



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

**Svart mot vitt,
Att leva med Borderline Personlighetsstörning**

- En kvalitativ litteraturstudie

Författare

Rebecca Engström & Johanna Sylvén

Handledare

Christina Carlsson

Examensarbete, 15 hp

kandidatnivå

HT 2014

Examensarbetets titel:	Svart mot vitt, att leva med borderline personlighetsstörning Black versus white, to live with borderline personality disorder
Författare	Rebecca Engström & Johanna Sylvén
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	HT 2014
Antal sidor	22

Background: Borderline personality disorder is a complex mental disorder that has become increasingly common in those individuals who seek care today. These individuals are often perceived as being different by society and the health care system, because of the prejudice and lack of knowledge that exists around mental illness and borderline personality disorder. **Aim:** Highlighting adults experiences of living with a diagnosis of borderline personality disorder. **Method:** Literature study with qualitative approach. Seven articles were chosen to be read, reviewed and analyzed. **Results:** Three categories with seven subcategories appeared. Experiences of emotional pain, feelings of not being like everyone else and experiences of social interactions. **Conclusion:** The results show in general negative experiences in several different aspects. Feelings of hope for the future were countered with suicidal thoughts and self-destructive behavior. Negative emotions in behavior from society but also from health professionals, stigma that constantly surrounded their life-world, an attitude which in most cases is due to large gaps in knowledge. The authors included research that was done 20 years ago, and the results of this study show that the response and experience of the individuals has not been changed. This means that the knowledge is not as high as it should be and the skills of health professionals are not as current as it should be. Future research should focus on how health professionals should be able to raise their level of knowledge and respond to individuals in a more customized way.

Keywords

Borderline personality disorder, patient perspective, experiences, stigma, qualitative.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Lagar och förordningar	1
2.2 Teoretiskt perspektiv	2
2.3 Stigmatisering	3
2.4 Psykisk sjukdom	3
2.5 Personlighetsstörning.....	4
2.6 Tidigare forskning	5
3. Problemformulering	6
4. Syfte	6
5. Metod	6
5.1 Litteratursökning	6
5.2 Urval	8
5.3 Analys	8
6. Resultat.....	9
6.1 Upplevelser av emotionell smärta	9
6.2 Upplevelser av att inte vara som alla andra.....	10
6.3 Upplevelser av sociala interaktioner.....	11
7. Diskussion	13
7.1 Metoddiskussion	13
7.2 Resultatdiskussion	16
Upplevelser av emotionell smärta	16
Upplevelser av att inte vara som alla andra.....	17
Upplevelser av sociala interaktioner	18
8. Konklusion och implikationer	20
9. Referenser.....	22

BILAGA I

BILAGA II

1. Inledning

Borderline Personlighetsstörning har visat sig vara en av de vanligaste personlighetsstörningarna bland de individer som söker sig till vården. Dessa individer uppfattas ofta som "svåra patienter" på grund av deras känslomässiga instabilitet (Perseius, 2010). Detta kan leda till en isolering från samhället på grund av att den psykiskt sjuka individen uppfattas som annorlunda (Lundberg, 2010).

Karin, 25, som precis fått sin diagnos, Borderline personlighetsstörning, .

Jag har brukat säga att jag är annorlunda. Jag visste att jag inte var sjuk, men vad var det jag hade? Diagnosen är en lättnad. Nu vet jag att det problem som jag har, det finns hos andra människor också. Kanske kan jag inte göra något åt det, men jag tror att jag kan lära mig att leva med mig själv. Fast psykisk störning, det känns som att ha fått en ful stämpel. (Näslund, 1998, s.28)

Enligt Socialstyrelsen (2014a) ska individer med psykisk sjukdom ha samma tillgång till kunskapsbaserad och säker vård med lika god kvalitet som individer med endast somatisk sjukdom. För att belysa sjukdomens betydelse för patienten så behöver den ses ur patientens livsvärld. Denna studie fokuserar på vuxnas upplevelser av att leva med diagnosen borderline personlighetsstörning.

2. Bakgrund

2.1 Lagar och förordningar

Hälsa och vård ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) i 2§ ges till befolkningens samtliga individer på lika villkor, med respekt och värdighet. Vidare i 2a§ ska en bra kontakt hållas mellan patient och vårdpersonal för att uppfylla en god vård där patienten får vara delaktig i beslut gällande vårdens åtgärder för dennes sjukdom. Arbetet som görs av vårdpersonal ska också enligt Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659, 1§, kap. 6) bygga på beprövad erfarenhet och forskning. Dessutom har sjuksköterskan enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor en skyldighet att upprätthålla sin yrkeskompetens genom en ständig förnyelse av sin kunskap och ett ansvar att förmedla tillräcklig men lämplig information till vårdtagarna. Sjuksköterskan ska även enligt sin etiska kod ansvara för samtliga individer som är i behov av vård, genom att främja en miljö grundad på mänskliga rättigheter, samt underlätta vårdmiljön för samtliga individer men framförallt för de sårbara befolkningsgrupperna (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2012).

2.2 Teoretiskt perspektiv

Katie Eriksson har en karitativ teori, det vill säga en teori baserad på barmhärtighet och kärlek. Hennes teori kretsar runt termerna lidande, hälsa och vårdande, vilket bör vara kärnan i omvårdnaden. Hon menade att människan är en omätbar enhet vilket gör att man som vårdpersonal måste inhämta kunskap från patienten och utforma sin omvårdnad därifrån. Katie Eriksson utgår från fem begrepp som tillsammans bildar helheten för verkligheten och vårdandet (Gustin & Lindwall, 2012).

Den unika människan är en enhet i form av kropp, själ och ande beskriver Gustin och Lindwall (2012). Eriksson (2012) menade att man ska förminska patientbegreppet då det har en för stark förbindelse med diagnosen, och istället inrikta sig på ”den lidande människan” och på så sätt få en större förståelse för hela individen. Vårdpersonal ska bjuda in den lidande människan till sin tid och där få en större förståelse och samvaro för lidandet, och därmed utgöra en relation som leder till försoning och behärskning av lidandet.

Den mångdimensionella hälsan är enligt Eriksson (2000) ett tillstånd av sundhet, välbefinnande och friskhet där fokus ligger på helheten och gör människan medveten om sitt tillstånd. Människan ska känna sig hel, i kropp, ande och själ, detta ska ske i en jämn relation till livet och medmänniskor. Eriksson (2000) menade även att om ingen balans i det andliga och själsliga livet finns kommer kroppen uttrycka detta genom sjukdom och behov.

Lidande är Erikssons (1994) största och viktigaste begrepp, kunskapen kring begreppet är grunden för all vård. En lidande människa är främmande för sig själv och varje lidande är unikt då det formas av människan själv och hennes omgivning. Man kan försöka fördröja eller reducera lidande, men eftersom det är en del av mänskligheten slår det ofta tillbaka på annat sätt. Det är en kamp mellan liv och död, hopplöshet och hopp.

Vårdandets värld eller *Vårdkulturen* som Eriksson (1987) benämnde är begrepp om miljön kring vårdandet. Som vårdpersonal bör du hela tiden bjuda in till den lidande människan, med en korrekt etisk hållning. Det finns tre världar som Eriksson beskrev, den inre som är mest privat för varje enskild individ. Mellanvärlden som är relationer mellan människor, den yttre är hur miljön kring individen, den miljön kan vara allt från färgen på väggarna till hur lättillgänglig informationen är.

Eriksson (1987) menade att det är enormt viktigt att vårdpersonalen ständigt införskaffar ny kunskap om ämnen som är relevanta, är uppmärksamma och gärna utforskar individerna i arbetet.

2.3 Stigmatisering

Enligt Link och Phelan (2001) är stigmatisering ett paraplybegrepp som innefattar ett antal termer. Stämpling är en term som innebär att en stämplad individ skiljer sig från andra människor på ett ofördelaktigt sätt. Särskiljande är en mindre, men minst lika viktig term som innefattar att normaliteten är individer utan psykisk diagnos, vilket gör att dem diagnostiserade blir avvikande och får en lägre status i samhället. Gällande statusförlust och diskriminering så sker detta både på individnivå samt på en strukturell nivå, detta innebär en nedvärdering och en utstötning från samhället vilket ger en ännu lägre status i samhället. Termen stereotyp är en föreställning av en individ inom en särskild kategori. Till exempel har psykisk sjukdom en negativ föreställning, psykiskt sjuka individer anses vara både farliga och irrationella enligt stereotypen, vilket ger varje enskild individ inom kategorin den etiketten/stämpeln även om just denne inte är sådan.

Strangor och Candall (2000) beskrev att stämpeln inte enbart är riktad mot individen, utan mot gruppen i sig. Det finns en rädsla om att de stämplade individerna ska te sig som stereotypen och utgöra ett hot för säkerheten, den sociala positionen eller de grundläggande värderingarna och världsbilden hos samhället. När en individ med psykisk sjukdom väl är stämplad kan det vara mycket svårt att återuppta sin roll i det normativa samhället, då denne av princip sak hindras av samhället trots åtskilliga försök (Scheff, 1998).

2.4 Psykisk sjukdom

Ur ett historiskt perspektiv så har olika tolkningar kring psykisk sjukdom alltid funnits. Qvarsell (1982) beskrev för mer än 30 år sedan att det har funnits fyra ledande tolkningar på synen kring psykisk sjukdom genom historien. Ur gamla testamentet kan ett synsätt om psykisk sjukdom utläsas där det ansågs vara en påföljd av tidigare osedligheter i livet. Enligt det andra synsättet ansågs individerna vara besatta av onda varelser. Ett tredje synsätt är spårat långt tillbaka i tiden till den grekiska filosofen Platon, som såg psykisk sjukdom som en störning av harmonin i själen på grund av allt för starka känslor. Det fjärde synsättet har

sitt ursprung i antiken. Där ansåg man att psykisk sjukdom hade att göra med en obalans mellan de fyra kroppsvätskorna slem, blod, svart och gul galla. Uppfattningen av psykisk sjukdom på dessa synsätt har i viss omfattning och i nyare form levt kvar även i dagens syn.

Den allmänna synen på individer med psykisk sjukdom är negativ på grund av rädsla och fördomar. Fördomar om att individerna anses som farliga, smittsamma och aggressiva förekommer i samhället. Bristen på rätt kunskap medför även en skräck för att själv insjukna i psykisk sjukdom. Det är inte enbart samhället som präglas av denna negativa attityd, utan även många inom vården, bland annat sjuksköterskor har denna inställning. Synen som många har är att friska individer utan psykisk sjukdom tillhör normaliteten i samhället, medan de individer som är psykiskt sjuka ofta ses som onormala, på grund av deras oförmåga att följa samhällets normer. Detta skapar en vi mot dem-situation som leder in på begreppet stigmatisering (Lundberg, 2010; Socialstyrelsen, 1997).

2.5 Personlighetsstörning

Psykisk sjukdom kan vara en personlighetsstörning, vilket innebär att en störning av olika faktorer har påverkat individens utveckling gällande dess personlighet och mognad (Perseius, 2010). Dessa faktorer kan vara olika typer av trauman som skett under barndomstiden t ex övergrepp av psykisk, fysisk eller sexuell art (Paris, 1997). Tillståndet vid en personlighetsstörning innebär ett avvikande beteende angående de mönster av tankar och känslor som rör sig i individens huvud. Detta uppfattas som onormalt tänkande vid samspel och samarbete med andra människor i samhället, vilket då kan leda till att individen med personlighetsstörningen får en försämrad funktionalitet i en social och yrkesmässig omgivning (American Psychiatric Association [APA], 1994).

För att klassificera sjukdomar och hälsoproblem för människor som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården rekommenderar Socialstyrelsen (2014b) ICD-10, (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). En typ av personlighetsstörning som enligt ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1990) klassificeras som instabil personlighetsstörning har en stor benägenhet till impulsivt beteende utan att ta hänsyn till eventuella konsekvenser, tillsammans med en affektiv instabilitet. Förmågan att planera saker kan vara ytterst liten och utbrott av häftig ilska kan ofta leda till våld. Det finns två olika varianter av instabil personlighetsstörning och de har båda

impulsivitet och bristande självkontroll som huvudsakliga aspekter. Den ena varianten kallas för borderline personlighetsstörning.

ICD-10 benämner individer med Borderline personlighetsstörning som störda eller oklara, speciellt när det gäller deras självbild, inriktning samt deras rätt till sin egen kropp. Eftersom denne har en kronisk känsla av tomhet och övergivenhet involverar sig individen ofta och gärna i relationer som lätt blir intensiva och instabila. Dessa relationer ger upprepade känslomässiga kriser som ofta leder till självmordstankar, hot om självmord och självmordsförsök, men även till ett destruktivt självskadebeteende (WHO, 1990).

Symtomen hos en individ med en personlighetsstörning börjar dock visa sig först i slutet av tonåren, och uttrycker sig starkare i vuxen ålder. Det är därför inte lämpligt att diagnostisera en individ som är under 18 år (Perseus, 2010; WHO, 1990).

Enligt Crafoord (1986) nämns Hughes ofta som en av de första som beskrev borderline personlighetsstörning som en specifik patientgrupp. Han beskrev att individerna befann sig mentalt i ett gränsland mellan förstånd och hopplöshet. Under hela sina liv befann sig individerna nära gränsen, ibland på ena sidan ibland på den andra. Nationalencyklopedin (2014) beskrev att borderline personlighetsstörning har en rad olika egenskaper som präglas av det så kallade gränslandet. Individer med denna typ av personlighetsstörning har snabbt svängande polariserade känslostormar som bland annat gör att de har svårt att vara nära i relationer och fungera normalt i sociala sammanhang.

2.6 Tidigare forskning

Tidigare forskning belyste tydliga samband mellan samhällets negativa stigmatiserade syn på individer med borderline personlighetsstörning och vårdpersonalens inställning till dem (Aviram, Brodsky & Stanley, 2006; King, 2014; McGrath & Dowling, 2012; Socialstyrelsen, 1997). Men man belyste i huvudsak samhällets och vårdpersonalens upplevelser av borderline personlighetsstörning istället för upplevelser hos själva individen som faktiskt har sjukdomen. Det finns således för lite kunskap ur individens synvinkel för att kunna öka förståelsen för sjukdomen (Lundberg, 2010; McGrath & Dowling, 2012; Socialstyrelsen, 1997).

3. Problemformulering

Det finns således en påverkan från samhället hos vårdpersonal, angående fördomar och tankar kring psykiska sjukdomar i allmänhet. Dessa fördomar är ofta grundade i okunskap kring ämnet. Borderline personlighetsstörning är en mycket vanlig diagnos hos de som söker sig till vården idag. Det är också en ibland svårhanterlig sjukdom för både patient och vårdpersonal, vilket kan leda till missförstånd och osämja mellan parterna. Det är därför av stor vikt att belysa hur dessa patienter upplever sin sjukdom för att därigenom skapa ökad förståelse hos vårdpersonalen och ge en bättre vård.

4. Syfte

Att belysa upplevelserna av hur det är att leva med diagnosen borderline personlighetsstörning.

5. Metod

Författarna valde att göra en systematisk kvalitativ litteraturstudie inom ämnet. Primära källor som publicerade vetenskapliga artiklars eller rapporters uppgifter ligger som grund för denna typ av studie (Polit & Beck, 2011). En litteraturstudie gjordes för att öka och fördjupa kunskaperna inom ett specifikt ämne från den kunskap som redan existerar i olika typer av texter (Dahlborg Lyckhage, 2006). Då syftet var att belysa individens upplevelser och öka förståelsen i ämnet valdes en studie med kvalitativ ansats. En sammanställning av forskning som gjorts tidigare i ämnet gav en ökad förståelse och kunskap, vilket utformade en anvisning som kan användas praktiskt i vårdarbetet (Friberg, 2006; Willman, Bahtsevani & Stoltz, 2011).

5.1 Litteratursökning

En inledande litteratursökning gjordes för att få en uppfattning om vad som fanns publicerat inom området och för att kunna avgränsa utifrån syftet. Sedan gjordes den egentliga litteratursökningen som var en systematisk sökning för att skapa en klar struktur i arbetet. Hela processen dokumenterades efter ett schema där samtliga sökningar presenterades (Friberg, 2006). Totalt gjordes sex sökningar med resultat i fyra olika databaser, CINAHL with fulltext, PsycINFO, PsycARTICLES och PubMed/MedLine. Dessa databaser valdes för att de berör ämnena omvårdnad och psykiatri, vilket var relevant för studiens syfte.

Den första sökningen gjordes i CINAHL with full text. Där användes sökordet “borderline personality disorder” som avgränsades till abstractet i sökningen. Sökningen gav 92 resultat där samtliga titlar lästes. Sex abstract lästes varav fyra valdes ut för granskning. Se bilaga I.

Andra sökningen gjordes även här i CINAHL with full text. Där användes sökorden “personality disorder” och “life experience” som avgränsades till abstractet i sökningen. Sökningen gav fyra resultat där samtliga titlar lästes. Ett abstract lästes som sedan valdes ut för granskning (Bilaga I).

Tredje sökningen gjordes i PsycARTICLES. Där användes sökorden “borderline personality disorder” och “experience” som avgränsades till abstractet i sökningen. Sökningen gav 39 resultat där samtliga titlar lästes. Fyra abstract lästes varav två valdes ut för analys, där sedan en osystematisk sökning skedde via referenslistan på en av artiklarna som resulterade i ännu en artikel som valdes ut för granskning. Se bilaga I.

Fjärde sökningen gjordes i PsycINFO. Där användes sökorden “borderline personality disorder” och “experience” som avgränsades till abstractet i sökningen. Sökningen gav 473 resultat där samtliga titlar lästes. 12 abstract lästes varav fyra artiklar valdes ut för granskning. En av dessa artiklar fanns inte i full text, vilket gjorde att den beställdes från biblioteket. Se bilaga I.

Femte sökningen gjordes i PubMed/MedLine. Där användes sökorden “borderline personality disorder” och “perceptions” som avgränsades till title/abstract i sökningen. Sökningen gav 43 resultat där samtliga titlar lästes. Tre abstract lästes varav en artikel valdes ut för granskning. Se bilaga I.

Sjätte sökningen gjordes i PubMed/MedLine. Där användes sökorden “borderline personality disorder” och “service user” som avgränsades till title/abstract i sökningen. Sökningen gav fyra resultat där samtliga titlar lästes. Tre abstract lästes varav en artikel valdes ut för granskning. Se bilaga I.

Sökorden “Borderline Personality Disorder”, “Personality Disorder”, “Life Experience”, “Experience”, “Perceptions” samt “Service User” användes i samtliga databaser. “Borderline Personality Disorder” och “Personality Disorder” användes som huvudord och i olika

kombinationer med resterande tre sökord. Andra sökord förekom som t ex “Quality of Life, men författarna har endast redovisat de sökningar som gav resultat.

En osystematisk sökning gjordes därefter för att komplettera den systematiska sökningen. I sökningen hittades 14 artiklar varav 13 gjordes i en systematisk sökning och den sista var osystematiskt hämtad från en referenslista.

5.2 Urval

Avgränsningar som gjordes i sökningarna var att de skulle vara på svenska eller engelska. Ingen avgränsning av tidsperiod gjordes. Inklusionskriterier för valda artiklar var att deltagarna skulle vara över 18 år och att de skulle ha en fastställd diagnos av borderline personlighetsstörning, studien skulle svara mot vårt syfte. Exklusionskriterier för bortvalda artiklar var kvantitativa artiklar, deltagarna fick inte ha någon pågående missbruksproblematik, artiklarna fick inte vara vinklade från någon annan än patientens perspektiv. I databasen CINAHL with fulltext gjordes även avgränsningen “fulltext”. Detta val fanns inte i de andra databaserna, vilket gjorde att resterande sökningar gjordes utan detta kriterium.

En kvalitetsgranskning gjordes enligt Friberg (2006) för att undersöka om funna artiklar höll en god vetenskaplig kvalitet. Sju artiklar valdes slutligen ut för analysering (Bilaga II).

5.3 Analys

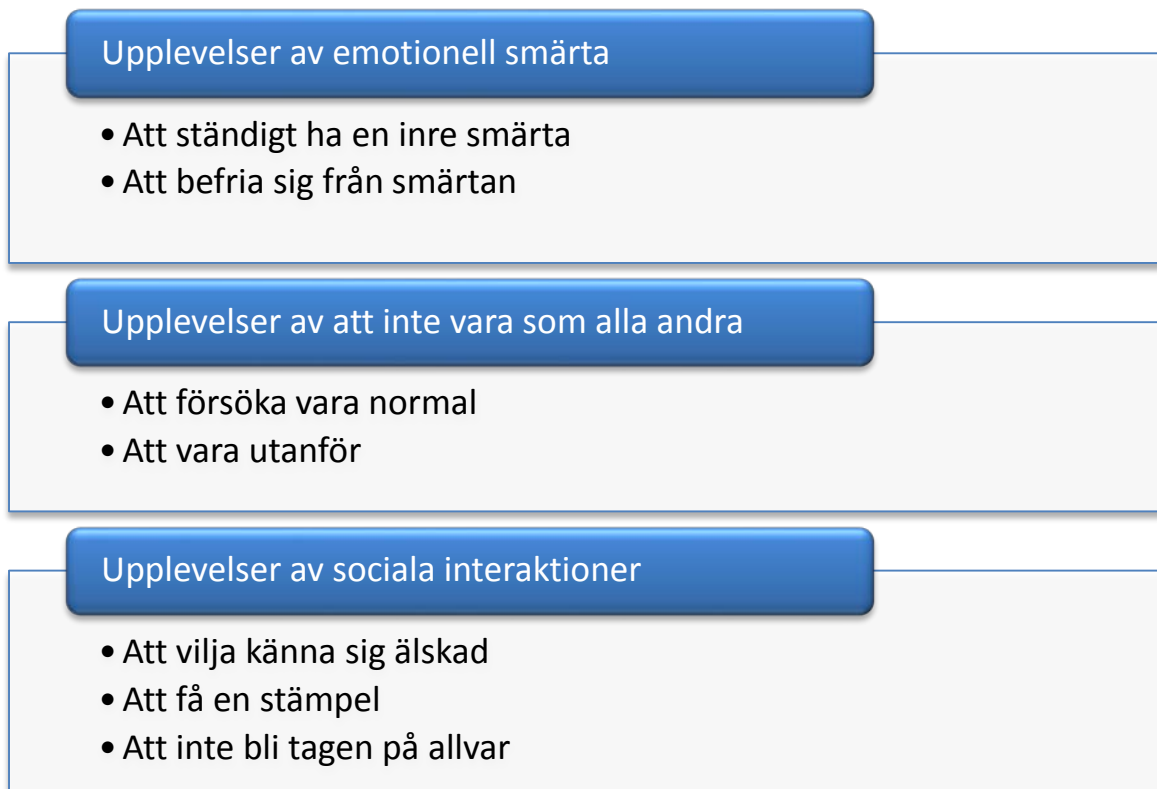
Tankesättet vid analysering av kvalitativ forskning är att själva analysarbetet ska vara en ständig process mellan en helhet som delas upp i delar och sedan bildar en ny helhet. Artiklarna analyserades enligt en femstegsmodell beskriven av Friberg (2006). Fribergs (2006) beskrivning av steg ett i analysen innebar en grundlig genomläsning av artiklarna för att skapa sig en helhetsbild av innehållet med fokus på deras resultat. Vid läsningen skulle ett öppet förhållningssätt hållas till artiklarna för att se och förstå helheten. En översiktstabell över valda artiklar gjordes (Bilaga II). Steg två innebar identifiering av nyckelfynd, kategorier och underkategorier i varje enskild artikels resultatdel som svarade mot syftet för denna studie. I steg tre gjordes en sammanställning av varje artikels resultat för att få en överblick över vad som skulle analyseras. Huvudaspekter i varje artikels resultat fördes över på pappersark som sedan lades ut på golvet för att därmed skapa en översikt över det insamlade materialet. Steg fyra innebar att jämföra artiklarnas resultat med varandra gällande likheter och skillnader. Det material som visade på likheter fördes samman för att

sedan skapa nya generella kategorier och underkategorier. Steg fem som var det sista steget i analysen innebar att en beskrivning för de nya kategorier och underkategorier som framkommit ur analysen skulle göras.

6. Resultat

Resultatet av litteraturstudien visade tre övergripande kategorier med totalt sju underkategorier om upplevelser som individer med borderline personlighetsstörning har (Figur I).

Figur I. Sammanfattning av resultat.



6.1 Upplevelser av emotionell smärta

Att ha en emotionell smärta var något som karakteriserades i diagnosen borderline personlighetsstörning. I två underkategorier förklaras det hur det känns samt hur en stor del av individerna tar itu med den svårhanterliga smärtan.

Att ha en ständig inre smärta

Perseus, Ekdahl, Åsberg och Samuelsson (2005) beskrev hur individer med borderline personlighetsstörning upplevde sin inre smärta. De beskrev sina liv som att konstant falla ner i svarta hål, för att sedan försöka klättra upp igen men ständigt tappa greppet och falla tillbaka. Känslan att må så psykisk dåligt att de ständigt gick runt med självmordstankar kunde trötta ut vem som helst. Det gör också att de blir ledsna på grund av detta för att de inte vet varför de mår så dåligt. De är sin egen fiende. Det finns en rädsla för att dö, men även en stor rädsla för att leva. Perseus et al. (2005) beskrev individernas levnadssituation som sådan att det är som att gå på en tunn lina över en vulkan, där den inre smärtan och självhatet kan jämföras med lavan. Det är så lätt att ramla ner och bli bränd.

Att uppleva smärtsamma känslor och tankar, och känslor av förtvivlan, hopplöshet och nedstämdhet är något som individer med borderline personlighetsstörning dagligen kämpar med. För att överleva så utvecklar de olika strategier för att bearbeta smärtan som exempelvis olika typer av självskadebeteenden (Fallon, 2003).

Att befria sig från smärtan

Enligt Miller (1994) är självskadebeteende ett av de största kännetecknen hos en individ med borderline personlighetsstörning. För att kunna hantera den inre smärtan så tar de ut den fysiskt genom självskadebeteende då det blev mer konkret och lätthanterligt då (Nehls, 1999; Perseus et al., 2005). Beteendet är ett sätt att lätta på trycket och inte känna känslor som frustration och ilska för en stund (Fallon, 2003). Perseus et al. (2005) beskriver individernas tankar om hur det kan vara en trygghet att ha rakblad och tabletter hemma, en trygghet att man kan avsluta livet när man vill.

6.2 Upplevelser av att inte vara som alla andra

Upplevelsen att inte passa in i normen är en känsla som ofta kopplas till individer med borderline personlighetsstörning på grund av deras snabba polariserade känslostormar. I två underkategorier presenteras upplevelsen av denna strävan och utanförskap.

Att försöka vara normal

En överlevnadsstrategi för individer med borderline personlighetsstörning var att sätta på sig en mask av "normalitet", för att upprätthålla någon typ av värdighet i sina liv. De ville inte

visa utåt hur dåligt de mådde. Dock så höll inte denna strategi särskilt länge då känslor av självhat och smärta lätt översköljde försöken av att vara normal. Samtidigt som strävan efter normalitet var så stark så upplevde individerna samtidigt känslan av att explodera inombords när de stängde in sin oro och sina depressiva känslor (Perseus et al., 2005). Miller (1994) beskrev att individerna gjorde skillnad mellan när de kunde vara sig själva och när de inte kunde det. Vissa försökte ändra sitt yttre i hopp om att det inre skulle följa med i förändringen och dem skulle bli normala. De upplevde att de inte passade in.

Att vara utanför

Känslan av att känna sig bortstött och aldrig en del av gruppen var en upplevelse som många individer med borderline personlighetsstörning upplevde. En förtvivlan och önskan att inte finnas upplevdes av individerna då de kände att de ändå inte passade in någonstans med någon (Miller, 1994). Nehls (1999) beskrev hur individerna kände sig utfryssta från världen på grund av vårdpersonalens tro om att de endast ville ha uppmärksamhet. Men så var inte fallet, individerna ville bara ha hjälp, någon att prata med. De kunde inte hjälpa hur de betedde sig, men vårdpersonalen förstod inte detta och blev kyliga mot dem istället i de situationer när de behöver någon som mest. Horn, Johnstone & Brooke (2007) beskrev individernas upplevelser av systemet inom psykiatrin som sådan att om man har någon specifik sjukdom och det är väldigt tydligt visat så har vårdpersonalen lättare att hantera det. Men är man inte enligt boken så finns varken empati eller medkänsla för de individerna, vilket resulterar i ett utanförskap.

6.3 Upplevelser av sociala interaktioner

Många individer med borderline personlighetsstörning har svårigheter i det sociala samlivet då de har en stark önskan att få bekräftelse och närhet, men i många fall inte klarar av att ha en relation. Två underkategorier formades utefter detta som beskriver individernas upplevelser av att vilja vara nära samtidigt som de har svårigheter med de sociala interaktionerna.

Att vilja känna sig älskad

Perseus et al. (2005) beskrev individernas önskan om att vara någon nära, men samtidigt som de hade sitt självhat, vilket gjorde att de inte tyckte att de var värda att bli älskade.

Vikten av att ha någon nära för att kunna känna hopp, kunna tillfriskna och helt enkelt överleva beskrevs som en mycket viktig variabel för individerna med borderline personlighetsstörning (Horn et al., 2007; Fallon, 2003). Horn et al. (2007) beskrev individernas behov av att känna närhet, bli accepterade och få uppmuntran från någon. Att ha någon att lita på och som behandlade dem som en riktig person, och inte som en diagnos med massa problem. Fallon (2003) beskrev hur en nära relation kunde hjälpa till att kontrollera de smärtsamma känslor som fanns hos individerna med borderline personlighetsstörning, att det var en person som de kunde ty sig till och lita på.

Samtidigt som individerna ville vara nära så upplevde de att de hela tiden var tvungna att testa relationerna som de ingick i, oavsett om det var vänskap, professionellt eller med en partner. Och det var inte många som klarade av det ständiga tvivlandet i relationen med individerna med borderline personlighetsstörning (Perseus et al., 2005). Enligt Fallon (2003) upplevde individerna en oro och misstänksamhet mot andra som de var i någon relation med. Vissa menade att de inte tog kontakt med andra eftersom de ändå snart skulle dö, medan andra kände att de var så rädda att bli övergivna att de hellre gick ensamma (Perseus et al., 2005).

Att få en stämpel

För vissa kändes det som en lättnad när de fick sin diagnos, alla känslor hade helt plötsligt en förklaring och det fanns en anledning, ett svar till att livet var sådär. Men med diagnosen kom även en stämpel, en stor ful stämpel som ofta syntes över diagnosen (Fallon, 2003; Nehls, 1999). Detta gjorde att samhället och vården, istället för att känna medlidande fick individerna att uppleva skuld, som om de hade valt diagnosen själva (Nehls, 1999). När individer med borderline personlighetsstörning kom i kontakt med vården kände de att de inte blev förstådda och möttes av en respektlöshet och en dömande attityd från vårdpersonalen (Perseus et al., 2005; Rogers & Acton, 2012).

Individerna beskrev hur vårdpersonalen inte lyssnade på dem, att de bara såg en diagnos, en stämpel, och inte personen som försökte uttrycka sina känslor bakom allt kaos. (Rogers & Dunne, 2011). Även på mottagningar och avdelningar kändes denna negativa inställning till borderline personlighetsstörning, alla verkade jobba emot dem. Individerna upplevde att de inte förtjänade vården, tiden eller sängen de låg i (Miller, 1994; Nehls, 1999).

Att inte bli tagen på allvar

Många individer med borderline personlighetsstörning som kommit i kontakt med vården upplevde att ingen lyssnade på dem eller verkade bry sig (Perseius et al., 2005). Bristen på förståelse för sjukdomen lyste igenom när de blev skickade mellan olika instanser inom vården och ingen tog dem på allvar. Individerna upplevde en känsla av svek då ingen verkade vilja ha någonting med dem att göra på grund av sin diagnos (Horn, Johnstone & Brooke, 2007; Perseius et al., 2005; Rogers & Acton, 2012).

Individerna upplevde att vårdpersonalens attityd mot dem var övervägande negativ inom vården, förmodligen på grund av att de uppfattades som svårbehandlade patienter och att deras diagnos inte passade in i något "fack" (Fallon, 2003). De upplevde även att vårdpersonalen endast såg deras symtom och behandlade dem, istället för att försöka ta reda på bakomliggande orsaker och behandla dem (Nehls, 1999). Att ge medicin var mycket enklare än att sätta sig ner och prata, även fast det sistnämnda ofta gav mycket större effekt. Många av individerna med borderline personlighetsstörning upplevde att bara få prata med någon hjälpte dem väldigt mycket. Om vårdpersonalen skulle började lyssna på sina patienter så skulle det att ge dem en ökad förståelse för hur individen uppfattade sin situation (Fallon, 2003).

Miller (1994) beskrev hur individer med borderline personlighetsstörning kände sig överkörda när det hade fått sin diagnos, och att de inte blev behandlade för sina individuella symtom utan för de stereotypiska symtomen för sjukdomen. Vårdpersonalen fick även patienterna att känna sig värdelösa och att de inte förtjänade en sjukhussäng på grund av att de "endast" hade en personlighetsstörning som enligt dem inte ansågs som en lika viktig sjukdom som andra sjukdomar (Rogers & Dunne, 2011).

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Författarna valde att göra en systematisk kvalitativ litteraturstudie. En fördjupad förståelse för det valda ämnet kring individens upplevelser och erfarenheter var möjlig med denna typ av modell, vilket författarna ansågs vara relevant mot syftet (Segesten, 2006). Det har diskuterats

inom forskningsvärlden huruvida en systematisk litteraturstudie kan inkludera kunskap från både kvalitativ och kvantitativ forskning i samma studie (Whittemore, 2005; Dixon-Woods, Bonas, Booth, Jones, Miller, Sutton, Shaw, Smith & Young, 2006). Frågan är om de båda perspektiven ger positiv effekt tillsammans eller om de inte går att sammanföra alls och detta är man ännu inte överens om. Det kan emellertid finnas fördelar med att en litteraturstudie innehåller både kvalitativ och kvantitativ forskning, särskilt inom vården. Inom vissa forskningsområden kan det finnas begränsat med forskning, vilket det då kan vara till hjälp att man har två perspektiv att utgå ifrån istället för ett. Det kan även vara nyttigt att studera ett problem ur mer än ett perspektiv för att få en bättre möjlighet till att förstå verkligheten (Willman et al., 2011).

Tanken med att endast inkludera studier med kvalitativ metod var att författarna ville ha individernas egna ord för att kunna se och förstå dem på ett sätt som inte hade varit möjligt om man hade valt att göra en studie med kvantitativ ansats. Patel och Davidson (2003) menade att mätningen i en kvantitativ studie endast ger information i numeriska värden, vilka kan vara svårt att överföra till begriplighet. En kvalitativ studie däremot ger direkta svar, men i nyanser, och där kan man skapa följdfrågor och liknande som gör att intervjun, och där med mätningen, tar upp samtliga ämnen som studien skall beröra. Författarna var medvetna om att den valda metoden gav ett mindre område att söka kunskap i, dock ansåg de att det var rätt att göra en litteraturstudie med kvalitativ ansats då det svarade bäst mot syftet.

Vid litteratursökningen användes de databaser som ansågs relevanta kring ämnet, CINAHL och PubMed innehöll artiklar som berörde omvårdnad samt medicin, PsycInfo och PsycArticles tog upp artiklar kring ämnet psykiatri. Sökord i lämpliga kombinationer som svarade mot syftet för studien användes i sökningen. Författarna upplevde att det var svårt att hitta artiklar som svarade mot syftet, men efter sex sökningar fann de ändå artiklar med god kvalitet som kunde användas i arbetet. Av de sex sökningar som gjordes så läste författarna samtliga titlar, men bara ett mindre antal abstract. Anledningen till varför endast ett visst antal av abstracten lästes var för att författarna redan i titeln ansåg att artikeln inte svarade mot studiens syfte. Sökningen gav slutligen 14 artiklar varav sju sållades bort enligt författarnas exklusionskriterier som diskuteras längre ner. Sju artiklar återstod som kvalitetsgranskades och slutligen analyserades.

Urvalet koncentrerades av praktiska orsaker endast till vetenskapliga artiklar skrivna på engelska och svenska. Ingen tidsgräns sattes då den inledande litteratursökningen visade att det fanns få artiklar kring ämnet och att samtliga som publicerats behövde inkluderas för att få fram gynnsamma artiklar. Tidsspannet som framkom efter avslutad sökning sträckte sig mellan 1994 och 2012, vilket var ett brett tidsspann som gav författarna en klar bild över både ny och äldre forskning.

Individerna som deltog i artiklarna skulle ha en ålder över 18 år vilket WHO (1990) och Perseus (2010) poängterade, då symtomen hos en individ med en personlighetsstörning inte visar sig förens i slutet av tonåren, och uttrycker sig starkare i vuxen ålder. Det är därför inte lämpligt att diagnostisera en individ som är under 18 år.

Valet av exklusionskriteriet kvantitativa artiklar föll naturligt bort på grund av att författarna valde att göra litteraturstudien med en kvalitativ ansats. Anledningen till varför individerna inte fick ha någon pågående missbruksproblematik var för att det kunde påverka deras upplevelser på ett negativt och förvrängt sätt. Enligt Gray (2005) gjorde ett missbruk att man distanserar sig från sig själv och blir någon annan. Vilket då inte ger sanningsenliga svar från en individ med missbruksproblematik. För att artiklarna skulle svara mot syftet för studien så exkluderades även artiklar vinklade från något annat perspektiv än patientens.

För att granska om artiklarna höll en god kvalitet användes en artikelgranskningsmall beskriven i Friberg (2006). Se bilaga II. Som analysmetod valdes en femstegsmodell (Friberg, 2006) då den ansågs vara lämpligast för analys av de funna kvalitativa artiklarna. Författarna har metodiskt följt denna modell för att säkerställa analysens kvalitet.

Eftersom författarna valde att endast ha sju artiklar i sin litteraturstudie fanns det en risk att det påverkade trovärdigheten för studien. Friberg (2006) och Yin (1993) påpekade att man hellre ska använda ett mindre antal artiklar som berör syftet på en djupare nivå än att ha en större mängd artiklar som svarar mot syftet, men på ett ytligare sätt. Samtliga artiklar visade liknande konklusioner oavsett om de var publicerade 2012 eller 1994, vilket tyder på att oavsett om författarna funnit fler artiklar så hade resultatet fortfarande blivit det samma.

Antalet intervjupersoner som deltog i artiklarna varierade mellan fem till 30 deltagare. Kvale och Brinkmann (2009) menade att en kvalitativ studie bör ha mellan fem och 25 deltagare för att få en god kvalitet och en god överförbarhet. Antalet deltagare beror på undersökningens syfte samt forskarnas resurser och tid.

Fyra artiklar var skrivna i Storbritannien, två var skrivna i USA och en var skriven i Sverige. Detta är något som författarna också tror kan påverka studiens trovärdighet negativt, då det ger ett smalt geografiskt spektrum över individernas upplevelser. Artiklar som var skrivna på annat språk än svenska och engelska föll bort, men författarna var medvetna om denna brist gällande sin språkkunskap. Segesten (2006) menade att engelska är vetenskapens officiella språk som används för att forskare ska ha en större möjlighet att sprida sina resultat. Därför tror författarna att de artiklar som blivit funna, också är de som är av störst intresse för arbetet.

Av de sju artiklar som användes i studien så tillämpade samtliga artiklar forskningsetiska principer i sina tillvägagångssätt. Enligt Vetenskapsrådet (2002) har de forskningsetiska principerna till uppgift att påvisa riktlinjer för hur forskare och deltagare i studien ska samspela mellan varandra ifall meningsskiljaktigheter skulle uppstå.

7.2 Resultatdiskussion

Upplevelser av emotionell smärta

Upplevelsen av att ha en ständig inre smärta är en daglig kamp för att överleva det vardagliga livet. Känslan av att ramla ner och aldrig riktigt klara att ta sig upp igen är något som infinner sig hos många av dessa individer. Det finns en rädsla över livet, men också en rädsla över döden. Även en känsla av ledsamhet infinner sig för att de inte vet eller förstår varför de mår så dåligt som de gör. De ser sig själva som sin egen fiende, som de ständigt måste brottas med (Perseus et. al., 2005). Hos de individer som söker sig till vården så är borderline personlighetsstörning bland den vanligast förekommande åkomman inom psykiatri (Perseus, 2010). Detta gör denna grupp av individer till en mycket sårbar och utsatt befolkningsgrupp i samhället och som är i ett stort behov av hjälp. För att kunna hjälpa en individ med en sjukdom som inte syns på utsidan så krävs en ökad förståelse för individens egna upplevelser av sin sjukdom. Katie Eriksson beskrev en människa som en omätbar enhet,

och för att kunna ge en god vård så krävs det att kunskapen inhämtas från patienten (Gustin & Lindwall, 2012).

Hantering av den inre smärtan på egen hand genom olika typer av självskadebeteenden är ett av de mest framträdande sätten enligt Miller (1994). Detta märktes även av när författarna gjorde sin litteratursökning. Genom att skada sig själv fysiskt så flyttas fokus till den yttre smärtan för en stund, vilket ger individen en tillfällig ro (Fallon, 2003; Nehls, 1999; Perseius et. al., 2005). Eriksson (1994) beskrev även att hälsa och lidande kan finnas i olika dimensioner. När man befinner sig i de lägre dimensionerna försöker man upprätthålla sin hälsa genom tillfällig tillfredsställelse som exempelvis självskada kan ge. Individen är främmande för sig själv, sina begär och möjligheter till att lindra lidande, vilket kan leda till att de gör saker som de i ett hälsosamt tillstånd inte skulle göra.

Upplevelser av att inte vara som alla andra

Perseius et. al. (2005) beskrev att individer med borderline personlighetsstörning gör otaliga försök till att passa in i normen, men misslyckas gång på gång. Deras starka emotionella känslor skiner förr eller senare igenom och de lyckas då inte med sina försök till att verka normala.

Att inte passa in eller att uppleva att inte vara som alla andra resulterade i känslor av utanförskap (Miller, 1994). Detta visade sig tydligt när individerna sökte sig till vården. Individerna upplevde att vårdpersonalen hanterade dem som inte var "enligt boken" på ett annorlunda sätt (Horn, et al., 2007; Nehls, 1999). För dessa individer fanns varken empati eller medkänsla på grund av att det var svårt att förstå dem. Strangor och Candall (2000) menade att detta utanförskap inte enbart är för varje enskild individ, utan att inställningen och de förutfattade meningarna gäller för samtliga som har diagnosen Borderline personlighetsstörning. Eriksson (2000) påpekade att vårdandet ska utföras i högsta grad för att lindra lidandet och utveckla människan utifrån det. Att vårda innebär att bära, eller vandra med den lidande människan och stötta denne när behovet finns. Dessutom har vårdpersonalen en skyldighet att följa Hälsosjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) som i 2§ beskrev att hälsa

och vård ska ges till befolkningens samtliga individer på lika villkor, med respekt och värdighet.

Upplevelser av sociala interaktioner

Individer med Borderline personlighetsstörning har även i regel mycket svårt att vara i en nära relation med någon annan, då de hela tiden tvivlar på sin förmåga att stanna kvar i relationen (Fallon, 2005). Nationalencyklopedin (2014) menade att dessa individer har mycket svårt att vara i sociala sammanhang och därigenom i relationer, detta på grund av sina polariserade känslostormar. Känslan av rädsla över att bli lämnad infinner sig hos individen och är ofta inte helt obefogad, eftersom många partners inte klarar av att stanna kvar i en relation där de dagligen blir ifrågasatta och tvivlade på menade Perseius et. al. (2005). Enligt ICD-10 beskrivs det att dessa individer har en kronisk känsla av tomhet och övergivenhet som gör att de ofta involverar sig i relationer som lätt bli för intensiva och instabila. Dessa typer av relationer ger upphov till upprepade känslomässiga kriser som bland annat kan leda till självmordstankar och ett destruktivt självskadebeteende (WHO, 1990). Perseius et. al. (2005) beskrev individernas motstånd mot närhet på två sätt. På grund av sitt hat mot sig själva känner individerna att de inte är värda att bli älskade, men det kan också vara så att de känner självmordstankar som gör att de distanserar sig från relationer för att de inte vill lämna kvar någon ensam ifall de skulle ta sitt liv.

Fallon (2003) och Horn et. al. (2007) menade dock att en nära relation kan hjälpa individen i kampen mot sig själv, att det bringar hopp om ett tillfrisknande och en motivation till överlevnad. Horn et al. (2007) beskrev även att det finns ett behov för känslor, acceptans och uppmuntran hos individerna, behov som inte alltid tillfredställs då de inte blir behandlade som individer, utan bara som en sjukdom. Eriksson (2000) beskrev att en människa behöver andra medmänniskor i sitt liv för att upprätthålla balans i kropp och själ. Här har sjuksköterskan en viktig roll i omvårdnaden. Ett ansvar enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor för samtliga individer som är i behov av vård genom att främja en miljö grundad på mänskliga rättigheter. Sjuksköterskan ska även underlätta vårdmiljön för samtliga individer men framförallt för de sårbara befolkningsgrupperna, i det här fallet individer med borderline personlighetsstörning (SSF, 2012). Vid omvårdnad av denna typ av patientgrupp bör man ha i åtanke att de är mycket sårbara och har lätt för att falla tillbaka i fel tankebanor om inte rätt hjälp och stöd finns för dem. Detta kan, enligt Fallon (2003), på ett enkelt sätt förebyggas bara genom att

man faktiskt tar sig tid att sätta sig ner hos individen och prata och lyssna, då det ofta är precis det denne behöver.

Borderline personlighetsstörning i samhället

Ett betydelsefullt fynd som denna kvalitativa litteraturstudie visade var ett genomgående synsätt kring individer med borderline personlighetsstörning som finns i samhället. Synen om att friska människor utan psykisk sjukdom tillhör det normala och att psykiskt sjuka individer ses som onormala på grund av deras oförmåga att följa samhällets normer (Lundberg, 2010; Socialstyrelsen, 1997).

När individerna fått sin diagnos upplevde de ofta att omgivningen var dömande, de upplevde respektlöshet och kände sig missförstådda (Perseius et al., 2005; Roger & Acton, 2012). Anledningen till varför det är så kan man spåra långt tillbaka i tiden där tolkningarna kring psykisk sjukdom varit övervägande negativ (Qvarsell, 1982). Dessa synsätt lever kvar idag om än i nyare form. Inom vården är bemötandet negativt, personalen visar tydligt och öppet att de inte vill ha någonting med individerna att göra på grund av deras diagnos (Horn et al., 2007; Perseius et al., 2005; Roger & Acton, 2012). Detta ger en ofördelaktig indelning av grupper, de friska och de sjuka, vilket ofta leder till en vi mot dem-situation där vårdpersonalen är normen (Lundberg, 2010; Socialstyrelsen, 1997). Och när individerna blir stämplade som onormala sätts de automatiskt i en lägre rang där vårdpersonalen inte ser till individens önskemål. Detta bryter mot Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2§ och 2a§ där det tydligt står att vårdpersonal ska tillsammans med patienten besluta om dennes fortsatta vård och behandling. I lagen står det även att vårdpersonalen är skyldiga att bemöta samtliga individer på samma villkor med respekt och värdighet.

Psykiskt sjuka individer tillhör som grupp en viss stereotyp där de anses vara farliga och irrationella. Det finns en rädsla ute i samhället om att de psykiskt sjuka individerna ska bete sig som förväntat och därmed utgöra ett hot för de grundläggande värderingar och den världsbild som finns i samhället (Strangor & Candall, 2000). Har en individ blivit stämplad på grund av sin psykiska diagnos, särskilt för den tabubelagda diagnosen borderline personlighetsstörning, så kan det vara mycket besvärligt för denna individ att återuppta sin

roll i det normativa samhället, då denne av prinsipsak hindras av just samhället (Scheff, 1998).

Anledningen till varför vårdpersonalen behandlar dessa individer på ett sådant inhumant sätt är troligen på grund av okunskap (Lundberg, 2010; Socialstyrelsen, 1997). Detta får egentligen inte ske då det bland annat står i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor att de har en skyldighet att upprätthålla sin yrkeskompetens genom en ständig förnyelse av sin kunskap. De ska ha kunskap inom ämnet och även kunna delge detta till sina arbetskamrater för att kunna ge en god och rättvis vård (SSF, 2012). Eriksson (1987) benämnde vårdkulturen som ett viktigt begrepp för miljön kring vårdandet. Hon ansåg att vårdpersonalen med en korrekt etisk hållning ska bjuda in till den lidande människan. Eriksson (2012) eftersträvade att man ska minska begreppet patient, då det lägger för mycket fokus på diagnosen. Istället ska fokus vara på "den lidande människan" för att öka förståelsen för hela individen.

8. Konklusion och implikationer

Syftet med studien var att belysa upplevelserna av hur det är att leva med Borderline Personlighetsstörning. Resultatet visar genomgående negativa upplevelser och i flera olika aspekter. Känslor av hopp för framtiden kontrades med självmordstankar och ett självdestruktivt beteende i stora delar av resultatet. Negativa känslor i bemötande från samhället men även från vårdpersonal, stigmatisering som hela tiden omger deras livsvärld, en attityd som i de allra flesta fall beror på stora kunskapsluckor. Denna studie kan hjälpa såväl vårdpersonal som människor i samhället att bättre förstå individer med borderline personlighetsstörning och därmed kunna bemöta på rätt sätt. Det framgår tydligt att kunskapsnivån inte har förändrats. Ingenting har hänt kring bristerna i bemötande och förståelse kring denna patientgrupp, då både tidigare samt aktuell forskning visar på samma resultat.

För att underlätta till ökad förståelse för dessa individer behövs större allmänskunskap i samhället och inom vårdsektorn i synnerhet. Det behövs således mer utbildning både kring psykisk sjukdom, borderline personlighetsstörning och bemötandet av dessa typer av individer, för att skapa förtroende och trygghet hos både den psykiskt sjuka individen och

vårdaren/människorna i samhället. Framtida forskning bör därför fokusera på hur vårdpersonal ska kunna höja sin kunskapsnivå och bemöta individerna på ett mer anpassat sätt. Genom att belysa individernas upplevelser kan en högre förståelse och kunskap genereras och individer med borderline personlighetsstörning ges möjlighet till ett bättre bemötande, dels i vården men även i samhället.

9. Referenser

American Psychiatric Association [APA]. (1994). *diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, DSM-IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association

Aviram, B. R., Brodsky S. B. & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harv Rev Psychiatry*, 14. 249-256.

Crafoord, C. (1986). *En bok om borderline*. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlborg Lyckhage, E. (2006) Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I Friberg. (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.17-26) Lund: Studentlitteratur.

Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J., Shaw, R. L., Smith, J. A. & Young, B. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *SAGE journal*, 6 (1). 27-44

Eriksson, K. (1987). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K (2000). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber

Eriksson, K. (2012). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som diciplin. I L.W. Gustin & I. Bergabom.(red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 31-45). Lund: Studentlitteratur.

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

Friberg, F. (2006) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F, Friberg. (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.105-114) Lund: Studentlitteratur.

- Gray, M.T. (2005). The shifting sands of self: a framework for the experience of self in addiction. *Nursing Philosophy*, 6, 119-130.
- Gustin, L. W. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Horn, N., Johnstone, L. & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Informa Healthcare*, 16(2), 255-269. Doi: 10.1080/09638230601056371
- King, G. (2014). Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(5), 30-34.
- Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Link, B.G. & Phelan J.C. (2001). Conceptualising stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363-85.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Doktorsavhandling, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series. Lund: Lunds Universitet. Från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1712741&fileOid=1715659>
- McGrath, B. & Dowling, M. (2012). Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012. 1-10.
- Miller, S. G. (1994). Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(12), 1215-1219.
- Nationalencyklopedin. (2014). Borderline. Hämtad 24 mars, 2014, från Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/lang/borderline>
- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients. *Research in Nursing and Health*, 22. 285-293.
- Näslund, G.K. (1998). *Borderline personlighetsstörning: uppkomst, symptom, behandling och prognos*. Stockholm: Natur & Kultur..

Paris, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 34-49.

Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Perseus, K-I. (2010). Personlighetsstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (s. 173-193). Lund: Studentlitteratur.

Perseus, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archived of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168.

Polit, DF. & Beck, CT. (2011). *Nursing reserach: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Qvarsell, R. (1982). *Ordning och Behandling. Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Lunds Universitet, Lund.

Rogers, B. & Acton, T. (2012). 'I think we're all guinea pigs really': a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19. 341-347.

Rogers, B. & Dunne, E. (2011). 'They told me I had this personality disorder . . . All of a sudden I was wasting their time': Personality disorder and the inpatient experience. *Informa Healthcare*, 20(3). 226-233. Doi: 10.3109/09638237.2011.556165

Scheff, T. (1998). *Being mentally ill: a sociological theory* (3:e uppl). Chicago: Aldine.

Segesten, K. (2006) Ännu en metodbok. I F, Friberg. (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.9-16) Lund: Studentlitteratur

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 1 april, 2014, från Riksdagen.

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 1 april, 2014, från Riksdagen.

<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

[Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659)

Socialstyrelsen (1997). *God psykiatrisk vård på lika villkor?: en nationell översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (2014.a). Psykisk hälsa. Hämtad 3 april, 2014, från Socialstyrelsen,

<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa>

Socialstyrelsen. (2014.b). Diagnoskoder (ICD-10). Hämtad 11 april, 2014, från

Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>

Strangor, C. & Crandall, C.S. (2000). Threat and the social construction of stigma. In:

Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, eds., *The Social Psychology of Stigma*, pp.126-150. New York: Guilford.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 1 april, 2014, från Svensk sjuksköterskeförening.

http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Willman, A., Bahtsevani, C. & Stoltz, P. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Whittemore R. (2005). Combining evidence in nursing research. *Methods and implications*. *Nurs. Res.*, 54. 56-62'

World Health Organization [WHO].(1990) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Hämtad 1 april, 2014, från World Health Organization, [who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf)

Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. London: Sage Applied Social Research Methods Series.

BILAGA I

<p>Informationskälla: CINAHL with full text 140407</p> <p>Sökord: Borderline personality disorder Abstract. (92)</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext. Peer Rewied. All adult Svenska/Engelska.</p>
<p>Lästa titlar: (n) 92</p>	<p>Lästa abstract: (n) 6</p>
<p>Vad fick jag ut? (4) A1. Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. A2. Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. A3 Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. A4. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services.</p>	<p>Sekundärsökningar:</p>

<p>Informationskälla: CINAHL with full text 140407</p> <p>Sökord: S1. Personality disorder (Abstract.) 243 S2. Life experience (Abstract) 1'630 S1 AND S2 4</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext. Peer rewied All Adult Svenska/Engelska</p>
<p>Lästa titlar: (n) 4</p>	<p>Lästa abtract: (n) 1</p>
<p>Vad fick jag ut? E1. "They told me I had this personality disorder. All of a sudden I was wasting their time': Personality disorder and the inpatient experience.</p>	<p>Sekundärsökningar:</p>

<p>Informationsskälla: PsycARTICLES 140407</p> <p>Sökord: S1 Borderline Personality Disorder (Abstract) 203 AND S2 Experience (Abstract) 6054 S1 AND S2 (39)</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext. Peer reviewed Adulthood Svenska/Engelska</p>
<p>Lästa titlar: (n) 39</p>	<p>Lästa abstract: (n) 4</p>
<p>Vad fick jag ut? B1. From Negative to Positive and Back Again: Polarized Affective and Relational Experience in Borderline Personality Disorder B2. Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. 1997</p>	<p>Sekundärsökningar: B2 gav genom referenslistan B3. Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. Identification and validation.</p>

<p>Informationsskälla: PsycINFO 140407</p> <p>Sökord: S1. Borderline Personality Disorder (Abstract)3845 S2. Experience (Abstract) 113136 S1 AND S2 473</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext Peer reviewed Adulthood Svenska/Engelska</p>
<p>Lästa titlar: (n) 473</p>	<p>Lästa abstract: (n) 12</p>
<p>Vad fick jag ut? B1. C1. Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population C2. Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. A2. B2. A4. C3. Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients B2. C4. Borderline personality disorder from the patient's perspective. (Finns ej i fulltext, beställd från biblioteket)</p>	<p>Sekundärsökningar:</p>

<p>Informationskälla: PubMed/MedLine 140422</p> <p>Sökord: S1. Borderline Personality Disorder (Title/Abstract) 3830 S2. Perceptions (Title/Abstract) 57'162 S1 AND S2 43</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext. Peer reviewed All Adult Svenska/Engelska</p>
<p>Lästa titlar: (n) 43</p>	<p>Lästa abstract: (n) 3</p>
<p>Vad fick jag ut? D1. To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering.</p>	<p>Sekundärsökningar:</p>

<p>Informationskälla: PubMed/MedLine 140423</p> <p>Sökord: S1. Borderline (Title/Abstract) 30'270 S2. Service user (Title/Abstract) 615 S1 AND S2 4</p>	<p>Avgränsningar: Fulltext. Peer reviewed All Adult Svenska/Engelska</p>
<p>Lästa titlar: (n) 4</p>	<p>Lästa abstract: (n) 3</p>
<p>Vad fick jag ut? F1. 'I think we're all guinea pigs really': a qualitative study of medication and borderline personality disorder.</p>	<p>Sekundärsökningar:</p>

BILAGA II

Författare Årtal: Land:	Problem & Syfte	Metod	Urval/Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Horn, N. Johnstone, L & Brooke, S. 2007 Storbritannien	Problemet är att samhället enbart ser en diagnosstämpel istället för individen bakom. Syftet är att belysa patienters erfarenheter och då få förståelse för hur det är att leva med diagnosen Borderline Personality Disorder.	Kvalitativ artikel Fenomenologisk studie Individuella inspelade intervjuer med 3 öppna frågor. Patientens perspektiv	Deltagare blev tillfrågade av sin psykiatriker att delta i studien, vid intresse kom de i kontakt med forskaren. 5 deltagare varav 4 kvinnor och 1 man deltog i studien, samtliga över 18 år. Diagnostiserade med BPS. Haft kontakt med psykiatrin under de senaste 6 månaderna och tidigare minst 2 års kontakt med psykiatrin.	Fem huvudsakliga kategorier formades ur analysen. Dessa beskrev individers erfarenheter och förståelse av diagnosen BPS.	Enligt Friberg (2006)
Nehls, N. 1999 USA	I aktuella studier finns det ytterst lite om upplevelser från patientens perspektiv. Syftet är att generera kunskap om erfarenheter av att leva med diagnosen.	Kvalitativ artikel och fenomenologisk studie. Inspelade individuella intervjuer med en fråga som gav en konversation. Patientens perspektiv.	Inbjudan för deltagande i studien skickades ut till individer som hade kontakt med psykiatrin. 30 individer varav samtliga vuxna kvinnor med diagnosen BPS medgav samtycke.	Tre huvudsakliga kategorier formades ur intervjuerna Dessa illustrerar deltagarnas egna ord av hur det är att leva med diagnosen BPS.	Enligt Friberg (2006)
Perseius, K-I. Ekdahl, S. Åsberg, M. & Samuelsson, M. 2005. Sverige.	Problemet är att BPS är en komplex diagnos och patienter som har detta uppfattas som svåra. Tidigare studier har inte tagit upp patientens perspektiv på sin sjukdom. Syftet är att undersöka livssituationer, lidande och uppfattningar i mötet med psykiatrin hos patienter med BPS.	Kvalitativ artikel och hermeneutisk ansats. Inspelade individuella narrativa intervjuer med öppna frågor och i vissa fall medföljande självbiografiskt material. Patientens perspektiv.	Patienter som varit i psykosocial behandling i 12 månader eller längre. De fick syfte och procedur för studien förklarad för sig innan de fick välja att delta. 10 vuxna kvinnor diagnostiserade med BPS valde att delta.	Tre kategorier formades ur intervjuerna. De visade två sidor fram och tillbaka; från förtvivlan och outhärdligt lidande till strävan efter hälsa och ett liv värt att leva.	Enligt Friberg (2006)
Fallon, P. 2003. Storbritannien	Problemet är att BPS är en komplex diagnos och patienter som har	Kvalitativ artikel Grounded theory Ostrukturerade intervjuer med	7 deltagare varav 4 kvinnor och 3 män valdes ut till studien via deras egna psykiatriker.	Fyra kategorier formades ur intervjuerna. Med en utmärkande kategori.	Enligt Friberg (2006)

	<p>detta uppfattas som svåra. Problemet är att BPS-patienter ofta blir illa behandlade pga okunskap och förutfattade meningar kring sjukdomen. Syftet var att analysera levda erfarenheter från deltagarnas kontakt med psykiatrin.</p>	<p>uppföljning för validering av den utvecklade teorin. Patientens perspektiv.</p>		<p>Detta visade deltagarnas upplevelse av färden genom det psykiatriska systemet och deras strategier att hantera sina avvikande beteenden, tankar och känslor i relation med sin diagnos.</p>	
<p>Rogers, B & Acton, T. 2012 Storbritannien</p>	<p>Problemet är att patienter med diagnosen ofta får medicin utan egentlig verkan då BPS är en svårmedicinerad diagnos. Syftet är att utforska patienters egna erfarenheter av att bli behandlad med medicin för Borderline.</p>	<p>Kvalitativ artikel som använde sig av halvstrukturerade inspelade individuella intervjuer. Man använde en öppningsfråga som gav en konversation och hade som mål att täcka sex områden. Tematisk analys. Patientperspektiv</p>	<p>Individer från en psykiatrisk mottagning med kriterierna diagnostiserad BPS och erhållen farmakologisk behandling under de senaste sex månaderna tillfrågades om medverkan i studien. Sju individer tackade ja, varav sex kvinnor och en man.</p>	<p>Tre huvudkategorier upprättades och man kunde identifiera patienternas upplevelser av behandlingen. De upplevde dålig kunskap och förståelse från personalen gällande diagnosen och medicineringen.</p>	<p>Enligt Friberg (2006)</p>
<p>Miller, S. G. 1994 USA</p>	<p>Inom aktuell forskning har lite uppmärksamhet har riktats mot individer med BPS. Speciellt där dem själva har beskrivit sina upplevelser. Så syftet med denna studie är att öka förståelsen för hur det är att leva med diagnosen BPS.</p>	<p>En kvalitativ studie där en livshistorie metod användes för att identifiera deltagarnas upplevelser. En intervju med endast en fråga vilket gav dem utrymme för att berätta mer objektivt.</p>	<p>Individerna var patienter på ett universitetssjukhus med kriterierna för BPS. 10 deltagare valdes ut varav åtta kvinnor och två män i vuxen ålder.</p>	<p>Fem kategorier uppkom där det framgick tydligt att patienterna inte uppfattade sin situation på samma sätt som personalen antog.</p>	<p>Enligt Friberg (2006)</p>
<p>Rogers, B. & Dunne, E. 2011 Storbritannien</p>	<p>En stor del av de intagna inom den psykiatriska slutenvården har diagnosen BPS. Aktuell forskning visar att det inte är det optimala behandlingssättet för en individ med BPS. Denna studies syfte är att få fram hur patienterna upplever sin situation inom slutenvården.</p>	<p>En kvalitativ studie där man använde sig av inspelade intervjuer med patientperspektiv. Intervjuerna gjordes i grupp där en diskussion framfördes. Forskarna analyserade inspelningarna i en tematisk analys.</p>	<p>10 deltagare varav samtliga var inlagda på en akutpsykiatrisk slutenvård under en period av minst sex månader. Av deltagarna var nio personer kvinnor och en man.</p>	<p>Fem huvudkategorier med flera underkategorier konstaterades. Överlag var de nöjda med vården men det största problemet var attityden från personalen och okunskapen för diagnosen.</p>	<p>Enligt Friberg (2006)</p>



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99