

# EXAMENSARBETE

Borderline  
personlighetsstörning ur ett  
livsvärldsperspektiv  
En litteraturstudie

The life perspective of  
borderline personality disorder  
A literature study

Examensarbete inom ämnet omvårdnad  
C-Nivå 15 Högskolepoäng  
Hösttermin 2008

Jeanette Fasth  
Jessica Flöjt

Handledare: Jan Bengtsson  
Examinator: Lars Westin

## SAMMANFATTNING

Titel: Borderline personlighetsstörning ur ett livsvärldsperspektiv – en litteraturstudie

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng

Författare: Fasth, Jeanette; Flöjt, Jessica

Handledare: Bengtsson, Jan

Sidor: 20

Månad och år: Januari 2009

Nyckelord: Borderline personlighetsstörning, livsvärld, sjuksköterska

---

Borderline personlighetsstörning (BPS) är en psykiatrisk diagnos som kännetecknas av emotionell instabilitet och problem med relationer. Både anhöriga och vårdpersonal uttrycker svårigheter i kontakten med en person som har BPS. Syftet med denna litteraturstudie är att sammanställa och belysa forskning och självbiografier som beskriver hur personer med BPS upplever sin livsvärld. För denna studie användes en kombination av två metoder, en litteraturstudie av empiriska studier och analys av självbiografier. Fyra teman utgör resultatet: hur de upplever *affekter*, att leva med känslomässig smärta. Deras syn på *relationer*, hur de upplever *diagnosen* som användbar eller inte och hur de upplever vårdkontakt. Resultatet kan tillämpas i klinisk praxis. Genom att se självskadebeteende som en copingstrategi för emotionell smärta kan relationen mellan sjuksköterska och patient underlättas. Att möta patienten med respekt, förståelse och en bekräftande attityd är eftersträvansvärt, likaså att hjälpa patienten att hitta bättre strategier för att hantera emotionell smärta.

## ABSTRACT

Title: The life perspective of borderline personality disorder – a literature study

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Fasth, Jeanette; Flöjt, Jessica

Supervisor: Bengtsson, Jan

Pages: 20

Month and year: January 2009

Keywords: Borderline personality disorder, life experience, nurse

---

Borderline personality disorder (BPS) is a psychiatric diagnosis which is characterized by emotional instability and relation problems. Both family members and health care personnel express difficulties in contact with persons with BPS. The purpose of this literature review is to compile and highlight research and autobiographies that describe how people with BPS perceive their life world. For this study a combination of two methods was used, a literature review of empirical studies and analysis of autobiographies. Four themes shows in the result: how they experience their *affects*, to live with emotional pain. Their view of *relationships*, how they experience the *diagnosis* as helpful or not and their *contact with healthcare*. The results can be applied to clinical practice by viewing deliberate self harm as a coping strategy for emotional pain and by meeting the patient with respect, understanding and a confirming attitude. Helping the person to find better strategies to handle emotional pain is also a way to apply the results of this study on clinical practice.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
PERSONLIGHETSSTÖRNING .....	2
BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING .....	2
VÅRDPERSONALENS PERSPEKTIV .....	3
FAMILJENS PERSPEKTIV .....	3
OMVÅRDNADSTEORETISK FÖRANKRING .....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<i>Frågeställning</i> .....	5
<b>METOD</b> .....	<b>5</b>
LITTERATURSÖKNING .....	5
ANALYS .....	6
ETIK .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
AFFEKTER .....	7
<i>Ett emotionellt lidande</i> .....	7
<i>Copingstrategier</i> .....	9
<i>Självskadebeteende och suicidala handlingar</i> .....	9
RELATIONER .....	10
DIAGNOS .....	12
<i>Syn på diagnosen</i> .....	12
<i>Vad diagnosen medför</i> .....	12
VÅRDKONTAKT .....	13
<i>Syn på vårdens roll</i> .....	13
<i>Mötet med vårdpersonal</i> .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>16</b>
METODDISKUSSION .....	16
RESULTATDISKUSSION .....	16
KONKLUSION .....	19
KLINISK IMPLIKATION .....	19
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING .....	20
<b>BILAGA I ARTIKELSÖKNING</b> .....	<b>I</b>
<b>BILAGA II ÖVERSIKTSTABELL AV ARTIKLAR OCH SJÄLBIOGRAFIER</b> .....	<b>II</b>
<b>BILAGA III ÖVERSIKTSTABELL AV ANALYSERAD DATA</b> .....	<b>IV</b>

## **INLEDNING**

Psykisk ohälsa finns i samhället och anses vara ett folkhälsoproblem vilket 20-40 procent av befolkningen beräknas lida av (Socialstyrelsen, 2005a). Därav är sannolikheten stor att yrkesverksamma sjuksköterskor kommer i kontakt med personer som mår psykiskt dåligt. I allmänsjuksköterskans arbete kommer hon eller han att ställas inför en patient som behöver allmän vård men samtidigt har en psykiatrisk diagnos, till exempel borderline personlighetsstörning. Ett problem bland personer med borderline personlighetsstörning är tendensen till självskaumbeteende. Det är inte heller ovanligt med självmord eller försök till självmord (American Psychiatric Association, 2000). De skador som personen ådrar sig kan ibland bli så allvarliga att sjukhusvård krävs. Detta motiverar att sjuksköterskor inom den allmänna vården kan ha nytta av kunskap om personlighetsstörningar i allmänhet och borderline personlighetsstörning i synnerhet. Dahlberg et al. (2003) menar att ha en slags förförståelse för patientens livsvärld kan hjälpa sjuksköterskan att upprätta en god relation med patienten och genom sin kunskap kan sjuksköterskan hjälpa patienten. Med begreppet livsvärld menas personens egna upplevelse av sitt liv (a.a.).

Denna studie kommer att avgränsas till personer med borderline personlighetsstörning och deras livsvärld, där kunskap om livsvärlden är tänkt att vara till nytta som en bakgrunds-förståelse i omvårdnaden av dessa patienter. I denna studie kommer förkortningen BPS användas, vilket är en etablerad förkortning av begreppet borderline personlighetsstörning.

## **BAKGRUND**

I en svensk studie (Ekselius, Tillfors & Fredrikson, 2001) undersöktes prevalensen av personlighetsstörningar bland befolkningen. Resultatet visade bland annat att cirka 11 procent av respondenterna uppfyllde kriterierna för någon personlighetsstörning. Enligt Svenska psykiatriska föreningen (2006) beräknas förekomsten av BPS i befolkningen uppgå till 0,5-2 procent och BPS anses vara en av de vanligast förekommande personlighetsstörningarna bland patienterna inom psykiatrin, vare sig de är inlagda på en psykiatrisk klinik eller lever ute i samhället.

Det finns två stora diagnosystem som idag används inom psykiatrin. Det diagnosystem som är mest använt inom svensk psykiatri är det som American Psychiatric Association [APA] (2000) har utarbetat vilket kallas DSM-IV. Det andra systemet är framtaget av World Health Organization [WHO] (2007) och benämns ICD-10. De har båda förklarat begreppet personlighetsstörning men har olika benämningar av den specifika diagnosen. APA (2000) kallar den borderline personlighetsstörning och WHO (2007) benämner den som emotionellt instabil personlighetsstörning.

## **Personlighetsstörning**

APA (2000) beskriver personlighetsstörning som avvikelser av både inre upplevelser och förväntat beteende hos den berörda personen. Dessa avvikelser ska innebära nedsatt funktion och lidande för personen. WHO (2007) beskriver personlighetsstörning som tillstånd och beteendemönster vilka har en klinisk signifikans, är bestående och djupt rotade hos personen. Tillstånden och beteendemönstren utmärks i personens livsstil samt sätt att relatera till sig själv och andra. En del personer utvecklar personlighetsstörningar tidigt i livet som en följd av en kombination av medfödda faktorer och sociala erfarenheter, medan andra personer utvecklar personlighetsstörningen senare i livet. Tillstånden och beteendemönstren är fasta i form av respons i personliga och sociala situationer. Hur personen uppfattar, tänker, känner och relaterar till andra är extremt eller tydligt avvikande från genomsnittet av personer i en given kultur. Beteendemönstren omfattar många områden av beteenden och psykologiska funktioner och är ofta förenade med lidande och problem med sociala prestationer hos personen.

## **Borderline personlighetsstörning**

APA (2000) förklarar att personer med BPS ofta är mycket rädda för att bli övergivna. En tendens hos dessa personer är att medmänniskan ömsom idealiseras ömsom nedvärderas, vilket ofta leder till att dessa personer har svårt att hantera relationer. Deras relationer kan utmärkas som instabila och intensiva. Vissa av personerna har problem med identitetsstörning såsom växlande självbild eller störning av jag-uppfattningen. Detta kan uttryckas som skiftande mål, värderingar, karriärsplaner, sexuell identitet och vänner. En del av personerna har ett impulsivt agerande vars konsekvenser kan vara destruktiva, till exempel missbruk, hetsätning, oskyddat sex, oansvarigt spenderande av pengar eller vårdslöshet i trafik. Personerna kan ägna sig åt upprepade suicidala beteenden såsom hot om självmord och självmordshandlingar. Även förekommer självskadebeteenden som till exempel att skära eller bränna sig själva. Dessa beteenden kan orsakas av hot om separation eller avvisanden. Personer med denna personlighetsstörning kan lida av en känslomässig instabilitet vilket kan ses i en växlande sinnesstämning såsom dysfori, irritation, oro, förtvivlan, ilska eller panik. Sällan upplever de känslor av välbefinnande eller tillfredsställelse. Många lider av ihållande känslor av tomhet. Vissa personer har problem med att hantera sin intensiva ilska, vilket kan följas av skam och skuld. En del personer kan även drabbas av stressrelaterade paranoida föreställningar och dissociativa symptom.

WHO (2007) förklarar att personer med BPS karaktäriseras av en benägenhet att agera impulsivt och utan tanke på konsekvenser. De har en oberäknelig och oförutsägbar sinnesstämning med känsloutbrott och en oförmåga att hantera utbrotten. Hos dessa personer ses en tendens till ett aggressivt beteende och de hamnar lätt i konflikter med andra, speciellt när utagerade impulser blir kritiserade eller förhindrade. Två typer av personligheter kan vara framstående; den impulsiva typen respektive borderlinetypen. En impulsiv typ karaktäriseras övervägande av emotionell instabilitet och bristande impuls kontroll. Borderlinetypen karaktäriseras av störningar i självbild, mål och inre preferenser genom en kronisk känsla av tomhet, intensiva och instabila mellanmänniska relationer samt benägenhet till självskadebeteende vilket innefattar suicidala handlingar och självmordsförsök.

## **Vårdpersonalens perspektiv**

Flera källor beskriver problem för vårdpersonal av att ha personer med BPS som patient (Crafoord, 1986; Sundin-Korsar, 1996; Näslund, 1998; Silfving & Nilsson, 2001). Crafoord (1986) beskriver patienten som antingen föraktfull, negativ och misstänksam eller intensivt bunden. Även Sundin-Korsar (1996) beskriver att patienten kan söka en intensiv närhet och att det kan upplevas som att denne klamrar sig fast. Crafoord (1986) menar att en patient med BPS kan hålla hårt i terapeuten vilket gör att terapeuten kan känna sig hjälplös och fången. Terapeuten kan även utsättas för projektioner, dras in i känslomässigt djupa konflikter och att patienten överför känslor till terapeuten. Sundin-Korsar (1996) beskriver också hur patienten överför sina känslor till andra, så kallad projektiv identifikation. Hon menar att det alltid händer någonting runt patienten till exempel hot om att skada sig om patienten inte får som den vill. Patienten väcker starka känslor och engagemang hos andra, man kan få en känsla av att vara utvald och det är lätt att bli överengagerad. Patienten blir sällan nöjd och det är lätt att man känner sig utnyttjad.

Silfving och Nilsson (2001) förklarar att patienten söker mycket vård, ofta med diffusa problem och orealistiska förväntningar. Som terapeut blir man ena stunden idealiserad och i nästa stund nedvärderad och kritiserad. Både Sundin-Korsar (1996) och Silfving och Nilsson (2001) beskriver hur patienten orsakar konflikter hos personalen. Silfving och Nilsson (2001) menar att patienten spelar ut vårdpersonal mot varandra, vilka hamnar i konflikter. Sundin-Korsar (1996) menar att personal kring patienten lätt blir osams och hamnar i konflikter med varandra, vilket förklaras med att patienten visar upp olika sidor av sig själv för olika personal på grund av så kallad klyvning inom patienten. Personalen får därmed olika uppfattningar om hur patienten mår och bör behandlas.

En studie av James och Cowman (2007) undersökte bland annat attityder och upplevelser hos psykiatrisjuksköterskor av att vårda patienter med BPS. Resultatet visade att 75 procent av sjuksköterskorna ansåg att patienter med BPS var svåra att vårda. 80 procent av sjuksköterskorna ansåg dem svårare att vårda än andra patienter och 1,5 procent ansåg dem vara lättare att vårda än andra patienter.

## **Familjens perspektiv**

Att närmare studera familjens och anhörigas erfarenheter och upplevelser att leva med en person med BPS kan vara viktigt för att få ett mångfacetterat perspektiv. I en studie utförd av Hoffman et al. (2003) undersöker sambandet mellan familjemedlemmars kunskap om BPS och deras känslor och attityder mot familjemedlemmen som led av BPS. Resultatet visade bland annat att större kunskap om personlighetsstörningen kan öka risken hos familjemedlemmen att drabbas av depression, uppleva känslor av att den sjuke familjemedlemmen är en börda och att uttrycka fientliga attityder mot denne. Alltså behöver inte okunskap vara en nackdel (a.a.). I en studie av Giffin (2008) undersöktes man familjens erfarenheter av att leva med en familjemedlem med BPS, som har en lång historia innehållande självskadebeteenden och självmordsförsök. I studien fann man att föräldrar till barn som skadar sig själva lider av kronisk stress. Föräldrarna beskrev att de upplevde emotionell smärta och utmattning. De uppgav att de kände oro för sin egna psykiska hälsa, de upplevde sig även vara traumatiserade. Enligt Giffin (2008) genomgår föräldrar till personer med BPS en självrannsakan för att försöka förstå varför ens barn har

drabbats av BPS. Föräldrar anklagar sig själva och känner skuld. Ett annat problem som föräldrar till personer med BPS drabbas av är slitningar i parrelationen: Detta kan orsakas av att föräldrarna är oense om hur man ska stötta sitt barn.

## **Omvårdnadsteoretisk förankring**

I denna studies bakgrund ses en problematik för vårdpersonal att vårda patienter med BPS. Problem i vårdrelationen mellan patient och vårdpersonal kan påverka patientens upplevelse av vården negativt. Patienten blir lidande. Eriksson (1994) beskriver patientens lidande i vården och skiljer mellan tre olika former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande förklaras som det lidande patienten erfår i relation till sin sjukdom eller dess behandling. Sjukdomslidande innefattar både det kroppsliga lidandet och det själsliga och andliga lidandet. Det sistnämnda kan uppstå av patienten själv men också orsakas av yttre omständigheter, till exempel när vårdpersonal har fördömande attityder vilket medför hos patienten känslor av förnedring, skam eller skuld.

Vårdlidande förklaras som det lidande patienten upplever i samband med själva vården och a.a. delar in denna form av lidande i fyra kategorier; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Patienten kan uppleva att värdigheten kränks när vårdpersonal är nonchalanta vid tilltal, när de inte skyddar deras integritet eller när de inte tar dem på allvar. Kränkning kan även erfaras när patienten inte känner sig "sedd" eller blir betraktad som någon han inte vill vara. Att bekräfta människans värdighet innebär att ge individuellt anpassad vård. Med fördömelse och straff menas när vårdpersonal straffar patienten för att denne inte är på det sätt som vårdpersonalen önskar, vilket kan uttryckas i nonchalans eller att inte ge karitativ vård. Maktutövning i vården kan vara att vårdpersonal inte tar patienten på allvar vilket ger hos patienten en känsla av maktlöshet. Ofta menar a.a. att detta orsakas av att vårdpersonalen håller sig fast vid gällande rutiner och har svårt att se från patientens perspektiv. Utebliven vård omfattar slarv till medveten vanvård och kan bero på oförmåga att se och avgöra patientens behov.

Med livslidande menas när livssituationen påverkas, i detta fall till följd av att vara patient. Exempel på detta är när en förändring innebär att man inte kan leva det liv man tidigare levtt eller känner att ens liv är hotat. En patient som lider och ser situationen som hopplös kan ge upp. Patienten kan även känna sig som utan värde eller inte ha någon uppgift i livet. Eriksson (1994) menar att lidande bör eftersträvas att lindra och om det finns möjlighet eliminera lidandet. Exempel på hur lidandet kan lindras är att som vårdpersonal få patienten att känna sig välkommen, delaktig i sin vård och att patienten får svar på sina frågor. Man ska bemöta patienten med respekt, förståelse och bekräfta patientens värdighet, samt ge en individanpassad omvårdnad och vara ärlig. Men även att trösta, stödja, förmedla hopp och dela hopplösheten med patienten och att få patienten att känna att man finns där för henne eller honom.

## **Problemformulering**

Som sjuksköterska kommer man i sitt arbete troligtvis att möta patienter med BPS. Både i litteraturen och i den tidigare forskningen framkommer att patienter med BPS är svåra att



vårda. Att sjuksköterskan upplever en patient som problematisk kan troligtvis orsaka ett lidande för patienten där han eller hon inte känner sig bekräftad eller förstörd, ett lidande som skulle kunna undvikas. Genom att få förståelse för BPS ur ett patientperspektiv kan sjuksköterskan använda detta som ett redskap i omvårdnaden.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie är att sammanställa och belysa forskning och självbiografier som beskriver hur personer med BPS upplever sin livsvärld.

### **Frågeställning**

Vad behöver sjuksköterskan ha för kunskap om personer med BPS vid omvårdnaden av dessa patienter?

## **METOD**

Två metoder har använts i denna studie, litteraturstudie av vetenskapliga artiklar och kvalitativ analys av självbiografier. Enligt Friberg (2007) kan litteraturstudie användas för att ge en översikt av kunskapsläget inom ett specifikt område. Att analysera självbiografier kan användas för att få kunskap om en människas livsvärld (a.a.). Den ursprungliga avsikten var att göra en litteraturstudie av tidigare forskning, men litteratursökningen gav bara fem artiklar som behandlade livsvärlden hos personer med BPS. För att få mer material om hur personer med BPS upplever sin livsvärld användes därför också tre självbiografier (se bilaga II). I denna studie har likheter och skillnader i materialet granskats och utgör grunden för resultatet. Litteraturstudie av vetenskapliga artiklar motsvarar studiens syfte då det ger en överblick av kunskapsläget kring forskning i ämnet. Att analysera självbiografier motsvarar även det studiens syfte då de beskriver personers livsvärld.

### **Litteratursökning**

För urval av artiklar användes följande inklusionskriterier: empiriska artiklar som är vetenskapligt granskade *peer reviewed*, informanterna ska ha diagnosen BPS och ge svar på frågan om hur de upplever sin livsvärld. Artiklar som exkluderades var skrivna på andra språk än svenska, norska, danska eller engelska, eller motsvarade inte studiens syfte.

Databaserna CINAHL och PsycINFO användes för litteratursökning. Primärt sökord som användes var *Borderline Personality Disorder* och följande sökord användes för avgränsning mot studiens syfte: *quality of life, self concept, experiences, life experiences, interview* och *patient attitudes* (se bilaga I). Efter genomgång av forskningsläget utifrån sökorden konstaterades en otillräcklig mängd vetenskapliga artiklar varvid självbiografier användes. Sökning av självbiografier har skett via bibliotek (Högskolan i Skövde, Skövde stadsbibliotek och Lidköpings stadsbibliotek) och nätbokhandel ([www.adlibris.com](http://www.adlibris.com)) och

[www.bokus.com](http://www.bokus.com)). Valet av självbiografier gjordes utifrån studiens syfte. Kravet för inkludering var att författaren hade diagnosen BPS samt att självbiografien handlade om deras livsvärld.

## **Analys**

Artiklarna från litteratursökningen har kvalitetsgranskats utefter frågeställningar som beskrivs av Friberg (2006): finns det ett tydligt problem? Vad är syftet? Hur är metoden beskriven? Hur är informanterna eller situationen beskriven? Hur analyserades data? Artiklarna har sedan dokumenterats i en översiktstabell (se bilaga II). Analysen av artiklarna gick till enligt följande: artiklarna lästes av båda författarna upprepade gånger och fokus lades på likheter respektive olikheter i resultaten. De funna likheterna och olikheterna sammanfördes av respektive författare in i innehållsmässigt gemensamma teman som beskrivs av Friberg (2006), som föreslår att författarna urskiljer likheter och skillnader för att senare kunna skapa en ny helhet. Sedan diskuterades varje författares resultat och gemensamt valdes teman. Granskningen av självbiografierna gick till enligt följande: författarna läste litteraturen var för sig för att skapa en helhet, sedan identifierades delar som motsvarade artiklarnas teman men även med hänsyn till att nya teman kan uppkomma. I detta steg sågs att självbiografierna ofta kompletterade de vetenskapliga artiklarna i fråga om innehåll, detta fick dock inte förhindra författarna att se nya vinklar. Sedan diskuterades resultatet av självbiografierna och gemensamt fördes resultatet från artiklarna och självbiografierna samman. Självbiografierna har dokumenterats i en översiktstabell (se bilaga II).

## **Etik**

Författare har etiska skyldigheter såsom att bevara det precisa resultatet och att både negativa och positiva resultat presenteras (World Medical Association [WMA], 2004). Skyldigheterna förklaras närmare av bland annat Medicinska forskningsrådet (2003) som förklarar redlighet i forskning. För att ge tillit till studiens resultat har författarna tillämpat vissa förebyggande åtgärder. För att undvika att framställa fabricering (osanning) eller att avsiktligt förvränga sanningen har båda författarna varit överens i allt som skrivits i resultatet, båda ska ha tolkat datan likvärdigt utifrån källan. Författarna har förebyggt stöld eller plagiering av data genom att referera till alla källor. För att inte förvränga forskningsprocessen, som till exempel felaktig användning av metodik, har studiens författare använt sig av Friberg (2006) och följt hennes rekommendationer. För att påvisa en hederlig inklusion och exklusion av artiklar har artikelsökningen gjorts av båda författarna där de varit överens om vilka artiklar som skall uteslutas samt dokumenterat resultatet av artikelsökningen (se bilaga I)

## RESULTAT

I studiens resultat utifrån analys av artiklar och självbiografier presenteras nedan fyra huvudteman – Affekter, Relationer, Diagnos och Vårdkontakt. Under tre av dessa teman förekommer underteman för att ytterligare nyansera och förtydliga resultatet. Under varje tema finns citat hämtade från självbiografierna som har till uppgift att exemplifiera resultatet från de vetenskapliga artiklarna.

Tabell 1. Huvudteman och underteman i resultatredovisning

Huvudtema	Undertema
Affekter	Ett emotionellt lidande Copingstrategier Självskadabeteende och suicidala handlingar
Relationer	
Diagnos	Syn på diagnosen Vad diagnosen medför
Vårdkontakt	Syn på vårdens roll Mötet med vårdpersonal

### Affekter

#### Ett emotionellt lidande

Att leva med och hantera BPS framställs i Perseus et al. (2005) studie som att leva på gränsen, att konstant falla och klättra. De upplever sina liv som präglade av intensiv emotionell smärta och lidande. De känner ett kaos av ångest, tomhet, mörker, självhat, hopplöshet, meningslöshet, ilska och vanmakt. Dessa känslor är något de har svårt att förstå och kontrollera. Att få hjälp med att acceptera sina känslor och hantera sitt lidande verkar vara ett sätt att kunna förändra sitt liv. Informanterna i Fallon (2003) uppger att de erfar plågsamma känslor och tankar som hopplöshet, depression och förtvivlan. Ovanstående känslor och tankar beskrivs även i självbiografierna:

Självhatet tar upp allt syre, stjälar all plats. Hindrar min lek med Jepp [son], hindrar mig från att lösa vardagliga och normala konflikter och diskussioner ... hindrar kärlek, hindrar mig från att se framtiden (Aspelin, 2006, s. 13).

Känslorna tar överhand – man blir ett med känslan .... För knappt ett år sedan kände jag av mina känslor på ett mycket konkret sätt. Jag hade tidigare kunnat sätta ord på dem och *vetat* vad det var jag kände. Men nu när jag har insjuknat är det som att jag har blivit emotionellt bedövd .... Alla försök att känna empati, glädje, sorg eller hat har förbytt i likgiltighet och tomhet. Omgivningen kan uppleva att jag inte verkar bry mig om någon/någonting, fast verkligheten i mina tankar är raka motsatsen (Törnström, 2004, s. 19).

Jag tror inte de förstår hurdan borderlineångesten är, att den är som narkotika, som osynliga band som binder mina händer på ryggen. Rädslans band (Hedman, 2003, s. 35).

Något som framkommer i självbiografierna men inte i studierna är olika överklighetskänslor:

Fick en underlig överklighetskänsla, och när jag kom hem och tittade mig i spegeln så såg jag ett alldeles främmande ansikte. Om en stund gick det över. Jag visste inte att det var det som på psykiatriskt språk kallas för dissociation (Hedman, 2003, s. 114).

Ljuden är förvrängda ... min känsel har övergivit mig. Mina gränser är utsuddade, jag vet knappt var kroppen slutar och världen runtomkring tar vid. Jag känner ingen lukt, ingen smak. (Aspelin, 2006, s. 14).

Informanterna i flera studier menar att deras dagliga emotionella smärta leder en önskan att vara död (Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseus et al., 2005), vilket även framkommer i självbiografierna:

Från att i början haft svaga, smygande självmordstankar tar de sig successivt ton och vrålar efter ett tag till mig, dag som natt, att jag gör mig bäst död (Aspelin, 2006, s. 14).

Dödstankar kommer ofta över mig. Jag tycker att livet känns så svårt .... Direkta självmordstankar har jag väl inte, inte i den meningen att jag skulle planera att göra något åt mig själv, men själva tanken – självmordstanken – kommer ganska ofta, mest i samband med de konflikter och den separationsångest som uppstår när jag märker att H kanske inte orkar hålla sig kvar i min närhet, eller när ensamheten känns alltför pressande (Hedman, 2003, s. 31-32).

Vad har jag för rätt att känna som jag gör? Ingen! Men jag gör det ändå. Kanske för att jag tycker om Annette, min kontaktman? Men Gud vad jag önskar att jag INTE tyckte om henne. Jag vill hata henne. Jag vill inte tycka om någon. Jag tror inte på att hon tycker om mig. Det är inte sant! Jag betyder inget. Jag vill dö, jag hatar livet! (Törnström, 2004, s. 59).

Informanterna i Perseus et al. (2005) upplever att deras lidande orsakas av självhat och tendensen att alltid utdöma sina egna tankar, känslor och ansträngningar. I självbiografierna framkommer detsamma:

Jag anklagar mig själv för att vara lat, försummande, patetisk. Jag skäms över att inte göra mitt jobb tillräckligt bra” (Aspelin, 2006, s. 11). Men kvar finns tankar på min uselhet. På alltings hopplöshet och den aldrig sinande strömmen av fördömande och negativa budskap från mitt inre.” (a.a., s. 15).

I hate myself! Jag kan ingenting, allt jag gör blir bara fel, allt jag säger är fel! Jag är rädd, mycket rädd, rädd för allt! .... Det är endast mitt fel att allt är som det [*sic*] mellan oss därhemma. Bara mitt fel, men varför? Varför är jag så elak? Vem är jag? En oduglig person som är trött på allt (Törnström, 2004, s. 40).

I studien av Miller (1994) menar informanterna att de ständigt jämför sig med andra och värderar sig själva som sämre än andra, vilket leder till att de känner sig värdelösa, ovärdiga och otillräckliga. De upplever sig som separerade från andra. Denna upplevelse menar informanterna ha uppkommit redan i barndomen eller i ungdomen. En del informanter anser att känslan av separation från andra kan kopplas ihop med negativa förhållanden tidigt i livet, medan andra inte vet varifrån denna känsla härstammar. En annan känsla som beskrivs av informanterna i Nehls (1999) är känslan av att vara inkastad i världen.

## Copingstrategier

Ett kroniskt känslomässigt lidande tas upp i Miller (1994). Detta lidande är något som informanterna aktivt försöker lindra, samtidigt nämner informanterna att de har svårt att uttrycka sina problem. Som copingstrategi har en del av informanterna kommit att acceptera sina kroniska känslor av hopplöshet istället för att aktivt försöka få bort känslorna. I Perseius et al. (2005) uppger informanterna att de upplever en ambivalens med känslor som rädsla för livet och längtan efter döden, men samtidigt en längtan efter livet. För att distrahera sig från ohanterliga känslor flyr de eller söker fara. Törnström (2004 s. 100) uttrycker liknande ”rädd för att leva, rädd för att dö.” Informanterna i Perseius et al. (2005) menar även att de kämpar för hälsa, värdighet och ett liv värt att leva. De talar om en mask av normalitet, som är ett sätt att försöka överleva och uppvisa någon form av värdighet. I självbiografierna beskrivs ett hårt arbete mot bättring:

Arbetet som följer är hårt. Jag måste slita stenhårt nu .... Jag har dagar när jag faller. Nätter när jag gråter. Förvirringen är stor, återhämtningen går segt och över huvud taget inte spikrakt (Aspelin, 2006, s. 63-64).

Att som borderline kämpa mot de destruktiva tankar som byggt bo inom sig är säkert lika energikrävande som det är för en bergsklättrare att bestiga Mount Everest. (Törnström, 2004, s. 9).

Exempel på hur personer med BPS hanterar känslor ses i Millers (1994) studie. Informanterna uppgav att de använder sig av dissociation vilket förklaras som att de blockerar sina känslor, att de stänger av sig emotionellt. När denna metod inte fungerar tar de till andra sätt för att distrahera sig, exempelvis använda droger och alkohol. Informanterna ser sitt hem eller sitt sovrum som en fristad där de kan återhämta sig, men när de är deprimerade är risken större att de skadar sig själva. En strategi för att hindra sig själva från att utföra självskadande handlingar eller inta stora mängder läkemedel är att ta sig till ett köpcentra där de är utom fara för sig själva, samtidigt som de kan undvika den oro och de krav som social kontakt innebär för dem. Copingstrategier som beskrivs i självbiografierna är dels att ta kontakt med någon att prata med men också att låta sig uppslukas och försvinna in i musiken:

Musiken dränker mig, fyller mitt huvud och jag vill bara kunna känna den i hela min kropp. Jag vill drunkna i musiken, så att jag slipper att bli medveten om mig själv, min existens och den värld jag vill fly ifrån (Törnström, 2004, s. 66).

Jag har panik. Hjärtat far runt som en spattig formel-1 bil utan bromsar. Så jag ringer en präst. Jag står inte ut med diagnoser, LPT, jourläkare med ständigt nya bedömningar och experimenterande med nya piller (Aspelin, 2006, s. 29).

Det som har burit mig genom många svårigheter, depression och ångest är den klassiska musiken ... bildar en värld där det inte finns någraäckliga höghus, någon svindlande rymd utan slut eller någonting som ständigt jagar mig (Hedman, 2003, s. 150).

## Självskadebeteende och suicidala handlingar

Det finns en rädsla hos informanterna i Fallons (2003) studie att förlora kontrollen över sina känslor och då skada sig själva eller plåga sina närstående. Erfarenheter av självskadebeteende som copingstrategi beskrivs i flera studier (Miller, 1994; Nehls, 1999; Fallon, 2003; Perseius et al., 2005). I Nehls (1999) studie förklaras självskadebeteende som ett sätt att hantera emotionell smärta, och här talar informanterna även om att självmordsförsök är vanliga. I självbiografierna (Aspelin, 2006; Törnström, 2004) beskrivs

upprepade självmordsförsök. För informanterna i Fallons (2003) studie är deras självskadebeteenden både impulsiva och ett sätt att befria sig från deras känslor av ilska, frustration och spänning. I Perseus et al. (2005) studie menar informanterna att när den emotionella smärtan blir ohanterlig tillämpar de självskadebeteende för att distrahera sig från denna smärta, de beskriver också en längtan efter döden som en befriare. I denna studie talar informanterna om överväldigande känslor av smärta och mörker. Detta leder lätt till impulser vilket i sin tur ger dem känslor av att de är kraftlösa, små och hjälplösa. Samtidigt finns en stark vilja hos informanterna att kunna ha en kontroll och använda bättre copingstrategier. Gällande självskadebeteende upplever informanterna i Nehls (1999) studie att vårdpersonalen ser avsikten med självskadebeteende som manipulation, vilket de tycker är både ologiskt och orättvist. Informanterna uppmanar vårdgivare att se självskadebeteende som ett sätt att försöka kontrollera emotionell smärta, inte som ett medvetet försök att kontrollera andra. Självskadebeteende beskrivs även i självbiografierna som ett sätt att hantera känslor:

Att skära sig är ett dysfunktionellt sätt att hantera ångest och skuld, men det hjälper för stunden annars skulle man inte göra det (Aspelin, 2006, s. 30).

Jag kunde aldrig föreställa mig att en psykisk smärta kunde vara så djup .... Det är ibland så enormt snabba kast att jag knappt hinner tänka ens, bara känna; jag blir som ett med känslan det är svårt att i det läget söka akut hjälp och stöd. Istället gör jag något destruktivt för att lindra den inre smärtan, som t.ex. att skära mig själv (Törnström, 2004, s. 9).

## Relationer

Relationer tas upp i Perseus et al. (2005) där informanterna beskriver en ambivalens gällande relationer till andra. De menar att de längtar efter kärlek och kamratskap, men självhatet får dem att tro att de inte är värda att älskas. Rädslan för att bli avvisad gör att de antingen testar om den andra personen är pålitlig, eller så undviker de relationer helt och hållet. I mötet med andra kan informanterna använda sig av en mask av normalitet, vilket innebär att de inte visar sina känslor. Detta gör de för att visa hänsyn, de inte vill uppröra eller skada personer i sin omgivning. I självbiografien av Törnström (2004, s. 18-19) beskrivs detsamma ”Tillsammans med andra människor sätter man ofta på sig en mask som döljer hur dåligt man egentligen mår.” I Miller (1994) menar informanterna att de inte öppnar sig för sina närstående, de vill inte belasta sina närstående i rädsla för att bli avvisade eller att de närstående tröttnar på att höra dem äta sina problem. Törnström (2004, s. 53) reflekterar över sina relationsproblem, som hon anar började redan i ungdomen:

Jag misstänker nu, då jag tänker tillbaka på den tiden, att jag säkerligen redan innan nitton årsåldern hade utvecklat diagnosen borderline. Jag led ju av väldigt karaktäristiska relationsproblem, med var och varannan människa i min närhet.

Social ångest tas upp i Miller (1994) där informanterna upplever sociala samspel som ångestskapande. I en grupsituation föredrar de att andra håller i konversationen. En del av informanterna hanterar ofta ångest i grupsituationer med att gå ut och röka. Informanterna i Fallons (2003) studie menar att de drabbas av paranoidea idéer som leder till en social ångest. Denna ångest inverkar negativt på informanternas sociala funktion. Känslor av panik och ångest hanteras med undvikande av främlingar och allmänna platser. Detta kan i extrema fall utvecklas till agorafobi. Människor, speciellt främlingar, upplevs vara

förtjänta av misstro och rädsla. I Horn et al. (2007) uppger informanterna att relationer är viktiga i fråga om hopp, återhämtning och överlevnad. Speciellt viktiga är relationer till personer de kan lita på och som behandlar dem som en person, inte som en diagnos. Relationer beskrivs också i Fallon (2003), där de ses som den viktigaste stöttande faktorn i informanternas liv. De menar att relationer skyddar mot plågsamma känslor. I biografien av Aspelin (2006) skildrar hon det lugn och den tröst erhåller av sin sons närhet. Hedman (2003) reflekterar över att relationen med en vän har inneburit en förändring för honom, att han har kunnat möta sig själv:

Det enda som får mig lugn är Jepps [son] lilla hand ... Jag skäms för att jag använder mig av honom för att lugna mig, för jag att söker tröst hos en fyraåring, men jag behöver honom för att känna mig verklig, vid liv (Aspelin, 2006, s. 14).

Min vänskap med denna unga kvinna har förändrat min livsprocess. Att möta en människa, en som förstår mig och ser hurdan jag verkligen är, bakom alla mina fasader, har för mig inneburit att möta mig själv (Hedman, 2003, s. 22).

Fallon (2003) beskriver att personer som är raka och sätter tydligt gränser utan att vara hårda och dömande upplevs som pålitliga. För att kunna upprätthålla långvariga relationer ses följande egenskaper som viktiga hos medmänniskan: denne ska vara lugn, tålmodig, kunnig, flexibel, empatisk och intresserad av dem som människor. Informanterna uppger sig vara känsliga för dömande attityder.

Separationsångest är något som beskrivs i självbiografierna, vilka skildrar känslor av hat, rädsla och ångest som uppstår när de blir lämnade:

Jag hatar honom. Jag älskar honom. Jag vill inte se honom. Jag vill inte bli lämnad. Jag är rädd. Jag blundar inför avgrunden så ofta jag kan (Aspelin, 2006, s. 69).

Det hemskaste är separationsångesten. Medan min mor levde riktade den sig mot henne. När hon var intagen på sjukhus led jag separationsångestens alla kval, ensam hemma ... En borderline hakar sig fast vid andra människor, och framför allt vid sina närmaste, och när kontakten ibland inte är som man önskar får man en kraftig separationsångest" (Hedman, 2003, s.18).

Hedman (2003) reflekterar över hur han upplever sina medmänniskor i svartvitt och hur det inverkar på hans relationer. Han ömsom idealiserar, ömsom nedvärderar de kvinnor han möter och delar in människor i goda eller onda. Även Törnström (2004) vittnar om samma erfarenheter:

Varje kvinna jag möter är min mor, upphöjd i kvadrat, och samtidigt nedsänkt till brunnsbotten i det mörker som tycks så ogenomträngligt ... mina svåra känslomässiga problem i mitt förra sällskapande har att göra med oförmågan att ta ansvar för en vuxen parrelation (Hedman, 2003, s. 57). Jag själv har en tendens att dela in både mig själv och andra människor i mycket goda och mycket onda .... Om någon av mina närmaste visar sidor som jag har svårt med blir den personen genast ond (a.a., s. 105).

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 kontaktpersonen att betyda allt för mig och under resten av vårdtiden placerade jag henne högt upp på piedestal (Törnström, 2004, s. 15).

## Diagnos

### Syn på diagnosen

Informanterna i Millers (1994) studie identifierar inte sig själva med diagnosen. I studien framkommer att läkares och informanters beskrivning av diagnosen skiljer sig åt i fyra avseenden: läkare menar att personer med BPS kan ha identitetsstörningar, medan informanterna anser sig ha en sammanhängande identitet. En annan skillnad är läkares och informanters syn på en störd jag-uppfattning. Läkare menar att personer med BPS har en oklar gräns mellan sig själva och andra, medan informanterna anser sig ha en fast gräns. Läkare beskriver också att personer med BPS fullständigt undviker ensamhet, medan informanterna menar att de undviker specifika situationer där de inte vill vara ensamma. Den sista skillnaden är läkares syn på sinnesstämning som beskrivs som instabil, men av informanterna beskrivs sinnesstämningen som en kronisk dysfori. Resultatet i Millers (1994) studie skiljer sig från självbiografierna där störd jag-uppfattning och identitetsproblematik framkommer:

Det faktiska problemet är väl det ständiga; att jag inte har något jag. Inget själv, som är konstant. Allt jag gör varierar beroende på personerna runt om mig, på omständigheter (Aspelin, 2006, s. 12).

Vem är jag egentligen, vart är jag på väg, vilka känslor hyser jag innerst inne, vad tror jag på, och hur ska jag gå vidare? (Hedman, 2003, s. 31).

### Vad diagnosen medför

I studien av Nehls (1999) beskriver informanterna diagnosen som potentiellt hjälpsam när den används som underlag för behandling, men inte när diagnosen medför en stämpling. Informanterna upplever diagnosen som en nedsättande stämpel och som att deras sätt att vara har fått ett namn. De känner sig märkta och undvikta, inte diagnostiserade och behandlande. Informanterna i Fallon (2003) upplever att trots stigmatisering och negativa attityder hjälper diagnosen dem att få en förståelse för sina egna känslor och beteenden. I Horn et al. (2007) studie upplever informanterna att de har fått diagnosen BPS därför att de inte passade in i någon annan kategori, de menar att diagnosen känns som en slaskhink där de som inte passar in under givna kategorier hamnar. Informanterna i a.a. upplever diagnosen på olika sätt; som en känsla av kontroll och kunskap, som lättköpt och mindre användbar, som ett hopp om förändring och ett sätt att klara av att leva med BPS. I självbiografierna uttrycks upplevelserna av att få diagnosen BPS på olika sätt, både som en hjälp och som en kränkning:

Jag känner mig kränkt. Till slut konstateras diagnosen ... den landar hånfullt i mitt knä. Som om det vore ett skällsord, som om jag vore störd! Ha! Jag protesterar våldsamt (Aspelin, 2006, s. 45).

Det känns skönt att äntligen har fått svart på vitt – vad gäller orsaken till mitt smärtsamma känsloliv – att helt styras av känslorna och låta känslorna ha kontrollen över mig, och min problematik i att hantera relationer. Det är en tröst, även om jag har svårt att tro på det och hoppas, så sägs det att borderline är en sjukdom som man kan bli frisk ifrån (Törnström, 2004, s. 64).



Informanterna i Fallon (2003) upplever att vårdpersonal har en motvilja att berätta deras diagnos. I Horn et al. (2007) anser informanterna att de inte får tillräcklig information eller förklaring om diagnosen och att den information de får är väldigt negativ.

## **Vårdkontakt**

### **Syn på vårdens roll**

Enligt Fallon (2003) söker informanterna vård främst när de är i kris och när en ökad risk för självskadebeteende föreligger. Enligt studien sker självskadehandlingar även utan att de tar vårdkontakt. I Millers (1994) studie håller inte informanterna med terapeutens åsikt om sjukhusvårdens roll, informanterna ser syftet med sjukhusvård som ett tillfälle för andrum från deras dagliga livskamp. Aspelin (2006, s. 17) beskriver sjukhusinläggning på samma sätt som informanterna i Miller (1994):

Lättad. Jag behöver inte kämpa mer just nu för att hålla mig uppe. Nu kan jag tillåta mig att sjunka. Jag känner mig trygg ... Att lägga in mig känns som det enda alternativet. Det går inte att vara hemma, jag äts upp av dåligt samvete, ångesten växer för varje sekund jag speglar mig i familjens ögon.

I studien av Miller (1994) menar informanterna att när de fått andrum och krisen är över önskar de bli utskrivna, men de hatar att utskrivningen ligger utom deras kontroll och att tvångsvård kan hålla dem kvar på sjukhuset. Aspelin (2006, s. 51) beskriver samma upplevelse:

Vad i helvete är nu detta? Jag fattar ingenting, känner paniken rusa ... De låsta dörrarna som förut varit symboliska och inte gällt mig, utan de andra, de sjuka, hånar mig plötsligt. Raseri. Frustration. Kan de göra så här? Som ett fångläger i ingenmansland.

Informanterna upplever att vården avsiktligt begränsas för personer med BPS, denna begränsning i kombination med avsaknad av effektiv behandling leder till att informanterna känner att vården inte är till någon hjälp för dem (Nehls, 1999). Diagnosen uppfattas som ett sätt för vårdpersonal att avvisa dem och när diagnosen konstaterats upplevs vården bli indragen (Horn et al., 2007).

### **Mötet med vårdpersonal**

I Perseus et al. (2005) talar informanterna om upplevelsen av vårdpersonalens bemötande. De uppger att de inte verkar bry sig, att de inte förstår dem, att de inte lyssnar, att de inte låter informanterna vara med och fatta beslut gällande dem själva och att de bemöter informanterna med respektlösa och fördömande attityder. De upplever också att personalen försöker möta dem, men inte lyckas särskilt bra. Fallon (2003) menar att även om det finns mycket personal på den vårdinrättning informanterna befinner sig känner de sig isolerade om vårdpersonalen upplevs vara otillgänglig.

Vårdpersonal i Nehls (1999) studie uppfattas av informanterna ha förutfattade och ofördelaktiga åsikter om personer med BPS. Detta gör att informanterna känner sig stämplade istället för diagnostiserade, vilket leder till att de inte vill avslöja sin diagnos. Den negativa synen på BPS påverkar inte bara den psykiatriska vården, utan även andra former av vård. I Fallons (2003) studie uppges akutmottagningarnas vårdpersonal ha negativa attityder. I kontakt med psykiatrisk vård känner de sig ovärdiga inneliggande

vård. Personal på både akutmottagningar och psykiatriska vårdavdelningar upplevs ha en medicinsk roll där de ger läkemedel och lägger om sår, men när det handlar om djupa emotionella problem hänvisas de till exempelvis en psykolog. Det informanterna i önskar i dessa situationer är snarare någon som lyssnar och stöttar.

Informanterna i Nehls (1999) vill att vårdpersonalen ska hjälpa dem att hantera upplevelserna av sin sjukdom och vid krissituationer önskar de få föra en dialog med en vårdande person. I dialogen önskar de endast att någon lyssnar på dem och svarar utifrån sig själva. I studien av Perseus et al. (2005) beskrivs hur vårdpersonal kan lindra lidande genom att ha ett respektfullt, förstående och bekräftande förhållningssätt. Det beskrivs även egenskaper som kan bidra till mer lidande såsom oförståelse och respektlöshet. I självbiografierna skildras goda egenskaper som respekt och förståelse hos vårdpersonal, men också värdet av att inte bli lämnad ensam med kraftig ångest. Negativa egenskaper framkommer som brist på att kunna förmedla empati och ett kallt och omänskligt bemötande:

Att mötas av någon som inte är arg på mig känns ovant. Hon fördömer mig inte, äcklas inte av mitt beteende eller ser mig som manipulerande och besvärlig (Aspelin, 2006, s. 55).

Hon är en vänlig och medkännande yngre medelålders kvinna, som har ganska mycket skinn på näsan och arbetar målmedvetet inom ramarna för sitt arbete ... min sjuksköterska behandlar mig varsamt (Hedman, 2003, s. 104).

Det går att ta sig upp med rätt hjälp och stöd samt förståelse från vårdpersonal som är insatta och kompetenta och förstår det liv som en borderlinepatient lever (Törnström, 2004, s. 117). I en akut situation, där borderlinepersonen känner djup ångest med aggressionsutbrott och starka självdestruktiva inslag, är det viktigt att man som vårdare vågar vara närvarande, utan att engagera sig personligt och utan att ingripa för mycket (a.a., s. 16). Jag lades in i ett isoleringsrum och fick en massa lugnade [*sic*] mediciner för att dämpa min enorma ångest. Det bästa av allt som jag minns var att jag inte en enda stund blev lämnad ensam. Sjuksköterskan som var i tjänst den natten satt hos mig hela natten och försökte lugna mig (a.a., s. 55).

De flesta tycks inte ha någon som helst kapacitet att förmedla empati (Aspelin, 2006, s. 35). Sjuksköterskornas snipiga missnöje och deras övertygelse om att jag försöker manipulera dem (a.a., 2006, s. 29).

Jag har fan ingen personlighetsstörning! Det är ni som har era jävla idioter! Som inte ser hur sjuk psykvården är, som är så kalla och omänskliga. Som inte ser att alla era patienter skulle må otroligt mycket bättre om de fick en instruktion i Yoga, meditation och lite positiv visualisering och kärlek istället för Sobril. Om de fick lyssna på en bra platta innan läggdags istället för att drogas ner med Propavan, Stilnoct, Zopiklon så ni fick fika i fred. Om ni någon gång kunde lyssna på vad de sa under sina tårar av raseri och smärta, istället för att bedöma sjukheten i att rösten höjs (Aspelin, 2006, s. 47).

Informanterna i studien av Perseus et al. (2005) uppger att de känner sig svikna när terapeuten avslutar kontakten. Detsamma framkommer i självbiografierna:

Susanne [psykolog] är ett stort stöd ... En dag meddelar hon mig att vi tyvärr inte kan fortsätta kontakten. Jag blir helt tom (Aspelin, 2006, s. 56).

Jag sörjer förlusten över Annette [kontaktman/DBT-undervisare]. Det gör ont i mig. Jag har förlorat henne. Jag vill bara gråta. Jag är så ledsen...ledsen hela jag .... Det är ingen som förstår hur ont det gör i mig! Det gör så ont! Jag vill bara dö, jag vill inte mera, jag vill inte! Snälla, hjälp mig! (Törnström, 2004, s. 68).

Informanterna i Miller (1994) uppger att de är ovilliga att ”avslöja” sig, speciellt inför terapeuten av flera anledningar till exempel risk för att möta ogillande, rädsla för tvångsvård och att en bristfällig identitet kan bekräftas. Informanterna föredrar att andra anser att de saknar en identitet, än att en bristfällig identitet bekräftas. Aspelin (2006, s. 31) beskriver upplevelsen av att inte kunna utagera då hon är rädd att beteendet kan leda till LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller extravak, ”Och här, i den sjuka, på psyket, kan definitivt inte skrika. Här, om någonstans, är det livsviktigt att upprätthålla skenet av normalitet.”

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

De metoder som valdes för denna studie visade sig vara relevanta att använda för studiens syfte. Litteraturoversikt av artiklar var lämplig då den gav en överblick av kunskapsläget men också tillämpningen av självbiografierna var passande eftersom det gav ett livsvärldsperspektiv. Alternativet att göra en intervjustudie uteslöts då författarna inte har den färdighet som kan krävas för att intervjua personer som har en BPS. För att få en bredare bild över hur personer med BPS upplever sin livsvärld, har självbiografierna varit till stor hjälp då resultaten i artiklarna har varit begränsade till respektive studies syfte. Materialet till denna studies resultat har varit tillräckligt stort för att få fram ett resultat som kan ge en ärlig spegling av verkligheten för personer med BPS. Valda artiklar var gjorda mellan 1994-2007, eftersom det endast fanns fem stycken användes alla. Den äldsta artikelns resultat upplevs inte föråldrad. I fråga om betydelsen av var studierna var gjorda (England, Sverige och USA) tror vi i detta fall inte har någon betydelse. Det omfattande analysarbetet var nödvändigt för att inte oavsiktligt utesluta sådant som kan vara värdefullt i resultatet. Analysarbetet var omfattande på så sätt att en stor mängd text skulle analyseras upprepade gånger vilket tog lång tid. Under analysarbetet av artiklarna tog resultatets teman form ganska omgående och dessa teman förstärktes och nyanserades sedan under analysarbetet av självbiografierna. Slutligen kan författarna konstatera att en enklare metod hade kunnat användas genom att endast använda sig av självbiografier i resultatet och de vetenskapliga artiklarna hade fått stå för bakgrunden, men samtidigt stärker de två olika materialen varandra på så sätt att resultaten från de vetenskapliga artiklarna kan styrkas med självbiografierna vilket citaten påvisar.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur personer med BPS upplever sin livsvärld. I studien ses starka gemensamma drag som förekommer i livsvärldarna hos personer med BPS. Deras liv präglas ofta av ett emotionellt lidande, ett lidande som kan leda till en önskan att vara död. Relationer och sociala kontakter kan ofta vara svårt att hantera, men är ändå viktiga. Diagnosen uppfattas på olika sätt, både i positiv och i negativ bemärkelse. Att möta vårdpersonal kan vara problematiskt, men om vårdpersonalen har rätt inställning och bemötande är relationen uppskattad. Nedan diskuteras likheter och olikheter i resultatet.

Det emotionella lidande som personer med BPS upplever framkommer i både artiklarna (Miller, 1994; Nehls, 1999; Fallon, 2003; Perseus et al, 2005) och i självbiografierna (Hedman, 2003; Törnström, 2004; Aspelin, 2006). Själva lidandet framkommer varken i APA:s (2000) eller WHO:s (2007) definition av BPS men en emotionell instabilitet beskrivs av de båda, vilket kan förstås då de ger en objektiv bild av diagnosen. Att personer med BPS lider av sina känslor och ger för personen ett livslidande kan vara användbar kunskap för sjuksköterskan. Främst för att kunna bemöta dessa personer med förståelse. Det emotionella lidandet personerna upplever som leder till en önskan av att vara död framgår i både artiklarna (Miller, 1994; Nehls, 1999; Perseus et al., 2005) och i

självbiografierna (Hedman, 2003; Törnström, 2004; Aspelin, 2006). Önskan av att vara död upplevs som en vanlig känsla hos dessa personer och ger insikt i hur kraftigt dessa personer faktiskt lider. Tendensen till självhat och utdömmande av sina egna ansträngningar ses gemensamt i artiklarna (Miller, 1994; Perseus et al. 2005) och i självbiografierna (Törnström 2004; Aspelin, 2006), men är inget som går att utläsa i diagnossystemen.

Olika sätt att hantera sina känslor, speciellt genom att distrahera sig på olika sätt kan ses gemensamt i en artikel (Miller, 1994) och i självbiografierna (Hedman, 2003, Törnström, 2004; Aspelin, 2006). Tydligt gemensamt gällande självskadebeteende är att det både är vanligt men även att det ses som ett sätt att hantera känslor, vilket beskrivs både i artiklarna (Miller, 1994; Nehls, 1999; Fallon, 2003; Perseus et al., 2005) och självbiografierna (Törnström, 2004; Aspelin, 2006). Utifrån resultatet framkommer att synen på orsaken till självskadebeteende är viktigt för patienten. Därav upplevs det angeläget att som sjuksköterska se självskadebeteende som ett sätt för patienten att hantera sina känslor.

Att personer med BPS kan ägna sig åt självskadebeteende framkommer i båda diagnosystemen (APA, 2000; WHO, 2007). APA (2000) menar även att självmordsfrekvensen beräknas uppgå till 8-10 procent bland personer med BPS som ägnar sig åt självskadebeteende. Suicidförsök av personer med BPS framkommer i en artikel (Nehls, 1999) och i självbiografierna (Törnström, 2004; Aspelin 2006). Både APA (2000) och WHO (2007) beskriver upprepade suicidala handlingar i respektive diagnosystem. Kunskap om att självskadebeteende förekommer inom denna patientgrupp men även vetskap om att det kan leda till självmord kan vara viktigt att ha i åtanke vid omsorg av dessa patienter.

Svårigheter med att hantera relationer beskrivs i en artikel (Perseus et al., 2005) och i självbiografierna (Hedman, 2003; Törnström, 2004). Detta ses dock inte genomgående i alla källorna, vilket man skulle kunna vänta sig när APA (2000) beskriver relationsproblem i sitt diagnosystem. En orsak till relationsproblemen beskrivs som att personen ömsom idealiserar ömsom nedvärderar sina medmänniskor (a.a.). Egenskapen att dela in människor som onda och goda beskrivs inte i artiklarna men i självbiografierna (Hedman, 2003; Törnström, 2004) och ses även där som en orsak till relationsproblemen. Orsakas denna skillnad mellan artiklarna och självbiografierna gällande att dela in sina medmänniskor som onda respektive goda på de olika formerna av källa? Eller är det en egenskap som inte är så vanlig hos dess personer och därav inte belyses genomgående i källorna? Att familjen påverkas negativt i relationen med en person med BPS beskrivs i studien av Giffin (2008), där familjen ger uttryck för att de oroar sig för sin egna psykiska hälsa. Att både personer med BPS men även deras anhöriga påverkas negativt i relationen ger en bild av att svårigheter i relationerna är ett stort problem.

Separationsångest är något som ses i självbiografierna (Hedman, 2003; Aspelin, 2006) men inte i artiklarna. I APA (2000) beskrivs personer med BPS som att de ofta är mycket rädda för att bli övergivna, men det är inget som framkommer i WHO:s (2007) definition av diagnosen. Även denna skillnad mellan källorna ger samma fundering som ovan. Orsakas skillnad mellan artiklarna och självbiografierna av de olika formerna av källa? Eller är det en egenskap som inte är så vanlig hos dessa personer och därav inte belyses genomgående i källorna? Trots svårigheter i relationen med sina närstående framgår ändå hur viktiga

goda relationer är för personer med BPS både i artiklarna (Fallon, 2003; Horn et al., 2007) och självbiografierna (Hedman, 2003; Aspelin, 2006). Att relationsproblemen ger ett livslidande för personen är inte svårt att förstå och leder till frågan hur skulle sjuksköterskan kunna hjälpa eller stötta patienten i sina relationer?

Synen på diagnosen gällande identitetsstörningar skiljer sig mellan artikeln av Miller (1994) och självbiografierna (Hedman, 2003; Aspelin, 2006). Enligt både APA (2000) och WHO (2007) erfar vissa personer med BPS identitetsstörningar, vilket stämmer överens med angivna självbiografier. Artikeln av Miller (1994) är den enda av artiklarna i studien som tar upp ämnet kring identitetsstörningar. Varför framkommer det inte i de övriga artiklarna? Beror det på studiernas syfte och dess riktade frågeställningar? I vilket fall visar denna studien att en del personer med BPS upplever identitetsstörningar.

Huruvida diagnosen uppfattas som hjälpsam eller inte skiljer sig åt i artiklarna (Nehls 1999; Fallon, 2003; Horn et al., 2005). Även i självbiografierna skiljer sig uppfattningen åt mellan författarna (Törnström, 2004; Aspelin, 2006). Sammanfattningsvis upplevs diagnosen som hjälpsam när den används som underlag för behandling (Nehls, 1999). Likaså när diagnosen medför en förståelse för sina egna känslor och beteenden (Fallon, 2003; Törnström, 2004), även när diagnosen medför hopp om förändring (Horn et al., 2007). När diagnosen upplevs som ohjälpsam är när den ses som en stämpel (Nehls, 1999; Aspelin, 2006). Ett sjukdomslidande kan både komma inifrån personen själv men även från yttre omständigheter till exempel fördömande attityder av vårdpersonal (Eriksson, 1994). De personer med BPS som ser diagnosen som en stämpel kan därmed uppleva ett sjukdomslidande, men även vårdpersonals attityder gentemot personer med diagnosen BPS kan orsaka ett sjukdomslidande. Här framkommer vikten av att som sjuksköterska inte vara fördömande, men även att synen på diagnosen påverkar om den upplevs hjälpsam eller ej.

Gemensamt i synen på sjukvård framkommer i en artikel (Miller, 1994) och i en självbiografi (Aspelin, 2006) där sjukhusvård ses som ett tillfälle för andrum. Det framkommer även ett ogillande av att tvångsvård ligger utom deras kontroll. Silfving och Nilsson (2001) menar att personer med BPS söker mycket vård och att de söker för diffusa problem med orealistiska förväntningar. Man kan föreställa sig att de olika synerna på vårdkontakt och sjukvårdens roll orsakar konflikter mellan patient och vårdpersonal.

Upplevelser av negativa attityder från vårdpersonal framkommer i både tre artiklar (Nehls, 1999; Fallon, 2003; Perseus et al., 2005) och i en självbiografi (Aspelin, 2006). Eriksson (1994) menar att vårdpersonalens fördömande, brist på respekt eller att de inte tar patienten på allvar ger för patienten ett vårdlidande. Vad beror dessa negativa attityder hos vårdpersonalen på? Finns det samband med att vårdpersonal upplever denna patientgrupp som svår att vårda? Eller har vårdpersonal i allmänhet mer förutfattade meningar kring denna patientgrupp? Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är att lindra lidande, vad kan sjuksköterskan göra för att undvika eller lindra lidande för patienten? Eriksson (1994) beskriver bland annat att bemöta med respekt, förståelse och bekräfta patienten, vilket också är önskvärda egenskaper som framkommer i resultatet.

## **Konklusion**

I denna studies resultat beskrivs hur personer med BPS upplever sin livsvärld. Personer med BPS lever med en emotionell smärta som påverkar deras liv i en negativ riktning. Känslor som självhat, tomhet, hopplöshet och ångest påverkar dessa personer i så hög grad att de ofta önskar att de vore döda. Självmordstankar och försök till självmord förekommer bland personer med BPS, döden ses som en befrielse från sin emotionella smärta. Att tillämpa självskadebeteende såsom skärningar är inte ovanligt, detta gör de för att lindra sin inre känslomässiga smärta. Att skada sig själva är inte det enda sättet personer med BPS tar till för att dämpa svåra känslor, även musik och samtal kan vara till hjälp när livet känns svårt.

Relationer kan vara svåra att hantera. Personer med BPS kan lida av ett självhat som får dem att tro att de inte är värda att älskas. Hur de ser på sina medmänniskor kan växla, ena stunden är medmänniskan placerad på piedestal och i nästa nedvärderas densamme. Av hänsyn till sina närstående kan personer med BPS sätta på sig en mask av normalitet, alltså inte visar hur de egentligen känner. Detta gör de för att inte besvära sin omgivning. Även om relationer kan vara svåra så är de värdefulla i fråga om stöttning, tröst och lindring av plågsamma känslor. Att bli diagnostiserad med BPS upplevs olika. En del upplever diagnosen som en lättnad, andra känner sig kränkta.

I mötet med vården vittnar personer med BPS om olika erfarenheter. En del upplever sig bli missförstådda och ovärdiga den vård de får, andra känner en lättnad och en fristad från sitt liv. Ett problem som de uttrycker är stämpling. De upplever att omgivningen har förutfattade och ofördelaktiga åsikter om personer med BPS.

## **Klinisk implikation**

Att som sjuksköterska ha kunskap om hur personer med BPS upplever sin livsvärld gör det möjligt för sjuksköterskan att visa förståelse, kunna ge bekräftelse och kunna dela hopplösheten med personen. Förståelsen gör det även möjligt för sjuksköterskan att kunna stötta och ge tröst.

Personer med BPS plågas dagligen av sina känslor och enligt resultatet framkommer olika sätt att hantera känslorna på. En del använder sig av olika former av distraherande handlingar som att lyssna på musik eller ta kontakt med någon att samtala med, vilket ses som mer lämpligt än självskadebeteende. Sjuksköterskan skulle kunna hjälpa personen att finna lämpligare och individuellt anpassade copingstrategier att hantera känslorna på genom att fråga om det finns någonting personen tycker om att göra, som samtidigt ger en distraktion från lidandet.

Både ett vårdlidande och ett sjukdomslidande kan orsakas av sjuksköterskans felaktiga syn på självskadebeteende. Ett sjukdomslidande i form av själsligt och andligt lidande kan erfaras om sjuksköterskan har fördömande attityder. De fördömande attityderna kan även upplevas som kränkande och därmed ge ett lidande i själva vårdsituationen. Sjuksköterskan kan lindra eller undvika lidande för personen genom att se självskadebeteende som ett sätt att hantera emotionellt lidande och inte som ett sätt att försöka kontrollera andra.

## **Förslag till vidare forskning**

Personer med BPS upplever sig bli missförstådda och ofördelaktigt behandlande i kontakt med vården. Detta kan tänkas bero på bristande kunskaper hos vårdpersonalen. Denna studie visade att forskning som berör den levda livserfarenheten hos personer med BPS inte är tillräckligt omfattande då det krävdes en tillämpning av självbiografier för att få ett mer tillfredställande resultat. Denna studie skulle kunna motivera fortsatt forskning kring dessa personer ur ett livsvärldsperspektiv.



## REFERENSER

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed)*. Washington, DC.
- Aspelin, M. (2006). *Sänder på tusen kanaler – en bok om borderline*. Borås: Recito.
- Crafoord, C. (1986). *En bok om borderline*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H., & Norberg, A. (1985). *Teorier i omvårdnadsarbete (2:a upplagan)*. Stockholm: Esselte Studium.
- Ekselius, L., Tillfors, M., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311-320.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Solna: Liber utbildning.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lives experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-400.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138.
- Hedman, K. (2003). *Panikboken – en berättelse om borderline*. Helsingfors: Söderströms förlag.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469-478.
- Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspective on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255-269.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(7), 670-678.

- Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. [Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri].
- Miller, S. G. (1994). Borderline personality disorder from the patients perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(12), 1215-1219.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22, 285-293.
- Näslund, G. K. (1998). *Borderline personlighetsstörning – uppkomst, symptom, behandling, prognos*. Stockholm: Natur och kultur.
- Perseus, K.-I., Ekdahl, S., Åsberg, M., och 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.
- Silfving, T., & Nilsson, G. (2001). *Farliga relationer?-om borderline*. Stockholm: Cura bokförlag.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm.
- Sundin-Korsar, K. (1996). *Borderlinepersonligheter - förhållningssätt i arbetet*. Stockholm: Förlaget Hagman.
- Svenska psykiatriska föreningen. (2006). *Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- The World Medical Association [WMA]. (2004). World medical association declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad: Oktober 21, 2008 från <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
- Törnström, J. (2004). *Ansiktet bakom masken – att vara borderline*. Stockholm: Mareld.
- World Health Organization. (2007). International statistical classification of diseases and related health problems 10<sup>th</sup> revision, version for 2007. Hämtad: Oktober 15, 2008 från <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

## Bilaga I Artikelsökning

Sökning av artiklar har gjorts i databaserna PsycINFO och CINAHL. Som huvudsökord har "Borderline personality disorder" använts och under Sökord i tabellen visas de även kompletterande sökord vi använt med antal träffar i respektive databas samt hur många av dem vi tagit ut för granskning och analys vilket presenteras inom parantes. Alla sökningar var avgränsade till vetenskapliga artiklar (granskade peer reviewed).

Sökord	Databas: PsycINFO	Databas: CINAHL
Huvudsökord: "Borderline personality disorder"	exp "Borderline personality Disorder" 1531 st	MM "Borderline personality Disorder" 423 st
Undersökord: "quality of life"	exp "quality of life" 8 st	MH "quality of life" 8 (1) st
Undersökord: "self concept"	exp "Self Concept" 19 st	MH "self concept" 21 (2) st
Undersökord: "life experiences"	exp "life experiences" 13 st	MH "life experiences" 4 st
Undersökord: interviews	exp interviews 7 st	MH "interviews" 27 (2) st
Undersökord: experiences	exp experiences 51 st	Se: life experiences
Undersökord: "patient attitudes"	Se: client attitudes	MH "patient attitudes" 7 st

Bilaga II Översiktstabell av artiklar och självbiografier

<b>Författare</b> - Årtal - Land	<b>Syfte och problemformulering</b>	<b>Metod</b>	<b>Informanter</b>	<b>Analys</b>	<b>Etik</b>
Miller - 1994 - USA	Lära sig hur de upplever sjukdomen och dess behandling.	Kvalitativ intervju	10 st (8 kvinnor, 2 män).  Diagnos via DSM-III-R-PD  Rekryterades från: University of South Florida Psychiatric Center.	Grounded Theory	Ingen etik
Nehls - 1999 - USA	Förstå vad som är unikt med att leva med diagnosen BPS.	Kvalitativ intervju	30st (kvinnor)  Diagnos enligt DSM III-R och DSM IV.  Rekryterades från: Krismedlingsservice, Akutpsykiatrisk enhet, Öppenvårdspsykiatri.	Fenomenologisk	Informerat samtycke Avidentifikation
Fallon - 2003 - England	Hur upplever personer med BPS kontakt med psykiatrisk sjukvård?	Kvalitativ intervju	7st (4 kvinnor, 3 män).  Rekryterades från: Mental Health Trust via psykiatriker.	Grounded Theory	Etisktillstånd Frivillighet Förklarar studien Avbryta när de vill.
Perseus et al. - 2005 - Svergie	Undersöka livssituationer, lidande och uppfattning av möte med psykiatriskvård.	Kvalitativ intervju Biografisk data	10 st (kvinnor)  Diagnos enligt DSM IV  Rekryterades från: Psykosocial behandling.	Hermeneutisk	Etiskt tillstånd Samtycke Studie information både muntligt och skriftligt. Anonymitet Frivillighet Närhet till personal vid behov under intervjun.
Horn, Johnstone & Brooke. - 2007 - England	Utforska upplevelsen och förståelsen av att få diagnosen BPS.	Kvalitativ intervju	5st (4 kvinnor, 1 man)  Rekryterades via: Psykiatripersonal.	Fenomenologisk	Samtycke Studieinformation, muntligt och skriftligt. Konfidentialitet.

<b>Författare</b> - År - Land	<b>Metod</b>	<b>Beskrivning</b>
Hedman - 2003 - Sverige Finland	Självbio grafi	Kaj beskriver sin uppväxt i en prästfamilj där familjen flyttar runt i både Finland och Sverige. Han beskriver hur händelser i livet och uppväxten inverkar på hans utveckling till en självständig människa. Hur panikattacker och känslolivet påverkar både arbete och relationer.
Törnström - 2004 - Sverige	Självbio grafi	Jouanita beskriver sin uppväxt med separerade föräldrar och hur detta präglar henne genom livet. Hon utbildar sig till sjuksköterska och beskriver hennes känslor och tankar genom livet.
Aspelin - 2006 - Sverige	Självbio grafi	Mikaela beskriver hur livet en dag rasar och hennes kamp kommer tillbaka. Hon beskriver hennes relationer till män, sina barn och arbetet för ett normalt liv.

Bilaga III Översiktstabell av analyserad data

Författare	Relationer	Affekter	Vårdkontakt	Diagnos
Miller (1994)	sociala interaktioner upplevs ångestprovocerande//I grupper föredras att andra håller i konversationen. Rökning för att komma undan vid ångest//berättar inte om sina känslor//	överväldigande emotionell smärta//önskan att inte vara levande//jämför sig med andra, nedvärderar sig själva// separerade från andra/ / Svårighet att uttrycka sina problem//aktivt försöker lindra lidande//acceptera känslan av despair//gå till ett shoppingcentra//dissociation//distraherande aktiviteter//lägenhet eller sovrum ses som fristad för återhämtning//självskadebeteende//	sjukhusvård ses som andrum i deras dagliga livskamp//ogillar att de inte har kontroll vid tvångsvård//ovilliga att avslöja sig, speciellt inför terapeuten//	diagnosen ses inte en del av identiteten// läkares beskrivning av diagnosen BPS avviker från informanternas beskrivning//
Nehls (1999)		leva med en daglig emotionell smärta//leder till en önskan av att vara död//känner sig kastade in i världen//vanligt med suicidförsök//vanligt med självskadebeteende och förklaras som en sätt att leva med emotionell smärta//	vårdpersonal har förutfattade och ofördelaktiga åsikter om personer med BPD, känner sig stämplade istället för diagnostiserade//märkningen medför en motvilja att avslöja sin diagnos//interaktionen med vårdgivarna blir minskad på grund av bristande förståelse av hur det är att ha BPD//negativa synen av BPS upplevs påverka inte bara psykiatrisk vård utan även andra former av sjukvård//vid kris önskas dialog med vårdande person//hjälp att hantera sin upplevelse av sin sjukdom, vill att någon lyssnar och svarar utifrån sig själva//orättvist och ologiskt att se självskadebeteende som manipulation. Uppmuntrar vårdgivare att se självskadebeteende som ett sätt att kontrollera emotionell smärta//upplevelser av att vården är avsiktligt begränsad.	deras sätt att vara har fått ett namn//diagnosen är hjälpsam när den används som grund för behandling men inte som en stämpel. Märkta och undvikta, inte diagnostiserade och behandlade//

<b>Författare</b>	<b>Relationer</b>	<b>Affekter</b>	<b>Vårdkontakt</b>	<b>Diagnos</b>
Fallon (2003)	paranoida idéer leder till social ångest//undvikande av främlingar och allmänna platser, vilket i extrema fall kan ge agorafobi//människor, speciellt främlingar, upplevs förtjänta av rädsla och misstro//känsliga för dömande attityder//relationer ses som den viktigaste stöttande faktorn i deras liv//goda egenskaper rak, sätter tydliga gränser utan att vara hårda och dömande//goda egenskaper lugna, tålmodiga, kunniga, flexibla, empatiska och intresserade av dem som människor//	plågsamma känslor och tankar//alla har erfarenhet av självskadebeteende//förklaras som impulsivt och som en frigörelse av känslor//rädsla att förlora kontrollen över sina känslor och då skada sig själva eller plåga andra//	söker vård främst under krisepisod och vid ökad risk för självskadebeteende//om personal var otillgänglig fick de känsla av isolering trots välfyllda vårdmiljöer//vid psykiatrisk sjukhusvård uppfattade de att de var ovärdiga ineliggande vård//negativa attityder från vårdpersonal på akutmottagningar//personal på akutmottagning och psykiatriavdelning upplevs ha en medicinsk roll//vill att de lyssnar, ger dem tid och emotionell stöd//	hjälp att förstå sina känslor och beteende//upplevde en motvilja av vårdpersonalen tala om deras diagnos//
Perseus et al. (2005)	masken av normalitet, de vill inte uppröra eller skada andra genom att visa sin smärta och lidande//ambivalens, önskar kärlek och kamratskap men självhatet säger att de inte är värda att bli älskade. Rädsla av att bli avvisad gör dem antingen till "ensam stark" eller testar om den andra personen verkligen går att lita på.	att leva på gränsen, konstant falla och klättra//emotionellt lidande, kaos av känslor och tankar//självhat, utdöma sina tankar, känslor och ansträngningar som dåliga// hjälp att acceptera känslorna och hantera lidandet verkar vara en början till förändring//känslorna kan inte förstås eller kontrolleras //längtar efter döden som en befriare//kamp för hälsa, värdighet och ett liv värt att leva//ambivalens, rädsla för livet, längta efter döden och samtidigt längta och kämpa för livet//självskadebeteende när smärtan är ohanterlig//söka fara eller fly för att distrahera ohanterliga känslor//masken av normalitet//.	upplevelse av att inte känna sig förstådd, ingen verkar bry sig eller verkar lyssna. Bemötta med respektlösa och fördömande attityder. Upplevelser av personal försökte möta dem men inte lyckades så bra//ej delaktiga i besluten kring deras egen vård//öka lidandet genom att inte förstå och att vara respektlös eller vara hjälpsam och lindra lidandet genom att vara respektfull, förstående och bekräftande//känsla av svek när terapeuten avslutar kontakten//	

<b>Författare</b>	<b>Relationer</b>	<b>Affekter</b>	<b>Vårdkontakt</b>	<b>Diagnos</b>
Horn et al. (2007)	relationers gällande hopp, återhämtning och överlevnad//personer som de kunde lita på och behandlar dem som en person och inte som en diagnos//		diagnosen upplevs medföra ett sätt för vårdpersonalen att avvisa dem//när diagnosen blev satt blev vården indragen//	känsla av kunskap och kontroll //lättköpt och mindre användbar//hopp om förändring//diagnos för att de inte passade in i någon annan kategori//de fick lite information eller förklaring om diagnosen och den information de fick tenderade att vara väldigt negativ//
Aspelin (2006)	separationsångest//sonen den enda som får henne lugn och trygg. Med honom känner hon sig verklig och vid liv//	självanklagelse//fördömande och negativa budskap från sitt inre//självhat hindrar i det dagliga livet// har inget jag, identiteten påverkas av personer och omgivningen// överklighetskänsla med förvrängda sinnesintryck//Hårt arbete mot förbättring//upprepade suicidförsök//självordstankar, gör sig bäst död//skära sig är ett sätt att hantera ångest och skuld//kontaktar präst då hon inte står ut med situationen//	syn på sjukvård, på avdelningen: känner sig lättad, trygg, behöver inte kämpa mer//beslut om LPT. Förbannad av att hon inte får åka hem när hon vill//sjuksköterskors snipiga missnöje och deras övertygelse om att jag försöker manipulera dem//personalen verkar inte ha kapacitet att förmedla empati//på psyket "Här, om någon stans, är det livsviktigt att upprätthålla skenet av normalitet." Rädd att utagerande ska leda till LPT eller extravak//susanne (psykologen) fördömer inte, äcklas inte av hennes beteende, ser henne inte som besvärlig eller manipulerande//susanne (psykolog) meddelar att hon inte kan fortsätta kontakten//reflektion över psykiatrisk vård//	ett skällsord, känner sig kränkt, vill inte acceptera//



<b>Författare</b>	<b>Relationer</b>	<b>Affekter</b>	<b>Vårdkontakt</b>	<b>Diagnos</b>
Hedman (2003)	kvinnorna ömsom idealiseras ömsom nedvärderas//delar in människor som antingen onda eller goda//separationsångest//värdet av en god relation//	plågsamma känslor// överklighetskänsla//borderlineångest//musik som hjälp genom depression och ångest//döds- och självmordstankar//	sjuksköterskan Eva är medkännande, varsam, har skinn på näsan, är vänlig, målmedveten//	
Törnström (2004)	kontaktperson bemöttes först med agg och nonchalans, sedan placerad på piedestal//i samvaro med andra sätter på man en mask som döljer hur man egentligen mår//reflektion över relationsproblem//värdet av goda relationer//	kämpa mot destruktiva tankar lika krävande som klättra uppför Mount Everest//emotionellt bedövad, likgiltighet, tomhet//kan ingenting, oduglig, självanklagelse//hatar livet, vill bara få dö// rädd för att leva, rädd för att dö//självskadabeteende för att lindra den inre smärtan//musik som copingstrategi//upprepade suicidförsök//	under ångest: det bästa var att jag aldrig blev lämnad ensam//att som vårdpersonal våga vara närvarande, utan att engagera sig personligen och utan att ingripa för mycket//det går att ta sig upp med rätt hjälp och stöd samt förståelse från vårdpersonal som är insatta, kompetenta och förstår BPS livsvärld//separationsångest för Annett (kontaktman/DBT-undervisare//	en tröst//