



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

ATT LEVA MED BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING EN LITTERATURSTUDIE

FELICIA WIRTÉN SJÖHOLM

Hälsa och samhälle

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Omvårdnad III
Juni 2014

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

ATT LEVA MED BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING EN LITTERATURSTUDIE

FELICIA SJÖHOLM WIRTÉN

Sjöholm Wirtén, F. Att leva med Borderline personlighetsstörning. En litteraturgranskning. *Examensarbete i Omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2014.

Bakgrund: Borderline personlighetsstörning (BPS) har en bred symtombild som främst karaktäriseras av en känslomässig instabilitet hos individen. Flertalet förklaringar till uppkomsten finns men de allra flesta grundar sig i en otrygg uppväxt. Inom patientgruppen är det vanligt med suicidala handlingar samt ett aktivt självskadebeteende utan avsikt att avlida.

Syfte: Denna studie siktade till en ökad insyn och förståelse för hur patientgruppen upplevde det att leva med diagnosen BPS samt hur de upplevde att de blir bemötta inom vården.

Metod: Litteraturstudien genomfördes med en kvalitativ ansats. Åtta stycken vetenskapliga artiklar svarade mot underliggande studies syfte.

Resultat: Analysen resulterade i följande kategorier: Att få diagnosen BPS, ett liv i utanförskap, att sträva efter hälsa och värdighet, att ha ständig kontakt med vården, att uppleva sig stämplad, att ha relationer till specifika andra samt att önska sig specialiserad vård, delaktighet, tid, tillgång och kontinuitet.

Slutsats: För att kunna ge patientgruppen adekvat vård samt bygga goda vårdrelationer är det av yttersta vikt att vårdpersonalen har kunskap kring patientgruppens livsvärld. Genom en ökad kunskap och förståelse är förhoppningen att minska missförstånd, bristande kommunikation samt känslan av maktlöshet i relationen mellan vårdpersonalen samt patientgruppen, vilket i sin tur kan reducera patientgruppens upplevelse av att vara stämplad.

Nyckelord: Borderline personlighetsstörning, BPS, klientattityd, kvalitativ, livserfarenhet, patientperspektiv, semistrukturerad, vuxen.

LIVING WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER A LITERATURE REVIEW

FELICIA SJÖHOLM WIRTÉN

Sjöholm Wirtén, F. Living with borderline personality disorder. A literature review. *Degree project in 15 credits*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of care science, 2014.

Background: Borderline personality disorder (BPD) has a broad symptomatology mainly characterized by emotional instability. There is several explanations for the rise but the vast majority are based in an insecure upbringing. Within the patient group it is common with suicidal acts and active self-injury without the intent to die.

Objective: This study aimed to greater transparency and understanding of how the patient group experienced it to live with a diagnosis of BPD and how they felt that they were treated within the care system.

Method: The literature review was conducted with a qualitative approach. Eight scientific papers responded to the underlying studies purpose.

Results: The analysis resulted in the following categories: Getting diagnosed with BPD, a life of alienation, to strive for health and dignity, to have steady contact with health care, to experience themselves as stamped, to have relationships with specific others and also to wish for specialized care, participation, time, availability and continuity.

Conclusion: In order to give the patient group adequate care and build good relationships it is of the utmost importance that health professionals have knowledge of the patient groups life world. Through increased knowledge and understanding, the hope is to reduce misunderstandings, lack of communication and the sense of powerlessness in the relationship between the nursing staff and the patient group, which in turn may reduce the patient group experience of being stamped.

Keywords: Adult, borderline personality disorder, BPS, client attitude, lived experience, patient perspective, qualitative, semi structured.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND.....	4
Borderline personlighetsstörning (BPS)	4
Diagnossättning DSM-IV samt ICD-10	5
Prevalens och prognos	5
Problematiken kring borderlinepatienter	6
Behandling	7
Problemformulering.....	7
SYFTE	8
Avgränsningar.....	8
METOD	8
Plan för litteratursökningen	8
Litteratursökningen	8
Kvalitetsgranskning	9
Analys	10
RESULTAT	10
Att få diagnosen BPS	10
Ett liv i utanförskap.....	11
Att sträva efter hälsa och värdighet	12
Att ha ständig kontakt med vården	13
Att uppleva sig stämplad.....	14
Att önska sig specialiserad vård, delaktighet, tid, tillgång och kontinuitet	14
Att ha relationer till specifika andra	15
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Framtida värde.....	21
SLUTSATS.....	21
REFERENSER	22
BILAGA 1	24
BILAGA II.....	26
BILAGA III	34

INLEDNING

Befintlig litteratur pekar på att patienter med borderline personlighetsstörning (BPS) i stor utsträckning upplever att de blir dåligt bemötta inom vården. De symptom som diagnosen innefattar, samt även den problematik som vanligen uppstår kring denna impulsiva patientgrupp innebär att det finns ett stort behov av vård och stöd för att uppnå en fungerande vardag. Baserat på detta väcktes ett intresse av att undersöka hur patientgruppen upplever det att leva med diagnosen i vardagen samt även inom vården.

BAKGRUND

Borderline personlighetsstörning (BPS)

Begreppet borderline började användas under 1900-talet och myntades av psykoanalytikern Adolph Stern 1938. Han såg att det bland patienterna fanns en grupp som varken var neurotiska eller psykotiska utan på gränsen mellan de två tillstånden (kommer från det engelska uttrycket *borderline- gränslinje*) (Näslund, 1998). BPS kallas ofta för instabil personlighetsstörning samt emotionell personlighetsstörning (Krawitz & Jackson, 2008; Ottoson & Ottosson, 2007; Perseius, 2012).

Patientgruppen har en blandad symtombild, där symptom ibland upphör eller byts ut (Emmelkamp, 2009). Typiskt för patientgruppen är känslomässig vidbrändhet, vilket innebär att minsta törn kan göra ont och utlösa en våldsam reaktion. Ytterligare ett utmärkande drag hos patientgruppen är att humöret svänger snabbt, känslor utlöses fort och blir lätt intensiva, medan det tar lång tid att återvända till utgångsläget. Känslorna kan variera snabbt under enbart ett antal timmar mellan förtvivlan, ångest, aggression eller lycka. Patientgruppen har ofta svårigheter att anpassa sig till sociala sammanhang, vilket visar sig genom en problematik att etablera samt bibehålla ett ordnat socialt liv med arbete, familjeliv samt relationer. Detta medför att de ofta har en vardag fylld av arbetslöshet, separationer, våld i hemmet, kriminalitet och missbruk (a a).

Uppkomst

Det finns flertalet förklaringar till varför en person drabbas av BPS, den främst använda förklaringen idag är stress- sårbarhetsmodellen som innebär att individer med ett särskilt fysiologiskt sårbart stresssystem växer upp i en ogynnsam miljö som inte erbjuder dem möjligheten att utveckla sina förmågor fullt ut (Perseius, 2012). Utöver detta tros patientgruppen utsöndra en högre halt av stresshormoner i jämförelse med andra. Det kan även vara så att nedbrytningen av stresshormon går särskilt sakta hos patientgruppen, vilket innebär att hjärnan och de kroppsliga reaktionerna skenar då aktivitetsnivån i hjärnan är allt för hög. De höga halterna stresshormon påverkar de kognitiva funktionerna på så sätt att individer får svårt att tänka klart och reagerar mindre ändamålsenligt (a a).

Ytterligare en biologisk förklaring är att BPS är relaterat till problematik kring nervbanornas mognad i hjärnan, vilket i sin tur påverkar regleringen av känslor och utvecklingen av en sammanhållen självbild (Perseius, 2012). Det finns

äveforskning som visar att amygdala och hippocampus, de två delar som reglerar stress i hjärnan har mindre volym hos de personer som diagnostiserats med BPS (Krawitz & Jackson, 2008).

Genomgående för patientgruppen är att de haft en svår uppväxt med trauman i barndomen. Möjliga trauman kan vara att en förälder dött, sexuellt utnyttjande, fysisk eller psykisk misshandel. Flertalet undersökningar visar att patientgruppen i många fall har varit utsatta för sexuella övergrepp (Holm & Severinsson, 2008; Krawitz & Jackson, 2011; Näslund, 1998, Ottosson & Ottosson, 2007; Perseius, 2012). Även psykosociala faktorer som exempelvis att individen som barn känt sig känslomässigt försummad alternativt en för tidig separation från vårdnadshavarna verkar ha stor betydelse för uppkomsten av BPS. Detta kan hämma individuationsprocessen och följden kan då bli att jaget försvagas (Näslund, 1998).

Då en majoritet av patientgruppen har utsatts för svåra händelser under uppväxten vilket genererat en extrem stress, så ökar risken för att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)(Näslund, 1998). Ottosson & Ottosson (2007) menar även att BPS i flertalet fall kan uppfattas som PTSD då symtomen är snarlika.

Diagnossättning DSM-IV samt ICD-10

Personlighetsstörning är ett tillstånd som karaktäriseras av ett stabilt mönster av tankar, känslor och beteenden som påtagligt avviker från vad som förväntas av personens sociokulturella miljö. Varken DSM- diagnossystemet eller ICD-10 tillåter att en patient under 18 år får en formellt satt diagnos personlighetsstörning, då personligheten inte kan anses vara färdigutvecklad innan dess (American Psychiatric Association, 2002; Perseius, 2012)

I DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) finns nio stycken kriterier för BPS, varav fem stycken måste uppfyllas för att en diagnos ska kunna ställas. De kriterier som bedöms är att individen gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer, ha instabila och intensiva relationer, identitetsstörning, självdestruktiv impulsivitet, suicidalt eller självskadebeteende, affektlabilitet, kronisk tomhetskänsla, aggressionsproblem, övergående stressrelaterade paranoida tankegångar eller dissociativa symtom (Törnström, 2004). ICD-10 har liknande kriterier, skillnaden mellan dessa diagnostiska system i detta fall är benämningen av tillståndet. I DSM-IV benämns tillståndet som borderline personlighetsstörning, medan tillståndet i ICD-10 benämns som emotionell instabil personlighetsstörning (Perseius, 2012).

Prevalens och prognos

Prevalensen av BPS i normalbefolkningen uppskattas till cirka 1-2 %, men i kliniska sammanhang är det allt vanligare (Näslund, 1998). Enligt Perseius (2012) besöker patientgruppen primärvården upp till fyra gånger så ofta som normalbefolkningen. Inom öppenvården beräknas prevalensen till 10-15 %, inom slutenvården 15-25 % och inom populationen med en personlighetsstörning står BPS för 30-60 % (Ottosson & Ottosson, 2007; Holm & Severinsson, 2008). Kvinnor står för en hög majoritet av behandlingen, nämligen mer än 75 % (Emmelkamp, 2009; Holm & Severinsson, 2008; Krawitz & Jackson, 2008; Näslund, 1998; Perseius et al, 2005). Enligt Näslund (1998) finns det flertalet förklaringar till att populationen har en sådan stor andel kvinnor, bland annat den

starka kopplingen mellan BPS och sexuellt utnyttjande som barn, vilket i större utsträckning drabbar flickor än pojkar. Utöver detta menar författaren (a a) även att kvinnor och män reagerar annorlunda vid depression då kvinnor är mer grubblande vilket i sin tur leder till en känsla av maktlöshet. Ytterligare en förklaring är att samhällets normer och könsroller påverkar diagnosticeringen, symtom som inte är acceptabla för kvinnor så som ilska och sexuell promiskuitet ses inte som avvikande för män. För samma symtom får en man ofta diagnosen antisocial personlighetsstörning medan kvinnan får diagnosen BPS (a a).

Prognosen för patientgruppen med BPS är väldigt komplex och framtiden är väldigt svår att förutspå (Perseius, 2012). Personlighetsstörningar kan antingen förvärras med stigande ålder alternativt få en minskad symtombild med åren vilket innebär att patientgruppen efter ett antal år kanske inte uppfyller kraven för personlighetsstörningen. För patientgruppen är det ofta som mest problematiskt mellan det att de fyllt 15 år fram tills dess att de fyllt 30 år. Majoriteten av de som diagnosticerats med BPS uppfyller ej kriterierna 15 år efter att de initialt fick diagnosen (a a). Just detta faktum att symtomen kan förändras alternativt försvinna med åren är anledningen till att diagnosen inte bör ges till en person under 18 år, även fast symtomen kan skådas innan dess (National institute for health and clinical excellence 2009).

Problematiken kring borderlinepatienter

Patienter med BPS upplevs ofta som en frustrerande patientgrupp att arbeta med på grund av den svåra symtombilden kring dem där självdestruktiviteten är en stor del (Krawitz & Jackson, 2008; Näslund, 1998; Perseius et al, 2005; Perseius, 2012; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Självdestruktivt beteende definieras som ett beteende som utförs för att skada sig själv utan den självklara avsikten att ta sitt liv (Näslund, 1998). Vanligt för patientgruppen är ett självskadebeteende som visar sig genom att individen skär sig, medveten läkemedelsförgiftning, hudbränning, ätstörningar samt även alkoholmissbruk eller drogmissbruk (Stain, 2008). Att självskada är för de flesta ett försök till att minska ångesten eller hantera självhat, samt även för att straffa sig själv eller omgivningen (Johansson, 2010). Det blir på sätt och vis som att den psykiska smärtan tillfälligt försvinner. När det blir ett fysiskt sår går det att peka ut var ifrån smärtan kommer och individen tar själv kontroll över smärtan. När självskadebeteendena blivit ett vanemässigt sätt att hantera ångest på, brukar det uppstå ett beroende jämförbart med andra typer av missbruk. Att beskriva skärande som ett missbruk är också ett försök till att förklara det tvångsmässiga beteendet för någon som aldrig själv självskadat. Många som självskadar beskriver skärandet som en adrenalinkick och känslan av att bli hög, precis som att ta droger (a a).

Mer än 70 % av patienterna med en diagnosticerad BPS har en historik av suicidförsök, cirka 10 % av patienterna dör genom suicid vilket gör BPS till en av de psykiska sjukdomar som har störst dödlighet (Holm & Severinsson 2008; Ottosson & Ottosson 2007; Perseius 2012).

Patientgruppen har stora tillitsproblem till andra människor, då de ofta har en stark rädsla för separationer samt stora svårigheter att klara av när detta sker. Den starka rädslan för separationer leder ofta till att patienten prövar dennes relationer samt även medvetet förstör dem då andra kommer för nära och rädslan blir för svårhanterlig (Perseius, 2012). Dikotomt tänkande där allt är svart eller vitt är

även väldigt vanligt, detta påverkar inte enbart synen på andra utan skapar även stora identitetsproblem hos patienten själv (Ottosson & Ottosson, 2007; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Det dikotoma tänkandet finns även i relation till andra då patientgruppen växlar mellan att uppleva omnipotens kring den egna personen kontra idealisering av andra och förkastning av det egna jaget (Näslund, 1998). Till problemet gällande självbilden tillkommer en stark och plågsam känsla av inre tomhet, vilket i vissa fall även kan övergå i djup depression. Patienter med BPS har även en bristande ångesttolerans och låg frustrationstolerans, vilket gör att de har mycket svårt att klara motgångar. Denna skörhet i personligheten medför även att de riskerar att drabbas av en snabbt övergående psykotisk episod vid starka påfrestningar (Glant, 2010).

Det är även vanligt för patientgruppen att de upplever dissociativa symtom, särskilt i samband med svår stress (Ottosson & Ottosson, 2007; Näslund, 1998; Perseius, 2012).. Dissociation innebär en förändring i medvetandetilståndet där tankar, känslor, minnen och handlingar inte längre har något samband. Tillståndet kan ge minnesluckor, tillfälliga förvirringstillstånd samt i allvarliga fall kan individen växla mellan distinkta och kontrasterande personlighetstillstånd. Risken för självdestruktiva handlingar i form av självsador samt även suicid ökar under dissociationsupplevelser, detta då individen försöker att bryta dissociationen (Näslund, 1998; Perseius, 2012). Perseius (2012) lyfter att dissociation kan vara en försvarsmekanism mot en allt för svår emotionell smärta.

Behandling

Enligt NIMH (2003) ger behandling samt terapi överlag liten eller ingen effekt hos patientgruppen med BPS. Det finns dock två typer av behandling som visat sig särskilt effektiv för patientgruppen, dessa är mentaliseringsbaserad terapi (MBT) samt dialektisk beteendeterapi (DBT) (Perseius, 2012). Utöver dessa behandlingar erbjuds även klassisk psykodynamisk terapi (PDT) där terapeuten försöker förknippa patientens nuvarande beteende med händelser från barndomen (Näslund, 1998). Många med BPS fullföljer inte sin behandling, enligt Perseius et al (2005) hoppar 40-50% av patienterna av inom sex veckor.

Medicinering

Det finns ingen specifik psykofarmaka som kan påverka personlighetsstörningar, detta innebär att medicinen inriktas mot samsjuklighet eller symtomlindring. Medicineringen skall ses som sekundär i relation till andra insatser så som psykologiska, sociala samt omvårdnadsinriktade strategier (Perseius, 2012).

Problemformulering

Inom patientgruppen finns en hög procent som självskadat, samt en konstant överhängande risk för suicid. Utöver detta lider patientgruppen enormt emotionellt vilket innebär att det finns en stor efterfrågan efter och vikt av att patientgruppen erbjuds adekvat vård. Genom en ökad kunskap kring patientgruppens upplevelser av att leva med BPS är förhoppningen att kunna påvisa det stödbehov som föreligger för att patientgruppen skall kunna uppnå en fungerande vardag.

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa patienters upplevelse av att leva med borderline personlighetsstörning (BPS).

Avgränsningar

Denna studie kommer enbart att fokusera på individens upplevelse av diagnosen, samt även indirekt hur vårdpersonalen bör förhålla sig till individen för att uppnå bästa möjliga vårdresultat. Detta innebär att studien utesluter hur anhöriga till patienten upplever BPS.

Denna litteraturgranskning har endast inkluderat studier där deltagarna varit över 18 år och därmed kunnat lämna sitt egna skriftliga medgivande. Ytterligare en faktor i detta var att det rekommenderats individer under 18 år ej bör diagnosticeras med BPS (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009; Perseus, 2012).

METOD

Detta arbete är utformat som en litteraturöversikt. Karaktäristiskt för en litteraturstudie är att strukturerat söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur inom ett specifikt forskningsområde. Litteraturen utgör informationskällan och redovisad data bygger på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter (Friberg, 2006).

Utöver detta bestämde författaren till denna litteraturstudie i förväg att endast kvalitativa studier skulle användas. Målet med kvalitativa studier är att skapa en djupare förståelse för en persons subjektiva upplevelser för att på så sätt förstå sammanhanget från personens synvinkel (Statens beredning för utbildning, 2012a)

Plan för litteratursökningen

Planen inför litteratursökningen var att identifiera de tillgängliga resurserna samt relevanta källor. Initialt var tre veckor avsatta för litteratursökningen, detta fick dock förlängas i efterhand med ytterligare två dagar då flertalet artiklar som inledningsvis verkade av intresse exkluderats efter genomförd kvalitetsgranskning. Utöver detta söktes relevant facklitteratur från Malmö högskolas bibliotek under de första två veckorna.

Litteratursökningen

De databaser som använts till litteratursökning för att finna relevanta artiklar till denna litteraturgranskning är PsychINFO, PubMed samt Cinahl. Anledningen till att dessa databaser använts för litteratursökningen beror på att de är databaser som är särskilt inriktade på omvårdnad. De sökord som var tilltänkta att användas från början var: borderline personality disorder, qualitative, patient perspective samt lived experience. Dessa sökord har under litteratursökningens gång utvecklats och modifierats till att även inkludera BPS, adult samt client attitude. Anledningen till att just dessa termer valdes för att genomföra litteratursökningen var att de är relevanta i relation till syftet och frågeställningarna.

Genom att genomföra en inledande osystematisk litteratursökning var förhoppningen att få en överblick kring forskningsområdet för att på så sätt bekräfta ifall det fanns tillräckligt relevant litteratur för att granskningen skulle vara genomförbar. Då den osystematiska sökningen indikerade att det fanns tillräckligt mycket relevant litteratur gentemot syftet så inleddes en systematisk informationssökning. Den systematiska informationssökningen innebär att tillvägagångssättet i processen dokumenteras samt att de hjälpverktyg och söktekniska möjligheter som ges i databaserna används. Denna informationssökning är mer tidskrävande och kräver mer planering än den osystematiska sökningen (Friberg, 2006).

Efter att ha läst samtliga titlar som var enskild sökning resulterade i valdes relevanta abstrakt ut för vidare granskning. De artiklar vars abstrakt indikerade på relevans för denna litteraturgranskning skrevs ut i fulltext för en ingående läsning. Flertalet manuella sökningar har även genomförts genom att granska referenslistorna i slutet av samtliga utvalda artiklar samt även relevant facklitteratur. De manuella sökningarna resulterade i att Perseus en artikel valdes ut till denna litteraturstudie. Detta resulterar slutligen i att åtta stycken vetenskapliga artiklar använts i denna litteraturstudie.

En redogörelse för artikelsökningens databaser, sökord, antal träffar, antal lästa artiklar och antal använda artiklar i resultatet ges i BILAGA I.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterierna för de vetenskapliga artiklarna var att de skulle vara skrivna på engelska eller svenska, att abstract fanns tillgängligt, att artikeln var peer reviewed samt att de var kvalitativa. Inledningsvis var fulltext ett krav för artiklarna, vilket sedan ändrades då en artikel som verkade ha hög relevans för studien ej fanns i fulltext, vilket medförde att artikeln beställdes via Malmö högskolas bibliotek. Ingen begränsning gjordes kring när artikeln skulle vara publicerad.

Exklusionskriterier för de vetenskapliga artiklarna var studier vars syfte var att undersöka anhörigas eller vårdpersonals upplevelser av diagnosen BPS. Ytterligare ett exklusionskriterium var studier där deltagarna var under 18 år.

Fem stycken artiklar exkluderades slutligen då de inte hade relevanta inklusionskriterium eller hade relevans för denna litteraturstudies syfte.

Kvalitetsgranskning

Under granskningen av dessa artiklar genomfördes likaså en kvalitetsgranskning. Detta genom att inledningsvis fylla i SBU:s granskningsmall ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser” (Bilaga III) för att få en snabb översikt kring ifall artiklarna uppfyllde de viktigaste kraven för denna litteraturstudie (Statens beredning för utbildning, 2012b). Inför genomförandet av dessa kvalitetsgranskningar beslutades även att särskilda kriterier hade särskilt hög relevans för just denna litteraturgranskning. Dessa kriterier var tydlighet och relevans kring artikelns problemformulering/syfte, kontext, urval, urvalsförfarande, etiskt resonemang, datainsamling, dataanalys samt resultat. Sju stycken artiklar bedömdes ha hög kvalitet (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012;

Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseus 2005) medans Rogers & Dunne (2011) erhöj medelhög kvalitet. Anledningen till att Rogers & Dunne (2011) erhöj medelhög kvalitet berodde på att studiens syfte var att undersöka hur patientgruppen med en personlighetsstörning upplevde slutenvården, med andra ord inte BPS även ifall det slutliga urvalet enbart bestod av deltagare med BPS. Utöver detta fanns vissa otydligheter kring urvalsförfarande i Fallon (2003) samt bristande etiskt resonemang i Horn et al (2003), Miller (1994) samt Nehls (1999). Anledningen till att dessa erhöj hög kvalitet berodde på att författaren i denna litteraturstudie inte ansåg det bristande etiska resonemanget som avhängande för artiklarnas slutliga resultat. Samtliga granskade artiklar hade som minimikrav att deltagarna skall ge ett skriftligt medgivande vilket för författaren till denna litteraturstudie har räckt till för att artiklarna skall få hög kvalitet. Även om det varit önskvärt med ett mer ingående etiskt resonemang i samtliga artiklar.

Analys

Analys innebär att systematiskt bryta ner något i sina beståndsdelar och att beskriva hur de förhåller sig till varandra. Genom analysen skall det studerade fenomenet kunna gestaltas på ett vetenskapligt skrivande sätt (Dahlberg, 1997; Friberg, 2006).

För att bli bekant med materialet lästes de åtta stycken utvalda artiklarna noggrant ett flertal gånger i syfte att skapa en bättre och djupare förståelse. De huvudfynd som framkom under läsningen samt svarade på denna litteraturstudies syfte noterades och markerades även i texten. En sammanställning gjordes sedan över huvudfynden från de granskade artiklarna för att förenkla analysprocessen samt förtydliga artiklarnas resultat (Polit & Beck, 2006). Utifrån de granskade artiklarnas huvudfynd formades kategorier samt underkategorier som svarade på denna litteraturstudies syfte. Dessa kategorier användes för att presentera de granskade artiklarna i resultatet.

Sammanställningen av de granskade artiklarna bearbetades och finns i detta arbete som BILAGA II- översikt analyserad litteratur. Mallen för översiktsanalysen är baserad på Fribergs ”Bilaga 1- Översikt analyserad litteratur” (2006, s 149), dock modifierades mallen en aning för att anpassas till denna litteraturstudies syfte.

RESULTAT

Analysen resulterade i åtta stycken teman som presenteras nedan.

Att få diagnosen BPS

Det finns en splittring kring hur patienterna upplever det att få diagnosen BPS. Flertalet ser diagnosen som negativ (Nehls, 1999; Rogers & Dunne, 2011; Miller, 1994). Delar av patientgruppen upplevde även en ambivalens där diagnosen inneburit en negativ stämpel eller att patienten känt sig missförstådd av omgivningen, samtidigt som diagnosen gav patienten en möjlighet att förstå sig självt och en riktning att arbeta emot (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Perseus et al, 2005).

Deltagarna i flertalet av de granskade artiklarna lyfter den dåliga information de fått kring vad diagnosen BPS innebär. Deltagarna upplevde även bristande information kring framtidsutsikter och möjligheter till stöd för att leva med diagnosen i vardagen. Utöver detta upplevde deltagarna att de blivit dåligt bemötta inom vården, från det att de sökt vård första gången, under behandlingar, inom slutenvården samt även att de inte kände sig lyssnade på (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Rogers & Dunne, 2011).

Deltagarna i Nehls (1999) identifierade ej diagnosen som en sjukdom, BPS för dem handlade om en process fylld av kamp genom livet där målsättningen var att lära sig leva med känslan av förtvivlan. Deltagarna upplever även att diagnosen i sig enbart lett till att vårdpersonalen stämplar dem i förväg istället för att de erbjuds den vård de behöver (a a.).

Ett liv i utanförskap

I samtliga artiklar beskrivs de symtom och svårigheter som patienterna till vardags upplever kring att leva med BPS. Vardagen karaktäriseras av en stark emotionell smärta och ångest. Känslorna beskrivs som en blandning av oro, depression, tomhet, hopplöshet, meningslöshet, otillräcklighet, ilska och maktlöshet (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al 2007; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005, Rogers & Dunne, 2011). Dessa känslor kan snabbt förändras, och deltagarna i flertalet av de granskade artiklarna beskriver likaså hur de ej kan styra eller förstå dessa känslor (Black et al, 2014; Perseius et al, 2005).

Patientgruppen upplevde ett utanförskap i sociala umgängen Även i de fall då patienten var omgiven av andra människor upplevde de sig aldrig som en del av en grupp, vilket kunde resultera i tillbakadragande och isolering. Även känslan av otillräcklighet fanns närvarande hos patientgruppen som upplevde sig otillräckliga i jämförelse med normen samt att oavsett vad de gjorde så blev det fel eller inte tillräckligt bra (Nehls, 1999).

Nehls (1994) fann i sin studie att deltagarna klart och konsekvent kunde definiera sig själva, vad de gillade, personlighetsdrag, samt känsla för vem de var och hur de önskade utvecklas inför framtiden. Deltagarna kunde likaså konsekvent se skillnader mellan när de kunde vara sig själva samt när de inte kunde detta och istället anpassade sig efter situationen antingen genom att behaga andra, eller att inte visa sina svaga sidor.

Strategier

Dissociation beskrevs som en vanlig överlevnadsstrategi för patientgruppen. Genom dissociationen kunde de stänga ute känslor, avlägsna sig emotionellt eller helt koppla bort medvetandet (Black et al, 2014; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius, 2005). Deltagarna i Black (2014) upplevde dissociationen som en kontrollförlust där de fokuserade på skada och död, upplevde minnesförluster samt även en förlust av smärta och kontakt med den fysiska verkligheten. Risken för självskadligt beteende ökar då patienten dissocierar, deltagarna förklarar att självskadandet fungerar som en reflex eller undermedveten handling där patienten återvinner medvetandet då denne ser blod, samt även upplever ett återtagande av den kontroll som upplevs förlorad under dissociationen. Deltagarna uppger även att självskadabeteende är som ett beroende (a a.).

Att dölja den emotionella smärtan utåt och istället visa ”en mask” var ett sätt för patientgruppen att överleva och vidbehålla någon typ av värdighet. Detta var även ett sätt för patienten att skydda samt visa omgivningen respekt genom att inte uppröra eller skapa oro på grund av dennes mående (Miller, 1994; Nehls, 1994; Perseius et al, 2005).

Ytterligare ett vanligt drag hos patienter med BPS är paranoia, flertalet deltagare berättade att deras strategi för att undvika panikattacker i samband med denna paranoia var att undvika nya människor samt offentliga platser, vilket slutligen kunde leda till agorafobi (Fallon, 2003). Det egna hemmet var därför viktigt för patientgruppen då de hade möjlighet att dra sig tillbaka och samla kraft (Miller, 1994; Nehls, 1999). Detta bortsett från när patienterna kände sig som mest deprimerade då det istället fanns en stor risk för att de skulle självskada ifall de var ensamma (Nehls, 1999). Majoriteten av deltagarna hade anammat taktiken att gå till shoppingcentrum när de upplevde som mest emotionell smärta, detta då de var omgivna av andra människor men kunde undvika krav och den ångest som associerades med social kontakt (a a)

Patientgruppen uppgav att de försökt flertal olika strategier för att uppnå ett bättre mående, vilket utåt sett kan tolkas som svårigheter med identiteten (Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Delar av patientgruppen förändrade utseendet, andra sökte sig till alternativa livsstilar. Flertalet av dessa taktiker kan förutomstående stämplas som impulsiva, medans det enligt deltagarna är genomtänka strategier för att finna sig själva. Utöver detta uppgav patientgruppen att de medvetet dolde den riktiga identiteten för vårdpersonalen samt anhöriga, detta då de hellre blev sedda som identitetslösa än att bekräfta de egna bristerna (a a). De strategier som patientgruppen tar till stämmer överrens med de symtom som associeras med BPS. Patientgruppen uppgav att de testat flertalet olika strategier i hopp om att det skulle reducera den emotionella smärtan (Nehls, 1999)

Dödslängtan eller ett sätt att överleva?

Deltagarna i flertalet studier lyfter även ambivalensen i längtan efter döden, rädslan för döden samt längtan efter livet (Black, 2014; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Black et al (2014) fann dock att deltagarna i genomförd studie ej hade någon rädsla för döden, utan istället var tillfreds med tanken på döden, oavsett om det fanns en längtan eller inte. Patienterna försökte hantera längtan efter döden genom att söka vård eller självskada (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Självskadandet i sig beskrevs likaså som en form av lösgörande från den emotionella smärtan, frustrationen och ilskan (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius, 2005). Avbrutna suicidförsök eller överdoser där patienten hittats och fått vård kan ses som ett misslyckande för individen, generera skam och leda till en depression (Black et al, 2014)

Deltagarna i Nehls (1999) gav sin syn på hur det är att leva med ett självdestruktivt beteende som av omgivningen ses som manipulativt. Patientgruppen ansåg att det är ologiskt att se självskadador som manipulativt då det är ett direkt försök för att få hjälp vid de tillfällen som vård söks.

Att sträva efter hälsa och värdighet

Patientgruppen beskrev en vilja och strävan efter hälsa och värdighet. Genom att ta kontroll och lära sig att hantera känslorna fanns en stark önskan om att lära sig

att leva och fungera med diagnosen i samhället (Black et al, 2014; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Perseus et al, 2005).

Patientgruppens målsättning och förhoppning kring åstadkommanden i relation till återhämtning bestod av att uppnå en självacceptans samt ett ökat självförtroende. Ökad självinsikt och självacceptans kunde förhoppningsvis leda till en djupare förståelse kring patientens egna problem, ageranden, tankemönster samt även bakomliggande orsaker. Utöver detta önskade patientgruppen att de kunde ta kontroll över de negativa tankarna, känslorna samt humöret. Även faktorer så som att klara den egna vardagen, sköta ett arbete samt reducera självskadebeteenden och suicidalitet spelar stor roll för patientgruppen (Katsakou et al, 2012; Perseus et al, 2005).

Deltagarna i Nehls (1999) studie menade att den begränsade vården i kombination med att de informerats kring frånvaron av en effektiv behandling för BPS resulterade i att deltagarna antog att de ej kunde uppnå förbättringar eller återhämtas med hjälp av vården. Utöver detta uppgav flertalet deltagare i Katsakou et al (2012) att de upplever en stor differens mellan hur patientgruppen och vårdpersonalens syn på återhämtning ser ut. Patientgruppen kände inte att terapin var riktad gentemot samtliga problemområden. Vissa behandlingar riktades enbart mot särskilda problemområden så som självskador eller relationer vilket resulterade i att patienten kände frustration då dessa områden inte alltid var vad denne upplevde som mest problematiska (a a.).

Katsakou et al (2012) uppgav att flertalet deltagare i genomförd studie upplevde svårigheter kring ordet återhämtning i relation till BPS. Ordet återhämtning indikerade på att BPS är någonting patienten har alternativt är fullt återhämtad ifrån, denna syn uppmuntrade det dikotoma tänkandet hos patientgruppen. Andra deltagare i studien menade även att det inte går att blir helt återhämtad från BPS. Detta då patientgruppen levde med BPS och dess symtom under så pass många år att det är en del av en identitet som de nödvändigtvis inte ville förändra (a a.).

Att ha ständig kontakt med vården

Deltagarna i flertalet av de granskade artiklarna uppger att de upplevt en negativ respons från vården i helhet samt enskilda individer inom vården efter det att de fått diagnosen BPS (Fallon, 2003; Horn, 2006; Miller, 1994; Nehls, 1999; Rogers & Dunne, 2011). Utöver detta uppger deltagarna i Nehls (1999) studie att de upplevt medvetna restriktioner kring den givna vården som erbjöds patientgruppen, särskilt gällande tillgång till vårdpersonal och tid samt därmed möjligheter till dialog. Detta skiljer sig från Rogers och Dunne (2011) där deltagarna istället upplevt att de blev inskrivna och mottagna när de sökte vård, men även att de snabbt blev utskrivna då det framkom att patienten hade BPS. Den första kontakten med akutvården sker ofta i samband med att patienten förlorar kontrollen kring dennes starka känslor, vilket leder till en direkt ökad risk för självskador (Fallon, 2003). Det var även inom akutvården som en majoritet av patientgruppen upplevde det negativa bemötandet som störst. Utöver detta upplever patienter som varit inlagda på psykiatriska avdelningar att de inte förtjänat av en sängplats vilket var ett direkt resultat av personalens bemötande (Fallon, 2003; Rogers & Dunne, 2011).

Det negativa bemötandet som patientgruppen upplevt i kontakt med vården resulterade likaså i att deltagare från flertalet studier inte sökt vård då de självskadat. Utöver detta uppgav patientgruppen att dem enbart ville ha någon att

prata med, någon som lyssnade på dem och gav det emotionella stöd som efterfrågades. Istället upplevde patientgruppen det som att dem blev omplåstrade och ombudda att söka expert hjälp inom en annan instans (Fallon, 2003; Nehls, 1999).

Patientgruppen upplevde en ambivalens kring att vården kunde ta kontroll över deras liv genom restriktioner och tvångsinläggningar. I vissa fall upplevde patientgruppen vårdens kontroll som positiv, detta under de perioder där patienten förlorat kontrollen över sitt liv, samtidigt som förlusten av frihet genom restriktioner ledde till frustration och ilska (Fallon, 2003; Miller, 1994; Rogers & Dunne, 2011). Miller (1994) fann att patientgruppen undanhöll information som kunde leda till ofrivilligt frihetsberövande, detta då patienterna flertalet gånger upplevt oenighet med terapeuten kring behov och därmed blivit tvångsintagen på en psykiatrisk vårdavdelning.

Vårdpersonalen kunskap som makt i vårdrelationen

Patientgruppen uppfattar kunskap kring BPS som makt vilket kunde vara både positivt och negativt beroende på hur denna kunskap användes. Positivt i de fall där patientgruppen upplevde en kunskapsökning kring innebörden av BPS, samt även en greppbar förklaring kring beteenden och vägledning till återhämtning. Negativt i de fall där vårdpersonalen besatt kunskap som de medvetet uteslöt patientgruppen från att ta del av för att ytterligare marginalisera och inneha kontroll (Horn et al, 2007; Nehls, 1999; Perseus et al, 2005).

Samtliga deltagare i studien genomförd av Horn et al (2007) upplevde att de initialt fick väldigt lite information kring diagnosen samt att den lilla information de fick tenderade att vara väldigt negativ. Deltagarna upplevde det väldigt svårt att identifiera sig med diagnosen då beskrivningen enbart gavs i negativa ordalag (a a).

Att uppleva sig stämplad

Patientgruppen upplevde i stor utsträckning att de blev stämplade på grund av diagnosen BPS, framförallt från vårdpersonalen som upplevdes inneha förutfattade och ofördelaktiga åsikter kring patientgruppen vilket tydliggjordes på olika plan inom vårdkedjan. Patientgruppen upplevde även diagnosen som motsägelsefull då kriterierna för BPS stämde samtidigt som diagnosen inte ledde till några positiva förändringar i form av vård eller behandling. Detta resulterade i att patientgruppen upplevde diagnosen som att bli stämplad och dömd istället för omhändertagen och behandlad. De negativa konsekvenserna kring stämplingen upplevdes ofta av patientgruppen som värre än själva diagnosen i sig (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Nehls, 1999; Perseus et al, 2005; Rogers & Dunne, 2011)

Utöver detta upplevde patientgruppen att de ständigt jämfördes med andra psykiatriska diagnoser som exempelvis schizofreni. Patientgruppen upplevde det som att vårdpersonalen minimerade diagnosen BPS i jämförelse med andra diagnoser där stödbehovet ansågs vara befogat (Rogers & Dunne, 2011).

Att önska sig specialiserad vård, delaktighet, tid, tillgång och kontinuitet

Patientgruppen uppgav att de fick en bättre upplevelse av vården då de erbjudits specialiserad vård för just BPS, genom exempelvis långsiktiga vårdprogram. Inom

den specialiserade vården erbjöds patienten tid att bygga relationer med vårdpersonal samt blev inkluderade i den egna vården och processen kring den egna förbättringen (Fallon, 2003). Faktorer så som tid, tillgång samt delaktighet visade sig vara viktig för patientgruppen i relation till återhämtning (Fallon, 2003; Nehls, 1999; Rogers & Dunne, 2011). Även kontinuitet var en viktig faktor för patientgruppen, vilket Perseius (2005) menar kan knytas till den starka rädslan för att bli övergiven.

Patientgruppen upplevde även att de psykoterapeutiska alternativen som erbjöds personer med BPS hade specifika inriktningar, så som minskade själsskador eller relationer, medans andra målsättningar som för patienten var viktigare istället åsidosattes (Katsakou et al, 2005).

Utöver detta önskade patientgruppen även en bättre segregering inom slutenvården, mellan kvinnor och män samt även för olika psykiska problem. Även fler aktiviteter för slutenvårdspatienter var önskvärt (Rogers & Dunne, 2011).

Relationsbyggande med vårdpersonalen

Patientgruppen lyfte vikten av en god omvårdnad med respektfulla, förstående och bekräftande möten där tillitsfulla relationer kunde byggas. Ytterligare faktorer som patienterna ansåg viktiga hos vårdpersonalen var trygghet, tillit och stabilitet (Fallon, 2013; Horn 2006; Perseius et al, 2005).

Utöver detta hade patientgruppen önskemål att bli lyssnade på och därigenom få den emotionella smärtan samt tillhörande problematik bekräftad som verklig (Fallon, 2003; Nehls, 1999). Enligt Horn et al (2007) samt Perseius et al (2005) ledde ett aktivt lyssnande samt utforskande av patientgruppens egna upplevelser till en djupare förståelse från vårdpersonalens sida. Genom detta blev det lättare att bekräfta de framsteg som patienten åstadkom istället för att enbart klandra dem för negativa beteenden i form av självsador, missbruk och utåtagerande (a a.)

Patientgruppen upplevde en känsla av isolering även i en vårdmiljö där det fanns mycket personal ifall det var så att personalen var otillgänglig. Patientgruppen lyfte vikten av ett gott kontaktmannaskap där kontaktpersonen och patienten genom kontinuerliga möten och kontakt kunde bygga en stark och tillitsfull vårdrelation (Fallon, 2003).

Att ha relationer till specifika andra

Patientgruppen upplevde stora svårigheter att lita på andra personer i dennes omgivning, oavsett om detta var vårdpersonal, familj, vänner eller en respektive andra (Fallon, 2003; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Enligt Perseius m.fl. (2005) berodde tillitsproblematiken bland annat på patientgruppens rädsla för att bli övergiven. På grund av denna rädsla testade patientgruppen i stor utsträckning sina relationer för att se ifall andra stannar kvar. Långsiktigt tärde prövningarna och bristen på tillit enormt på relationerna vilket kunde leda till att de anhöriga distanserade sig (a a.). Patientgruppen uppgav även att de medvetet isolerade sig för att ej skada omgivningen på grund av de svårhanterliga emotioner som patientgruppen upplevde, detta då det fanns en rädsla för att vara en börda alternativt bli avvisad. Utöver detta fanns en rädsla kring att anhöriga skulle uppleva de återkommande samtalen kring patientens

mående som uttömt och påfrestande (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Nehls, 1999).

Patientgruppen lyfte relationen till andra som en av de främsta målsättningarna inom återhämtningsprocessen (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Perseius et al, 2005). Patientgruppen ansåg att just kärleksrelationer var särskilt svåra att hantera på grund av den stora tillitsproblematiken (Katsakou et al, 2012; Perseius, 2005). Samtidigt framkom det i flertalet studier att de anhöriga var den enda anledning till att patientgruppen fortsatte leva och inte begick självmord (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Nehls, 1999).

Patientgruppen hoppades på att i framtiden kunna socialisera sig mer, förbättra de befintliga relationerna, minska isoleringen, bygga mer stöttande relationer samt avsluta osunda och kränkande relationer. Utöver detta ville patientgruppen arbeta med sig själva i relation till andra genom att utveckla tillit, våga tala om känslor samt tillåta sig att vara sårbara i nära relationer genom att hantera rädslan för att bli avvisad eller övergiven (Katsakou et al, 2012; Perseius et al, 2005).

De egenskaper som patientgruppen uppskattade hos anhöriga var stabilitet, tålmod, kunskap, flexibilitet, tillit, trygghet, empati och ett intresse av patienten som individ. Även en rak kommunikation samt gränssättning uppskattades av patienterna (Fallon, 2013; Horn 2006; Perseius et al, 2005). Då patientgruppen hade blivit negativt bemötta tidigare så var de väldigt känsliga för dömande attityder (Fallon, 2003).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Målsättningen har varit att inte förvanska eller lägga in personliga tolkningar i de artiklar som analyserats. Det är dock lätt att göra oavsiktliga feltolkningar genom att skriva på ett annat språk än originaltexten som används i artiklarna. Det är dock svårt att helt åsidosätta den egna förförståelsen, men avsikten var att presentera resultatet så objektivt som möjligt.

Samtliga granskade vetenskapliga artiklar i denna litteraturstudie var kvalitativa och baserades på intervjuer. För att uppnå en kunskap och förståelse kring patientgruppens livsvärld och därmed svara på syftet för denna litteraturstudie valde författaren att enbart granska kvalitativa studier. Det kan dock föreligga svårigheter kring generalisering av resultatet vid kvalitativa studier då studierna fokuserar på den subjektiva upplevelsen av det studerade fenomenet. Inom patientgruppen fanns skillnader kring kontext, problematik samt föreliggande behov, vilket innebär att externa validiteten kan ifrågasättas.

En faktor som kan ha påverkat denna litteraturstudies tillförlitlighet är att den enbart genomfördes av en enskild författare. Detta innebär att vissa begränsningar var nödvändiga för att litteraturstudien skulle bli färdigställd inom aktuell tidsram. De tydligaste begränsningarna under litteraturstudiens genomförande var antalet granskade artiklar (åtta stycken) samt även att författaren genomförde kvalitetsgranskningen ensam utan att någon i efterhand kontrollerade den för att

se ifall resultatet överrensstämde.

Ett problem som uppstod under informationssökningen var att samma vetenskapliga artiklar fanns publicerade i de olika databaserna vilket medförde att det inledningsvis föreföll finnas mer information vid den ostrukturerade sökningen än vad det i slutändan gjorde. Detta medför att databassökningen (*Bilaga I*) kan se aningen missriktad ut då flertalet av de artiklar som ansetts relevanta för vidare granskning finns noterade under de första databassökningarna, detta trots att artiklarna även förekom under senare databassökningar.

Ytterligare ett problem under informationssökningen var att en vetenskaplig artikel (Miller, 1994) som verkade relevant för denna litteraturstudie efter det att abstraktet granskats ej fanns att läsa i fulltext, detta trots att en ingående sökning i flertalet databaser genomfördes för att finna artikeln. För att lösa detta beställdes artikeln via Malmö Högskolas bibliotek vilket dock kostade pengar samt att det tog ett par dagar för artikeln att levereras.

Då flertalet av de utvalda artiklarna hade ett väldigt litet urval kan överförbarheten diskuteras. Även det faktum att kontexten för deltagarna i de granskade studierna varierade kan ses som en begränsning i detta sammanhang. I studien genomförd av Miller (1994) befann sig deltagarna inom den psykiatriska slutenvården antingen frivilligt eller under tvång, medans andra studier intervjuade deltagare som bodde i sina egna hem och hade kontakt med öppenvård eller annan behandling (Katsakou et al, 2012; Perseus et al, 2005; Rogers & Dunne, 2011). I flertalet av de granskade artiklarna gick det ej att tydligt utläsa vart inom vården deltagarna befann sig utan enbart att de var i kontakt med den psykiatriska vården (Black et al, 20014; Horn et al, 2007) alternativt att deltagarnas kontakt med vården fanns angiven men varierade mellan deltagarna inom studien (Fallon, 2003; Nehls, 1999). Deltagarna kan förutses ha olika uppfattningar av vården samt den enskilda vardagen då de befinner sig i olika livssituationer och tillika beroendeställningar till vården. Samtidigt kan denna spridning av sammanhang ses som en fördel då patientgruppen i sig inte är homogen, utan befinner sig i olika sammanhang och har olika livssituationer.

Intervjumetoderna varierade likaså mellan de olika studierna, de varierade mellan ostrukturerade (Fallon, 2003; Miller, 1994; Perseus et al, 2005) samt semistrukturerade (Black et al, 2014; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Nehls, 1999). Studien genomförd av Rogers & Dunne (2011) använde sig av en fokusgrupp där samtalsämnen var förberedda. Utöver de genomförda intervjuerna erhöll Perseus (2005) annat skriftligt material från deltagarna så som dagböcker och dikter, vilket kan ge en djupare helhetsbild.

Ytterligare en faktor som är viktig att ta i beaktning är att patientgruppen ofta innehar dubbeldiagnoser, så som depression, ångest, bulimi och PTSD (Black et al, 2014; Miller, 1994; Perseus et al, 2005). Detta innebär att patientgruppens upplevelse av sjukdomsbilden, symtom och vårdbehov kan variera trots att samtliga deltagare innehar BPS.

I Black et al (2014) samt Perseus et al (2005) var detta inte grundstudien, utan syftet var inledningsvis att undersöka någonting annat under ett mer övergripande ämne. Under grundstudiens genomförande genererades även materialet till de

aktuella studierna och användes därefter. Det slutliga resultatet i båda dessa studier ansågs relevant för denna litteraturstudie samt att de uppfyllde uppsatta inklusionskriterium.

Syftet med studien genomförd av Rogers & Dunne (2011) var att undersöka personlighetsstörningar i dess helhet och inte specifikt BPS vilket kan ses som en svaghet. Urvalsgruppen i sig bestod i slutändan enbart av patienter med BPS, vilket tillika kan visa hur överrepresenterade denna patientgrupp är inom den psykiatriska vården. Den slutliga urvalsgruppen i studien (a a.) uppfyllde inklusionskriteriet kring urval för denna litteraturstudie, oavsett vad den initiala målsättningen var.

Negativt att högsta ålder på deltagarna ej finns angivet för flertalet (Nehls 1999; Katsakou 2012), detta då det hade kunnat vara intressant att se på hur spridningen ser ut under patientgruppens livstid. Särskilt då Perseius (2012) hänvisar till att symtomen försvinner med åren för en stor majoritet av de som diagnosticeras. Även könsfrågan är viktig att reflektera över då urvalet i samtliga artiklar bestod av en majoritet kvinnor (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Rogers & Dunne, 2011) alternativt enbart kvinnor (Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Majoriteten av de diagnosticerade är kvinnor (Emmelkamp, 2009; Holm & Severinsson, 2008; Perseius, 2012) vilket kan medföra att urvalet i studierna är representativa för patientgruppens population. Samtidigt kan eventuellt överförbarheten ifrågasättas då problembilden samt behovsbilden kan variera mellan könen. Black et al (2014) lyfter könsaspekten som kritik mot den egna studien, detta då författarna förutsätter att familjen är en mer betydande faktor för kvinnor än för män. Detta kan innebära att resultatet är missvisande för män med diagnosen BPS.

Resultatdiskussion

Ett genomgående tema i flertalet av de analyserade artiklar är den stämpling som patientgruppen upplever både inom vården i helhet men även från enskild vårdpersonal (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005; Rogers & Dunne, 2011). Denna stämpling bidrar till en ond cirkel där patienten stänger ute erbjuden vård i rädsla för dåligt bemötande eller oönskade tvångsåtgärder (Fallon, 2003, Horn et al, 2007; Miller, 1994). En av de faktorer som genomgående lyfts som viktig för patientgruppens utveckling och återhämtning är goda sociala relationer, både med vårdpersonal samt anhöriga (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). Det är även relationer till andra som är ett av patientgruppens största problemområden, då dem har tillitsproblem, framförallt på grund av rädslan att bli övergiven (Glant, 2010; Perseius et al, 2005, Perseius, 2012).

Att leva med BPS

Patientgruppen upplevde en ambivalens kring mottagandet av diagnosen BPS. Särskilt påtagligt var bristen på kommunikation och förklaring från vårdpersonalens sida kring vad diagnosen innebar samt vad det fanns för stöd och framtidsmöjligheter för patienten att erhålla från vårdens sida för att uppnå en fungerande vardag (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Rogers & Dunne, 2011).

Ett vanligt symptom för patientgruppen var en kronisk känsla av ensamhet. Detta förstärktes genom att patientgruppen använde olika strategier för att stängde ute

anhöriga i hopp om att skydda dem från vetskapen om patientens emotionella smärta (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Nehls, 1999). Genom att stänga ute andra, oavsett om det gällde anhöriga eller vårdpersonal minskade möjligheten för omgivningen att förstå patientgruppens inre känslvärld samt vad de egentligen hade för behov inom vård och behandling (Nehls, 1999). Utöver detta angav patientgruppen att det fanns en rädsla för sociala umgängen då de ofta upplevde en känsla av utanförskap samt även en rädsla för att inte passa in (Emmelkamp, 2009; Fallon, 2003; Holm & Severinsson, 2008; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Näslund, 1998; Perseius et al, 2005; Perseius, 2012; Törnström, 2004) .

Självska debeteende och dödslängtan är en stor del av patientgruppens vardag (Black et al, 2014; Emmelkamp, 2009; Fallon, 2003; Holm & Severinsson, 2008; Horn et al, 2007; Johansson, 2010; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Näslund, 1998; Ottosson & Ottosson, 2007; Perseius et al, 2005; Perseius, 2012; Rogers & Dunne, 2011; Stain, 2008). Majoriteten av deltagarna i de granskade artiklarna hade tidigare självskadat alternativt självskadade även under den tid då studierna genomfördes. Förklaringarna bakom patientgruppens självska debeteende varierade. Fallon (2003) lyfte att det fanns ett stort mörkertal kring antalet självska dor. Detta mörkertal kan bero på det dåliga bemötandet patientgruppen upplevde från vården, likaså en rädsla att bli tvångsintagen, samt även skam och skuld inför de anhöriga och vårdpersonalen. Att patientgruppen inte söker vård under flertalet av de tillfällen de självskadat kan även indikera på att handlingen inte är uppmärksamhetssökande i sig (a a). Utifrån ses dock självska dor framförallt som ett sätt att söka uppmärksamhet eller medlidande (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Utöver detta kan det upplevas som skrämmande för utomstående att se när en annan människa medvetet skada sig själv, det finns även dem som anser att självska dor genererar en onödig belastning för vården (Perseius, 2012).

För vårdpersonalen kan det vara av betydelse att ta reda på motivet för handlingen eller vilka situationer där beteendet förekommer, detta för att förhindra det självdestruktiva beteendet. Ytterligare en viktig faktor inom vård och behandling av denna patientgrupp är att synen förändras samt att vårdpersonalen får en större förståelse för problematiken kring BPS. Genom ett öppet och icke-dömande bemötande kan en tillitsfull vårdrelation byggas, vilket kan ge patientgruppen en möjlighet till förändring och återhämtning (Black, 2014; Fallon, 2003; Horn, 2007; Holm & Severinsson, 2008; Katsakou et al, 2012; Krawitz & Jacksson, 2008; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005; Perseius, 2012)

Att leva med stämpeln inom vården

Genom granskningen av de utvalda artiklarna samt även relevant litteratur blev det tydligt att patientgruppen i stor utsträckning upplever att de blir stämplade, samt att detta är ett väldigt stort problemområde. Detta både från vården i helhet i form av begränsningar, men även från enskild vårdpersonal i form av oförstående eller dåligt bemötande (Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Nehls, 1999; Perseius, 2005; Rogers & Dunne, 2011). Patientgruppen upplevde i flertalet fall att diagnosen fungerade som en avvisning från vården istället för den behandling och stöd som patientgruppen önskat (Katsakou et al, 2012; Nehls, 1999; Rogers & Dunne, 2011) .

Patientgruppen upplevde i flertalet fall bristande kommunikation med vårdpersonalen där patientgruppen inte kände sig lyssnade på eller tagna på allvar.

Även bristande information, eller negativt beskriven informationen kring diagnosen och framtidsmöjligheter medförde att patientgruppen kände sig stämplad (Horn et al, 2007; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005). En slutsats av detta skulle kunna vara att patientgruppen var negativt inställd till vården i helhet samt även vårdpersonalen, vilket skapade en negativ cirkel som indirekt bekräftade vårpersonalens negativa bild av patientgruppen som problematisk. Långsiktigt kan den negativa stämpeln leda till att patientgruppen helt nekar vård vilket kan resultera i tvångsinläggning eller suicid. Därav är det av stor vikt att den negativa cirkeln bryts från vårdpersonalens sida för att därmed kunna ge patientgruppen den vård och det stöd de är i behov av.

Vikten av goda relationer

Under genomförandet av denna litteraturstudie tydliggjordes vikten av de goda relationerna. I samtliga granskade artiklar nämns vikten av de anhöriga alternativt vikten av en god, tillitsfull relation med vårdpersonalen. Patientgruppen lyfte även hur de önskade att den goda vården skulle se ut, samt hur de önskade bli bemötta för att en god vårdrelation skulle byggas (Black et al, 2014; Fallon, 2003; Horn et al, 2007; Katsakou et al, 2012; Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseius et al, 2005; Rogers & Dunne, 2011). Det är även relationen till omgivningen som patientgruppen upplevde som ett av de största problemområdena. Patientgruppen har överlag stora tillitsproblem, detta på grund av rädslan att bli nekad, sviken eller lämnad (Katsakou et al, 2012; Perseius et al, 2005, Perseius, 2012). Med detta i åtanke synliggörs vikten av en god vårdrelation där patientgruppen erbjuds vägledning i hur de kan agera samt fungera i andra sociala sammanhang för att bibehålla samt bygga stabila relationer och fungera i samhället.

En av de faktorer som lyfts i flertalet av artiklar är vikten av god kommunikation med andra. Relationen till andra byggs genom god kommunikation och tillmötesgående vårdpersonal som lyssnar och ser individen istället för dennes diagnos, men samtidigt kan sätta tydliga gränser utan att vara dömande (Fallon, 2003; Horn, 2006; Krawitz & Jacksson, 2008; Nehls, 1999; Perseius, 2005).

Miller (1994) lyfter det faktum att vårdpersonalen bör förutsätta att patienten känner större emotionella smärtor än vad denne vill erkänna samt även en rädsla att tala om känslor kring bristande framsteg i behandlingen, detta av rädsla för att exempelvis bli tvångsinlagd eller att bli misstolkad av vårdpersonalen (a a). Med detta i åtanke är det därför viktigt att vårdpersonalen i största möjliga mån lyfter vikten av ärlig och öppen kommunikation utan direkta vedergällningar för att visar patienten att det är okej att känna på detta sätt. Genom att bemöta patientens rädslor kan eventuellt framtida avhopp eller förvrängningar av sanningen minska, och därmed ökar även chansen för goda resultat inom återhämtningen.

Miller (1994) rekommenderade gruppterapi som behandlingsform för patienter med BPS, detta då individen kan se att de ej är ensamma med att uppleva de problem som är utmärkande för BPS som diagnos. Inom gruppen kan de lyfta frågor som utanförskap, social validering samt socialt stöd (a a.). Detta kan dock anses aningen motsägelsefullt då ett av de symptom som beskrivs i litteraturen är patientgruppens rädsla för sociala sammanhang vilket kan leda till att patientgruppen på olika vis drar sig undan.

Bör diagnosen brukas alls inom vården?

För att bli diagnosticerad med BPS måste minst fem av nio kriterier uppfyllas.

Detta innebär att ett otal kombinationer av beteenden ryms inom BPS där två patienter med diagnosticerad BPS inte behöver ha mer än ett gemensamt kriterium. Patientgruppen upplevde även att BPS var en diagnos som gavs till dem som inte uppfyllde samtliga kriterier för någon annan diagnos eller var på gränsen mellan flertalet olika diagnoser, vilket medförde att BPS sågs som ett samlingsord för en patientgrupp som inte passar in någonstans.

Framtida värde

Förhoppningarna med genomförandet av denna litteraturstudie var att den skall ha framtida värde för de som arbetar med den aktuella målgruppen på sådant sätt att förståelsen ökar för hur patienten upplever det att leva med BPS. Utöver detta var förhoppningarna att även patienter som har diagnosticerats med BPS erbjuds en inblick i hur andra med diagnosen upplever sin situation, samt därigenom kan finna tröst i att dem inte är ensamma.

Fortsatt kunskapsutveckling samt utbildning av vårdpersonalen kan leda till en djupare förståelse samt en förändrad inställning till patientgruppen. Genom detta kan patienterna förhoppningsvis uppleva att de blir bättre bemötta inom vården samt erbjuds adekvat behandling som möter deras individuella behov.

Vidare forskning kring hur patientgruppen upplever vardagen med BPS är att rekommendera. Det finns ett stort behov av att genomföra flera kvalitativa studier för att kunna utveckla vården på bästa sätt för denna patientgrupp.

SLUTSATS

Patientgruppen har en bred symtombild som karaktäriseras av en stark emotionell smärta och ångest, vilket i sin tur ökar risken för att patienten skall begå suicid eller självskada. För att ha möjligheten att hantera den starka emotionella smärtan hade patientgruppen utvecklat flertalet olika strategier så som dissociation, att undvika sociala sammanhang och offentliga platser samt att visa en mask utåt.

Litteraturgranskningen visar på att patientgruppen upplevde en ambivalens kring att få diagnosen BPS. Patientgruppen beskrev dock att målsättningen inför framtiden var att ta kontroll och lära sig att hantera känslorna för att på så sätt fungera med diagnosen i samhället.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (2002) *Mini-D IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Black G, Murray J, Thornicroft G (2014) *Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patients perspective*. Journal of mental health, 23(2): 78-82.
- Dahlberg, K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Emmelkamp, P, Kamphuis, J (2009) *Personlighetsstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fallon, P (2003) *Travelling through the system: the lived experience of people with Borderline personality disorder in contact with psychiatric service*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10:393-400.
- Friberg, F (2006) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.
- Glant, H (2010) *Ny i psykiatrin; Våra vanligaste psykiska sjukdomar, bemötande, behandling*. Mölnlycke: Gothia Förlag.
- Holm, A-L, Severinsson, E (2008) *The emotional pain and distress of borderline personality disorder : A review of the literature*. International Journal of Mental health Nursing, 17: 27-35
- Horn, N, Johnstone, L, Brooke, S (2007) *Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder*. Journal of mental Health, 16 (2): 255-269
- Johansson, A (2010) *Självskada*. Umeå: Text & Kultur.
- Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K, Priebe S (2012) *Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Quallitative Study of Service Users Perspectives*. PLoS ONE 7:5: 1-8.
- Krawitz, R, Jackson, W (2008) *The Facts: Borderline Personality Disorder. All the information you need, straight from the experts*. New York, USA: Oxford University Press
- Miller, S (1994) *Borderline personality disorder from the patients perspective*. Hospital and community psychiatry, 45: 1215-1219.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009) *Borderline personality disorder: Treatment and Management*. NICE Clinical Guideline 78. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence
- National Institute for Mental Health in England (NIMH) (2003) *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. London: Department of Health
- Nehls, N (1999) *Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients*. Research in Nursing & Health, 22: 285-293.

- Näslund, G (1998) *Borderline personlighetsstörning; uppkomst, symptom, behandling, prognos*. Borås: Natur och kultur.
- Ottosson, H & Ottosson, J-O (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Perseius, K-I (2012) *Att tämja en vulkan- Om emotionell instabilitet och självska debeteende*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Perseius, K-I, Ekdahl, S, Åsberg, M, Samuelsson M (2005) *To tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering*. Archives of Psychiatric Nursing, 19(4): 160-168.
- Polit, D, Beck, C (2006) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, B, Dunne, E (2011) *They told me I had a personality disorder...All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience*. Journal of mental health, 20: 226-233.
- Stain, R (2008) *Från självska debeteende till självmord*. I Stain, R (red.). *Självska debeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga*. Stockholm: Allmänna barnhuset.
- Statens beredning för utbildning (2012b) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik- Patientupplevelser*.
>http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf <
(2014-03-13)
- Statens beredning för utbildning (2012a) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok. Kapitel 8: Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*.
>http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok_Kapitel08.pdf <
(2014-03-13)
- Törnström, Jouanita (2004) *Ansiktet bakom masken- om att vara borderline*. Frölunda: Bokförlaget Mareld.
- Woollaston, K, Hixenbaugh, P (2008) *'Destructive Whirlwind': nurses' perception of patients diagnosed with borderline personality disorder*. Journal of Psychiatric and Mental Health nursing, 15: 703-709.

BILAGA 1

Databassökning och urval av artiklar till litteraturstudien.

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
CINAHL 2014-03-05	Borderline personality disorder and Lived experience and adult	Peer reviewed	167 st	167 st	5 st	3 st	3 st Fallon (2003) Nehls (1999) Rogers & Dunne (2011)
CINAHL 2014-03-05	Borderline personality disorder and adult and lived experience and qualitative	Peer reviewed, Adult (19 år och äldre)	7 st	7 st	2 st	1 st	0 st
PubMed 2014-03-05	Borderline personality disorder and qualitative and experience	ingen	8 st	8 st	3 st	1 st	0 st
PsychINFO 2014-03-05	Borderline personality disorder and lived experience	Ingen	10 st	10 st	4 st	1 st	0 st

PsychINFO 20140305	Client attitude and borderline personality disorder	Peer reviewed	39 st	39 st	5 st	1 st	1 st Miller (1994)
CINAHL 20140306	Borderline personality disorder and patient perspective	Peer reviewed samt Adult (19+)	46 st	46 st	4 st	2 st	1 st Horn m.fl (2007)
PubMed 20140320	Borderline personality disorder and experience		18 st	18 st	5 st	1 st	0 st
CINAHL 20140324	BPD or Borderline personality disorder And experience	Peer reviewed, qualitative	80 st	80 st	5 st	1 st	1 st Katsakou m.fl (2012)
PubMed 20140417	Borderline personality disorder and qualitative		69 st	69 st	9 st	1 st	1 st Black m.fl (2014)

BILAGA II Översikt av analyserad litteratur

Författare År Titel Referens Land	Syfte Metod Forskningsansats	Urval Analys	Resultat	Diskussion	Kvalitetsgrad
<p>Black, G, Murray, J, Thornicroft, G (2014) <i>Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective.</i> Journal of mental health. Vol 23 (2). 78-82. United Kingdom</p>	<p>Syfte :Att fenomenologiskt se på BPS ur patientens perspektiv.</p> <p>Forskningsmetod: Kvalitativ.</p> <p>Forskningsansats: Fenomenologisk. Interpretative Phenomenological analysis (IPA).</p> <p>Denna studie var inte en grundstudie, utan materialet uppkom under en annan studie och användes därefter till denna (då det var öppna diskussioner/ intervjuer)</p>	<p>Deltagare: 9 stycken Kön: 8 kvinnor och 1 man. Ålder: 18-40. Ingen sociodemografisk information samlades då detta ej ansågs relevant i relation till studiens syfte.</p> <p>Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p> <p>Urvalsförfarande: Urvalet skedde från vårdinrättningar med inriktning personlighetsstörning</p> <p>Datainsamlingsmetod: Samtliga i urvalet hade en BPS diagnos och hade varit inom den psykiatriska vården i flertalet år.</p> <p>Intervjuaren fick stöd att</p>	<p>Två huvudområden:</p> <p>1. Inre dynamik Förvirrande sinnessillstånd inklusive känslan av att försvinna eller inte längre existera samt att längta efter döden. De försökte hantera dessa känslor genom att söka hjälp eller självskada.</p> <p>2. Yttre dynamik: Familjen till patienter med BPS lider, vilket patienten är medveten om. De upplevde familjen både som en börda samt ett skydd.</p>	<p>Samtliga deltagare tog upp självskador och suicidalitet spontant, vilket indikerar på att det är ett dominerande ämne som är viktigt för individer med BPS.</p> <p>Det har tidigare sagts att det är viktigt med en dialog kring dessa ämnen mellan terapeuten och patienten. Genom att visa en förståelse och låta individen tala kring detta kan relationen bli bättre och stigmat reduceras.</p> <p>Familjemedlemmarna var ofta anledningen till att individen ville fortsätta leva och gav ofta stort stöd, samtidigt som patienten ofta gömde sina känslor vilket ledde till osämja och isolering.</p>	<p>Hög kvalitetsgrad.</p>

		<p>skriva en intervjuguide av Emergence (en organisation som riktar sig mot PS), även skriftliga karaktärsteckningar om patientens egna upplevelser. (Karaktärsteckningar är ofta använda som stöd för diskussion kring trångmål i intervjuerna)</p> <p>Intervjuerna var inspelade och transkriberades därefter. Varje intervju lästes och lästes sedan om.</p> <p>Intervjutid: 20-90 minuter.</p>		<p>Begränsningar: Könsaspekten. Författarna förutsätter att familjen är en viktigare faktor för kvinnor, vilket kan göra resultatet missvisande för män.</p>	
<p>Fallon, P (2003) <i>Travelling through the system: the lived experience of people with Borderline personality disorder in contact with psychiatric service.</i> Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10:393-400. England</p>	<p>Syfte: Undersöka hur patientgruppen upplevde kontakten med den psykiatriska vården samt vilka strategier de utvecklat för att förhandla sig genom vårdkedjan.</p> <p>Frågeställning: Hur upplever patienter med BPS deras kontakt med den psykiatriska</p>	<p>Deltagare: 7 stycken Kön: 4 kvinnor och 3 män. Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p> <p>Urvalsförfarande: Urvalet skedde från en psykiatrisk vårdgivare.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Ostrukturerade intervjuer Följdintervjuer skedde för att</p>	<p>Fyra huvudfynd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att leva med BPS 2. Kontakt med vården (från att söka hjälp till relationer till vårdare) 3. Relationer 4. Resan genom systemet 	<p>Patientgruppen värdesatte den psykiatriska vården trots dåliga erfarenheter, samt dåligt bemötande.</p> <p>Relationen till andra är vital trots deras svårigheter att kontrollera känslor, särskilt gällande tillit till andra.</p> <p>Genom långvariga vårdrelationer, tillitsfull och erfaren personal så kan goda</p>	<p>Hög kvalitetsgrad.</p> <p>Dock bristande förklaring kring hur urvalsförfarandet skett.</p>

	vården? Forskningsmetod: Kvalitativ Forskningsansats: Grounded theory	kontrollera att huvudområdena uppfattats rätt under analysen. Intervjutid: ca 60 minuter		resultat nås. Självskador ses som uppmärksamhetsökande, vilket är paradoxalt då majoriteten döljer sina skador för att det leder till skuld och skam, samt isolering och dåligt självförtroende.	
Horn, N, Johnstone, J, Brooke, S (2007) <i>Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder.</i> Journal of Mental Health, 16, 255-269	Syfte: Undersöka upplevelsen och förståelsen av att få diagnosen BPS. Frågeställning: 1. Kan du berätta om hur du upplevde det att få diagnosen BPS? 2. Känner du att diagnosen BPD förändrat hur din omgivning så som vänner, familj, hälso- och sjukvård behandlar och interagerar med dig? 3. Förändrade diagnosen på något vis hur du upplever dian	Deltagare: 5 stycken Kön: 4 kvinnor och 1 man, Ålder: 23-44 år. Alla deltagare hade diagnosticerad BPS. Urvalsförfarande: Deltagarna blev tillfrågade av hens kontaktperson på psykiatrin om de var intresserade, sattes sedan i kontakt med forskaren. Hölls i psykiatrins lokaler. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Varje intervju analyserades innan nästa intervju genomfördes, vilket medför att mer	Fem huvudfynd: 1. Kunskap som makt Både positivt och negativt. 2. Osäkerhet kring vad diagnosen innebar. 3. Diagnosen som en avvisning från vården. 4. Diagnosen passar inte. 5. Hopp och möjligheten till förändring. De med BPS har annorlunda syn än klinikerna.	Att diagnosticeras upplevdes både som positivt och negativt för patienterna. Positivt på sådant sätt att de äntligen kunde förstå sig själva mer, varför de kanske känt att de tidigare inte passat in samt i de fall där diagnosen lett till stöd, vård och terapi. Negativt på så att samtliga uppfattade diagnosen som en avvisning från vårdens sida då stämpeln inte passar in. Vissa menade även att diagnosen avspeglade en negativ stämpel, vilket lämnade dem med dåligt självförtroende. Relationen till andra lyfts som extremt viktig. Negativ spiral inom vården då	Hög kvalitetsgrad. Dock brister i det etiska resonemanget (utöver skriftligt och myntligt medgivande).

	svårigheter och hur du känner inför framtiden? Forskningsmetod: Kvalitativ Forskningsansats: IPA	generaliserbara teman uppkommer med tiden. Intervjutid: 30-90 minuter.		patientgruppen döms på förhand pga. BPS. Framtida rekommendationer: 1. Bekräfta och utforska hur klienten upplever diagnosen 2. Finn sätt för personal och patient att bryta cirkeln. BPS ses som ond snarare än sjuk.	
Katsakou, C, Marougka, S, Barnicot, K, Savill, M, White, H, Lockwood, K, Priebe, S (2012) <i>Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A Quallitative Study of Service Users' Perspectives.</i> PLoS ONE 7:5: e36517 . Spanien	Syfte: Undersöka vad patienter med BPS såg som återhämtning. Problemformulering: vårdpersonal och vårdtagare kan se olika på innebörden av tillfrisknande, och därmed kan målsättningen variera sig för behandlingen/terapin. Forskningsmetod: Kvalitativ Forskningsansats: Grounded theory	Deltagare: 48 stycken Kön: 39 kvinnor, 9 män. Ålder: Medelålder 36,5 år. Alla deltagare hade diagnosticerad BPS. Bortfall: 6 stycken Urvalsförfarande: Deltagarna rekryterades från olika psykiatriska avdelningar (secondary mental health services) i London. Vid medgivande om medverkan så fick patienten fylla i självrapporterad sociodemografisk och	Fyra huvudfynd: 1. Personliga mål och åstadkommanden 2. Patienterna kände att de erbjudna psykoterapeutiska alternativen för BPS hade specifika inriktningar, så som minskade självsador eller relationer, medans andra målsättningar åsidosattes. 3. Hur återhämtade kände sig deltagarna? - Inte alls 9 stycken (19%) - Flytande 18 stycken (38%)	För vårdtagarna med BPS innebär återhämtning utvecklande av självaccptans, självförtroende och självkänsla samt att få kontroll över känslor, humör och tankar, förbättra relationer, finna betydelsefulla aktiviteter och jobb samt reducera de kliniska symtomen så som självskador, suicidalitet, missbruk och ätstörningar. Vårdgivarna bör se mer till individens önskemål vid planeringen av den givna behandlingsformen samt se långsiktiga mål för individen och därmed kunna göra upp en	Hög kvalitetsgrad.

	Tematiska analyser.	<p>kliniska karaktäristika.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Fördjupade semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Alla intervjuer spelades in och transkriberades. Dynamisk process, var intervju analyserades innan nästa genomfördes.</p> <p>Intervjutid 30-120 minuter.</p>	<p>- Hanterar det bättre, men inte helt återhämtad 40 stycken (83%) - Återhämtad 5 stycken (10%)</p> <p>4. Problem med ordet återhämtning.</p> <p>Fullt tillfrisknande kändes avlägset för majoriteten av de tillfrågade, men deltagarna kände hopp inför att hantera de specifika problemen kring diagnosen, vilket kan leda till mer innehållsrika liv.</p>	individuell planering.	
<p>Miller,S (1994) <i>Borderline personality disorder from the patients perspective.</i> Hospital and community psychiatry 45: 1215-1219. USA</p>	<p>Syfte: Undersöka hur patienter med diagnosticerad BPS upplever diagnosen samt behandlingen.</p> <p>Forskningsmetod: Kvalitativ.</p> <p>Forskningsansats: Grounded theory</p>	<p>Deltagare: 10 stycken Kön: 8 kvinnor och 2 män. Ålder: 21-50 Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p> <p>Datainsamlingsmetod: I snitt 6 intervjuer per intervju person under ett års tid. Tiden per intervju var i snitt 90 minuter per tillfälle.</p> <p>Minimalt strukturerade intervjuer.</p>	<p>Tre huvudfynd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Förtvivlan/ Hopplöshet 2. Främlingskap/ Utanförskap 3. Otillräcklighet 	<p>En stor del av patientgruppen hoppar av behandlingar, det kan därför vara bra för vårdgivaren att i största möjliga mån visa en öppenhet kring självskador, att det är okej att ta ”steg bakåt” så att de inte anpassar vad de säger, att det är okej att diskutera dödsönskan</p>	<p>Hög kvalitetsgrad.</p> <p>Dock brister i det etiska resonemanget (utöver skriftligt och myntligt medgivande).</p>

		Intervjupersonerna blev tillbedda att prata om sig själva. Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan.			
Nehls, N (1999) <i>Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients</i> . Research in Nursing & Health 22:285-293. USA	<p>Syfte: Att uppnå en förståelse kring vad som är unikt med att leva med BPS. Detta för att kunna effektivisera den givna vården.</p> <p>Frågeställning; 1. Vad betyder diagnosen BPS för dig? 2. Hur är det att leva med BPS?</p> <p>Forskningsmetod: Kvalitativ</p> <p>Forskningsansats: IPA</p>	<p>Deltagare: 30 stycken. Kön: Samtliga kvinnor. Samtliga deltagare hade dålig ekonomi. Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p> <p>Urvalsförfarande: Deltagarna rekryterades via kriscenter inom kommunal psykiatri, öppenvård och en akutpsykiatrisk klinik.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Individuella intervjuer med samtliga deltagare,</p> <p>Intervjutid: ca 60 minuter.</p>	<p>Tre huvudfynd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att leva med en stämpel 2. Att leva med ett självdestruktivt beteende som anses vara manipulation. 3. Att leva med en begränsad tillgång till vård. 	<p>Framtida rekommendationer: Fortsätta att se över utbildning av vårdpersonalen då patientgruppen ofta kände sig missförstådda. Framförallt gällande synen på självskador. Patientgruppen önskade att de kunde vända sig till vårdpersonalen för vägledning kring överlevnadsstrategier för att kunna leva med BPS. Därför går självhjälp emot, detta trots att det i stor utsträckning rekommenderas.</p>	<p>Hög kvalitetsgrad.</p> <p>Dock brister i det etiska resonemanget (utöver skriftligt och myntligt medgivande).</p>
Perseius, K-I, Ekdahl, S, Åsberg, M, Samuelsson, M (2005) <i>To tame a Volcano: Patients with</i>	<p>Syfte: Undersöka patienternas upplevelse av lidande, deras livssituation och uppfattning av den</p>	<p>Deltagare: 10 stycken Kön: Samtliga kvinnor Ålder: 22-49 år (Mdn = 27). Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p>	<p>Tre huvudfynd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Livet på gränsen 2. Strävan/kampen för hälsa 	<p>Självskadebeteende skedde under episoder av ofattbar smärta, därför bör självskadorna ses som ett sätt att hantera den inre smärtan.</p>	<p>Hög kvalitetsgrad.</p>

<p><i>Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering.</i> Archives of Psychiatric Nursing. Vol 19 Nr 4. 160-168 Sverige.</p>	<p>psykiatriska vården.</p> <p>Forskningsmetod: Kvalitativ.</p> <p>Forskningsansats: Hermeneutik</p> <p>Omvårdnadsteori: Utgick från teorier om hälsa och lidande av Eriksson (1994) samt Lindholm och Eriksson (1993).</p>	<p>Urvalsförfarande: Författarna hade fått i uppdrag att utvärdera ett kliniskt projekt där psykosociala interventioner riktades mot personer med BPS som självskadade. Intervjuerna hölls i programmets lokaler.</p> <p>Datainsamlingsmetod: Narrativa intervjuer samt biografiskt material i form av dagböcker samt dikter från flertalet patienter. För att få bakgrundsdata kring sociodemografiska variabler fick patienten fylla i en semistrukturerad enkät innan dess att intervjuerna genomfördes.</p> <p>Intervjutid: 30-90 minuter.</p> <p>Intervjuguiden fokuserade på två huvudområden: 1. Upplevelsen av symptom, lidande och livssituation. 2. Uppfattning av kontakt och behandling med den</p>	<p>och värdighet – som att balansera på en slak lina över en vulkan.</p> <p>3. Den bra och dåliga vården i relation till lidande.</p>	<p>Då flertalet lyckas med masken av normalitet kan det även vara svårt att förstå den inre smärtan. Därav ses utfall av smärta som att de är utåtagerande och söker uppmärksamhet.</p> <p>Patientgruppen är kanske i större behov än andra att få förståelse, bekräftelse och validering pga det starka självhat de hyser. Ifall vårdpersonalen kan en förståelse kring BPS göra de lättare att bekräfta patientgruppen och dess framsteg istället för att klandra dem för utåtagerande beteenden, självskador eller missbruk.</p> <p>Personer med BPS har allt till en extrem gräns, men går egentligen igenom samma vardagsproblem som oss andra, så som att söka efter spänning, vara rädda för döden, livet och relationer.</p>	
--	--	--	---	--	--

		psykiatriska vården. Intervjuerna spelades in och transkriberades därefter.			
Rogers, B & Dunne, E (2011) <i>They told me I had a personality disorder...All of a sudden I was wasting their time</i> ": <i>Personality disorder and the inpatient experience</i> . Journal of mental health 20(3):226-233. England	<p>Syfte: Undersöka hur inlagda patienter med en diagnosticerad personlighetsstörning upplevde vården.</p> <p>Forskningsmetod: Kvalitativ.</p> <p>Forskningsansats: Comprehensive thematic analysis.</p>	<p>Deltagare: 10 stycken. Kön: 9 kvinnor, 1 man. Ålder: 21-45. Alla deltagare hade diagnosticerad BPS.</p> <p>Urvalsförfarande: Urvalet var från ett kommunalt servicecenter för personer med personlighetsstörning (Community personality disorder service = CPDS). Samtliga personer som sökte psykiatrisk akutvård blev erbjudna att delta i undersökningen.</p> <p>Datainsamlingsmetod: 120 minuter långt samtal i fokusgrupp. Samtalet spelades in och skrev ned för att sedan tematiskt analyseras.</p>	<p>Fem huvudfynd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att leva inom slutenvården. Fler aktiviteter önskas. 2. Att ha en röst 3. En vård fylld av svängdörrar. 4. Styrkan i segregering 5. Att vara stämplad. 	<p>Framtida rekommendationer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mer utbildning till personal. Samt att dessa ska ta klagomål och önskemål från patienter och dennes anhöriga på allvar. - Se över processen vid utskrivning för att tillsammans med patienten kunna göra en planering. - Se över aktiviteter för de som ej kan lämna gården/ anläggningen. 	<p>Medelhög kvalitetsgrad.</p> <p>Detta då artikelns syfte var att undersöka upplevelserna hos en patientgrupp med personlighetsstörning, inte initialt inriktat mot BPS, även om urvalet enbart bestod av BPS i slutändan.</p>

BILAGA III

Bilaga 1

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – sjuksköterskans upplevelse

version 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög	Medelhög	Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?				
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
c) Är kontexten tydligt beskriven?				
d) Finns relevant etiskt resonemang?				
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				