

**Personers upplevelser av att leva med borderline  
personlighetsstörning  
– En självbiografisk studie**

**People's experiences of living with borderline  
personality disorder  
– An autobiographical study**

Examensarbete i omvårdnad  
15 högskolepoäng  
Grundnivå  
Vårterminen, 2019

Författare: Ssozi, Sheila

## SAMMANFATTNING

Titel:	Personers upplevelser av att leva med borderline personlighetsstörning – En självbiografisk studie
Författare:	Ssozi, Sheila
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Bergman, Karin
Examinator:	Westin, Lars
Sidor:	16
Nyckelord:	Borderlinepersonlighetsstörning, hälsa, personen, upplevelse och kunskap

---

**Bakgrund:** Borderline personlighetsstörning (Emotionellt instabil personlighetsstörning, IPS) förekommer i samhället och visar sig på olika sätt. Sjukdomen är omfattande och komplex, vilket utgör att personer har svårt att få en bra sjukdomsbild som kan medför växling i sjukdomsinsikt. Sjukdomen kan medföra en ökad risk för samsjuklighet vilket kan leda till konsekvenser som sviktande förmåga till egenvård och för tidig död.

**Syfte:** Syftet med studien är att beskriva personers upplevelser av att leva med borderline.

**Metod:** Metoden som används i denna studie är en kvalitativ forskningsmetod i form av en litteraturanalys av självbiografier.

**Resultat:** Analysprocessen resulterade i två teman; Leva i ständiga känslostormar och att behöva och erhålla stöd för att klara vardagen samt fem subtema; känsla av både befrielse och skam, känsla av frustration och ilska, känsla av förtvivlan och otrygghet, att behöva mer stöd och att erhålla stöd.

**Diskussion:** Resultatet visar hur att leva med borderlinediagnos är en utmaning och generellt innebär att leva med denna diagnos ständiga utmaningar och omvärderingar. Eftersom idag ges personer en framträdande roll i sin vård och ska därmed vara delaktiga i sin vård så måste olika aspekter av hur de upplever att leva med sin sjukdom, som att leva i ständiga känslostormar och behov av mer stöd, beaktas.

## ABSTRACT

Title: People's experiences of living with borderline personality disorder  
- An autobiographical study

Author: Ssozi, Sheila

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Bergman, Karin

Examiner: Westin, Lars

Pages: 16

Keywords: Borderline Personality disorder, health, people, experience and knowledge

---

**Background:** Borderline personality disorder occurs in society and shows itself in different ways. The disease is extensive and complex, which means that persons with this disease can find it difficult to have a right disease insight, which can lead to varying disease insight. The disease can lead to an increased risk of co-morbidity that can lead to consequences such as failing ability to self-care and premature death.

**Purpose:** The purpose of the study is to describe people's experiences of living with borderline.

**Method:** The method used in this study is a qualitative research method in the form of a literature analysis of autobiographies.

**Result:** The analysis process resulted in two themes; Living in constant emotional storms and the need of both support and to receive support, so as to cope with everyday life. Five sub-themes; sense of both liberation and shame, sense of frustration and anger, sense of despair and insecurity, the need of more support and receiving support.

**Discussion:** The result shows how living with borderline diagnosis is a challenge and generally means living with this diagnosis constant challenges and revaluations. Since today people are given a prominent role in their care and should therefore be more actively involved in their care, different aspects of how they feel to live with their illness, such as living in constant emotional storms and the need for more support must be taken into account.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
Psykisk ohälsa, prevalens och borderline.....	5
Sjukdomens orsaka och komorbiditet.....	5
Diagnostik och behandling.....	6
Sjuksköterskans roll i omvårdnaden.....	7
Patientens livssammanhang.....	7
Sjukdomsinsikt, människa och lidande.....	7
Hälsa- och välbefinnande.....	8
Vårdande och stöd.....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Analys.....	10
<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
Leva i ständiga känslostormar.....	12
Att behöva- och erhålla stöd för att klara vardagen.....	14
Resultatsammanfattning.....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Konklusion.....	20
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	20
<b>REFERENSER</b> .....	<b>21</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>25</b>
Bilaga 1: sökmatrix.....	25
Bilaga 2. Sammanställning av fem valda självbiografier och en uteslutit självbiografi.....	26
Bilaga 3: Eriksson, K (1986).....	27
Människans hälsopositioner avritad från Wiklund 2003, s.81).....	27
Bilaga4: Exempel på Analysisprocessen.....	28

## **INLEDNING**

Psykisk ohälsa är ett växande problem i samhället och personer med psykiatriska problem kommer att mötas av sjuksköterskor oavsett i vilken vårdkontext och de patienterna finns i olika vårdinstanser. Psykisk ohälsa är ett brett område och i denna studie riktas fokus på personlighetsstörning i form av borderline (Emotionellt instabilt). Socialstyrelsen (2017) framhåller att under senare år har personer med psykiatriska tillståndet borderline ökat, mest bland unga vuxna. Personer diagnostiserade med borderline personlighetsstörning genomgår mycket snabba svängningar i sin självbild och sitt psykiska mående. Det är därför av stor vikt att klargöra denna patientgrupps upplevelser att leva med sin sjukdom. Sjuksköterskans kunskap om hur denna patientgrupp upplever leva med sin diagnos underlättar när det gäller att ge dessa patienter rätt stöd.

## **BAKGRUND**

### **Psykisk ohälsa, prevalens och borderline**

Psykisk ohälsa fortsätter att öka i Sverige och med prevalens redan i yngre åldrar. Exempelvis har prevalensen inom åldersgruppen 13-24 år ökat från 29 % flickor och 24 % pojkar 1985/86 till 57 % flickor och 31 % pojkar år 2014. Förekomst av psykisk ohälsa i form av personlighetsstörning uppskattas till mellan 6 % och 10 % av den svenska befolkningen (Socialstyrelsen, 2017, u.å.; Statiska centralbyrån, 2017). Borderlinepersonlighetsstörning (Emotionellt instabil personlighetsstörning (IPS)) är den mest vanligaste typen av personlighetsstörning i olika sjukvårdskontexter, prevalensen är cirka 2 % av befolkningen (Allgulander, 2016; Skärsäter, 2014). Borderline är mer vanligt hos kvinnor än hos män och kvinnor står för 70 % av utredda personer med denna sjukdom och den vanligaste åldern vid första diagnosen är sen ungdom (Biskin & Paris, 2012).

Personlighetsstörning präglas av avvikelser från ett normalt beteende och normala inre upplevelser. Vid borderline sjukdom får personen vissa personlighetsdrag såsom impulsivitet, självskadebeteende, instabil självbild och tvångsmässiga tankar -och beteenden (Allgulander, 2016; Fallon, 2003; Helleman, Goossens, Kaasenbrood & Achterberg, 2014; Holm & Severinsson, 2011). Självskadebeteende hos personer med borderlinediagnos är oftast ett sätt att förmedla den psykiska smärtan personen genomlider och ett sätt att försöka överleva den emotionella smärtan. Att skada sig själv ger oftast en kortvarig befrielse från svåra situationer (Holm och Severinsson, 2011, 2008; Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004; Skärsäter, 2014).

### **Sjukdomens orsaka och komorbiditet**

De bakomliggande orsakerna till borderline är ofta medfödda (51 %) men sjukdomen kan även induceras av externa faktorer (49 %) såsom drogmissbruk och sexuella övergrepp under barndomen (Huprich, 2015). Komorbiditet innebär att personen får ytterligare

sjukdomstillstånd i samband med den första diagnosen (samsjuklighet) (Karolinska institutet, 2018). Borderline är ett omfattande och komplext psykiatriskt tillstånd med komorbiditet som till exempel depression, ångestproblematik och ätstörning hos cirka 75 % av personer med denna diagnos. Detta kan leda till att tillståndet ofta förväxlas med andra psykiatriska tillstånd vid diagnostisering som till exempel autism och bipolär sjukdom (Allgulander, 2016; Lawn & McMahon, 2015). Biskin och Paris (2012) påpekar att borderline är ett psykiatriskt tillstånd som skiljer sig från svår depressiv sjukdom, bipolär sjukdom och posttraumatisk stress störning, trots att det finns överlappande symtom. Samsjuklighet vid borderline förekommer i stor utsträckning och förknippas med konsekvenser som sviktande förmåga till egenvård och för tidig död. Borderlinesjukdom är ofta förknippat med samsjuklighet vilket ger konsekvenser såsom försämrad livskvalitet till följd av att personer med denna diagnos ofta hamnar i utanförskap (Socialstyrelsen, 2017). Karolinska institutet (2018) framhåller att samsjuklighet påverkar både personens funktionsförmåga och deras överlevnadsförmåga vilket har stor inverkan på deras livskvalitet. Skärsäter (2014) skriver att personer med borderline har en tendens att värdera sig lågt och har låg självkänsla vilket i sin tur leder till sänkt vilja att vårda sig själv. Allgulander (2016) beskriver hur personer med borderline har en tendens att isolera sig vilket kan utlösa självdestruktiva handlingar som suicidförsök. Detta i sin tur bidrar till en för tidig död i denna patientgrupp.

## **Diagnostik och behandling**

Diagnostisering vid borderline görs med hjälp av Manual of Mental Disorders–IV (DSM-IV) bedömningskriterier (Allgulander, 2016; Biskin & Paris, 2012; Helleman et al., 2014; Holm & Severinsson, 2011; Huprich, 2015). Biskin och Paris (2012) framhåller att de nuvarande DSM-IV diagnoskriterierna är oförändrade fast modifieringar har föreslagits för DSM-V. Beteende som sedan utgör underlag att få borderlinediagnos senare i livet uppstår i tidig ålder såväl redan vid 15 års ålder kan vissa beteenden uppträda. Personer som uppfyller diagnoskriterierna för att få en borderlinediagnos får diagnosen baserat på symtom som har varit närvarande sedan ungdom eller tidig vuxen ålder fast diagnosen ges oftast till en vuxen (Biskin & Paris, 2012). Courtney och Makinen (2016) framhåller att det är kontroversiellt att göra en diagnos eftersom bordelinediagnos kan vara snarlik en klassisk stämningsstörning hos ungdomar. Emellertid kan med hjälp av DSM-V bedömningskriterier en sådan diagnos göras även hos ungdomar när egenskaper förefaller vara genomgripande, beständiga och det är osannolikt att de begränsas till ett visst utvecklingsstadium eller annan psykisk störning (Courtney & Makinen, 2016).

Behandling av borderline utförs genom både medicinering och olika terapiformerna som dialektisk beteendeterapi (DBT), transfokuserad terapi (TFP), kognitiv beteendeterapi (CBT), dynamisk de-konstruktiv psykoterapi (DDP), interpersonell psykoterapi (IPT) och interpersonell terapi (IPT). DBT-terapi är den behandlingsform som just nu ger bäst resultat i jämförelse med sedvanlig behandling, särskilt om det sker samtidigt med intag av läkemedel (Allgulander, 2016; Huprich, 2015; Socialstyrelsen, 2013; Lawn & McMahon, 2015; Stoffers, Völm, Rucker, Timmer, Huband & Lieb, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2013) är DBT en terapiform som involvera att ger personer med emotionell instabilt (borderline) ökad förmåga att stå ut med -och hantera svåra känslor då på längre sikt personer lära sig att hitta en inre emotionell balans och till att minska självdestruktiva beteenden såsom självmords- och självskaðebeteenden.

## **Sjuksköterskans roll i omvårdnaden**

Det finns en ökning av personer med borderline i samhället och detta medför en ökad efterfrågan på omvårdnad. Sjuksköterskor har en central roll i all omvårdnad kring patienten och ska kunna bistå med kunskap och stöd för att förebygga andra former av ohälsa och istället främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening (SSF) 2017). Enligt ICN:s etiska kod har sjuksköterskor ansvar att inneha kunskaper både om medicinska och beteendevetenskapliga behandlingar som är relevanta för patientens vård (SSF, 2017). En god omvårdnad möjliggörs genom skapandet av bra relationer och vård som främja kontinuitet. Sjuksköterskors främsta uppgift är att erbjuda en välplanerad vård fri från dömande för att minska lidande och främja hälsa. Genom att bygga en terapeutisk vårdande relation som att samtala med denna patientgrupp bidrar sjuksköterskan till att deras vårdbehov tillgodoses (Holm & Severinsson, 2011). Enligt Helleman et al. (2014) bör sjuksköterskor vara medvetna om vikten av att bygga en bra vårdrelation till patienter med borderline och ska ha vetskap om att dessa personer har en interpersonell överkänslighet.

## **Patientens livssammanhang**

Arman, Dahlberg och Ekebergh (2015) framhåller att bli patient medför en viss sårbarhet och en person är inte bara patient utan en aktör som tar emot vård. Patienten som vårdtagare genomgår många olika upplevelser som framträder i relation till diagnos, omvårdnad och allt kring individens livssammanhang. Arman et al. (2015) skriver att vid sjukdom upplever patienten ett inträde till en ny kontext eftersom inte bara den biologiska mekanismen påverkas utan hela livssammanhanget. Patienten har en väsentlig roll i sin vård och genom att dela med sig om sina upplevelser av sin sjukdom bidrar det till att göra omvårdnaden mer personcentrerad. Helleman et al. (2014) beskriver att patientens omvårdnadsbehov varierar trots samma diagnos. Det är därför väsentligt att patienterna har god kontakt med sjuksköterskan för att deras vårdbehov ska uppfyllas.

## **Sjukdomsinsikt, människa och lidande**

Black, Murray och Thornicroft (2014) framhåller att ha sjukdomsinsikt är grundläggande för att få en förståelse av hur det är att leva med sjukdomen och för att kunna veta vad individer behöver när det gäller hjälp från vårdpersonal samt vikten av att erhålla kunskap om sjukdomen. Det handlar om att patienten kan identifiera och känna igen vissa tecken och symtom för att kunna söka vård i ett tidigt skede eller utöva egenvård. Courtney och Mäkinen (2016) betonar att diagnos och kunskap om sjukdomens innebörd ökar förståelsen hos patienten. Black et al. (2014) och Lawn och McMahon (2015) skriver att en patient med god sjukdomsinsikt tidigt kan identifiera varningstecken och symtom. Black et al. (2014) betonar att detta hjälper vårdgivare att förstå vad patienten känner och känna igen de symptomen som är mer mottagliga för terapeutisk förändring. Att ha kunskap om sjukdomen bidrar till att patienten är delaktig i sin vård, utan kunskap och insikt blir det svårt att hindra ohälsa. Dahlberg (2014) menar att patientens hälsoprocess stärks genom god kunskap om sjukdomstillståndet och det är sjuksköterskans ansvar att stödja denna process. Dahlberg (2014) framhåller att vård som inte bara tar hänsyn till sjukdom och symtom utan också har fokus på olika hälsofrågor är hälsoorienterad. Det handlar om att se hela människan och att ta reda på hur personen upplever

sin sjukdom vilket bidrar till att sjuksköterskan kan vara behjälplig på ett personorienterat sätt. Holm och Severinsson (2011) beskriver hur behovet att bli sedd hos personer med borderlinediagnos är starkt vilket kan leda till lidande om detta behov försummas. Fallon (2003) påpekar att personer med borderlinediagnos anser sin kontakt med vårdgivare väldigt viktig trots negativa erfarenheter och negativa attityder hos vårdpersonal. Enligt Arman et al. (2015) lidande innefattar att genomleva eller utstå smärta och lidande kan vara sjukdomsrelaterad såsom sjukdomslidande, vårdlidande där smärta orsakas av den vård person få eller livslidande.

## **Hälsa- och välbefinnande**

Hälsa är mer än bara frånvaro av sjukdom utan en upplevelse av att mår väl trots befintlig sjukdom medan välbefinnande handlar om att personen upplever sundhet och en känsla av sammanhållning i samband med allt som ingår i personens livsvärld (Högskolan i Skövde, 2011). Enligt World Health Organization (WHO) (2003) är mental hälsa mer än bara bristen på psykiska störningar utan dessutom en upplevelse av kontroll över ens eget liv, identitet och värdighet, gemenskap med samhället och känslor av sammanhållning eller mening. Dahlberg och Segesten (2010) betonar att god hälsa byggs i samband med goda relationer med andra människor och miljön samt att det är möjligt att uppleva hälsa trots befintlig sjukdom. Enligt Erikssons "Hälsokorset" (1986) är hälsa en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande och personen kan uppleva god hälsa trots befintlig sjukdom. Det beskrivs att frånvaro av ohälsa där personen har en känsla av välbefinnande består av två komponenter, den upplevda hälsan och den verkliga hälsan. Upplevd hälsa handlar om att personerna upplever välbefinnande men är medveten om att de har en sjukdom medan verklig hälsa innefattar att må bra utan tecken på objektiv ohälsa. Å andra sidan leder förekomsten av ohälsa till en känsla av illabefinnande som har två komponenter som verklig ohälsa där personen har en eller flera sjukdomar och känner sig sjuk medan upplevd ohälsa innebär frånvaro av sjukdom fast individen känner sig sjuk (se bilaga 3) (Wiklund 2003).

## **Vårdande och stöd**

Vårdande innebär att stödja och stärka individens hälsa genom att vara lyhörd och ha ett öppet sinne för den sjuke individen (Arman et al., 2015). Fallon (2003) framhåller vikten av att uppmuntra patienterna att bidra till vården genom strukturen i vårdprogrammet och hur förbättrandet av personalens förståelse för deras beteende är väsentligt i vårdandet. Däremot är stödet förknippat till att lära sig bibehålla sin hälsa trots befintlig sjukdom. Stödet kan vara praktiskt eller rent emotionellt som att lyssna, skapa en relation eller att vara öppen för att bemöta svåra känslor. Stöd och hälsofrämjande vilar på viljan att lära sig att bli behjälplig som sjuksköterskan för att främja hälsa trots svåra sjukdomar. Det innefattar att sjuksköterskan tillsammans med patienten skapar ett nytt sammanhang. Ett meningsfullt sammanhang bistås när det gäller att återfå hälsan (Arman et al., 2015; Dahlberg & Segesten, 2010; Eide & Eide, 2009; Klang Söderkvist, 2013).



## **PROBLEMFÖRMULERING**

Antalet personer med borderlinediagnos ökar i det svenska samhället vilket medför att efterfrågan på omvårdnad också ökar. Därför är det relevant att sjuksköterskan har kännedom om hur denna patientgrupp upplever sin sjukdom. Genom att studera hur personer upplever att leva med borderlinepersonlighetsstörning är avsikten att ny kunskap ska skapas i relation till omvårdnad. Denna patientgrupp finns i olika sjukvårdsinstanser på grund av att sjukdomen medför komorbiditet som depression, ångest och ätstörning. För att minska lidande och uppkomst av olika samsjukligheter är det därför avgörande att klargöra dessa personers upplevelse av att leva med denna diagnos och deras behov av stöd. Genom att förstå hur dessa personer upplever sin diagnos underlättas vårdandet samt förebyggandet av psykisk ohälsa.

Studien kan då konkretiseras i frågeställningen: Hur upplever människor att leva med sjukdomen borderline?

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva personers upplevelser av att leva med borderline.

## **METOD**

Metoden som genomfördes i studien var en kvalitativ forskningsmetod i form av en litteraturanlys av självbiografier enligt Danielson (2017) och sökt litteratur skulle svara mot studiens syfte. Dahlberg (2014) och Danielson (2017) menar att en kvalitativ metod omfattar analysform som byggs på språk och ord det vill säga består av beskrivande text av ett perspektiv där innehållet analyseras. Dahlberg (2014) påpekar att en kvalitativ studie används när syftet är att uppnå en förståelse för en persons upplevelser, erfarenhet och förväntningar. Segesten (2017) framhåller att en självbiografisk text innebär berättelser om en viss persons livshistoria och en sådan text är en användbar kunskapskälla inom kvalitativ forskning.

### **Urval**

Urvalet genomfördes utifrån inklusionskriterier vid datainsamling då båda könen berättelser var involverade i sökprocessen. Endast data som beskrev individens subjektiva upplevelse av hur det är att leva med borderline framtoogs. Personernas ålder i studiegruppen begränsades till 19 år och äldre. En tidsbegränsning gjordes genom att endast självbiografierna publicerade efter år 2010 och framåt används. Språket som användes var svenska och det geografiska området i studien begränsades till västvärlden eftersom det betraktades som jämförbart med sjukvården i Sverige. Exklusionskriterier framtoogs för att undvika att inkludera information som inte svarar på syftet där endast självbiografier om personens upplevelse att leva med borderlinediagnos ingick och ingen skönlitteratur medtoogs.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen fördes genom att söka efter självbiografier från Libris bokkatalog och i bokformat. Sökorden som används var ”borderline”, ”biografi” och de insamlade självbiografierna var sex böcker på svenska. Fem av de sex böcker valdes för att de svarade mot studies syfte (se bilaga 1 & 2). En bok som var utslutit efter genomläsning var ”*Borderline: en sann berättelse om gränslös vänskap av Caroline Kraus*” eftersom boken gav inte svar mot studies syfte (se Bilaga 2).

### **Analys**

Analysprocessen som används i denna studie var en manifest innehållsanlys för att beskriva studies målgrupps perspektiv (Danielson, 2017). Enligt Danielson (2017) en manifest innehållsanlys innebär att ta direkt uttryck i en beskrivande text av ett eller flera perspektiv om något. En manifest innehållsanlys av självbiografier gjordes genom att studera innehåll, språk och textenheter som var mest förekommande (Danielson, 2017). Dahlberg (2014) framhåller att syftet med innehållsanlys är att öka förståelsen på grundnivå av någons upplevelse och erfarenhet utifrån dennes berättelse. Olika steg framtoogs i analysprocessen där innehållet i självbiografier analyserades för att få en helhet. Första steget var att sortera innehållet för att skapa en ny meningsbärandeenhet (domän). Sedan valdes delar ut för att generera en ny kondenserad meningsenhet. Den skapade meningsenheten kodas och dessa koder sorterades för att skapa underlag till subteman och teman. Dessutom var innehållet i

litteraturen sorterade genom att välja ut likheter och skillnader i de olika berättelserna. Likheter fick liknande koder för att sedan utgöra underlag till subtema-och teman och eventuellt detta genomfördes för skillnader i berättelse också.

## **Etiska överväganden**

Fyra principer styr när det gäller etiska överväganden: nyttjandekravet, samtyckeskravet, informationskravet och konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet uppfylls genom att all samlad data används endast i samband med studiens syfte. Samtyckeskravet från författarna elimineras eftersom informationen kommer från självbiografiernas författare. Detsamma gäller informationskravet då informationen kommer direkt från författarna till självbiografierna (The World Medical Association [WMA], 2013; Vetenskapsrådet, 2002). Enligt helsingforsdeklarationen ska personer som involveras i en studie skyddas genom konfidentialitetskravet. Detta elimineras i denna studie eftersom informationen kommer från personen som även är författare till dem läst självbiografierna (WMA, 2013). Författare till denna uppsats är medvetna om olika etiska aspekter liksom att studie inte ska innehålla oredlighet. Vikten av att ta hänsyn till att självbiografier som studeras genom att undvika förförståelse och fördomar påverka resultat och att insamlade data inte ska förvanskas. Vetenskapsrådet (2017) påpekar att oredlighet som fabrikation, förvanskningar och plagiat är oetiska och ska inte ske eftersom dels det är oetiska – och betraktas som fusk vilket kan leda till den publicerades resultat äventyras.

## RESULTAT

Analysprocessen resulterade i två teman som också kan relateras till fem subteman som presenteras i nedanstående tabell 1.

Tabell 1-Tema och subtema

<b>Teman</b>	<b>Subteman</b>
Leva i ständiga känslostormar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Känsla av både befrielse och skam</li><li>• Känsla av frustration och ilska</li><li>• Känsla av förtvivlan och otrygghet</li></ul>
Att behöva och erhålla stöd för att klara vardagen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att behöva mer stöd</li><li>• Att erhålla stöd</li></ul>

### Leva i ständiga känslostormar

Temat handlar om upplevelsen hos personer med borderlinediagnos, de pendlar mellan olika känslor som svek, rädsla, ilska, skam, förtvivlan, ensamhet, chock, befrielse, hopp, ovisshet med mera. Törnström (2012) skriver *"Jag har så livrädd att mina tankar blir till handlingar. Jag är rädd, rädd för mig själv-rädd för livet."* (s. 83). Det beskrivs att få diagnosen borderline å ena sidan upplevs som något bra eftersom det ger vetskap om vad som är fel. Å andra sidan, däremot, kan det upplevas som skam att ha denna diagnos eftersom personer med borderlinediagnos uttrycker hur det är att leva med sjukdomen kan innebära att dölja inre känslor för att inte avvika från normalt beteende (Svensson, 2014a; Thåström, 2017; Törnström 2012). Svensson (2014a) skriver *"Så jag lever i en spiral av negativitet och ångest."* (s. 27).

### Känsla av både befrielse och skam

Det framkommer tydligt i självbiografierna att dessa personer upplever en befrielse av att få en diagnos eftersom de får något konkret att gå på och får hjälp från olika sjukvårdsinstanser. Törnström (2012) framhåller *"Att jag har fått diagnosen borderline känns faktiskt som en befrielse. Äntligen har jag fått veta vad är för "fel" med mig. Fast nog blev en aning chockad."* (s. 19). Å andra sidan upplevs skam över att ha denna diagnos eftersom det blir ett stigma. Ofta är dessa personer med denna diagnos är medvetna om att deras beteende avviker fast de har svårt att hantera detta. Thåström (2017) beskriver utifrån sin erfarenheter med borderline att *"Borderline ställde till det så att känslorna kändes oförutsägbara och utom kontroll."* (s. 165). Detta medför att dessa personer döljer hur de upplever sjukdomen, dels för att passa in i samhället och dels för att de skäms, vilket upplevs som väldigt plågsamt. Det beskrivs att olika känslor stormar in i huvudet så att det knappt går att göra basala saker som att äta eller ta en promenad. Det upplevs att de destruktiva tankarna tar all kraft. Det uttrycks som att det ibland känns lättare att ha negativa tankar än positiva, vilket de skäms för men inte kan påverka (Johansson, 2011; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Johansson (2011) skriver *"När jag är nere i en svacka med dåliga dagar och allt känns jobbigt så är det väldigt lätt att fortsätta tänka negativt i stället för positivt."* (s. 63). Tvångstankar och allt negativt beteende blir upplevelser som är jobbiga att hantera och det förekommer i de läste berättelserna att personer har svårt att medge att de mår dåligt och har mörka tankar. Detta beror på att de har rädsla över att inte bli trodda – och

tillbakavisade (Johansson, 2011; Törnström, 2012). Törnström (2012) framhåller att *"I samhörighet med andra människor sätter man ofta på sig en mask som döljer hur dåligt man egentligen mår."* (s.162).

### **Känsla av frustration och ilska**

Personer med borderline som genomgår tvångstankar och negativa känslor beskriver ofta att de upplever en frustration och ilska. Att leva med den form av emotionell instabilitet som präglar borderline beskrivs som en trygg vana. I situationer där emotionell stabilitet främjas, exempelvis genom kärlek, kan det upplevas som frustrerande istället. Eftersom detta kan kännas som en främmande och en obekant värld vilket medför frustration och ilska. Frustration orsakat av ovisshet och ensamhet där personer med diagnosen borderline beskriver hur det är att leva med denna sjukdom präglas av toppar och dalar men att det är svårt att veta hur länge den positiva stunden kommer att fortgå. Allt kan ändra sig snabbt från en bra stund till dåliga situationer vilket kan medföra ilska hos en person eftersom det är svårt att hantera och kontrollera (Johansson, 2011; Svensson, 2014a; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Det beskrivs som utmanande att hantera och kontrollera olika händelser som plötsligt sker i samband med att ha denna sjukdom. Detta kan leda till att en person förlorar hopp som exempelvis att skaffa ett jobb att gå till och på så sätt minskas möjligheten att få träffa flera människor vilket kan leda till ensamhet. Det uttrycks av personer med borderline som frustrerande att leva ett liv där det blir svårt att engagera sig i olika samhällsaktiviteter som skola eller ha ett jobb eftersom sjukdomens art ställer till ovisshet. Trots att dessa personer har goda dagar där de mår bra är de rädda att engagera sig i exempelvis att skaffa ett jobb på grund av rädslan att tillståndet ska försämrast hastigt. Dessutom det beskrivs att den ständiga närvaro av ovisshet kontra till att ha borderlinediagnos medföra en viss hopplöshet hos dessa personer, vilket kan utlösa känsla av ilska och är frustrerande (Johansson, 2011; Thåström, 2017).

Johansson (2011) skriver;

*"Visst önskar jag ibland att jag hade ett jobb att gå till men jag är rädd att det skulle bli för jobbigt för mig. Alla måsten som det innebär: passa tider, alltså gå upp morgonen, kan inte stanna hemma bara för att jag har en dålig dag, man har ju ansvar gentemot arbetsgivaren och arbetskamrater, det skulle finnas risk att jag plötsligt under arbetsdagen skulle börja må dåligt och vad gör jag då osv."* (s. 65).

Det beskrivs av flera personer utifrån de läste självbiografierna hur det är att leva med borderline kan präglas av varierande stunder, ena stunden mår personen bra och i nästa stund kan allt plötsligt förändras till destruktivt beteende. Detta kan leda till att personen helst isolerar sig och begränsar sig till vissa miljöer som hemmet för att undvika uppkomst av destruktivt beteende i en allmän miljö, vilket kan framkalla ensamhet och en känsla av inskränkning (Johansson, 2011; Thåström, 2017). Thåström (2017) beskriver utifrån sin erfarenhet med att leva med sjukdom att *"Jag är en fånge i mitt eget huvud. Ett sinnes föreställning av en vanföreställning under ett cirkustält där jag direktören framför en ansiktslös publik."* (s. 157).

## **Känsla av förtvivlan och otrygghet**

Det beskrivs av personer med borderline att uteblivet stöd kan medföra upplevelser av förtvivlan och otrygghet. Personer medger att de är medvetna om hur de beter sig och att de kan avvika från ett normalt beteende men samtidigt vet de inte hur de ska kunna bete sig på ett normalt sätt. Personer med borderlinediagnos uttrycker hur svårt det är att leva i misströstan och otrygghet. Det är svårt att känna trygghet eftersom dessa personer lever med olika tvångstankar och allt kring personen upplevs farligt och falskt vilket kan leda till förtvivlan och osäkerhet. Utifrån de lästa självbiografierna beskriver personer att det är lätt att känna sig nonchalerad eftersom de har genomgått ett liv fullt av svek och oftast inte blivit sedda. Törnström (2012) skriver *”Jag som patient kämpar att bli synlig för min omgivning, samtidigt som jag försöker dölja och förskjuta det som vill dra mig neråt igen.”* (s. 19). Å andra sida uttrycker personer med denna diagnos att de är medvetna om hur de ibland är motsägande kontra till verkligheten. Exempelvis betonar dessa personer att de gångarna när de få bli sedd och bekräftade kan det upplevas som förtvivlande och det kan kännas ibland otrygg. Svensson (2014b) skriver *”Ett stort problem i mitt liv har alltid varit kärlek och jag står inte ut med att en annan människa älskar mig! Jag känner mig rädd och osäker.”* (s. 8). Det framkommer i de lästa självbiografierna att en känsla av att inte bli sedd är oftast närvarande och att saker som tillit är svårt att känna vilket kan leda till rädsla för allt. Detta medföra istället att ha en känsla av att inte duga vilket ofta är skrämmande och påverkar deras självbild (Svensson, 2014b; Thåström, 2017; Törnström, 2012).

Törnström (2012) skriver;

*”När jag var inlagd på sjukhus kände jag vid första mötet med min kontaktperson agg och nonchalans. Någon dag senare, efter en mycket akut situation, kom kontaktperson att betyda allt för mig och under resten av vårdtiden placerade jag henne högt upp på piedestal. Fast vissa dagar, då hon var sjuk och inte kom till jobbet, kunde jag hata henne. Hade jag överrumplats av mina jobbiga, negativa känslor blev jag mycket besviken att min kontaktperson inte genast fanns till hands.”* (s. 16).

## **Att behöva- och erhålla stöd för att klara vardagen**

Temat handlar om upplevelsen hos personer med borderlinediagnos då de uttrycker hur krävande det är att leva med sjukdomen och att mycket stöd behövs för att kunna klara det dagliga livet. Dessa personer beskriver ett upplevt ökat stödbehov som mer kunskap, att ha en kontaktperson, terapi, förståelse, tålamod för att självförtroende och trygghet ska främjas (Johansson, 2011; Svensson, 2014a; 2014b; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Törnström (2012) skriver *”När jag själv befann mig i denna djupa kris var min vädjan om hjälp gränslös.”* (s. 16).

### **Att behöva mer stöd**

En rad av stödbehov som mer kunskap om diagnosen och hur att hantera olika situationer såväl som att kunna klara vardagen när person inte orkar beskrivs som önskvärt. Det betonas som

avgörande att ha en kontaktperson med kunskap om hur personerna med borderline kan hantera sin sjukdom. Dessa personer påpekar att vissa saker som att få ett gott självförtroende möjliggörs om de får stöd. I resultatet framkommer att behovet av mer kunskap finns och de gånger personer med borderline får stöd beskrivs som underlättande för att lära sig dels acceptera sin sjukdom och dels kunna hantera den, vilket kan leda till bättre självförtroende (Johansson, 2011; Svensson, 2014a; 2014b; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Törnström (2012) påpekar *”Som borderline är man fast i det i det som smärtar en och man behöver professionell hjälp för att komma ur det.”* (s. 19).

Det beskrivs hur svårt det är att leva med diagnosen borderline vilket innefattar att genomgå en cirkel av kaos med svårigheter som att styra ens känslor och oförmåga att ha ett normalt emotionellt beteende. Det förekommer i självbiografierna att personer med borderline pendlar mellan hopp och förtvivlan. Eftersom de ofta är medvetna om sin instabilitet upplevs det istället som stabilt och bekvämt att leva i just den situation som personen känner till därför finns ett behov att få mer stöd för att kunna hantera situationen (Johansson, 2011; Svensson, 2014a; 2014b; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Svensson (2014a) skriver *”Jag kan inte styra över impulser. Jag är självdestruktiv! De få tillfällen jag har det stabilt och tryggt så ser jag till att allt faller isär.”*(s. 59). Det framkommer i självbiografierna att mer stöd behövs och är önskvärt hos denna målgrupp eftersom vissa beteende, som tvångstankar, kan påverka negativt exempelvis så att en person inte vill äta. Detta kan leda till att personen får andra diagnoser som ännu mer påverkar deras livskvalitet (Johansson, 2011; Törnström, 2012). Johansson (2011) skriver *”att plåga sig själv genom att inte äta är så fruktansvärt dumt men det insåg jag inte då.”* och utifrån erfarenheter med att leva med sjukdom skriver Johansson (2011) att *”detta beteende som jag hade berodde alltså på att jag inte tyckte jag var värd något mat då jag som person inte var värd något.”* (s.27).

### **Att erhålla stöd**

Det beskrivs av personer med borderline att leva med denna sjukdom är förknippat med ständigt erhållandet av stöd från olika sjukvårdsinstanser och olika vårdpersonalgrupper som sjuksköterskor. Detta anse av dessa personer med borderline som viktig och underlättande för att kunna lära sig tämja en inre emotionell instabilitet och impulsivitet (Thåström, 2017; Törnström, 2012). Thåström (2017) skriver *”Men DBT visade mig hur en intensiv känsla kan bli lättare att hantera genom att helt enkelt distrahera sig.”* (s. 165). Det framkommer att det stöd en person får för att lära sig att hantera sin sjukdom möjliggör för att kunna acceptera sin situation och vardagarna bli lättare att hantera (Johansson, 2011; Thåström, 2017; Törnström, 2012). Johansson (2011) skriver *”Trots alla mina problem och allt vad det innebär så har jag lärt mig att acceptera mig själv och min situation. Det har tagit tid att komma ditt jag är idag.”* (s. 64).

### **Resultatsammanfattning**

Det förekommer tydligt utifrån de lästa självbiografierna att personer med borderline genomgår en cirkel av känslor med pendlingar mellan svåra och mörka bottenlägen och toppar med hopp. Personer med borderline i självbiografierna uttrycker hur det är att leva med sjukdomen som innefattar många oförutsebara situationer som av olika anledningar kan leda till att bli inlagd.

Det framkommer att vardagen kan vara påfrestande då personen knappt klarar basala saker som att äta och duscha. Det beskrivs av personer med borderlinediagnos i de läste självbiografierna hur det är att leva med sjukdomen som präglas av att leva i ovisshet, oro och oändlig rädsla. Exempelvis tvingas de destruktiva tankarna och negativa känslor in och förstör det hopp och de bra stunder personen har. Det uttrycks tydligt att det finns ett behov av stöd från anhöriga och vårdpersonal som sjuksköterskor för att kunna uppleva trygghet och minska risken för återinsjuknande. Dessutom det framkommer att erhållande av stöd kan bidra till att personer med borderlinediagnos upplever välmående trots sin befintliga sjukdom.



# DISKUSSION

## Metoddiskussion

En kvalitativ ansats valdes för att svara mot studiens syfte. Genom denna metod i form av en manifest innehållsanalys av självbiografier möjliggjordes att få fram de relevanta kunskapen för studien, enligt Danielson (2017). Studiens syfte är att beskriva hur personer upplever att leva med personlighetsstörning i form av borderline och de valda självbiografierna som studerats fokuserar på personers upplevelser. Självbiografierna ansågs som pålitliga datakällor eftersom innehållet av insamlade data var ur personers perspektiv. Metoden betraktades att vara pålitliga för att skapa förståelse och insikt för något, utan ge någon djupare insikt i målgruppens livsvärld.

Det är viktigt att den insamlade data med hjälp av kvalitativ metod är god kvalitet och trovärdig. Henricson (2017) framhåller att trovärdighet i kvalitativ forskningsmetod bygger på tre delar: giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Den insamlade data ansågs vara giltig eftersom det var ur personens egen upplevelse och perspektiv. Insamlade data komma direkt från personer med erfarenhet inom studieområde vilket ger ett resultat som motsvarar studiens syfte. Tillförlitlighet handlar om realitet och sanningen bakom insamlade data och hur det avspeglar verkligheten (Henricson, 2017). Den insamlade data ansågs tillförlitlig eftersom det var ur personers berättelse om hur det är att leva med sjukdom vilket avspeglar verkligheten av att ha denna diagnos. Å andra sida handlar överförbarhet om hur användbar data i olika grupper och olika kontexter (Henricson, 2017). Den insamlade data kom från endast Sverige vilket kan leda till att resultat kanske inte är helt överförbar till andra geografiska område i världen till följd av olika kulturer. Fastän den insamlade data betraktades överförbar inom olika kontexter på grund av olika vård kontexter tas upp i personers berättelse. Dessutom den valde metod använt sig av ett få antal av deltagare vilket kan leda till resultatet kan betraktas som inte helt överförbar till ett stort antal grupp kontra till om det var en kvantitativ metod som användes där ett stort urval väljas.

I denna studie finns olika avgränsningar som genomfördes utifrån inklusionskriterier och Exklusionskriterier. Avgränsningar av det insamlade data till både könen berättelse gjordes för att få både perspektiv av studies målgrupp dock framkom endast berättelser från kvinnor. Avgränsningar av personernas ålder i studiegruppen var 19 år och äldre eftersom det ansåg som en myndiga ålder för att redogöra för sin situation och kan självständigt berätta om sitt tillstånd. För att få senaste data till det studieområde avgränsning gjordes till självbiografierna publicerade efter år 2010. Metoden som användes i denna studie var en kvalitativ forskningsmetod i form av en litteraturanalys av självbiografier vilket skulle framhålla personers perspektiv men denna studies område har en begränsad mängd litteratur i form av självbiografier ur målgruppens perspektiv. Självbiografier som använts var skrivna av personer med borderlinediagnos vilket väckte tankar om andra personer i samma målgruppen som inte har skrivit, kanske viktig information missas. Detta kan leda till att data som samlade kanske representera ett få antal av person från målgruppen.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar hur det är att leva med borderlinediagnos att det är en utmaning att leva med denna diagnos vilket utgör ständiga utmaningar och omvärderingar. Eftersom personer ges idag en framträdande roll i sin vård och därmed ska vara delaktiga i sin vård så måste olika aspekter av hur de upplever att leva med sin sjukdom, såsom att leva i ständiga känslostormar och behov av mer stöd, beaktas.

Lidande är knippat med att genomgå ständiga känslostormar vilket är starkt förknippat med hur det är att leva med borderline såväl som känsla av befrielse liksom skam beskrivs. Personer skäms på grund av att ha en borderlinediagnos kan leda till stigma. Veysey (2013) framhåller att forskning visar på att hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att ha starka reaktioner till denna diagnos som leder till stigma med mer negativa attityder jämfört med andra psykiatriska diagnoser och de känner mindre empati gentemot patienterna. Personer med diagnosen borderline beskriver en känsla av befrielse, vilket är bra, men samtidigt uppstår skam och detta kan medföra ett visst livslidande. Fanaian, Lewis och Grenyer (2013) betonar vikten att sjuksköterskor ändra sina attityder om personlighetsstörning för att minska stigmat hos patienterna vilket kan leda till att lidandet minskas. Fanaian et al. (2013) framhåller att uppfattas stigmatisering i samband med personlighetsstörningsdiagnosen som ett viktigt hinder för god omvårdnad. Wiklund (2003) skriver att när personer skäms reagerar de oftast genom att dra sig undan eftersom de är fångade i sin rädsla. Att dra sig undan framkallar olika beteenden och för personer med en borderline som präglas av tvångstankar är det inte bra eftersom det kan leda till att personen isolerar sig vilket kan leda till ensamhet.

Det framkommer tydligt i resultatet att dessa personer genomgår en rad av olika och ständiga känslostormar vilket inverkar på deras dagliga rutiner således hälsa och välbefinnande påverkas. Exempelvis det uttrycks att ibland det knapp gå att göra basala saker som att äta eller ta en promenad vilket kan leda till försämring av hälsan. Detta i sin tur kan leda till att samsjuklighet i denna målgrupp ökar. Klang et al. (2014) framhåller att psykologiska faktorer är av betydelse för hälsan där kropp-tanke och självuppfattning påverkas och de betonar att en känslomässig belastning kan påverka immunologiska system genom det centrala nervsystemet och nedsatt endokrinfunktion. Detta i sin tur påverkar personens hälsa och välbefinnande och kan orsaka ett visst lidande och öka risk för samsjuklighet (komorbiditet). I resultatet av denna studie det framkommer tydligt att komorbiditet som ångest och undernäring till följd av att personer med denna diagnos vill inte äta påverka negativt deras hälsotillstånd, vilket kan leda till ett ökat risk för återinsjuknande. SSF (2014) framhåller att personens upplevelse av ohälsa kan påverkas av bland annat sjukdom, skada- och lidande och ett gott omvårdnad som är personcentrerad som exempelvis främja att patienter uppleva tillit, hopp och mening kan kanske i sin tur bidra till lindrat lidande. Vårdande ska utgå från personens behov för att hälsa ska stärkas. Enligt SSF (2014) är en upplevelse av hälsa något mer än frånvaro av sjukdom utan en process som människan själv skapar och upplever i det dagliga livet och kunskap om patientens perspektiv är nödvändigt för att tillämpa evidensbaserad god omvårdnad. Enligt Erikssons "Hälsokorset" (1986) det är möjligt att en person upplever hälsa trots befintlig sjukdom och känsla av välbefinnande hos en individ är oberoende på objektiva tecken på ohälsa person ha utan är en subjektiv upplevelse där olika perspektiv förhåller sig till varandra för att hälsa ska upplevas (se Bilaga 3) (Wiklund 2003).

I resultatet uppger många personer upplevelser av ständiga känslostormar som frustration och ilska är starkt förknippat med att leva med borderlinediagnos. En plötslig förändring till destruktivt beteende kan upplevas bli till en vana i dagliga livet. I vård av personen är det väsentligt att individen är bekräftad och ska stödjas att komma ur den vana. Veysey (2013) påpekar att ett gott förhållande till ens sjuksköterska, som är villig att investera sitt engagemang i patienten, bidrar till att få ett värde och vissa beteenden som självmordsförsök kan förhindras. Att bli sedd och bekräftade som patient underlätta att mår bra och känna sig värde. McCabe (2004) menar att patienter förväntar sig inte att sjuksköterskan skulle kunna "fixa" allt, men det lindrar exempelvis deras ångest och osäkra känslor när de vet att någon förstår hur de känna.

I resultatet, subtemat känsla av både befrielse och skam, känsla av frustration och ilska och känsla av förtvivlan och otrygghet, visas hur personer uppfattar-och upplever sin sjukdom och sig själva. Detta i sin tur kan bero på att personer har ingen eller lite sjukdomsinsikt, vilket kan påverka delaktighet och förhindra egenvård. Stödet genom olika aspekter som kunskap kan bidra till att personen få sjukdomsinsikt och lära sig att leva med denna sjukdom och hantera den. Klang et al. (2014) framhåller att sjukdomen är en av de faktorer som kan påverka självuppfattningen, exempelvis kan personen uppfatta sig att ha mindre värde. McCabe (2004) framhåller att ett patientorienterad vårdande kan leda till att patienten känna sig sedd och bekräftade vilket främja trygghet och bättre självuppfattning. Frustration och ilska är förknippat med upplevelsen av att vara emotionellt instabil(borderline) vilket kan påverka personers livssammanhang och livsvärld negativt. McCabe (2004) påpekar att frustration kan upplevas av patient när den vård som erbjudas, brista exempelvis till följd av en icke-empatisk kommunikation från sjuksköterskor.

Behovet av stöd poängteras också av olika personer i resultatet av denna studie och det betonas att bristande stöd kan leda till ett plågsamt liv och lidande, vilket kan leda möjlighet till egenvård-och delaktighet förhindras. Det framkommer hur att leva med borderline är starkt förknippat med att kunna veta hur man ska hantera olika situationer som exempelvis tvångstankar och andra destruktiva beteenden. Det är sjuksköterskan roll att stödja patienten genom att ge de tillräcklig information om sin sjukdom. SSF (2014) betonar att sjuksköterska ska framhäva kunskap om patientens tillstånd för att kunna stödja personens kunskapsbehov. Att erhålla kunskap styrs av kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan och hur de kommunicera och överföra kunskap kan vara hindrande eller främjande. Enligt McCabe (2004) när sjuksköterskor använder denna icke-personcentrerade typ av kommunikation, kan det påverka patientens känsla av välbefinnande och trygghet negativt. I resultatet i denna studie att få stöd beskrivs som underlättande, exempel stöd i form av att genomgå viss terapi som DBT och att ha en bra kontaktperson (sjuksköterska) att vända sig till när man är i behov var önskvärt och avgörande av hur person uppleva att leva med sjukdomen. Stöd i form av kunskap förutsätter att patienter får insikt i hur att hantera sin sjukdom. Det är viktigt att patienter erhåller kunskap inom det område som anses relevant. Kunskap är en viktig biståndsdel i hur personen kan hantera sin sjukdom i vardagslivet. Borderline sjukdomen präglas av olika drag som impulsivitet, självskadebeteende, instabil självbild och tvångsmässiga tankar och beteenden och att ha goda kunskaper underlättar när det gäller att hantera sjukdomen vilket kan främja hälsan och risken för återinsjuknande minskas.

Resultatet visar slutligen att stöd i form av att bli sedd och känna sig bekräftad underlättar patienternas hälsoutveckling och deras självbild kan förbättras. Veysey (2013) framhåller att

diskriminerande erfarenheter som att inte bli sedd och bekräftad påverkar hur personer med borderline ser sig själva vilket har en negativ inverkan på självbilden. Å andra sidan påpekas det av dessa personer som känner sig sedda och respekterade att deras vårdgivare är stödjande (Veysey 2013). Evans (2007) framhåller att ha ett terapeutiskt förhållningsätt i psykiatrisk omvårdnad kräver långvarig uppmärksamhet eftersom patienten är sedd och lyssnad på samt bekräftar att patienten har potential att bidra till en god hälsoutveckling.

## **Konklusion**

Psykisk ohälsa är ett växande problem och är lika utbrett i vårt samhälle idag som somatiska sjukdomar. Det är därför väsentligt att människors upplevelse av sin sjukdom lyfts fram för att deras varierande vårdbehov ska kunna identifieras och tillgodoseas. Resultatet visar att det är en utmaning att leva med borderlinediagnos, av olika anledningar. Diagnosen innebär ständiga omvärderingar när det gäller hur man ska leva, var man ska jobba eller inte jobba och konsekvenser som följd av olika beslut. En personcentrerad vård som främjar personens delaktighet synliggörs i personernas berättelser och beskrivs som önskvärd för att personen ska kunna leva med sin sjukdom och hantera den. Den personcentrerade vården är även avgörande för främjandet av en god vård. Behovet av mer stöd exempelvis genom mer kunskap som det framkommer i resultatet, beskrivs som avgörande. Exempelvis att ha en sjuksköterska som kontaktperson är av stor vikt och att delta i viss terapi som DBT är till stor hjälp för att kunna leva med sjukdomen och erhålla upplevelsen av god hälsa.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

Utifrån de lästa självbiografierna framkommer det tydligt att det valda ämnet behöver ytterligare forskning och utveckling för att kunna möta framtida patienters vårdbehov. Oförmåga att beakta dessa patientgruppens behov har allvarliga kliniska implikationer som försämrad hälsa, lidande och dålig livskvalitet med ökande samsjuklighet samt ökad risk för negativ ekonomisk påverkan, såväl privat som samhälleligt.

Förslag till utveckling av ämnet är att sjuksköterskor ska få ökad kunskap om ämnet eftersom denna patientgrupp kommer att finnas oberoende av i vilken vårdkontext hen har sin anställning. Mer verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom psykiatri behöver införlivas i sjuksköterskeprogrammet för att öka förutsättningarna för kommande sjuksköterskor att kunna möta patientgruppens behov. Kunskaps utveckling av ämnet hos sjuksköterskor inom olika områden behöver införas eftersom borderline är ett växande problem i samhället och medföra en ökande samsjuklighet. Vilket kan innebära att denna patientgrupp komma finnas i olika sjukvårdkontexter inte enbart inom psykiatri. Inom vården av personer med borderline är det väsentligt att skapa en god relation byggd på öppenhet, lyhördhet, tillit – och att skapa en lugna vårdande miljö. Ett vårdande som främjar aktiv delaktighet genom exempelvis samtal och dialog är väsentligt för en personcentrerad vård.

## REFERENSER

\* Självbiografier som användas i resultatet

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) (2015). *Teoretiska grunder för vårdande*. (1:e uppl.). Stockholm: Liber.

Biskin, R.S & Paris, J (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184 (16): 1789–1794. doi: 10.1503/cmaj.090618

Black; G. Murray, J. & Thornicroft, G. (2014). Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patient's perspective. *Journal of Mental Health*, 23 (2): 78–82. doi: 10.3109/09638237.2013.869570.

Courtney, D, B. & Makinen, J. (2016). Impact of Diagnosis Disclosure on Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (3): 177–184.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl., s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.

Eide, H & Eide, T.(2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur

Evans, A. M. (2007). Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 189–195.

Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 10, (4) 393-401.

Fanaian, M., Lewis, K. & Grenyer, B. (2013). Improving services for people with personality disorders: Views of experienced clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 465–471. doi: 10.1111/inm.12009.

Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, Ad & Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 442–450.

Henricson, M. (red.) (2017) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Holm, A. & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 165–173. doi: 10.1111/j.1447-0349.

Holm, A. & 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. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00508.

Huprich, K.S. (Red) (2015). *Personality disorders: toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. Washington, DC.

Högskolan i Skövde (2011). Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression. Hämtad den 21 februari 2019 från <https://www.his.se/PageFiles/3459/Omv%C3%A5rdnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf>.

\*Johansson, J. (2011). *Borderline: En del av mig: (att leva med en psykisk sjukdom)*.

Karolinska institutet (2018). *Svenska mesh- Komorbiditet*. Hämtad den 29 november 2018 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D015897/comorbidity>

Klang, B, Thorell-Ekstrand, I, Kazier, B., Glenora Erb & Berman, A (2014) *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. Harlow: Pearson.

Klang Söderkvist, B. (red.) (2013). *Patientundervisning*. (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur, 2001.

Lawn, S & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22 (7): 510–521. doi: 10.1111/jpm.12226.

Lindgren B.-M., Wilstrand, C., Gilje, F. & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 284–291. doi: 10.1111/j.1365-2850.

Mc Cabe, C. (2004) Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41–49

Segesten, K. (2017). Användbara texter. F. Friberg (Red.), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3:e uppl., s.54). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (Red.) (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen.(2013). DBT vid borderline problematik (Artikel nr: 2013-11-28) Hämtad den 23 januari 2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/sitecollectiondocuments/Stoffers-dbt-vid-borderline.pdf>.

Socialstyrelsen. (2017). Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna (Artikel nr 2017-12-29). Hämtad den 24 april 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>.

Socialstyrelsen. (u.å.). Statistikdatabas för diagnoser i specialiserad öppen vård. Hämtad den 24 april 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserispecialiseradoppenvard>.

Statistiska centralbyrån. (2017, 9 juni). Sämre psykisk hälsa bland unga i Sverige än i övriga Norden. Hämtad den 29 maj 2018 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Samre-psykisk-halsa-bland-unga-i-Sverige-an-i-ovriga-Norden>

Stoffers JM, Völm, BA, Rücker G, Timmer A, Huband N & Lieb K (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15;(8). doi: 10.1002/14651858.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Svensk sjuksköterskeförening om omvårdnad och god vård. Hämtad den 5 mars 2019 från Svensk sjuksköterskeförenings webbplats: [https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om/Omvardnad-och-god-var/d](https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Svensk_sjukskoterskeforening_om/Omvardnad-och-god-var/d)

Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad den 29 november 2018 från Svensk sjuksköterskeförenings webbplats: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

\*Svensson, J. (2014a). *Borderline - en trasig själ och ett krossat hjärta*. Skåne: bromölla

\*Svensson, J. (2014b). *Borderline min verklighet*. Stockholm: Vulkan

The World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 7 februari, 2019, från

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

\*Thåström, J.(2017). *Vid världens ände: en bok om psykisk ohälsa efter trauma*. Stockholm: Vulkan

\*Törnström, J. (2012). *Ansiktet bakom masken - att vara borderline: en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter*. Stockholm: Mareld

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 7 februari 2019, från [https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet Hämtad 02 april 2019, från [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf)

Veysey, S (2013). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Journal of Social Sciences* 9, (1), 20–35. doi.org/10.1080/1177083X.2013.871303.

World Health Organization (WHO) (2003). *Investing in mental health*. Hämtad den 02 mar 2019, från [https://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur



## Bilagor

### Bilaga 1: sökmatrix

Databas Datum	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Läst	Fem valda självbiografier
LIBRIS 2019- 01-23	"Borderline", "biografi",	Språk; Svenska Format; bok	22	6	Törnström, J.(2012) Ansiktet bakom masken - att vara borderline: en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter. Svensson, J. (2014a). Borderline - en trasig själ. Svensson, J. (2014b). Borderline min verklighet. Johansson, H. (2011). Borderline: En del av mig: (att leva med en psykisk sjukdom). Thåström, J.(2017). Vid världens ände: en bok om psykisk ohälsa efter trauma.

## **Bilaga 2. Sammanställning av fem valda självbiografier och en uteslutit självbiografi.**

*Ansiktet bakom masken - att vara borderline: en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter* av Törnström, Jouanita. Självbiografi handlar om att leva med en psykisk sjukdom borderline som beteckna tillstånd med starka känslsvängningar och instabila relationer. Törnström, Jouanita., sjuksköterska inom psykiatri, fick diagnosen borderline när hon var 27 år. I dagboksform beskriver hon sin inre resa och verklighet. Det är en resa genom känslostormarnas hav; sorg, hat, förtvivlan där allt ses i svart eller vitt, men också om livsmöjligheter och glädjeämnen.

*Borderline: en trasig själ* av Jeanette Svensson är en självbiografi som skildra hur det är att leva med borderline sjukdom och år av fysisk och psykisk misshandel som har bidragit till den Jeanette Svensson att få diagnos borderline

*Borderline min verklighet* av Jeanette Svensson är en självbiografi om hur det är att leva med borderline där författare fortsätter skildra sitt liv och minne.

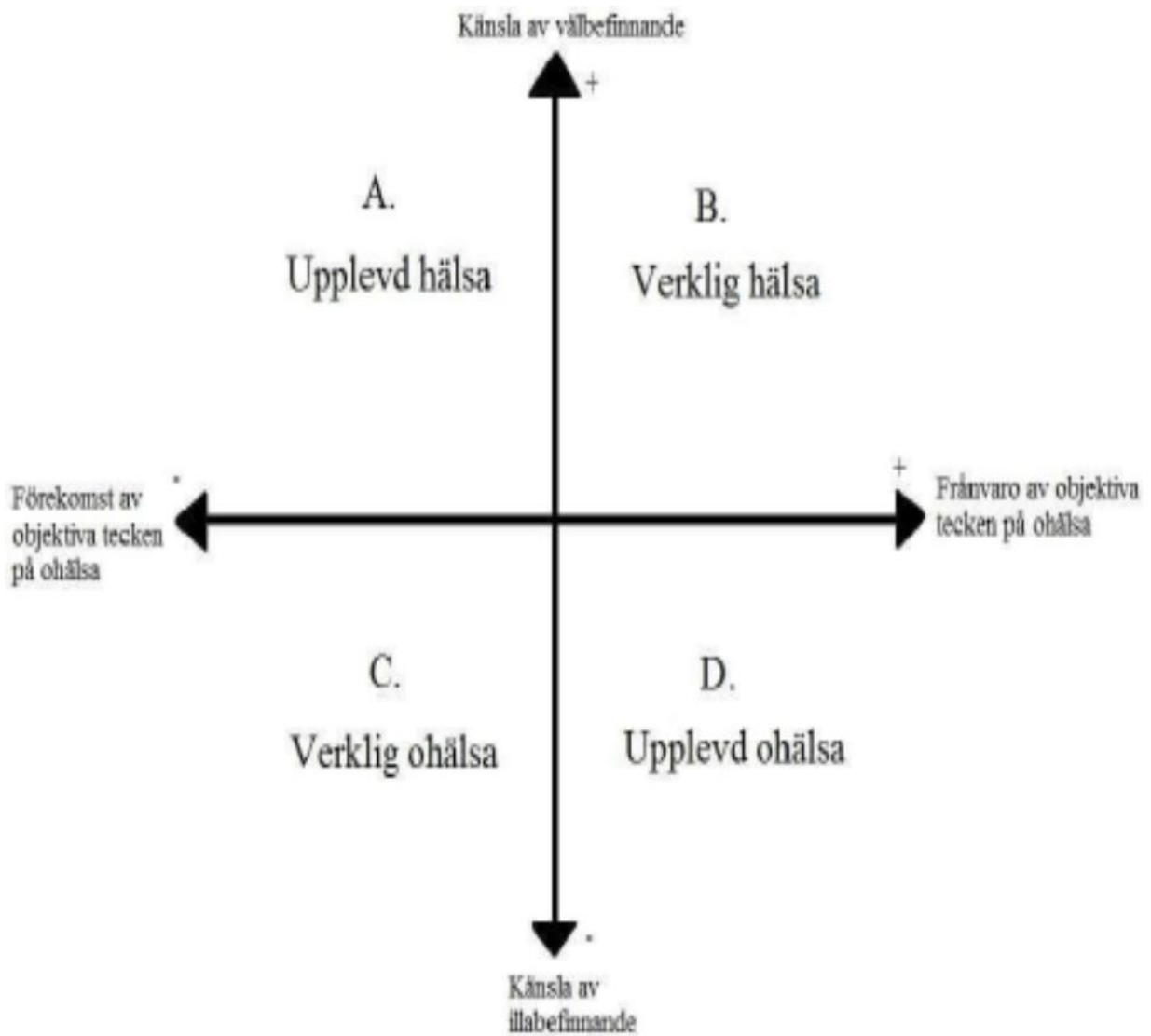
*Borderline: en del av mig (Att leva med en psykisk sjukdom)* av Helen Johansson är en självbiografi om en kvinna som var 21 år när hon fick diagnosen. I denna bok försöker Helen Johansson skildra sina tankar och upplevelser under de år som hon har levt med diagnosen för att ge läsaren en inblick och kanske rentav lite förståelse kring just Borderline personlighetsstörning.

*Vid världens ände: en bok om psykisk ohälsa efter trauma* av Jessica Thåström är en självbiografi om hur det är att leva med en psykisk ohälsa i form av borderline bland annat. Författare berättar om hur den klassiska orsaken till sjukdom avspeglar inte hennes verklighet och försöka skildra sitt liv med diagnos. Författaren delar med sig av sina erfarenheter om Dialektisk Beteendeterapi - en framgångsrik terapi för att behandla bl.a. Borderline personlighetsstörning.

*Borderline: en sann berättelse om gränslös vänskap* av Caroline Kraus är en självbiografiska bok om sitt komplicerade och destruktiva förhållande med sin vän Jane, en borderline-personlighet. Deras vänskap är omedelbar och glädjefylld, men övergår snart i en härva av halvsanningar och hot. Ensam och närmast i chocktillstånd av sorg efter moderns död flyttar Caroline till San Francisco för att börja ett nytt liv. Där möter hon Jane, en spännande, men samtidigt skrämmande och destruktiv person. Deras vänskap är omedelbar och till stor glädje för Caroline som vill göra allt för sin nya vän som fyller ut tomrummet efter modern. Men snart utvecklas deras relation till en härva av halvsanningar och hot. Jane har en förmåga att manipulera omgivningen så att alla hennes infall, krav och nycker tycks helt logiska. Snart bor hon och Caroline tillsammans i en alldeles för dyr våning, som Caroline tvingas betala med arvet från modern. Klart och med skoningslös skärpa beskriver Caroline Kraus i sin självbiografiska debutbok *Borderline* det komplicerade och destruktiva förhållandet med sin vän Jane och hur hon slutligen lyckas ta sig ur denna farliga vänskap med en borderline-personlighet.

**Bilaga 3: Eriksson, K (1986)**

**Människans hälsopositioner avritad från Wiklund 2003, s.81)**



#### Bilaga4: Exempel på Analysisprocessen

Meningsbärandeenhet	Kondenserad meningsenhet	kod	subteman	Teman
”Nu känner jag mig, oduglig, rädd, oälskad och total hopplös. Mitt liv ligger nu i spillor”	Levt nu känns svart utan hopp	Hopplös	Känsla av frustration och ilska	Leva i ständiga känslostormar
“Att jag har fått diagnosen borderline känns faktiskt som en befrielse. Äntligen har jag fått veta vad är för ”fel” med mig Fast nog blev en aning chockad”	Det känns bra att har diagnos men jag leva i misströsta.	Chock	Känsla av befrielse och skam	Leva i ständiga känslostormar
”Ett stort problem i mitt liv har alltid varit kärlek och jag står inte ut med att en annan människa älskar mig! Jag känner mig rädd och osäker” ”Har inte haft några sådana där intensiva skrämmande bilder sedan i förrgår. Men jag känner ändå en enorm rädsla och oro i kroppen hoppas jag nu håller på att få i mitt huvud, och att de destruktiva tankarna och bilderna försvinner, Jag vill och få frid i mitt hjärta och frid i mitt sinne”	Känsla att vara utsatt i både i positiv och goda situationer. att leva i ovisshet även när det är bra	Rädsla	Känsla av förtvivlan och otrygghet	Leva i ständiga känslostormar