp har. Watson betonar särskilt att en patient intuitivt känner när sjuksköterskan bemöter honom på ett förtroendefullt sätt. Det ger möjligheter för patienten att utveckla tillit och hopp och att bli mer benägen att tala om sina bekymmer och problem. Watson är en av de omvårdnadsteoretiker som lyfter fram värdet av en estetisk miljö.

Watsons omvårdnadsteoretiska struktur betonar tydligt interaktionen mellan sjuksköterska och patient, vilket ses som kärnan i sjuksköterskans kunnande. Watson (1993) talar om en transpersonell relation och menar att det betecknar ett speciellt slag av mänsklig samvaro mellan patient och sjuksköterska, samt att denna typ av relation börjar när sjuksköterskan träder in i patientens livsrum. Watson anger fem förutsättningar för att en transpersonell relation skall utvecklas mellan patient och sjuksköterska. Hon utgår från sjuksköterskans perspektiv och menar att följande företeelser främjar en transpersonell relation:

1. Insikt i att det är ett moraliskt åtagande från sjuksköterskans sida att främja mänsklig värdighet
2. Sjuksköterskans förmåga och vilja att bekräfta patienten
3. Sjuksköterskans skicklighet att uppfatta patientens känslor och inre tillstånd
4. Sjuksköterskans kraft att träda in i den andres livsrum och känna en förening
5. Sjuksköterskans egen livshistoria, hennes personliga tillväxt, mognad och känslighet inför det egna jaget.

Den patient som verkligen upplever att sjuksköterskan bryr sig om och ser hans eller hennes problem, utvecklar tillit, förtroende och hopp (Watson, 1979). Det innebär att sjuksköterskan måste lära känna människan, dennes livsrum, och hur han eller hon uppfattar sin livssituation. Watson betonar att människan livet igenom konfronteras med existentiella frågor. Dessa frågor aktualiseras vid sjukdom och ohälsa. I frågor av existentiell karaktär ställs krav på sjuksköterskans förmåga att skapa relation mellan sig och patienten. Det är en konst, enligt Watson, att utveckla en relation till en annan människa, att kunna ta emot en annan människas uttryck för känslor.

Enligt Särvimäki & Stenbock-Hult (1996) bygger den ömsesidiga tilliten på att sjuksköterskan tror på patientens möjligheter till utveckling och att ta ansvar för sig själv. Det här innebär att sjuksköterskan inte drar sig undan och lämnar patienten åt sitt öde. Om sjuksköterskan vägleds av omsorg om patienten, tar han/hon naturligt på sig en del av ansvaret för relationen. Ett gott vårdförhållande förutsätter att patienten känner tillit och förtroende för sjuksköterskan. I ett bra vårdförhållande kan parterna vara äkta, ärliga och öppna i relationen till varandra. I äkthet innefattas också respekt för en annan människa.

Eide & Eide (1997) påtalar, att genom att lyssna och vara tillgänglig i bemötandet bidrar sjuksköterskan till att individen känner sig bekräftad. Att vara lyssnande och mottaglig innebär inte bara att passivt observera och höra det den andra individen har att säga, utan även att sjuksköterskan är aktivt närvarande och tar ansvar i förhållande till den andra individen. Detta kan medföra att den andra individen öppnar och delar med sig av det som han/hon har på hjärtat. Aktivt lyssnande är en väg till snabbare och djupare förståelse av patientens problem och behov och därigenom även ett redskap för att ge snabbare och bättre hjälp.

## SYFTE

Vårt syfte med denna litteraturstudie var att beskriva en professionell omvårdnad för patienter med BPS.

Frågeställningar:

- Hur är omvårdnad vid BPS beskriven i litteraturen?
- Hur kan man relatera omvårdnaden kring patienter med BPS till Watsons omvårdnadsmodell?

## METOD

Sökningen till denna litteraturstudie började i databasen CINAHL på sökorden *nursing* och *borderline personality disorder* och gav 252 träffar, av vilka 10 stycken användes. Samma sökord användes även i psycINFO och gav 63 träffar som var peer-reviewed. Utöver de artiklar som framkom vid sökningen i CINAHL använde vi en av dessa. Vid genomläsning av artiklarnas referenslistor var flera artiklar författade av *Gallop R*, varför vi gjorde en sökning på detta namn i PubMed. Sökningen gav 70 träffar och vi fann ytterligare en artikel som vi kunde använda. Resultatet av artikelsökningen presenteras i tabell 1. En mer utförlig artikelpresentation återfinns i bilaga 3.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (artikelnr i artikelpresentationen)
CINAHL	Nursing AND borderline personality disorder	252	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 och 12
PsycINFO	Borderline personality disorder AND nursing	63	2
PubMed	Gallop R	70	4

Tabell 1. Sökord och antalet vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen.

De flesta artiklar använder begreppet vårdpersonal eller case manager. Då vi uppfattat att fynden är tillämpliga på sjuksköterskor använder vi oss av begreppet sjuksköterskor i resultatet.

## RESULTAT

Då ett syfte med studien var att se hur omvårdnaden kan relateras till Watsons omvårdnadsmodell analyseras och presenteras resultatet utifrån fyra av Watsons verk samma faktorer. Dessa är:

- Att utveckla en hjälpande och förtroendefull relation
- Att etablera tro och hopp
- Att utveckla lyhördhet inför sig själv och andra
- Att hjälpa patienten att uttrycka positiva och negativa känslor och acceptera dem.

### **Hur kan sjuksköterskan utveckla en hjälpande och förtroendefull relation**

Sjuksköterskans förmåga att kunna relatera och utveckla en ömsesidig relation till patienten är viktig inom psykiatriskt omvårdnadsarbete. En relation som bygger på tillit underlättar för patienten att anförtro sina erfarenheter och upplevelser åt sjuksköterskan. En ömsesidig relation byggd på respekt och tillit leder till en allians mellan patient och sjuksköterska.

Bland & Rossen (2005) fann att kärnan i omvårdnaden ligger i relationen mellan sjuksköterska och patient, en relation som är präglad av respekt för patienten, främjande av tillit och att aktivt engagera patienten i hans eller hennes vård. Tillit är grundläggande för att etablera och upprätthålla en relation. Langley & Klopper (2005) fann att tillit var en förutsättning för att patienten ska kunna känna hopp. Tillit är också en grund för mer dynamiska åtgärder. Sjuksköterskan bör vara medveten om att borderlinepatienten behöver mycket tid för att bygga upp tillit. Sjuksköterskan måste vara pålitlig och kunna visa förtroende för patienten. När tilliten utvecklas kan patienten våga tro på sina egna resurser.

Nehls (1999) fann att sjuksköterskan bör medverka till att en tillitsfull relation skapas och motverka misstro mellan sjuksköterska och patient. Dialog och nyfikenhet är faktorer som främjar omvårdnaden och som motverkar upplevelsen av att ha blivit ”stämplad” med BPS. Nehls (1998) fann att då andelen kvinnor med diagnosen BPS är hög är det viktigt med ett genusperspektiv i omvårdnaden av dessa patienter.

Nehls (2000a) fann att sjuksköterskan behöver bemyndiga patienten och förstå att han eller hon inte är en passiv mottagare utan upplever att han eller hon återfår en ny självkänsla och kan nå mål bortom oförmågans gränser. Återhämtningsorienterad omvårdnad förutsätter att patient och sjuksköterska arbetar tillsammans mot patientdefinierade mål.

Studier har visat att patienter önskar att sjuksköterskan lyssnar och bekräftar patienternas livserfarenheter, och hjälper dem att hantera sitt beteende (O'Brien 1998). Langley & Klopper (2005) fann att sjuksköterskan bör lyssna och försöka förstå vad patienten förmedlar. Det viktiga är inte att alltid förstå vad patienten säger utan att lägga märke till tonfall och försöka tydliggöra innehållet för patienten.

Vid sjukhusvård är det viktigt att en omvårdnadsplan upprättas. Åtgärder som gränssättning, samarbete kring behandling, förstärkning av självständighet och aktivt lyssnande gav patienten en känsla av säkerhet och en trygg miljö där patientens förmåga att bemästra sin situation kan utvecklas (Greene & Ugarriza 1995). Nehls (1999) fann att sjuksköterskans förmåga att sensitivt lyssna var viktig för patienter.

*No one asks me what I want. I don't have a voice. They tell me you can't use the hospital, you have to do this, you can't do that. No one asks me for my opinion. I might as well not be there because they think they have all the answers.* Nehls (2000a, s. 67)

En fungerande dialog mellan sjuksköterska och patient var viktig för att samarbetet kring vård och behandling ska fungera och för att omvårdnaden ska upplevas som relevant (Nehls, 2000b). Fallon (2003) fann att sjuksköterskor som mötte djupt störande känslomässiga problem i patientkontakten ofta hänvisade till extern expertis, t.ex. patientens behandlare. Patienten själv önskade inte terapeutisk behandling utan efterfrågade egentligen någon som gav sig tid att lyssna och ge känslomässigt stöd.

Sjuksköterskans förmåga att härbärgera patientens känslouttryck var av betydelse. Härbärgering av upprörande känslor var en nyckelkomponent i relationer med sjuksköterskor. Sjuksköterskan behövde vara medveten om balansen mellan att överreagera på patientens utagerande beteende t.ex. genom att begränsa patientens självständighet och möjlighet att ta ansvar själv, och patientens behov av stöd då han eller hon känner att de förlorar kontroll över sina känslor och riskerar att skada sig själva. Kan sjuksköterskan härbärgera dessa känslor skapar det trygghet hos patienten. Sjuksköterskan har en avgörande roll när det gäller att erbjuda en härbärgerande kontakt och borde inte uppleva sig begränsad till att erbjuda medicin eller hänvisa till expertterapi (Fallon 2003).

Struktur, härbärgering och tydliga riktlinjer var viktiga för att tydliggöra patientens eget ansvar och för att visa på tillvarons realiteter. Detta var viktiga aspekter för att motverka utbrändhet hos sjuksköterskor. Sjuksköterskan uppfattas som vårdande om hon verkligen lyssnar på patienten och försöker förstå deras nuvarande verklighet. Patientens rädsla för att förlora kontroll eller att inte känna sig omhändertagen, liksom hans eller hennes motstånd mot påtvingad yttre kontroll kan hanteras genom dialog kring tid, regler och gränser samt i förekommande fall mediciner. Detta gav patienten en känsla av trygghet och säkerhet (Langley & Klopper 2005).

Svårigheter att härbärgera patientens känslouttryck kan påverka patientens behandling. Omvårdnad för patienter som skadar sig själva väcker känslor hos sjuksköterskor och kan leda till icke terapeutiskt gensvar. Patientbeteendet kan uppfattas som sabotage mot teamet eller sjuksköterskans terapeutiska ansträngningar. Den vrede och frustration som detta väcker, som ett svar på känslan av att ha misslyckats med att upprätthålla patientsäkerheten, kan skapa en känsla av professionell inkompetens. Vrede och fördömande riktad mot patienten kan resultera i oförmåga att etablera en terapeutisk relation. Sjuksköterskan kan också vara rädd att empatiskt gensvar mot självdestruktiva patienter kan leda till att det självdestruktiva beteendet förstärks. Användandet av reaktiva åtgärder mot självdestruktivt beteende kan bidra till dess fortsättning (O'Brien 1998).

Fallon (2003) fann att sjuksköterskor som var flexibla och tillgängliga var de som först kontaktades i krissituationer. En flexibel hållning från vårdteamet förbättrade tillgängligheten för patienten. Kvaliteten på den individuella relationen hade också betydelse. Sjuksköterskor som var raka och satte tydliga gränser utan att vara fördömande eller straffande uppfattades av patienten som lättare att anförtro sig åt. Känslor av isolering uppstod även på välbemannade enheter om personalen uppfattades som otillgänglig.

Sjuksköterskan bör vara tillgänglig men inte på ett gränslöst sätt. Tecken på professionalitet hos sjuksköterskan var förmågan att på ett flexibelt sätt kunna använda olika behandlingsstrategier, snarare än att uppvisa expertis i någon enskild terapiform (Langley & Klopper 2005). Nehls (1999) fann att tillgänglighet var viktig ur ett patientperspektiv.

Gränssättning kan vara avsedd att förmedla en känsla av hoppfullhet när det gäller patientens förmåga att ta hand om sig själv. Trots detta fann Nehls (2000b) att, i avsaknad av dialog, gränssättning kunde uppfattas som ett hinder för utvecklandet av en samarbetsallians. Alliansen mellan sjuksköterska och patient är en betydelsefull faktor när det gäller att åstadkomma ett gynnsamt svar på samhällsbaserad vård. Synsättet har förändrats från patriarkal makt och kontroll till partnerskap. Det betyder inte att gränssättning är dåligt, snarare att den måste ske inom ramen för samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten.

Patienter med BPS beskrivs ofta som manipulerande. O'Brien (1998) fann att sjuksköterskor hanterade detta på olika sätt:

- De kunde känna sig smickrade av patientens pseudonärhet och misstolka den som en terapeutisk allians, samtidigt som de förlorar en känsla av objektivitet.
- De kunde distansera sig och på ett nedsättande sätt betrakta patientens beteende för att undvika att bli manipulerade. De misslyckas med att möta patienten empatiskt och undvek möjligheten till en terapeutisk kontakt.
- De kunde å ena sidan avvisa alla anspråk från patienten av rädsla för att bli manipulerade eller å andra sidan gå med på patientens alla önskemål för att undvika konfrontation.

O'Brien (1998) fann även att patientens beteenden behövde mötas med specifika överenskomna åtgärder från sjuksköterskan med målen att:

- Öka mellanmännisklig färdighet i konfliktsituationer.
- Öka förmågan att hantera oönskade känslor.
- Utveckla förmågan att stå ut med känslomässig stress.
- Öka förmågan att ta hand om sig själv.

Åtgärder bör vara proaktiva snarare än reaktiva och målen realistiska i förhållande till vårdtiden. Kontrakt är inte alltid användbara för patienter med självdestruktivt beteende som tvångsvårdas. Sjuksköterskors försök att forma och påtvinga kontrakt kan resultera i icke-produktiva maktkamper.

Extravak som en åtgärd för att upprätthålla patientsäkerheten föranleds ofta av ett självdestruktivt beteende. Extravak kan samtidigt motverka patientens försök att utveckla en egenkontroll av sitt beteende och kan förstärka fortsatt regression och utagerande. Isolering ses som mindre terapeutisk än kontakten med en sjuksköterska och används ofta, inte som en terapeutisk åtgärd i patientens intresse, utan som en kontrollåtgärd då andra vägar prövats. Användande av kontrakt, extravak och isolering kan förstärka regression, uppväcka känslor av övergrepp och användas straffande i högre grad än dessa åtgärders förmåga att förstärka patientens egenkontroll av sitt beteende. (O'Brien 1998)

Weber (2002) fann att omvårdnadshandlingar som att tala med patienten, att lyssna, att avleda patientens uppmärksamhet från att skada sig själv var viktiga i patient-sjuksköterske-relationen. Patienternas upplevelse av att ha makt och kontroll över sina liv har stor inverkan på omvårdnaden. Det är hela tiden en balansgång mellan patienternas säkerhet och deras möjlighet att själva kontrollera sina liv. Gallop et al. (1999) fann att praktiska åtgärder som övervakning, personligt stöd och medicin samt möjlighet att avleda aggression på ett mer konstruktivt sätt efterfrågades av patienterna. Dessa åtgärder kan förebygga beteenden som kan leda till tvångsåtgärder. Kontrakt och överenskommelse med patienterna kunde användas för att öka delaktighet och medvetenhet om de risker som finns vid ett okontrollerat beteende.

### **Hur kan sjuksköterskan etablera tro och hopp hos patienten**

En förtroendefull relation var viktig för att patienten skulle kunna känna hopp och våga tro att en förändring är möjlig. Langley & Klopper (2005) refererar patienter som uttryckte att när de kunde lita på sjuksköterskan kunde de börja känna hopp. Som nämnts ovan fann de även att sjuksköterskan måste vara pålitlig och kunna visa förtroende för patienten för att tillit ska kunna utvecklas och patienten våga tro på sina egna resurser.

Weber (2002) fann att sjuksköterskans förmåga att koppla samman patientens hopp med viktiga relationer genom att visa tillit till och tro på patienten var mycket betydelsefull. Nehls (2000a) fann att sjuksköterskan måste bevara en hoppfull närvaro i patientens liv för att visa patienten att återhämtning är möjlig. Hopp kan kommuniceras verbalt och genom att kontinuerligt erbjuda valmöjligheter till patienten

### **Hur kan sjuksköterskan utveckla lyhördhet inför sig själv och andra**

Bergman & Eckerdal (2000) visade på viktiga drag i sjuksköterskans personliga utrustning: Att känna empati med personer med BPS, att kunna härbärgera känslor och erbjuda värme, närhet och säkerhet till patienten. Att vara intresserad av att behandla störningen. Att kunna hantera sina egna känslor av professionell frustration, att hantera motstridiga känslor, maktlöshet, vrede och sorg. Att hantera behovet av att hitta ett gemensamt synsätt skulle förbättra vården för patienten. De fann också att klinisk handledning av handledare utanför teamet var viktig som ett känslomässigt stöd.

Nehls (2000b) fann att omvårdnadshandlingar kan uppfattas som okonventionella och icke omvårdande om sjuksköterskan inte reflekterar över och för en dialog kring sin omsorg om patienten. Gallop et al. (1999) fann att viktiga drag hos sjuksköterskan, enligt patienterna, var att ha förmåga till empati och att kunna tillgodose mänskliga behov. Detta uttrycktes som förmågan att vara empatisk genom att kunna ändra enhetens arbetssätt och att vara tillgänglig i stunder då patienten är känslomässigt instabil.

Gallop et al. (1999) fann att sjuksköterskor måste förstå hur en traumatisk historia med sexuella övergrepp i barndomen kan få konsekvenser för patientens beteende som t.ex. självskadebeteende, dissociation, flashbacks, panik, ångest och impulsivitet. Sjuksköterskor måste hantera hur dessa konsekvenser av övergrepp kan ta sig uttryck i den terapeutiska miljön och forma miljön så att återupplevelsen av övergreppen undviks. Det måste finnas en pågående dialog mellan sjuksköterska och patient för att identifiera utlösande faktorer och tecken som visar på en ökad känsla av kontrollförlust, symtom som flashbacks och ångest.

Bland & Rossen (2005) påvisar behovet av handledning. Handledning kan hjälpa sjuksköterskor att förstå dynamiken i relationen till patienten. Personal som arbetar med patienter med BPS är ofta stressade. Klinisk handledning förbättrar patientvården och arbetstillfredsställelsen. Detta motiveras av patientens förmåga att dela upp personal i onda och goda sjuksköterskor. Detta kan leda till konflikter i personalgruppen. Fallon (2003) fann att sjuksköterskan kan underlätta förståelsen av patientens nuvarande livssituation genom att känna till patientens livshistoria.

Greene & Ugarriza (1995) fann att sjuksköterskan bör ge fortlöpande information till patienten om hans eller hennes beteende för att hjälpa patienten att utvecklas som människa. Sjuksköterskan bör också vara vaksam över sina egna motöverföringsreaktioner så att en terapeutisk behandlingssituation kan upprätthållas.

### **Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienten att uttrycka positiva och negativa känslor och acceptera dem**

O'Brien (1998) fann att relationen mellan sjuksköterskan och patienten är central i omvårdnaden. Omvårdnaden påverkas samtidigt av yttre faktorer som t.ex. regler på en slutenvårdsenhet, dess arkitektur och dess atmosfär. Sjuksköterskor utför åtgärder som styrs lika mycket av vårdorganisationen eller andra yrkeskategorier som av sjuksköterskan själv. Om dessa åtgärder av patienten uppfattas som en upprepning av tidigare övergrepp kan känslor kring dessa projiceras på sjuksköterskan. Vidare kan arbetskamrater idealiseras och uppfattas som räddare av patienten genom att tillmötesgå patientens önskemål, utan att förstå situationen för den sjuksköterska som står patienten närmast. Detta kan leda till känslor av utsatthet, hjälplöshet, vrede och av att vara missförstådd, och är en parallell till patientens inre upplevelse. Sjuksköterskor som arbetar med patienter med BPS behöver ett sammansvetsat och stödjande team, realistiska mål, adekvat utbildning och fortlöpande handledning.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Det har varit relativt svårt att hitta artiklar som undersöker BPS utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Flera artiklar som vi först träffade på handlade om specifika behandlingsmetoder vid BPS. Ofta handlade artiklarna om personalens upplevelser av att vårda patienter med diagnosen BPS. De artiklar som gett mest är de där man undersökt patienternas upplevelse av vården. I några fall handlar artiklarna om specifika aspekter av borderline personlighetsstörning. De artiklar som vi har använt beskriver alla, förutom litteraturoversikterna, kvalitativa studier. Vi tror att det är svårt att bedriva kvantitativ forskning om psykiatrisk omvårdnad. Kvantitativa studier handlar ofta om behandling snarare än omvårdnad, framförallt handlar de om farmakologisk behandling.

Våra sökningar gav flera intressanta artiklar men vi har valt att använda oss av dem som fanns i fulltext, vilket begränsade urvalet. I något fall har vi kopierat en artikel som funnits i pappersformat på biomedicinska biblioteket. Artiklarnas publicering sträcker sig från 1995 till 2005.

Den geografiska spridningen på artiklarna är: sju stycken från USA (2, 5, 7-10, 12), en är från Sverige (1), en från Storbritannien (3), en från Canada (4), en från Sydafrika (6) och en från Australien (11). Flera av studierna är litteraturstudier (2, 5, 7, 10, 11) och vi har valt att låta dem ingå i resultatet då de belyser olika aspekter av omvårdnaden vid borderline personlighetsstörning. Det vore önskvärt att finna fler studier på omvårdnaden vid borderline personlighetsstörning utifrån svenska eller nordiska förhållanden.

## Resultatdiskussion

Vi tycker att litteraturstudien i stor utsträckning har bekräftat den kunskap som finns om BPS. Bilden av hur omvårdnaden kan utformas har också blivit tydligare. BPS är en störning som i mycket hög grad påverkar patientens relationer till andra människor. Då Watsons omvårdnadsmodell är interaktionistisk har vi inte upplevt några svårigheter när det gäller att relatera resultatet till denna. Det kan dock vara svårt att särskilja fynden utifrån Watsons karaktäristiska faktorer då de hänger intimt samman med varandra (Watson 1993).

I bakgrunden har vi betonat Watsons syn på relationen. Watson (1993) betonar betydelsen av relationen mellan sjuksköterska och patient. Målen för omvårdnaden kan endast nås genom denna mellanmänskliga relation. I psykiatrisk omvårdnad är detta särskilt viktigt. Som framgår av bakgrunden, t.ex. beskrivningen av närhets/distansproblematiken, är det i relationen med andra som borderlinepatientens svårigheter blir tydliga (Hartvig Ericson et al, 1999). Vi tror att svårigheterna med att etablera en bärande relation dels beror på patientens problematik med uttalade svårigheter att skapa och upprätthålla relationer och dels på svårigheter för sjuksköterskan att närma sig patienten och hans eller hennes svårighet med närhet och distans. Patientens känslomässiga instabilitet medför svårigheter i relationen. Det blir viktigt för sjuksköterskan att hitta en balans mellan att inte överreagera på patientens utagerande beteende och samtidigt ge honom eller henne det stöd som han eller hon behöver. Watson (1993) menar att det är ett moraliskt åtagande från sjuksköterskans sida att främja mänsklig värdighet.

Flera av artiklarna i litteraturstudien belyser relationens betydelse i omvårdnaden av patienter med BPS. Sjuksköterskor upplever ofta svårigheter med att bemöta patienter med BPS på ett respektfullt sätt. De väcker ofta starka känslor och sjuksköterskan upplever ofta svårigheter att härbärgera patientens känslouttryck (O'Brien 1998). De flesta sjuksköterskor känner säkert igen beskrivningen av diagnosen som stigmatiserande (Nehls 1999). Patienter med BPS beskrivs ofta som manipulerande (O'Brien 1998). Dessa faktorer kan väcka ett motstånd hos sjuksköterskan och göra det svårt att respektera patienten och lyssna till honom eller henne. Det är viktigt att förstå bakgrunden till detta motstånd. Det som av sjuksköterskan kan upplevas som ett

manipulerande beteende är snarast ett uttryck för instabiliteten och sårbarheten i patientens personlighet (Gunderson & Berkowitz, 2003).

Vi tror att sjuksköterskan behöver utveckla en professionell roll med ett medmänskligt bemötande där hänsyn måste tas till patientens svårigheter med närhet och distans. Ett personligt engagemang kan vara känslomässigt krävande och arbetskamrater kan uppfatta det som ett avsteg från den professionella hållningen. Watson (1993) menar att en god relation mellan sjuksköterska och patient kräver ett äkta engagemang och ett ömsesidigt förtroende. Vi anser att detta är en förutsättning för att tillit ska kunna utvecklas.

Nehls (1999) betonar betydelsen av dialog och nyfikenhet som faktorer som främjar omvårdnaden och motverkar upplevelsen av att ha blivit "stämplad" med BPS. Vi tror att det är viktigt att sjuksköterskan har ett intresse av att vårda patienter med BPS. Detta är viktigt för att etablera en förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient.

Flera artiklar lyfter fram betydelsen av att lyssna och upprätta en fungerande dialog (Fallon 2003; Greene & Ugarriza 1995; Langley & Klopper 2005; Nehls 1999, 2000a, 2000b; O'Brien 1998). Watson (1993) lyfter fram betydelsen av sjuksköterskans förmåga och vilja att bekräfta patienten. Genom att lyssna och vara tillgänglig i bemötandet bidrar sjuksköterskan till att individen känner sig bekräftad.

Sjuksköterskans förmåga att härbärgera är viktig (Fallon 2003; Langley & Klopper 2005; O'Brien 1998). Förmågan att härbärgera patientens känslouttryck hjälper sjuksköterskan att inte ta över ansvar från patienten. Den är ett uttryck för en tro på att patienten kan ta ansvar och öka sin kontroll över sitt beteende. Genom att härbärgera känslouttryck kan sjuksköterskan förmedla trygghet till patienten. Vi tror att patienten då kan känna en avlastning och ett minskat kaos, sjuksköterskan hjälper patienten att bära något svårt. En oförmåga att härbärgera patientens känslouttryck kan motverka patientens behandling. Vi tror att det är en förklaring till de många konflikter som uppstår kring dessa patienter.

Flera studier beskriver patienters behov av tillgänglighet och tid (Fallon 2003; Langley & Klopper 2005; Nehls 1999). Sjuksköterskan bör vara tillgänglig men inte på ett gränslöst sätt. Vi tror att sjuksköterskan genom att tillsammans med patienten föra en tydlig dialog kring tillgänglighet och tid hjälper patienten med att se de yttre ramarna för kontakten. Genom dialog kring tillgänglighet och tid kan sjuksköterskan hjälpa patienten att reglera närhet och distans. Dialogen blir också en förutsättning för patienten att själv bli delaktig i relationen till sjuksköterskan. Sjuksköterskor som var raka och tydliga utan att vara fördömande eller straffande uppfattades av patienten som lättare att anförtro sig åt (Fallon 2003).

Flera studier visar på behovet av gränssättning (Gallop et al 1999; Greene & Ugarriza 1995; Nehls 2000b; O'Brien 1998). Gränssättning hjälper patienterna att skapa struktur i sitt vardagliga liv och måste ske i dialog med patienten. Förr eller senare frångår sjuksköterskan sitt vedertagna arbetssätt. Detta sker inte sällan oplanerat och föranleds ofta av ett behov av att hantera uppkomna situationer. Vid dessa situationer är det viktigt att sjuksköterskan är trygg i sin yrkesroll.

Förmågan att på ett flexibelt sätt kunna använda olika behandlingsstrategier beskrevs av Langley & Klopper (2005) som tecken på professionalitet. Vi tror att det är viktigt att omvårdnaden blir individuell utifrån den enskilde patientens problematik.

Watson (1979) menar att den patient som verkligen upplever att sjuksköterskan bryr sig om och ser hans eller hennes problem kan utveckla förtroende, tillit och hopp. Vi fann att detta får stöd av Langley & Klopper (2005), Nehls (2000a) och Weber (2002). I relationen kan sjuksköterskan förmedla hopp genom att visa tillit till och tro på patientens egen möjlighet till utveckling.

Sjuksköterskans kraft att träda in i den andres livsrum och känna en förening främjar enligt Watson (1993) en transpersonell relation. Det är också viktigt för sjuksköterskan att känna sin egen livshistoria, sin egen personliga tillväxt, mognad och utveckla en känslighet inför det egna jaget. Vi tror att detta är speciellt viktigt vid omvårdnad av patienter med BPS. Flera artiklar belyser betydelsen av att sjuksköterskan kan känna empati med patienten (Bergman & Eckerdal 2000; Gallop et al 1999). I avsaknad av empati kan omvårdnadshandlingar uppfattas som okonventionella och icke omvårdande (Nehls 2000b).

Flera studier pekar på betydelsen av att ha tillräcklig kunskap om patienten, hans eller hennes historia och om BPS, liksom möjligheten att få klinisk eller extern handledning i sitt omvårdnadsarbete (Bergman & Eckerdal 2000; Bland & Rossen 2005; Fallon 2003; Gallop et al. 1999; Greene & Ugarriza 1995). Detta har också betonats i litteraturen om BPS. Vi anser att en seriös omvårdnad kräver fortlöpande kunskapsinhämtning, fördjupning av den samlade kunskapen kring enskilda patienter och fortlöpande handledning. Problematiken kring BPS är av den arten att detta krävs för att upprätthålla kvaliteten på omvårdnaden. Sjuksköterskans lyhördhet inför sig själv och andra är avgörande för hans eller hennes förmåga att använda sig själv terapeutiskt hävdar Watson (Jahren Kristoffersen 1998)

Vi tror att kunskap och handledning förhindrar utbrändhet och splittring i personalgruppen. Kunskap och handledning gör också sjuksköterskan mer medveten om sina egna motöverföringsreaktioner och han eller hon blir tryggare i sin yrkesroll. Att vara medveten om sin egen livshistoria, sin egen personliga tillväxt och mognad, och ha en känslighet inför det egna jaget är viktigt då vi inte tror det går att undvika att känna sig misslyckad ibland i mötet med dessa patienter.

Positiva och negativa känslor, som har sitt ursprung i patientens historia, kan projiceras på sjuksköterskan (O'Brien 1998). Watson (1979) menar att känslor kan förändra tankar och beteende. En sjuksköterska som ger patienten möjlighet att uttrycka sina känslor, måste också vara beredd på att ta emot negativa känslor. Vi håller med O'Brien (1998) när hon säger att sjuksköterskor som arbetar med patienter med BPS behöver ett sammansvetsat och stödjande team, realistiska mål, adekvat utbildning och fortlöpande handledning.

## REFERENSER

- American Psychiatric Association (2001) *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*  
[http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/Practice%20Guidelines8904/BorderlinePersonalityDisorder.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Practice%20Guidelines8904/BorderlinePersonalityDisorder.pdf) Tillgänglig 2005-10-30
- Bergman B, Eckerdal A. (2000) Professional Skills and Frame of Work Organization in Managing Borderline Personality Disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science* **14**, 245-252.
- Bland AR, Rossen EK. (2005) Clinical Supervision of Nurses Working With Patients With Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing* **26**, 507-517.
- DSM-V Prelude Project <http://www.dsm5.org> Tillgänglig 2005-10-29.
- Eide H, Eide T. (1997) *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur, Lund.
- Fallon P. (2003) Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **10**, 393-400.
- Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P. (1999) The Experience of Hospitalization and Restraint of Women Who Have a History of Childhood Sexual Abuse. *Health Care for Women International*, **20**, 401-416
- Greene H, Ugarriza DN. (1995) The 'Stably Unstable' Borderline Personality Disorder: History, Theory, and Nursing Intervention. *Journal of Psychosocial Nursing* **33**, 12, 26-30.
- Gunderson JG, Berkowitz C. (2003) A BPD BRIEF  
<http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/Files/ABPDBRIEF.doc> Tillgänglig 2005-10-29.
- Hartvig Ericson M, Hejll B, Isaksson L, Johansson I, Sundin M. (1999) *Borderline personlighetsstörning – ett vårdprogram*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
- Jahren Kristoffersen, N. (1998) Teoretiska modeller i omvårdnad. I Jahren Kristoffersen, N *Allmän omvårdnad I. Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Liber, Stockholm. S. 403-410.
- Langley GC, Klopper H. (2005) Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **12**, 23-32.
- Nehls N. (1998) Borderline Personality Disorder: Gender Stereotypes, Stigma, and Limited System of Care. *Issues in Mental Health Nursing* **19**, 97-112.
- Nehls N. (1999) Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. *Research in Nursing & Health* **22**, 285-293.
- Nehls N. (2000a) Recovering: A Process of Empowerment. *Advanced Nursing Science* **22**, 4, 62-70.

Nehls N. (2000b) Being a Case Manager for Persons With Borderline Personality Disorder: Perspectives of Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing* **14**, 1, 12-18.

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

O'Brien L. (1998) Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* **7**, 172-183.

Särvimäki A, Stenbock-Hult B. (1996) *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Liber AB, Stockholm.

Watson J. (1979) *Nursing: the philosophy and science of caring*. Little, Brown, Boston, Mass

Watson J. (1985) *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. National League for Nursing, New York

Watson J. (1993) *En teori för omvårdnad Omvårdnad och humanvetenskap*. Studentlitteratur, Lund.

Weber MT. (2002) Triggers for Self-Abuse: A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, **16**(3), 118-124

# BILAGA 1

## Borderline personlighetsstörning enligt DSM-IV

Kapitlet om personlighetsstörningar i DSM-IV inleds med en allmän definition av personlighetsstörning som gäller för var och en av personlighetsstörningarna i manualen.

### Allmänna diagnostiska kriterier för personlighetsstörning

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

- (1) kognitioner (d.v.s. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
- (2) affektivitet (d.v.s. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret)
- (3) mellanmänniskt samspel
- (4) impuls kontroll

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

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

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

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

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

### 301.83 Borderline personlighetsstörning

#### F60.31

Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmänniska relationer, självbild och affekter. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder och tar sig minst fem av följande uttryck:

- (1) gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium (5) räknas inte in här.
- (2) uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmänniska relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering
- (3) uppvisar identitetsstörning, d.v.s. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla
- (4) visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmisbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). **Obs:** Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium (5) räknas inte in här.
- (5) uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar
- (6) är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar)
- (7) känner en kronisk tomhetskänsla

- (8) uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (t ex ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål)
- (9) har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom

## BILAGA 2

### Emotionellt instabil personlighetsstörning, borderlinetyp, F60.31, enligt ICD-10

- A. Generalkriterierna för personlighetsstörning (F60) enligt nedan måste vara uppfyllda.
- B. Minst tre av symtomen uppräknade i kriterie B för F60.3 enligt nedan måste finnas samt med ett tillägg på minst två från följande:
- (1) störning i och osäkerhet kring självbild, mål och egna preferenser (inkluderande sexuella);
  - (2) en förmåga att bli inblandad i intensiva och ostabila relationer som ofta leder till emotionella kriser,
  - (3) anstränger sig mycket för att undvika att bli övergiven;
  - (4) återkommande hot eller handlingar av självskadande art;
  - (5) kroniska känslor av tomhet

### F60 Specifik personlighetsstörning

- G1 Det finns bevis föra att individens karakteristiska och genomgripande mönster av inre upplevelser och beteende i helhet avviker tydligt från vad som är kulturellt förväntat och accepterat (eller ”normalt”). Sådana avvikelser måste manifesteras sig i mer än ett av följande områden:
- (1) kognition (sättet att ta emot och bearbeta information om saker, människor och händelser, förandet av attityder och föreställningar om sig själv och andra);
  - (2) affekter (spännvidd, intensitet och hur adekvata emotionella ”arousal” och svar är);
  - (3) Kontroll över impulser och behovet av belöningar;
  - (4) Sättet att relatera till andra och hur man hanterar interpersonella situationer.
- G2 Avvikelser måste manifesteras sig genomgripande i form av beteenden som är inflexibla, maladaptiva eller på annat sätt dysfunktionella inom ett vitt område av personella och sociala situationer (det får inte vara begränsat till ett speciellt ”trigger” område eller en speciell situation).
- G3 Det finns ett personligt lidande eller sociala svårigheter, eller båda, som klart visar sig vara associerat med beteendet beskrivet i kriterie G2.
- G4 Det måste finnas bevis för att avvikelsen är stabil och har funnits en lång tid, debuten ska ha skett i sen barndom eller under tonårstiden.
- G5 Avvikelsen kan inte förklaras med att vara en manifestation eller konsekvens av andra psykiska syndrom hos vuxna, även om periodicitet eller kroniska tillstånd från F00-F59 eller F70-F79 kan samexistera eller vara pålagrade avvikelsen.
- G6 Organisk hjärnsjukdom, skada eller dysfunktion måste kunna exkluderas som möjlig orsak till avvikelsen. (Om en organisk orsak kan visas ska kategori F07 användas).

### F60.3 Impulsiv typ

#### Kriterie B.

- (1) tydlig tendens att agera oväntat och utan tanke på konsekvenser;
- (2) tydlig tendens till grälsjukt beteende samt att råka i konflikt med andra, särskilt när impulsiva akter ifrågasätts eller kritiseras;
- (3) benägenhet till utbrott av ilska eller våldsamheter med en oförmåga att kontrollera beteendexplosionerna;
- (4) svårigheter att fortsätta handlingar som inte ger omedelbar belöning;
- (5) instabilt och nyckfullt humör.

## BILAGA 3

### Artikelpresentation:

**Artikelnr:** 1  
**Författare:** Bergman B, Eckerdal A.  
**Titel:** **Professional Skills and Frame of Work Organization in Managing Borderline Personality Disorder**  
**Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring Science, 2000; 14: 245-252.  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Bredda förståelsen av vad det innebär för vårdpersonal att arbeta med patienter med BPS  
**Metod:** Kvalitativ analys av djup-intervjuer (grounded theory)  
**Urval:** 29 vårdpersonal som arbetar med patienter med BPS i öppenvård och slutenvård  
**Referenser:** 30 st.

**Artikelnr:** 2  
**Författare:** Bland A, Rossen E.  
**Titel:** **Clinical Supervision of Nurses Working With Patients With Borderline Personality Disorder**  
**Tidskrift:** Issues in Mental Health Nursing, 2005; 26: 507-517.  
**Land:** USA:  
**Syfte:** Beskriva fördelar med klinisk handledning av omvårdnadspersonal som arbetar med patienter med BPS  
**Metod:** Litteraturstudie  
**Referenser:** 48 st.

**Artikelnr:** 3  
**Författare:** Fallon P.  
**Titel:** **Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services**  
**Tidskrift:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003; 10: 393-400.  
**Land:** England.  
**Syfte:** Att undersöka deltagarnas upplevelser i deras kontakter med psykiatrisk vård  
**Metod:** Kvalitativ analys av ostrukturerade intervjuer (grounded theory)  
**Urval:** Sju patienter från psykiatrisk vård  
**Referenser:** 41 st.

**Artikelnr:** 4  
**Författare:** Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P.  
**Titel:** **The Experience of Hospitalization and Restraint of Women Who Have a History of Childhood Sexual Abuse**  
**Tidskrift:** Health Care for Women International, 1999; 20: 401-416  
**Land:** Canada  
**Syfte:** Att undersöka upplevelsen hos kvinnor som vid vård på sjukhus blivit tvångsmedicerade och lagda i bälte  
**Metod:** Kvalitativ  
**Urval:** 10 kvinnor, inlagda på psykiatrisk klinik  
**Referenser:** 30 st.

**Artikelnr:** 5  
**Författare:** Greene H, Ugarriza DN.  
**Titel:** **The 'Stably Unstable' Borderline Personality Disorder: History, Theory, and Nursing Intervention**  
**Tidskrift:** Journal of Psychosocial Nursing, 1995; 33(12): 26-30  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Artikeln diskuterar sjuksköterskans omvårdnad utifrån de teoretiska perspektiven om BPS  
**Metod:** Litteraturstudie  
**Referenser:** 38 st.

**Artikelnr:** 6  
**Författare:** Langley G.C. & Klopper H.  
**Titel:** **Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder**  
**Tidskrift:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005; 12: 23-32.  
**Land:** Sydafrika.  
**Syfte:** Att utveckla en modell för att underlätta kommunal psykiatrisk vård för patienter med BPS  
**Metod:** Kvalitativ, utforskande, beskrivande och kontextuell metod  
**Urval:** Sex patienter och tio vårdpersonal från Johannesburgregionen  
**Referenser:** 64 st.

**Artikelnr:** 7  
**Författare:** Nehls N.  
**Titel:** **Borderline Personality Disorder: Gender Stereotypes, Stigma, and Limited System of Care**  
**Tidskrift:** Issues in Mental Health Nursing, 1998; 19: 97-112.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Att i ljuset av det teoretiska underlaget för diagnosen BPS och den begränsade och stigmatiserande vården lyfta fram nya riktlinjer för vård, utbildning och forskning  
**Metod:** Litteraturstudie  
**Referenser:** 75 st.

**Artikelnr:** 8  
**Författare:** Nehls N.  
**Titel:** **Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients**  
**Tidskrift:** Research in Nursing & Health, 1999; 22: 285-293.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Förmedla kunskap om upplevelsen av att leva med diagnosen borderline personlighetsstörning  
**Metod:** Kvalitativ, fenomenologisk  
**Urval:** Sammanlagt trettio patienter från en kommunal krisenhet, en öppenvårdsmottagning och en akutpsykiatrisk enhet  
**Referenser:** 44 st.

**Artikelnr:** 9  
**Författare:** Nehls N.  
**Titel:** **Recovering: A Process of Empowerment**  
**Tidskrift:** Advances in Nursing Science, 2000; 22(4): 62-70.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Att visa hur återhämtningskonceptet kan ge möjlighet till en annorlunda vård  
**Metod:** Litteraturstudie  
**Referenser:** 33 st.

**Artikelnr:** 10  
**Författare:** Nehls N.  
**Titel:** **Being a Case Manager for Persons With Borderline Personality Disorder: Perspectives of Community Mental Health Center Clinicians**  
**Tidskrift:** Archives of Psychiatric Nursing, 2000; 14(1): 12-18.  
**Land:** USA:  
**Syfte:** Att överbrygga case managers kunskapsgap när det gäller patienter med kroniska, ickepsykotiska störningar, särskilt patienter med BPS  
**Metod:** Kvalitativ, fenomenologisk  
**Urval:** Sjutton case managers från ett kommunalt psykiatriskt hälsocenter  
**Referenser:** 25 st.

**Artikelnr:** 11  
**Författare:** O'Brien L.  
**Titel:** **Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: A review of the literature**  
**Tidskrift:** Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 1998; 7: 172-183.  
**Land:** Australien  
**Syfte:** Att granska litteraturen om omvårdnad av människor med BPS i slutenvård  
**Metod:** Litteraturstudie.  
**Referenser:** 63 st.

**Artikelnr:** 12  
**Författare:** Weber MT.  
**Titel:** **Triggers for Self-Abuse: A Qualitative Study**  
**Tidskrift:** Archives of Psychiatric Nursing, 2002; 16(3): 118-124  
**Land:** Texas, USA  
**Syfte:** Att beskriva hur kvinnor med ett självskadebeteende definierade självskadebeteendet mot bakgrund av sitt liv  
**Metod:** Kvalitativ  
**Urval:** Nio kvinnor på en låst avdelning för kvinnor  
**Referenser:** 25 st.