



Universitetet
i Stavanger

Fakultet for Helsefag

Master i Relasjonsbehandling med tema

Personlighetsforstyrrelse, terapeutisk allianse og kjønnsperspektiv

Hvordan kan en forstå de relasjonelle utfordringene i møte med pasienten som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? -Fokus på lidelsen og den terapeutiske alliansen i lys av et kjønnsperspektiv

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Linda Tengs Hafsø

Veileder: Elisabeth Willumsen

Dato 25.mai 2018

Antall ord: 16388

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(høst/vår 2018)

FORFATTER(e)/MASTERKANDIDAT(er): Linda Tengs Hafsø

VEILEDER: Elisabeth Willumsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Hvordan kan en forstå de relasjonelle utfordringene i møte med pasienten som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?

Fokus på lidelsen og den terapeutiske alliansen i lys av et kjønnsperspektiv

Engelsk tittel: How can one understand the relative challenges encountered by the patient who has been diagnosed with borderline personality disorder? Focus on the disorder and the therapeutic alliance in light of a gender perspective

EMNEORD/STIKKORD:

borderline personality disorder, therapeutic relationship, sex differences/gender

ANTALL SIDER: 59

STAVANGER 25.05.2018

Innhold

Innhold	3
Forord.....	5
Sammendrag	6
Abstract.....	7
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Tidligere forskning	9
1.3 Mål og hensikt med studien	12
1.4 Definisjoner av personlighetsforstyrrelse og terapeutisk allianse	13
1.5 Problemstilling.....	14
1.6 Avgrensninger.....	14
1.7 Oppgavens oppbygging	15
2.0 Teoretisk rammeverk	16
2.1 Psykisk helse og bedringsprosess	16
2.2 Psykodynamisk tenkning og forståelse.....	17
2.2.1 Mentalisering	18
2.2.2 Tilknytning.....	19
2.3 Terapeutisk relasjon/ allianse.....	20
2.4 Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.....	20
2.5 Traume	21
2.6 Kjønnsperspektiv	22
2.7 Profesjonsetikk.....	23
3.0 Metode	24
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	24
3.2 Kvalitativ metode.....	25
3.2.1 Tradisjoner innen kvalitativ metode	25

3.3 Egen bakgrunn og forforståelse	26
3.4 Fremgangsmåte ved innhenting av informasjon for videre forskning	27
3.4.1 Søkeord	28
3.5 Inklusjonskriterier for artiklene	28
3.6 Valg av artikler	29
3.7 Reliabilitet og validitet.....	30
4.0 Analyse og prosess.....	30
4.1 Presentasjon av artiklene	32
5.0 Funn	36
5.1 Symptomer og holdninger	36
5.1.1 Oppsummering av funn og resultat knyttet til symptomer og holdninger	38
5.2 Terapeutisk allianse og tilknytning.....	38
5.2.1 Oppsummering av funn og resultat på tema terapeutisk allianse og tilknytning	41
5.3 Kjønnsperspektivet	41
5.3.1 Oppsummering av funn relatert til kjønnsperspektivet.....	42
6.0 Diskusjon	42
6.1 Symptomene forstås ikke likt av behandlere av forskjellig kjønn og det lager relasjonelle utfordringer på vei mot diagnostisering og behandling.....	42
6.2 Den virksomme terapeutiske alliansen er avhengig av gode holdninger, kunnskap om tilknytning, mentalisering og praktisk erfaring.	46
6.3 Kjønnsperspektivet er for lite presentert i forståelsen av symptombylde og de relasjonelle utfordringene i møte med den emosjonelt ustabile pasienten.....	49
6.4 Litteraturstudie som metode, noen refleksjoner	50
7.0 Avslutning.....	52
Litteraturliste.....	54

Forord

Jeg har avsluttet masterstudie i relasjonsbehandling mai-2018 med å skrive en litteraturstudie om et tema som jeg finner svært spennende og nyttig å få bedre kunnskap om. Dette har vært en spennende, men svært krevende prosess. Krevende både faglig, personlig og tidsmessig. For at dette i det hele tatt har vært mulig å gjennomføre, ønsker jeg å takke enkelte som har vært til stor hjelp. Jeg ønsker å takke alle ved min arbeidsplass ved Dalane DPS, poliklinikk for å ha gitt meg den tid og oppbakking som har vært nødvendig for å prestere og levere innen den tid vi fikk disponibelt til å gjøre oppgaven.

Jeg ønsker å takke familie, kjæreste og venner som har holdt ut med meg i den boblen jeg nå har vært i flere måneder. Tror de er vel så glade som meg for at dette nå tar en ende. Jeg ønsker å takke min venninne Camilla Gomsrud for gjennomlesning av oppgaven utallige ganger, hjelpe med referanseoppsett og for å høre meg prate i vei om dette i det uendelige. Ikke minst vil jeg takke for hjelp til formatering når datakunnskaper ikke strekker til. Jeg ønsker også å takke bibliotekar Grethe Mortensen ved UIS for all hjelp til søk i databaser. Sist men ikke minst vil jeg takke min veileder Elisabeth Willumsen, som har hatt troen på meg hele veien og gitt meg gode konkrete tilbakemeldinger. Hun har vist veien videre og ikke gitt meg opp og til slutt fått meg i mål.

Tusen takk alle sammen.

Sammendrag

Bakgrunn: Som behandler i poliklinikk møter jeg pasienter med ulike symptomer som skal forstås, diagnostiseres og behandles. Det er flere behandlere som vegrer seg for å stå i behandling med pasienter som har diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er relasjonelle utfordringer i å få kontakt med pasienten, forstå hva de sliter med og med å komme i posisjon til å følge pasienten i en bedringsprosess.

Formål med studien: å finne svar på problemstillingen:

Hvordan kan en forstå de relasjonelle utfordringene i møte med pasienten som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? -Fokus på lidelsen og den terapeutiske alliansen i lys av et kjønnsperspektiv

Metode som er brukt: kvalitativ litteraturstudie

3 sentrale funn fremheves:

- Symptomene forstås ikke likt av behandlere av ulikt kjønn og det lager utfordringer i relasjoner i forhold til diagnostisering og behandling.
- Den gode terapeutiske alliansen er avhengig av gode holdninger, kunnskap om tilknytning, mentalisering og praktisk erfaring.
- Kjønnsperspektivet er for lite presentert i forståelsen av symptombilde og det kan ha betydning for hvordan denne lidelsen blir forstått og møtt.

Konklusjon: Det er viktig for behandlere å fokusere og reflektere over egne holdninger i møte med pasienter. Manglende selvforståelse, for lite kunnskap om lidelsen, manglende praktisk erfaring og veiledning kan bidra til relasjonelle utfordringer mellom behandler og pasient. Det å være bevisst sitt eget kjønn i møte med pasienten og å være undrende sammen i møte på hvilke forventninger pasienter har til seg selv med fokus på sitt eget kjønn, kan ha betydning for å forstå denne lidelsen bedre.

Abstract

Background: As a therapist in an out-patient clinic I personally meet numerous patients with different symptoms that got to be understood, diagnosed & treated. There are many therapists who balks at having charge of treatment with the patient group who are diagnosed with borderline personality disorder. There are relational challenges in getting contact with the patient, understanding what the patient is having difficulties with and getting into a position from where you can be with the patient in an ongoing recovery process.

Purpose of the study: to find answers to the issue:

How can one understand the relative challenges encountered by the patient who has been diagnosed with borderline personality disorder?
Focus on the disorder and the therapeutic alliance in light of a gender perspective

Method used: qualitative literature study

Findings:

- Symptoms are not understood in the same way by therapists of different gender and it poses relative challenges on the way to diagnosis and treatment.
- The good therapeutic alliance is dependent on good attitudes, knowledge of attachment and practical experience.
- The gender perspective is too little presented in understanding the symptom source and it may affect how this disorder is understood and met.

Conclusion: It is important for therapists to focus and reflect on their own attitudes in dealing with patients. Lack of self-understanding, insufficient knowledge of the disorder, lack of practical experience and guidance can contribute to relative challenges between the therapist and the patient. Being aware of their own gender in meeting with the patient and being wondering together in meeting what expectations patients have for themselves with focus on their own gender may be important for understanding this suffering better.

1.0 Innledning

I denne masterstudien ønsker jeg å belyse hvordan lidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan utfordre relasjonen i møte mellom behandler og pasient. Videre ønsker jeg å reflektere over om det å være kvinne eller mann kan ha betydning for forståelsen av lidelsen og de relasjonelle utfordringene. Lidelsen er også kalt borderline personlighetsforstyrrelse.

Jeg vil bruke begrepet pasienter i oppgaven og velger å bruke ordet behandler uavhengig av om det er sykepleiere, psykiater, psykolog eller annet helsepersonell som møter på relasjonelle utfordringene i møte med denne pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som psykiatrisk sykepleier ved min arbeidspraksis i poliklinikk møter jeg mange pasienter med ulike diagnoser og lidelser. Det som jeg har lagt merke til er at det sjelden eller aldri er henvist mannlige pasienter med traumbakgrunn, som ender opp med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette har gjort til at jeg blir sittende med mange spørsmål som jeg ønsker å få mer svar på.

Unngår jeg som behandler å se at symptomene som omhandler menn kan passe til denne diagnosen, og i så tilfelle hvorfor? Har mine holdninger og forutinntatthet, mine ubevisste tanker rundt kjønnsperspektivet en medvirkende årsak til at symptomer har fått en annen forståelse? Hvordan behandlere forstår symptomene og diagnostiserer, vil jeg anta får betydning for forståelsen av hva pasienten sliter med og hvordan de blir møtt i behandling.

Det er ønskelig å se nærmere på selve utfordringene i forståelsen av symptombilde i denne lidelsen og på hva som kan gjøre at møtet mellom pasient og behandler blir opplevd som vanskelig. Ulike traumer i barndommen uavhengig av kjønn, som fysisk, psykisk og seksuelle overgrep viser til forekomst av utvikling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Sansone, Hahn, Dittoe & Wiederman, 2011). Når en vet at begge kjønn opplever traumer og får symptomer så blir jeg nysgjerrig på om det å være

kvinne eller mann kan ha betydning på hvordan behandler tenker rundt symptomene før de diagnostiserer og om det har noe å si for relasjonen i møte.

1.2 Tidligere forskning

Tradisjonelt sett har vitenskap blitt fremstilt som kjønnsnøytralt. Det har vist seg i ettertid i historien å ikke være den fulle sannheten. Kvinneperspektiv vokste frem og det ble da anerkjent at menn også var et spesifikt kjønn. Dette førte til at kjønnsperspektivet fikk betydelig mer fokus med blikk for det særegne hos de to kjønnene (Schei & Bakketeig, 2007).

I boken «*Kvinner lider og menn dør*» er det flere viktige tema som blir diskutert av Schei & Bakketeig (2007). De trekker frem spørsmål rundt ulike temaer omkring forebyggende tiltak og behandling med fokus på ulikheter mellom de to kjønnene.

Tradisjonelle kjønnsideal er integrert i mange kulturer. Det er for eksempel forsket på betydningen av kjønnsperspektivet i arbeid med ruslidende og at det er viktig med kjønnsdifferensiert behandling for denne gruppen. Da er fokus også på behandlerens eget kjønn i møte med pasienten betraktet som vesentlig, knyttet til tema som blir belyst. I tillegg er det viktig å tenke over at det går an å være feminin/maskulin relatert til personlighet på tvers av kjønn (Skotland, 2011).

Andersen (2014) formidler spørsmål rundt kjønnsperspektivet i sin bok «*Sårbar og sterk*». Han trekker frem syn på mannrollen i lys av maskulinitet og offerrollen. Han formidler at det å være offer ikke er det samme som å være svak og det bryter med mannsidealet at mannen er det sterke kjønn om de viser sårbarhet ved å være et offer. Han viser til at det er manglende kunnskap og kompetanse og tiltak rettet mot menn som har blitt utsatt for overgrep.

I forståelsen av lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er det ikke alltid at det er traumer som seksuelt overgrep eller rus som er bakgrunn for denne lidelsen. Men begge kjønn er representert i denne lidelsen og en må ta i betraktning at det kan være mye tabu knyttet til det å være offer og at overgrep ikke alltid er lett å prate om (Nysæter & Nordahl, 2015).

Det er forståelse for at det er uenighet omkring spørsmålet om det er forskjell på menn og kvinner som har fått diagnosen borderline. Noen artikler hentyder til at det er flere kvinner enn menn med denne diagnosen mens andre hevder at det ikke er forskjell på kjønn i forhold til diagnostisering. Det vises generelt til at det er kvinner i større grad enn menn som både søker og tar imot hjelp for psykiske lidelser. Det er samlet sett i større grad menn som har symptomer som gjør at menn med diagnosen i større grad får hjelp for et rusproblem i andre hjelpeinstanser fremfor i psykisk helsevern (Nysæter & Nordahl, 2015).

Behandlere kan vurdere det samme symptombildet forskjellig avhengig av kjønn. En ser ofte at menn med de samme symptomene som kvinner som indikerer en emosjonelt ustabil personlighet ofte får diagnosen innenfor rusfeltet fordi disse egenskapene også kan forstås som et rusfenomen (Nysæter & Nordahl, 2015).

Kvinner har mer symptomer over hele skalaen i diagnosen, men utpeker seg spesielt ved at de scorer høyere på fiendtlighet og har flere problemer i forhold enn menn har. Kvinner har mer depresjon og somatiske symptomer enn menn. Menn har mer narsissistiske trekk og favner mer under antisosiale trekk enn kvinner (Silberschmidt, Lee, Zanarini & Schulz, 2014).

Det er begrenset litteratur som sier noe om det er vesentlig forskjell på kjønn og på hvordan de selv opplever sin emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelse og dens utfordringer. Det er 3 områder hvor det vises til kjønnsforskjell i forhold til symptomene. Kvinner selvskader seg mer enn menn, kjenner mer på tomhetsfølelsen og har mer svingende forløp i følelser enn menn (Hoertel, Peyre, Lavaud, Blanco, Guerin-Langlois, Rène, Schuster, Lemogne, Delorme & Limosin, 2017).

Faktorer som gir grunnlag for vellykket behandling, er at pasientene har indre motivasjon hvor en ønsker endring og at de har en god relasjon med behandleren når en først velger å være i terapi (Nysæter & Nordahl, 2015).

Weight og Kendal (2013) gir en oversikt over hvordan helsepersonell møtte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette er de relasjonelle faktorene som

tidligere forskning peker på som kan ha påvirkning for å få til den gode terapeutiske alliansen.

Det ble vist til at negative holdninger og helsepersonellens væremåte var med på å bidra til stigma av denne pasientgruppen. Det ble hevdet at denne pasientgruppen ofte kunne fremstilles som manipulative og at selvskadingsproblematikk var med og bidro til at helsepersonell kunne miste troen på bedring for denne pasientgruppen. Dette til tross for at det nettopp er viktig å se det unike i hver pasient i møte, så er det lett for at en kategoriserer pasienter.

Videre ble ulike kriterier for å få en diagnose innen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse belyst. Samtidig ble styrker og svakheter med denne kategoriseringen diskutert. Det ble undret over om noen kriterier burde vært ilagt mer betydning enn andre, og det ble trukket fram at selvskading, selvmordsforsøk og ustabile forhold var de viktigste kriterier for å få denne lidelsen. Det ble ikke sagt noe om hvorfor disse kriteriene burde vært mer betydningsfulle å belyse.

Det ble også påpekt at det ved så høy forekomst av pasienter med denne lidelsen burde det være mye forskning på området, men det viste seg å være forbausende lite. Det ble stilt spørsmål om det muligens var andre diagnoser som kunne vært mer relevante i forståelsen av problemene og at det kunne være feil diagnostisering.

Det å fokusere på sykepleierens holdning i møte med denne pasientgruppen ble trukket frem som viktig. Om en hadde negative fordommer og holdninger i møte med denne pasientgruppen kunne det bli fare for at en videreførte dette til andre kollegaer, som skulle læres opp til å håndtere de symptomene som skapte relasjonelle problemer. Viktigheten av å erkjenne denne lidelsen som et vanskelig fenomen, men at en kunne bli frisk av den, ble påpekt som sentralt for å kunne være til hjelp. Å ha respekt for lidelsestrykket pasientene hadde i møte hadde betydning for bedring. Samtidig ble det diskutert om det var uvitenhet og fordommer som gjorde til at sykepleiere distanserte seg fordi de blir redde for atferden til pasientene. Kommer for eksempel redsel i veien for forståelse? Det kunne føre til at behandlere ble mindre empatiske og mer tilbaketrukkne i møte med pasienten.

Det å ha veiledning i møte med denne pasientgruppen ble konstatert som en viktig faktor for å forstå denne lidelsen og for å kunne forebygge negative holdninger. Videre så ble erfaring blant sykepleiere vektlagt som vesentlig for å kunne agere på rett måte med tanke på hvilke forsvarsmekanismer en blir møtt med. Samtidig måtte en være observant på at også pleiere er mennesker og kan komme i fare for å bruke sine forsvarsmekanismer i møte med pasienten og at det ikke i utgangspunktet handler om dårlige holdninger. Det ble hevdet at sykepleierne ofte opplevde at de hadde for liten tid til pasientene og at det ble mye fokus på medisiner fremfor den gode terapeutiske alliansen. Det ble også vist til at det var for lite fokus på trening i god kommunikasjon i møte med denne pasientgruppen og at det ofte førte til at behandlere fikk en holdning om at denne lidelsen er vanskelig eller umulig å behandle. Det ble fokusert på viktigheten av å erkjenne at pasienter kan kjenne på skam og skyldfølelse og at det tar tid for pasienter å avsløre sine innerste tanker og følelser (Weight & Kendal, 2013).

Jeg vil videre i oppgaven bruke disse erfaringene fra tidligere forskning vedrørende utfordringer i møte mellom behandlere og pasienter med denne lidelsen, for å bedre kunne belyse problemstillingen.

Disse erfaringene som tidligere forskning viser til som har laget utfordringer i møte mellom pasienter og behandlere med denne lidelsen, ønsker jeg å bruke i diskusjonen videre i oppgaven for å bedre kunne belyse problemstillingen.

1.3 Mål og hensikt med studien

Målsetting med masterstudiet er at jeg skal vise til at jeg har tilegnet meg vitenskapelig måte å tenke og arbeide på. Jeg ønsker å formidle vitenskapelige funn og at jeg kan beherske det vitenskapelige språket som er knyttet opp mot helsevitenskap og min spesialisering i relasjonsbehandling. Jeg har til hensikt å vise til at den kompetansen jeg har tilegnet meg i løpet av de 3 årene har videreutviklet seg til en forståelse som også kan videreformidles til andre som kan nyttiggjøre seg den kunnskap som er ervervet. Hensikten med denne studien går spesifikt ut på å utforske hvilken kunnskap som finnes omkring forståelsen av personlighetsforstyrrelsen og de relasjonelle utfordringer som kan påvirke den terapeutiske alliansens, i lys av et kjønnsperspektiv.

1.4 Definisjoner av personlighetsforstyrrelse og terapeutisk allianse

Årsaken til at nettopp emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse blir tematisert fremfor noen av de andre personlighetsforstyrrelsene, er at det er disse symptomene som lidelsen representerer som virker å være vanskelig å forstå og behandle på en tilfredsstillende måte.

Lidelsen koster samfunnet mye ved at denne pasientgruppen ofte blir kasteballer i systemet da oppfølgingen ofte kan kreve mange års behandling (Øverland, 2008). Jeg vil gå i dybden for å forstå denne spesifikke personlighetsforstyrrelsen i teoridelen, men vil gjerne presisere først hva en personlighetsforstyrrelse er.

En personlighetsforstyrrelse er en psykiatrisk lidelse som kjennetegnes ved avvik i personlighetstrekk. Dette vil vise seg i form av urimelige reaksjoner med mange personlige og sosiale situasjoner. Et menneskes personlighet omfatter stabile mønstre av oppfatning, tenkning og atferd som kjennetegner det enkelte menneske. Vår personlighet er bygd av en rekke personlighetstrekk, som i større eller mindre grad kommer frem i samhandling med andre mennesker. Slike trekk er for det meste ubevisste for mennesket selv. Hvis det mønster av oppfatning, tenkning og atferd som kjennetegner det enkelte menneske, avviker fra hvordan gjennomsnittet av individer i en kultur oppfatter, tenker, føler og forholder seg til andre på, kan det dreie seg om en personlighetsforstyrrelse. Slike mønstre er stabile, og vil alltid komme til uttrykk innenfor flere områder av psykisk og sosial fungering. En Personlighetsforstyrrelse kan anses som en forstyrrelse i utvikling av personligheten. Dette gjør at denne gruppen lidelser ofte kommer til uttrykk allerede i ungdomsårene og fortsetter inn i voksen alder.

Personlighetsforstyrrelsene omfatter en gruppe lidelser hvor den enkelte personlighetsforstyrrelse klassifiseres etter de personlighetstrekk som er mest fremtredende (Norsk Helseinformatikk, 2016).

Terapeutisk allianse har en sentral plass i psykodynamisk holdning og forståelse. Den terapeutiske alliansen består av to forhold. Den konkrete kontakten mellom pasient og terapeut og den ubevisste /irrasjonelle del som foregår både hos pasienten og terapeuten (Opjordsmoen, Thorsen & Vaglum, 2008; Kennair & Hagen, 2014; Rønnestad & Lippe,

2013; Bøe & Thomassen, 2003). Den terapeutiske alliansen vil bli presentert mer inngående i den teoretiske delen av oppgaven.

1.5 Problemstilling

Hvordan kan en forstå de relasjonelle utfordringene i møte med pasienten som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? - Fokus vil være på lidelsen og den terapeutiske alliansen i lys av et kjønnsperspektiv

For å komme fram til denne problemstillingen har jeg jobbet mye med problemformuleringen. Jeg brukte PICO spørsmål fra skjema som hjelp til å definere hva jeg ønsket å forske på (Friberg, 2017). Jeg havnet tilslutt på populasjon: kvinnelige og mannlige pasienter. Intervensjon: kvinner og menn med symptomer som kan forstås som lidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Comparison: relasjonen og kjønnsperspektivet i lidelsen. Outcome: hvordan forstå og møte denne pasientgruppen bedre i lys av et kjønnsperspektiv.

1.6 Avgrensninger

Kjønnsperspektivet kan knyttes til alle diagnoser innen psykisk helse. Grunnen til at jeg har valgt emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse fremfor noen av de andre personlighetsforstyrrelsene, omhandler min nysgjerrighet for denne pasientgruppen spesielt. Det er så mange utfordringer tilknyttet det å bygge tillit og få en god terapeutisk allianse til denne pasientgruppen på grunn av deres grunnleggende mistillit til den andre. Dette baserer jeg på fra egne erfaringer i møte med pasienter som har fått denne diagnosen, samt fra teoretisk kunnskap om fenomenet tilknytning (Wennerberg, 2011).

Kriterier for å kunne få denne lidelsen diagnostisert baseres på ulike diagnosesystem. Jeg har valgt å fokusere på kriterier fra ICD 10 systemet. Det er i forskningen også blitt brukt DSM-IV for å diagnostisere lidelsen. Begge diagnosesystemene har midlertid

fokus på symptomene som omhandler det ustabile følelseslivet, skjørt selvbilde og selskadede atferd som lager relasjonelle utfordringer (Øverland, 2008).

I forhold til artikler som blir benyttet i denne studien, er de i hovedsak knyttet opp til kvalitativ forskning. Grunnen til denne avgrensningen er at den kvantitative forskningen er mer opptatt av å se på tall som kan vise til ulikheter og forskjeller på symptomene i denne lidelsen i forhold til menn og kvinner. Samtidig er det kanskje viktig å ha med seg en forståelse av hvordan symptombilde kan være fordelt mellom kvinner og menn ut i fra den kvantitative forskningen. Jeg ønsker imidlertid å forske mer på hvordan lidelsen blir forstått som vanskelig av pasienter og behandlere i møte og analysere de funn jeg finner i lys av et kjønnsperspektiv.

Jeg har inkludert artikler hvor både pasienter og behandlere uttaler seg om de ulike fenomen jeg etterser i artiklene med hensyn til utvelgelsen av artiklene. Hva som utspiller seg som utfordringer i forståelsen av lidelsen og de relasjonelle utfordringene er viktige faktorer for å belyse om det kommer fra pasient eller behandler. Min begrunnelse for dette er at en er ikke alene i det som utspiller seg i møte mellom to mennesker. Det er to subjekter som forholder seg til hverandre og gjensidig påvirker hverandre både ubevisst og bevisst (Nemiah, 1981).

Jeg finner det interessant å se om funnene formidler det samme som tidligere forskning tilsier, eller kan muligens mitt bidrag føre til en ny forståelse av de samme fenomener? «Det nye som kvalitative studier kommer frem til, representerer ofte en alternativ forståelse av fenomener mottakeren kjenner til fra før» (Thagaard, 2016, s. 52).

1.7 Oppgavens oppbygging

Videre i oppgaven blir det teoretiske rammeverket belyst i et eget kapittel 2. Dette er nødvendig for å kunne evaluere og diskutere problemstillingen. I kapittel 3 presenteres metode som er en litteraturstudie. I kapittel 4 beskrives hvordan analyse av problemstillingen er tiltenkt og i kapittel 5 blir funn presentert. I kapittel 6 diskuteres resultat av funnene og refleksjoner rundt metoden blir belyst. Tilslutt kommer kapittel 7 som er det konkluderende kapittel som svar på problemstillingen. Kapittel 7 er det konkluderende kapittelet.

2.0 Teoretisk rammeverk

I studien ønsker jeg å gjennomgå og presentere litteratur som kan belyse problemstillingen. Jeg tenker at hensikten med all forskning er å finne veier som kan føre til endring, til noe annet, noe bedre.

Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. På denne måten er teori en integrert del av vår forskningsmetode som hjelper oss å forstå de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s. 47).

Min problemstilling blir til av to grunner. For det første undrer jeg meg over om kjønnsperspektivet, eller mangel på refleksjon rundt kjønnsperspektivet, kan ha påvirkning på hvordan en forstår symptomer, diagnostiserer og møter menn og kvinner med denne lidelsen i utgangspunktet? For det andre ønsker jeg å forstå mer av hva som kan bidra til relasjonelle utfordringer i møte med denne pasientgruppen. Videre vil jeg nå presentere ulike teoretiske rammer som jeg anser som relevante for å kunne belyse min problemstilling i dette studie. Ved dypere teoretisk innsikt og ved praktisk erfaring har jeg som behandler muligheten til å hjelpe pasienter til en bedre psykisk helse (Borg & Topor, 2014).

2.1 Psykisk helse og bedringsprosess

Psykisk helse må sees som et relasjonelt begrep. Det er like mye variasjoner på hva som defineres som god psykisk helse som det finnes mennesker. Det er kulturforskjeller som råder på hva som ligger i begrepet psykisk helse og det er avgjørende at hver enkelt blir møtt med respekt for sitt liv, sine valg og avgjørelser. Holdninger en møter andre med blir sentrale i behandlingen og veien mot bedring (Borg & Topor, 2014).

Bedringsprosess, også kalt Recovery.

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter, og/eller roller. Det er en måte å leve et liv som gir håp, trivsel og muligheter til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer

ny mening og nye mål for livet, og muligheter for å vokse og utvikle seg (Anthony, 1993, s. 17).

2.2 Psykodynamisk tenkning og forståelse

Psykodynamisk tenkning og forståelse har utviklet seg i årenes løp. Det som er felles for alle retninger er at målet er å forstå mennesket bedre. Psykoterapi handler om å finne et samarbeid der en finner en meningsfull dialog for å forstå følelser og relasjoner. Det omhandler om å forstå hva pasienten strever med og være delaktig til at pasienten kan oppleve en mestring i livet sitt (Thorgaard & Hagen, 2009).

Mange viktige personer har hatt betydning for forståelsen av menneskets personlighet og utvikling i forhold til tilknytning. Sigmund Freud (1856-1939) blir sett på som grunnleggeren av psykoanalysen. På grunn av oppgavens omfang avgrensers jeg til utvalgte teoretikere fra den senere tid. Winnicott (1896-1971) har blant annet vært en sentral person i den psykodynamiske forståelsen av utvikling hos barn.

Objektrelasjonsteorien er en utviklingslinje innen psykodynamisk teori som han har arbeidet med. Teorien omhandler i korte trekk hvordan vår kontaktutvikling utvikles og hvordan mennesket klarer å ha et indre bilde av den andre i møte. Det som er det kjernen i denne teorien er barnets bestrebelser etter en tilknytning, bli sett og forstått å føle seg trygg i relasjonen (Abrahamsen, 2011).

De indre representasjonene av et selv som barnet får i samspillet med andre kan for barnet både være representert fra hvordan det faktisk var, men også omhandle vrengete fantasier om hva som hendte i samspillet (Kennair & Hagen, 2014).

Begrep som Winnicott representerer er "god nok omsorg" og har fått betydning innen psykodynamisk tenkning og forståelse. Det vil si at behandler må stå i utfordringen relasjonen byr på i øyeblikket, uten å svare igjen med samme mynt når for eksempel pasienten avviser, manipulerer eller er hissig i væremåte. Slik vil pasienten kunne bevare det gode objektet som behandler kan representere, som det gode indre objekt (mor) som overlever uten å gjøre igjen (Abrahamsen, 2011).

Samtidig som å representere et "holding enviroment" for barnet, er det viktig at mor etterhvert slipper taket slik at barnet sakte men sikkert forstår sin posisjon i forhold til sin avhengighet av mor, kombinert med sitt eget ønske om å bli omnipotent. Mor har stor betydning her i forhold til å lære barnet å bli kjent med sin frustrasjon samtidig å føle seg trygg (Waters, Crowell, Elliot, Corcoran, & Treboux, 2002; Wennerberg, 2011; Stokkeland & Thu, 2010). Overført til behandlerrollen, oppfatter jeg det slik at man skal trygge pasienten å utforske sine ønsker og behov samtidig som pasienten skal være trygg på å få den støtten han trenger for å komme dit han ønsker og behandler skal gi slipp på pasienten når han håndterer sine utfordringer.

2.2.1 Mentalisering

Evnen til å mentalisere, dvs. å kunne forstå den andre innenfra og oss selv utenfra er en viktig forutsetning for å kunne tone inn den andres følelser (Wennerberg 2011, s.104-105). Ved trygg tilknytning utvikles denne evnen og det er omsorgspersoners evne til å hjelpe barnet til affektregulering som ligger til grunn for utvikling av god mentaliseringsevne (Wennerberg, 2011).

Mentalisering innebærer at en i stedet for å handle på sterke impulser og følelser klarer å bruke sin evne til å reflektere og forsøke å håndtere det som skjer på en måte slik det passer inn i samhandling med den andre. En kan ofte miste besinnelsen ved å feiltolke andres hensikter og motiver. Avvisning kan for eksempel føre til at sterke følelser blir satt i sving og kan forårsake problematisk atferd i videre samhandling. Det er ofte i relasjoner som er viktige for oss at følelser blir sterkest aktivert og det er gjerne da mentaliseringsevnen kan bryte når vi trenger dem som mest, og vi snakker da om mentaliseringssvikt (Kennair & Hagen, 2014).

Bowlby (1907-1990) la grunnlag for forståelsen av viktigheten av å ha en "trygg base". I det ligger formidlingen at så fort barnet opplever ubehag eller redsel trer tilknytningsatferd inn. Denne er basert på å ha en trygg tilknytningsperson som en kan gå til om en blir utrygg. Omsorgspersonen blir der for barnet til det er klar for å utforske verden igjen (Abrahamsen, 2011). Dette overført til terapi, forstår jeg at behandler skal fungere som den trygge base. Slik kan behandler og pasient utforske hvordan tilknytning ble skadet og videre bygge på den bærende relasjonen til å finne nye

alternativ handlingsstrategier som gir bedre relasjoner uten at angsten som aktiverer tilknytningsatferden blir ødeleggende i møte.

2.2.2 Tilknytning

Tilknytning er noe som varer ved hele livet og som blir dannet de første 3 første leveårene. Det er en teori om konflikt og forsvar hvor den beskriver nødvendigheten av et forsvarsverk om en føler seg redd for å ikke bli forstått/blir forlatt av den andre. Forsvaret kommer frem i lys av hvordan tilknytningspersonen reagerer i kontakten (Everett et al., 2002; Wennerberg, 2011). Å kartlegge og skjønne mestringen og forsvaret (*forsvarsmekanismer*) som ligger bak handlingsmønstre, vil være av betydning for å kunne endre maladaptive relasjonsmønstre (Binder, Hjeltnes, Høstmark Nielsen & Scanche, 2013; Thorgaard & Haga, 2009).

Det finnes 3 organiserte tilknytningsmønstre, et som er trygt og to utrygge. Det finnes også en desorganisert tilknytning (Wennerberg, 2011). Ainsworth (1913-1969) jobbet sammen med Bowlby og utviklet tilknytningsteorien til to dimensjoner: angstdimensjonen og nærhet/unnvikelsesdimensjonen (Opjordsmoen et al., 2008, s.18). Trygg tilknytning er den sunneste tilknytningen. Personen stoler da på seg selv og andre. Personen har da en objektiv evne til å vurdere relasjoner og situasjoner på en sammenhengende måte uavhengig om erfaringene er positive eller negative. De andre tilknytningsmønstrene presenterer ubalanse i de indre tillit og trygghetssystemer (Wennerberg, 2011; Opjordsmoen et al., 2008).

Engstelig /ambivalent tilknytning, engstelig/avisende tilknytning, og engstelig /desorientert tilknytning er de andre. De tre første hører med under normalutviklingen, samtidig som de to i midten kan forårsake en del utfordringer i relasjoner, da forsvarsmekanismer trer i kraft for prøve å oppnå en indre basal trygghet. Den siste hører til under forståelsen av de som har blitt mest relasjonsskadet i oppveksten. Det finnes ingen klar linje mellom disse mønstrene (Waters et al., 2002).

Den psykodynamiske forståelsen er basert på at vi er like som mennesker og det gjør at vi bruker oss selv som verktøy med vår egen historie og opplevelser i tidligere relasjoner for å igjen kunne kjenne igjen lidelsen i pasienten (Thorgaard, 2014).

Hvordan vi bruker oss selv som verktøy har utgangspunkt i alliansen vi oppretter med pasienten.

2.3 Terapeutisk relasjon/ allianse

Den terapeutiske alliansen har blitt sett på som en sammenligning mellom mor -barn forholdet som Bowlby teorien omhandler (Everett et al., 2002). Terapeutens følelser blir av stor betydning i møtet til pasienten. Det fokuseres på terapeutens evner til å forstå seg selv og sine reaksjoner for å forstå hva som skjer med pasienten i relasjonen. Det nonverbale i kontakten ansees som å være av stor betydning å kunne forstå pasientens følelser (Abrahamsen, 2011; Ogden, 1979).

Behandler bør i møte, romme de ulike pasienters basale tilknytningsmønstre med tanke på det følelsesregister det innebærer i kontakten. Samtidig er det ofte at det nettopp er i forhold til tilknytningen og den basale tillit som er forstyrret hos pasienter som kommer til behandling (Bucci, Seymour-Hyde, Harris & Berry, 2016; Opjordsmoen et al., 2008).

Det er flere irrasjonelle faktorer som er viktige å bemerke seg om en ønsker at relasjonen mellom pasient og behandler ikke skal bli ødelagt eller forstyrret. Det ene er å ta inn over seg og være bevisst at det er mye ubevisst som foregår i det indre liv både hos pasienten og terapeuten. Det er den del av sinnet som ubevisst holder en tanke, en drift eller en følelse borte fra sinnets bevissthet med makt via forsvarsmekanismer (Nemiah, 1981, s. 294).

Det andre er å være bevisst at en ubevisst vil dra med seg tidligere erfaringer fra relasjoner fra viktige andre i oppveksten, som kan gi en problematisk relasjon. Det tredje er å være observant på de overføringer og motoverføringer som kan oppstå i behandling. De ubevisste og de bevisste forhold hos terapeuten gir samtidig god informasjon om hva pasienten kan streve med (Opjordsmoen et al., 2008).

2.4 Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

For å få diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse /borderline er det visse kriterier som må være oppfylt. ICD 10 beskriver følgende:

F60.3 Personlighetsforstyrrelse kjennetegnes ved en klar tendens til å handle impulsivt uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Evnen til å planlegge fremover kan være minimal, og utbrudd med intenst sinne kan ofte føre til vold eller «atferdsekspløsjoner». Disse kan lett utløses dersom impulsive handlinger blir kritisert eller motarbeides av andre. Det er spesifisert to typer av denne personlighetsforstyrrelsen og begge deler det generelle kjennetegnet impulsivitet og manglende selvkontroll.

F60.30 Impulsiv type

Dominerende kjennetegn er følelsesmessige ustabilitet og manglende impulskontroll. Voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig særlig ved kritikk av andre.

Inkl. eksplosiv og aggressiv personlighetsforstyrrelse.

Ekskl. dyssosial personlighetsforstyrrelse (F60.2)

F60.31 Borderline-type

Flere av kjennetegnene på følelsesmessig ustabilitet er tilstede, i tillegg til at individets eget selvbilde, mål og andre verdier (også seksuelle preferanser) ofte er uklare og forstyrrende. Det foreligger vanligvis også kronisk tomhetsfølelse. En tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold kan føre til gjentatte følelsesmessige kriser, og kan være forbundet med desperate bestrebelse for å ikke bli forlatt, og med en serie av selvmordstrusler eller episoder med selvpåført skade (selv om disse også kan inntreffe uten utløsende faktorer) (ICD 10, 2005, s. 202-203).

2.5 Traume

Traume er gresk og betyr sår eller skade og i denne sammenheng, er et psykologisk traume. Det som er sårbart for et menneske trenger ikke å være det for et annet. Mennesket har ulik sårbarhet. Traumatiserte reaksjoner kan oppstå når det oppleves nytteløst å handle og forsvarsmekanismer trer i kraft. Det som fokuseres videre på i studiet mitt, er traumer som har medført at pasienten har fått tilknytningstraumer og sliter med å fungere i relasjoner. Det innebærer at traumene kan ha vært påført fra både

fysisk mishandling, seksuelle overgrep eller trusler mot egen integritet ved å ikke bli følelsesmessig bekreftet i relasjoner (Wennerberg, 2011).

Både menn og kvinner opplever å bli traumatisert fra omsorgssvikt på både følelsesmessig og fysisk plan. Hvordan hvert individ takler traumer, er individuelt da vi har ulik sårbarhet fra fødselen av. Personer som har opplevd slike psykologiske traumer utvikler ofte personlighetsforstyrrelser og flere kan slite med PTSD (posttraumatisk stressyndrom). Dette er en psykologisk reaksjon på det traume som en kan ha opplevd (Wennerberg, 2011). Traume ødelegger for individets fundamentale skjema om indre arbeidsmodeller om andre og seg selv og vitner om at det blir en naturlig reaksjon på en unaturlig hendelse (Dyregrov, 2000; Killen, 2015).

2.6 Kjønnsperspektiv

Et medisinsk blikk søker etter symptomer som kan være med på å stille en diagnose. Det er et viktig bidrag for å kunne forstå pasienten, samtidig er det bare et perspektiv for å forstå. Det krever kunnskap om den enkeltes levde liv og det bør ses i en sammenheng for å forstå lidelsesuttrykket (Lunåsmo, 2005).

Et kjønnsperspektiv på helse og sykdom kan inkludere biologi, identitet, symbolske og strukturelle forhold. Kjønn som symbol omhandler kulturens bilder/forstillinger av det kvinnelige og det mannlige (Lunåsmo, 2005). For å kunne forstå de relasjonelle utfordringene i møte med denne pasientgruppen, antar jeg at det er vesentlig å ha innsikt og forståelse for hva kjønnsperspektivet kan innebære av utfordringer i møte. Behandlere kan ha forskjellig forståelse av hva det innebærer å være kvinne og mann og hva som er kvinnelig og mannlig i tanke og væremåte vil ha betydning for forståelsen.

Menn tar liv sitt oftere enn kvinner (Schei & Bakketeig, 2007). Det betyr at det er nødvendig å ha kunnskap om at menn muligens uttrykker sine psykiske problemer annerledes enn kvinner for å imøtekomme den enkeltes behov i behandling. Menn har en tendens til å rapportere sin tilstand som bedre enn den faktisk er og ønsker i mindre grad å snakke om sine følelser enn kvinner. Hva som er de samfunnsmessige forventningene til kjønnsrollen er viktig informasjon i møte med den psykisk syke

pasienten (Lilleaas, 2015). Men det spesifiseres ikke hva de samfunnsmessige forventningene er. Samtidig vurderer jeg at det kan være kulturelt betinget og variere ut i fra den konteksten en befinner seg i.

Thornquist (2001) setter søkelyset på ulike forestillinger om kvinner og menn i daglig helsearbeid i sin artikkel om «*Helsearbeid i kjønnsperspektiv*». Hun hevder at alle fagarbeidere er med på å skape kjønn gjennom de ord som blir formidlet og handlinger som gjøres. Med fokus på språkbruk hevder hun at kvinner er mer relasjonsorienterte enn menn. De lytter mer og stiller mer spørsmål enn menn. Menn er mer informative, har mer fokus på å være selvstendige, være underholdende og er mer barskere i sin måte å uttrykke seg på. Kvinner snakker mer seg imellom enn menn. I blandende grupper vises det ofte til at kvinner tilpasser seg menns normer. Hun beskriver at gutteidealet er å være aktiv pågående og modig. Idealet om de søte, snille og stille piker, er like levende som før, men at det er mer rom for at de kan være aktive. Det presiseres at forskning og diagnostikk kan være preget av kjønnete forestillinger og at en må være slike problemstillinger bevisst i videre analyse av forståelsen av et fenomen en ønsker å se nærmere på.

Dette er noen av de vestlige normene som rår, og Thornquist (2001) sier noe om viktigheten av å bytte om menns og kvinners rolle i tankene våre om vi er i tvil om forestillinger om kjønn gjør seg gjeldende i forståelsen av den andre. Det er med å bygge opp under den enkeltes selvilde eller sådan rive den ned om en ikke er bevisst på å gjøre seg kjent med de forestillinger som rår innen kjønnsperspektivet på eget arbeidssted og hvordan en selv definerer de ulike kjønnsrollene. Det å tilpasse seg de normer som rår i et felleskap for å bli akseptert, er med på å styre våre tanker og handlinger. Derfor er det av stor betydning at en er seg disse holdninger bevisst i møte med den andre.

2.7 Profesjonsetikk

Det er av stor betydning at etiske vurderinger blir gjort i enhver profesjon, både innen medisin og innen helsefag. Det å være profesjonell innebærer for hvert individ personlige egenskaper, kunnskaper innen faget, og evne til å kommunisere og forholde seg til andre. Det å være profesjonell krever at en også vet hvilke forventninger det er i

samfunnet i forhold til krav som stilles og hva som passer med pasientens behov «Profesjonsetikk dreier seg om å reflektere rundt hvem vi er som utøvere av et fag, og hvem vi ønsker å være» (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014, s. 97). Videre hevder forfatterne at det er sentralt at det er pasientens behov som står i fokus i all behandling og at det er tillit til at profesjonen selv tar ansvar med å sikre kvalitet av det arbeidet en gjør.

3.0 Metode

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2008, s. 83).

I dette kapittelet vises det til den metodiske tilnærmingen som blir brukt i oppgaven for å kunne besvare problemstillingen. Hvordan fremgangsmåten gjennomføres med datainnsamling og studiets gyldighet blir vurdert. Bakgrunn for valg av metode og metode for datainnsamling blir belyst. Min egen bakgrunn og forforståelse blir presentert og hvordan dette kan ha påvirket forskningen. Inklusjonskriterier for artiklene blir redegjort for. Søk i databaser og strategi i søk vil bli presentert og de valgte artikler gjort rede for.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Jeg valgte å skrive en litteraturstudie. Litteraturstudie forutsetter et systematisk arbeid hvor jeg får en oversikt over hvilket materiale som fins på tema som kan belyse min problemstilling (Friberg, 2017). Denne metoden kalles også systematisk kunnskapsoppsummering hvor forskeren begrunner de valg som blir gjort i prosessen (Thorgaard, 2016).

Gjennom å analysere de utvalgte artiklene og sammenligne dem opp mot hverandre kunne jeg fastslå hvilken kunnskap som fantes på området. Jeg ville også få en oversikt over mulige spørsmål på hva som det var behov for mer forskning på. Jeg valgte litteraturstudie først og fremst fordi det var begrenset med tid til rådighet samtidig som

det var tilgjengelig litteratur på å studere det relasjonelle fenomenet jeg ønsket å belyse. Samtidig har det vært mye fokus på kvinner spesifikt med denne lidelsen, så jeg ble nysgjerrig på den litteraturen som omhandler begge kjønn.

3.2 Kvalitativ metode

Valget av litteraturstudie innebærer at jeg tar utgangspunkt i å belyse hva andre har forsket på. Jeg orienterte meg i forhold til den utvelgelsen som ble foretatt. Det er flere metoder som kan brukes for å søke etter kunnskap, men det er ofte kvalitative og kvantitative metoder som benyttes i forskningen. Det ble anbefalt fra utdanningen å gjøre et utvalg av artikler på ca. 10 -12 stykker. Dette var veiledende tall som ble brukt som et utgangspunkt. Utvalgte søkeord ble brukt og de ble avgjørende for hvor mange treff i de ulike databaser som kom opp. Utvelgelsen som deretter ble gjort, har blitt dokumentert for at andre skal kunne gå tilbake og se på hva som har blitt gjort. Dette for å sikre forskningens gyldighet (Malterud, 2017).

I denne litteraturstudien valgte jeg kvalitative metode, hvor målet er å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som blir studert. En viktig målsetning med denne metoden er å forstå de aktuelle sosiale fenomener. Jeg har gjort rede for fremgangsmåter når jeg samlet inn informasjon via analyse og forklart hvordan jeg fortolket funnene (Thagaard, 2016).

Kvalitative tilnærminger er den metoden som passer best når en utforsker dynamiske prosesser som omhandler utvikling og samhandling og ser ting i en helhet. Målet er mer i retning av forståelse ikke forklaring hvor en ser mer etter nye spørsmål rundt et fenomen (Malterud, 2017).

3.2.1 Tradisjoner innen kvalitativ metode

Kvalitativ metode er basert på fenomenologisk tenkning som betyr at en er opptatt av hvordan fenomenet opptrer for subjektet og en konsentrerer seg om den måten erfaring etableres på (Thornquist, 2015). Hermeneutisk tenkning og sosialkonstruksjonisme har også røtter i den kvalitative metoden. Hermeneutisk filosofi legger vekt på del og helhet og selvrefleksjon. Sosialkonstruksjonismen anser de sosiale fenomener som er skapt

gjennom samhandling mellom mennesker som viktig (Malterud, 2017). Disse tre tenkemåtene gir opphav til kunnskap som kvalitativ metode er basert på.

Med utgangspunkt i problemstillingen ønsket jeg å belyse hvordan både pasienter og terapeuter opplevde relasjonen og relasjonelle utfordringer som fenomen. Jeg var nysgjerrig på hvordan pasientene ble forstått av behandlere, hvilke forventninger som fantes i møte hos pasientene, hvilke holdninger eksisterte i møte med denne diagnosen og hadde kjønnspektivet noe å si for denne forståelsen? «Vi kan bruke kvalitative metoder for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger motiver og holdninger» (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitative metode ble ansett som den mest relevante for å få kunne få belyst spørsmål som kunne gi svar på problemstillingen.

Da tema var klart begynte jeg med tilfeldige søk på litteratur som fins på området. Jeg brukte lang tid på å dvele med og finpusse på problemstilling samt å håndtere datakunnskaper innen å søke i databaser og finne frem til egnede artikler. Problemstillingen endret seg også noe ettersom jeg fikk mer oversikt over artikler som eksisterte og hvordan forskningsfeltet så ut.

3.3 Egen bakgrunn og forforståelse

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og har jobbet som sykepleier i 21 år. Av disse har jeg arbeidet i voksen poliklinikk siden 2008 i en 100 % stilling som individuell behandler for pasienter med psykiske lidelser. Min forforståelse er preget av Gadammers bidrag innen hermeneutisk filosofisk tenkning. Han beskriver viktigheten av å være seg bevisst den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningen (Malterud, 2017).

Jeg er bevisst på at jeg er preget av utdannelsen min fra å være psykiatriske sykepleier som tenker helhetlig rundt mennesket som et fysisk, psykisk, åndelig og sosialt vesen. Sykepleierutdannelsen bygger på et humanistisk perspektiv (Kirkevold, 1992).

Videre er jeg bevisst på at jeg i denne masteren i relasjonsutdanning, har blitt preget i tenkningen med å møte og behandle pasienter med psykodynamisk tenkning og

tilnærming. Samtidig er jeg åpen for andre måter å tenke og reflektere på i min søken etter viten for å forstå den andre bedre.

Som person og i rollen av å være psykiatrisk sykepleier, behandler og kvinne, har jeg mine erfaringer med meg i ethvert møte og i hver situasjon som jeg observerer. Dette har jeg vært bevisst når jeg leser og velger ut artikler for videre forskning. Ved at jeg undrer meg over hvorfor flere menn ikke har diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse i min praksis ved poliklinikk, har jeg allerede gjort meg antakelser omkring dette fenomenet. Det er umulig å være helt nøytral så lenge en har levd og hatt sine erfaringer. Denne forforståelsen har jeg prøvd å forholde meg til bevisst til for å ikke la den begrenset min evne til å se budskapet artiklene prøvde å formidle i sin helhet (Malterud, 2017).

3.4 Fremgangsmåte ved innhenting av informasjon for videre forskning

Jeg brukte ulike databaser fra UIS sitt bibliotek. Portalen «helsefag» hadde flere databaser å velge mellom. Bibliotekar ble spurt om å gi anbefaling om hvilke databaser som ville være relevante i forhold til problemstillingen. Jeg henvendte meg til bibliotekar for å få hjelp til avklaringer, først i den innledende runden av søk hvor jeg måtte bli kjent med hvordan en søker. Jeg lærte da å søke bredt og på den måten kunne jeg få oversikt over hva som fantes av forskning på området. Deretter trengte jeg videre hjelp for å begrense søk.

Selve søkeprosessen startet i oktober 2017. Jeg leste utallige artikler, men de var ikke da satt i system. Det å avgrense og begynne det egentlige søket startet i januar 2018, og det pågikk frem til mars/april 2018 før de endelige artikler ble plukket ut etter bestemte kriterier.

Jeg har foruten å søke i databaser brukt tidligere oppgaver fra studenter, som har skrevet med litteraturstudie som mal sammen med utdanningens oppsett for utforming av masteroppgave. Pensumlitteratur og annet oppslagsverk er blitt benyttet for å belyse hele oppgaven i sin helhet. Jeg fikk anbefalt av bibliotekar ulike databaser og endte opp med Cinahl, Medline, Helsebiblioteket og British Nursing Indeks

Foruten forskningsartikler har jeg brukt pensum litteratur og tidligere oppgaver som jeg har skrevet som har vært med på å belyse problemstillingen. Jeg har gjennom to år forut for masteroppgaven jobbet med litteraturen som omhandler mitt teoretiske ståsted innen psykodynamisk tenkning og forståelse. Jeg har deretter søkt på artikler som favner samme tema.

3.4.1 Søkeord

Søkeord som ble brukt var «sex differences/gender», «borderline personality disorder» og «therapeutic relationship». Her fikk jeg hjelp av bibliotekar til å velge hvilke søkeord jeg skulle benytte for å kunne belyse problemstillingen.

Søkeordene ble forsøkt hver for seg og siden i kombinasjon med hverandre. Jeg brukte AND/OR i kombinasjonssøkene og valgte å søke likt i de ulike databaser. Jeg valgte therapeutic relationship, synonymt, istedenfor allianse fordi det kom flest treff på relationship. Dette viste seg å være en omfattende oppgave og usikkerheten rundt hvordan jeg skulle systematisere søkene var en krevende del av prosessen.

3.5 Inklusjonskriterier for artiklene

Det var viktig at artiklene som ble inkludert i forskningen belyste lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og/eller kjønnsperspektivet og/eller hadde elementet av relasjon/terapeutisk allianse i fokus. Hensikten var at artiklene skulle belyse aktuell informasjon som gjorde at problemstillingen videre kunne diskuteres. Det var ikke et krav at alle søkeord skulle være representert i den enkelte artikkel samtidig, men det skulle være begge kjønn representert i artiklene i kombinasjon av de enkelte søkeord. Jeg avgrenset søkene til perioden 2008-2018 for å få det nyeste som har vært forsket på og for å kunne få et visst utvalg av artikler. I tillegg valgte jeg å avgrense søk i litteratur på kvinner og menn i voksen alder fra 18 og opp til 44, eller 19-25 år avhengig av hva databasene la listen til hva en legger i begrepet voksen/middelalder. Årsak til at jeg valgte ut denne aldersgruppen, var at det er i denne perioden i livet jeg ser pasienter kommer i behandling poliklinisk for de problemer disse symptomene medfører i livet deres. Om de «vokser» problematikken litt av seg med alderen eller at de får verktøy til å håndtere sine trekk, kan være et nytt interessant tema, men jeg går ikke videre inn på dette i denne sammenheng.

Det er for tiden stor diskusjon om ikke denne diagnosen også burde vært mulig å sette på barn under 18 år da det viser at disse symptomene også finnes hos barn under 18 år. Dette vil sannsynlig bli mer aktuelt i tiden fremover, da det pr. dags dato ikke lov å anvende denne diagnosen på barn. Det var bare Peer-reviewed artikler som var leselig i full text og hadde et abstract som var tilgjengelig i søket som ble benyttet i det endelige utvalg.

3.6 Valg av artikler

Jeg leste artikler basert på utvalg av søk på bare det enkelte søkeord og på søk basert på sammensatte søkeord i de ulike databaser. Jeg brukte Prisma flowing Diagram for å avgrense artiklene til det utvalget jeg ville ha som resultat (Beller, Glasziou & Altmann, 2013). Treff i British Nursing Index var på 9,806 på sex differences, borderline personality disorder 287, therapeutic relationship 7,196. Jeg søkte deretter på alle tre kombinert og fikk 31 artikler som resultat. Ved nærmere gjennomgang var det 6 artikler som hadde fokus og innhold som kunne belyse problemstillingen min i denne databasen.

I Medline fant jeg 6.601 treff på sex/gender differences ,718 treff på borderline personality disorder og 305 treff på therapeutic relationship, la inn termen attitude of health personal og fikk treff på 28. Det ble foretatt søk på disse tre søkeord sammen, men det ble 0 treff. Jeg kombinerte da borderline og sex differences og fikk 11 treff og 2 treff på borderline og therapeutic relationship. Av disse artiklene var det 3 som ble valgt som kunne være aktuelle til å belyse problemstillingen.

I Cinahl databasen fikk jeg 119 treff på borderline personality disorder, 156 treff på therapeutic relationship og 1,477 på sex/gender differences. Kombinerte søk førte til 5 artikler som kunne belyse problemstillingen.

I databasen Helsebiblioteket søkte jeg på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og fant 1 artikkel som kunne brukes til å belyse videre arbeid.

Etter å ha fått 15 treff på artikler fra 4 ulike databaser basert på å lese abstraktene, leste jeg nå alle i full tekst flere ganger for å klare å velge bort flere artikler. Tilslutt satt jeg

igjen med 9 artikler som var de jeg vurderte belyste min problemstilling best. Deretter gikk jeg gjennom referanser på de ulike artiklene som jeg hadde valgt ut og så om det eventuelt var noen der jeg ville bytte ut med de jeg allerede hadde valgt. Jeg etterspurte 6 artikler hos bibliotekar som var av interesse. Jeg valgte å ikke bruke noen av dem fordi de enten var fra 1990 tallet og ut i fra mine valgte kriterier passet ikke disse inn, eller at de ikke belyste min problemstilling slik jeg hadde håpet på. De 9 artiklene som jeg satt igjen med tilslutt vil bli fremstilt under kapittel 4.1 ved presentasjon av artiklene.

3.7 Reliabilitet og validitet

I studiet har jeg forsøkt å se på styrker og svakhet i artiklene som har påvirkning på hvordan en kan forstå resultatet og gi en pekepinn på artiklenes troverdighet. Jeg har prøvd å være kritisk til egne tolkninger hvor jeg har gjort rede for disse tolkninger gjennom å være transparent i analyseprosessen og vært bevisst på egne bidrag med tanke på min forforståelse. Det har vært ønskelig å bidra til at funnene kan være til nytte i andre sammenhenger og at det har vært overførbart (Malterud, 2017).

Jeg har brukt EPICURE i Malterud (2017), som hjelp for å sikre meg at de 9 artiklene som ble brukt har en god kvalitet over seg og at de var fagfellesvurdert. Ved å systematisk ha vist til søk i databaser, presentert min forforståelse og redegjort for hvert trinn i forskningsprosessen fra hvordan problemstilling har blitt til og vist til valg av metode og hvordan analysen har foregått, har jeg forsøkt å vise til begrunnelse for metode og hvordan analysen har foregått. Slik har jeg forsøkt å være så transparent som mulig for å oppnå gyldighet og troverdighet i funnene. Jeg har brukt veileder til å stille kritiske spørsmål for å sikre at jeg hele veien har kunnet følge den røde tråden i problemstillingen.

4.0 Analyse og prosess

Det finnes flere måter å analysere kvalitative data på. Formålet med den kvalitative teksten er å formidle en meningssammenheng som gir leseren en forståelse av de sosiale fenomener teksten omhandler (Thorgaard, 2016). Det ble sentralt å få tak på hvordan en skulle systematisere data og hvordan det kunne tolkes. I analysen ble teksten bearbeidet

og strukturert slik at resultatet kunne presenteres (Friberg, 2017). Mine tolkninger av funn i analysen blir presentert under kapitel 6 hvor funn sammen med metode vil bli diskutert opp mot tidligere forskning og teori.

I analysen har jeg fulgt de 4 trinnene som Malterud (2017) anbefaler for nybegynnere:

1. Helhetsinntrykk: Her har jeg forsøkt å ha et åpent sinn og lest og fått en oversikt over materialet som fins, å få et helhetsinntrykk over de ulike tema som fantes.

2. Meningsbærende enheter, fra tema til koder: I andre trinn har jeg prøvd å kode det materialet som henger sammen til å bli meningsbærende elementer. Det har jeg gjort ved å se på innhold i de aktuelle artiklene på hva som kan være med å belyse problemstillingen min. Det betyr at jeg systematisk gikk gjennom teksten og trakk ut elementer som ble tatt ut i fra sin opprinnelige sammenheng, men som kunne bidra til å belyse noe i min forskning. Dette kalles dekontekstualisering. Kodene i analysen min var symptomer, holdninger, terapeutisk allianse, tilknytning og kjønnsperspektivet.

3. Kondensering: I tredje trinn har jeg sett på de meningsbærende enhetene som kan si noe om det jeg ønsker å forske på. I dette trinnet har jeg forsøkt å lage kondensat som skal utgjøre en sum av deltakerne stemmer i artiklene.

4. Fra kondensat til beskrivelse: Fjerde trinn handler om å presentere resultatene av funn i analysen. I analyseprosessen foregår analysen på 3 nivåer, først en overfladisk lesing, så en grundig systematisk lesing og deretter en siste lesning hvor en viser en utvidet forståelse (Thornquist, 2015).

Min problemstilling peker spesielt på spørsmålet rundt forståelsen av lidelsen og de relasjonelle utfordringene i den terapeutiske relasjonen. Videre vil jeg forsøke å forstå hvordan kjønnsperspektivet kan bidra til å forstå og møte pasienter med lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse bedre.

Funnene har fått ulike kategorier basert på kondensering av tekstene i analysen. Disse har blitt lagt inn under hovedkategoriene for å belyse problemstillingen. Etter en analyse

basert på 4 trinn, hadde jeg valgt 3 hovedtema. Disse temaene vil bli presentert under funn og videre drøftet opp mot teori, egne erfaringer og tidligere forskning i kapittel 6.

Det som jeg ikke forventet å finne ut allerede i denne utvelgelsen av artikler, var at artikler som ofte ble omtalt ved bare kvinner representert, omhandlet ofte problemer i forhold til spiseforstyrrelser. Selv om selvskading innebærer flere måter å skade seg på så var ikke dette åpenbart for meg før denne studien tok til:

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesker bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker og følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt (Thorsen gjengitt etter Øverland, 2008 s. 17).

De artiklene som omhandlet bare menn hadde mer fokus på kombinert bruk av rusmidler og mer antisosial atferd. Dette var mer som forventet basert på tidligere forskning som har vært gjort med denne lidelsen og samsvarer med (Nysæter & Nordahl, 2015) sine funn.

4.1 Presentasjon av artiklene

De artiklene som jeg satt igjen med til slutt i analyseprosessen, omhandlet fokus på lidelsen i form av symptomer som gir en atferd som påvirker relasjonen.

Kjønnspektivet ble ivaretatt med både menn og kvinner representert i studiene. Så ved å ta bort de artiklene som bare omhandlet bare det ene kjønn har jeg muligens tatt bort fokus fra en stereotyp måte å tenke på når en fokuserer på denne lidelsen? Det fins tidligere forskning som sier noe konkret om kjønnsfordelingen basert på kvantitativ forskning. Samtidig ut i fra tidligere studier så viser det til at det er stor uenighet på dette området.

Tabell: 1

Forfatter/år	Tittel	Hensikt/mål	Metode	Hovedfunn
Dickens, G. L. Lamont, E. Gray, S. (2016) Artikkel 1	Mental health nurses attitudes, behavior, experience, and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, interrative literature review	Å finne ut av om sykepleiere opplever det vanskelig å møte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og finne løsninger for å få en endring mot bedring	Kvalitativ metode, litteratureview	Sykepleiere synes det er utfordrende å arbeide med denne pasientgruppen, det er varierende kunnskaper blant sykepleiere og de trenger veiledning fordi de ofte opplever å ikke klare å være til hjelp og kan til og med bli antiterapeutiske om de ikke får hjelp til å endre sin måte å møte denne pasientgruppen på. Det er behov for ny tenkning for å forstå sammenhengen mellom holdninger og klinisk praktisk.
Morris, C. Smith, I. Alwin, N. (2013) Artikkel 2	Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users view in the UK	Å forklare erfaringene fra pasienter med diagnosen BDP I voksenbehandling og få en bedre forståelse hvordan kontakt med helseapparatet kan bli til nytte eller til besvær	Systemisk review, kvalitativ metode	Tre tema ble presentert, den diagnostiske prosessen hadde påvirkning på hvordan helsepersonell følte det i forhold til denne pasientgruppen, hvordan en ikke brydde seg, og alt handler om relasjonen
Black, G. Murray, J. Thorncroft, G. (2013) Artikkel 3	Understanding the phenomenology of borderline personality disorder from the patients perspective	Å forstå fenomenologien bak lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse fra pasientens ståsted	Kvalitativ metode review	Pasientene opplevde at det som tidligere hadde vært vanskelig ble rasjonalisert på meningsfulle måter i behandling. Erfaringene viser til viktigheten av å inkludere familie og venner i behandlingen
Sulzer, S. H. Muenchow, E. Potvin, A. Harris, J. Gigot, G. (2015) Artikkel 4	Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis	Å forstå hvordan behandlere informerer om diagnosen til sine pasienter. Å få pasientenes meninger om hvordan de tenker om informasjon rundt egen diagnose, få mer informasjon fra pasienter slik at praksis blir bedre	Semi structured interviews Kvalitativ metode	Behandlere lot ofte være å fortelle om diagnosen fordi de trodde de beskyttet mot stigma. Pasientene ønsket åpenhet om diagnosen og det var grunnlag for at de avsluttet behandling om dette ble funnet ut av dem selv og at de ikke hadde åpenhet om dette i behandling. Åpen dialog var forutsetning for god terapeutisk allianse.
Nysæter, T. E.	Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med	å få en oversikt over hvilken kunnskap som	Litteraturstudie, Kvalitativ metode	Menn med EUP er sannsynlig

Nordahl, H. M. (2015) Artikkel 5	emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? <i>En oversikt over kjønns spesifike prognostiske faktorer</i>	finnes om menn med EUP og prognostiske faktorer for behandling av henholdsvis kvinnelige og mannlige pasienter med EUP.		underdiagnostisert. Det kan skyldes kjønnsstereotypiske oppfatninger som gjør at menns symptomer ikke forstås som EUP eller at rus overskygger for EUP. Pas. med begge lidelser bør tilbys behandling som legger til rette for kombinert behandling.
Weight, J. Kendal, S. (2012) Artikkel 6	Staff attitudes toward inpatients with borderline personality disorder	å få en diskusjon og bevissthet på de negative holdninger som helsepersonell kan ha til pasienter med emosjonelt ustabil PF	Litteratur review, kvalitativ metode	Manglende tid til pasientene, for lite trening, manglende håp om bedring for pasienten har bidratt til negative holdninger til denne pasientgruppen. Negative holdninger som at pasientene har kontroll over sine reaksjoner, at de er kalkulerende og truende. Det er flere måter som viser til gode måter å møte denne pasientgruppen på, men begrenset bevis på at det er effekt i metodene. Fokus på forbedring av egne holdninger som læres bort til studenter, bedre kommunikasjonsferdigheter, få mer lærdom om selve diagnostiseringen
Thomson, A. R. Powis, J. Carradice, A. (2008) Artikkel 7	Community psychiatric nurses experience of working with people who engage in deliberate self-harm	Å forklare erfaringer fra helsepersonell som jobber med selvskading	Fenomenologisk analyse, semistrukturert intervju, kvalitativ metode	Helsepersonell har problemer med å virkelig forstå pasienten, strever med ansvar og frihet overfor pasientene, beskriver at det er en vanskelig pasientgruppe å arbeide med ift, egne følelser, lite veiledning i forhold til de teknikker som har blitt lært
Boniwell, N. Leanne, E. Bagshaw, R. Sullivan, J. Watt, A. (2015) Artikkel 8	Mental health nurses perceptions of attachment style as a construct in a medium secure hospital: a thematic analysis	Å vise til at kunnskap til tilknytningsteori kan ha betydning for helsepersonell	Semistrukturert intervju, kvalitativ metode	Holdninger til helsepersonell har betydning, splitting i personale eksisterer, bakgrunn til pasientene har betydning, manglende kunnskap om tilknytningsteori og anvendelse i praksis

Gask, L. Evans, M. Kessler, D. (2013) Artikkel 9	Personality disorder	å vise til hvorfor personlighetsforstyrrelse er viktig å få diagnostisert og hvordan den kan behandles	Systematisk review, kvalitativ metode	Beskriver utfordringer rundt personlighetsforstyrrelse og hvordan helsepersonell kan møte denne pasientgruppen med ulike intervensjoner.
--	----------------------	--	--	--

5.0 Funn

I dette kapittelet ønsker jeg å si noe om de funn som jeg har kommet fram til ved å analysere artiklene. Funn viser til forskerens formidling av materialet der deltakernes stemmer er tydelige (Malterud, 2017). Funn vil bli kort oppsummert tilslutt, og vil videre bli diskutert i diskusjonsdelen i kapittel 6. Presentasjonen av artiklene i tabellen viser til hovedfunn i tekstene og det er fra disse artiklene funn vil bli analysert og videre diskutert.

5.1 Symptomer og holdninger

I analysering av tekstene fant jeg mange meningsbærende enheter omkring symptomer og fenomenet holdninger som jeg definerer som koder jmf Malterud (2017), sin analyse se punkt 4.0, trinn 2, om meningsbærende enheter. Alle artiklene i tabellen har med seg fenomenet holdninger og belyser lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse med denne lidelsen som fokus i møte.

Den norske artikkelen av (Nysæter & Nordahl, 2015) ble tatt med i studie selv om den er basert på en kvantitativ undersøkelse og fremstår som mixed metodes. Slik jeg forstod artikkelen er det en litteraturstudie med kvalitativ metode, men den er bygget på tidligere studier som har vært kvantitative. Jeg valgte å ta med denne artikkelen for å belyse min problemstilling, fordi jeg opplevde det som viktig å få et bilde over hva forskningen generelt sa om lidelsen i et helhetsbilde, før en beveget seg mer mot konkrete kvalitative fenomener i lidelsen.

Med fokus på hva som ble forstått med selve fenomenet symptombilde i emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, også kalt borderline, bar artiklene budskap om at det er en vanskelig lidelse å behandle og at det er få menn med denne diagnosen. Menn er også overrepresentert ved bruk av rusmidler (Black, Murray & Thormicroft, 2013; Nysæter & Nordahl, 2015). Samtidig så sier befolkningsstudier at denne lidelsen er mer jevnt fordelt mellom menn og kvinner i befolkningen enn man tidligere har antatt (Nysæter & Nordahl, 2015). Det stiltes også spørsmål omkring selve diagnoseringen og dens kriterier basert på at behandlere forstår symptomer ulikt (Gask & Kessler, 2013). Utsagn fra en behandler: «It has been suggested that people with BPD symptoms are

sometimes given wrong diagnosis” (Weight & Emma, 2012, s. 35). Symptombilde som kan være vanskelige å forstå, kan gi behandlere problemer med å diagnostisere denne lidelsen og har medført at pasienter ikke har fått den hjelpen de har hatt behov for.

“Personality disorders has been used as a dustbin diagnosis for clients who cannot be adequately described by other diagnostic categories” (Morris et al., 2014, s. 251).

Selvskading og ustabile relasjonelle forhold, er blant de symptomene som skaper problemer i møte og blir sett på som stigmatiserende for pasientgruppen. I forståelsen av denne lidelsen viser funn at selvskading som symptom i seg selv er indikator for dårligere utfall for bedring for begge kjønn (Thomson et al., 2008).

Hvordan pasienter selv forstår sine symptomer som for eksempel selvskading og om det samsvarer med behandlere sin måte å forstå symptomene på, har stor betydning for pasientene når de møter behandlere. Funn i artiklene i tabellen:

“I will say to some degree there was like peace of mind that I fit somewhere, as well as understanding. It’s a relief to finally be diagnosed” (Sulzer et al., 2015, s. 7-8).

“My GP was becoming concerned and I willingly accepted a referral to the local psychotherapy department” (Gask et al., 2013, s. 5).

“I was put in to a psychiatric unit where I found the doctors were unsympathetic and not very understanding of why I was self-harming” (Thompson et al., 2008, s. 154).

“My eyes widen as they down the list of criteria. I meet all nine” (Sulzer et al., 2015, s. 7).

Behandler formidlet fra sitt ståsted at det var vanskelig å vite om en burde formidle symptomene som gav denne diagnosen. “to categorize someone in great distress as having a disorder personality is fundamentally stigmatizing and flawed in concept”. Behandlere ble i Gask et al. (2013) sin artikkel oppfordret til å ha et åpent sinn i møte med pasienter som viste sine symptomer, se på helheten rundt pasientens kontekst og finne mening og forståelse i symptomer mer enn å være for opptatt av å plassere symptomene i en diagnose. “just seems a shame that there was very little around the Wise (sic) that was helpful for me to think about how to work with this people” (Thomson et al., 2008, s. 158).

5.1.1 Oppsummering av funn og resultat knyttet til symptomer og holdninger

Funnene viste at emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelse er en lidelse med symptomer som kan forstås på ulike måter og dermed kan bli feildiagnostisert eller at en unnlater å si noe om diagnosen til pasienter, om en ikke er seg bevisst i prosessen. Det er usikkerhet rundt forståelsen av kjønnsperspektivet og måten en tenker diagnostisering på denne lidelsen i forhold til hvordan symptomene forstås av den enkelte behandler. Det er en pågående debatt om pasienter muligens burde hatt andre diagnoser enn borderline personlighetsforstyrrelse.

Videre viser funnene til at det er stor fare for stigmatisering av denne pasientgruppen relatert til dårlige holdninger blant behandlere og denne pasientgruppen ofte ble fremstilt som «de vanskelige pasientene». Bedre opplæring, erfaring og veiledning ble sett på som viktige faktorer for behandlere for å møte denne pasientgruppen på en ivaretagende måte.

Selvskading er et av de symptomene som viste seg å lage vanskelige relasjoner mellom pasienter og behandlere fordi behandlere var usikre på hvordan selvskadingen skulle forstås og møtes. Det at pasientene er ustabile i sin væremåte og skifter fort til sinne og utagerende atferd, avisninger til klamrende atferd, blir en utfordring i møte og skaper relasjonelle vansker. Det å fokusere på forståelsen av symptomene og det å få diagnostisert og behandlet personlighetsforstyrrelse blir ansett som viktig (Gask & Kessler, 2013; Black et al., 2014).

- Resultat: *Symptomene forstås ikke likt av behandlere av ulikt kjønn og det lager utfordringer i relasjoner i forhold til diagnostisering og behandling.*

5.2 Terapeutisk allianse og tilknytning

Et av funnene viste at det var enighet om at den terapeutiske alliansen mellom pasient og behandler var av stor betydning. Holdninger som tidligere har blitt presentert, har en stor betydning i forhold til å få til den terapeutiske alliansen og har gjensidig påvirkning. Jeg har valgt å se på fenomenene hver for seg for deretter å se dem i en helhet.

Boniwell et al. (2015) presenterer viktigheten av terapeutisk allianse for å få til gode bedringsprosesser i behandling. Det som ble beskrevet som utfordringen var å forstå hva det emosjonelle behovet besto av for den enkelte pasient.

Funn i artikkelen av Morris et al. (2013) omhandlet at denne lidelsen krevde mye av behandlere i møte da det er en vanskelig lidelse å behandle. Det kunne påvirke behandlerens væremåte når de over tid måtte stå sammen med pasienten i behandling uten å oppnå resultater.

Flere artikler fremhevet betydningen av behandlerens egen kunnskap i forhold til selvinnsikt på egne følelser, egen atferd og egne holdninger i møte med pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette ble sett som nøkkel til en god terapeutisk allianse og god behandling. Utdanning i å forstå selve lidelsen og praktisk erfaring ble ansett som en nødvendighet for å bli bevisst og møte pasienten med gode holdninger. Dialektisk atferdsterapi blir ansett som erkjent kunnskap innen behandling av denne lidelsen (Morris et al., 2013).

Likevel var det fremdeles pasienter som opplevde direkte antiterapeutiske møter med behandlingssystemet (Dickens et al., 2016). «Terms such as time-waters, manipulative, difficult or attention –seeking are used to describe these individuals» (Weight & Kendal 2013, s.1).

Behandlere som opplevde god kontakt, en god terapeutisk allianse med pasienten klarte bedre å stå i de relasjonelle utfordringene. «Where I have found the success.. it does appear that if I have got a good relationship» (Thomson et al., 2008, s. 157). Det var forståelse for at det som kunne skape problemer i den terapeutiske alliansen var kommunikasjonsproblemer (Thomson et al., 2008). Det å ta ting personlig fremfor å tenke at pasienten sliter med relasjonelle problemer, ble ansett som mangel på trening i møte med denne pasientgruppen. «You think well what is the point of that? and take it personally, or just getting irritated with them for not doing it, instead of being able to kind of (sic) think about it more» (Thomson et al., 2008, s.157).

Boniwell et al. (2015) antydte at det å forstå betydningen av tilknytning var viktig kunnskap som måtte læres for å forstå de relasjonelle utfordringene mellom pasient og

behandler. Det ble fokusert på viktigheten av at behandlere hadde egeninnsikt i forhold til egen tilknytningsstil/atferd. Det ble antydnet at det var lite dokumentasjon på at det faktisk var de som var i den daglige relasjonen med pasientene som hadde den nødvendige kunnskapen om tilknytning og forsvarsmekanismer.

En artikkel tok spesielt for seg de ulike tilknytningsteoriene på trygg og utrygg tilknytning. Mange brukere av helsetjenestene har opplevd barndomstraumer, separasjon fra betydningsfulle tilknytningspersoner, blitt forlatt, oversett eller misbrukt. Personer som har emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har en utrygg tilknytningsstil. Å forstå tilknytningsteorien og pasienters emosjonelle behov, vil ha stor betydning for å forstå brukere av helsetjenestene og kunne gi en behandling som fungerer.

It would be useful to have more information on how to deal with that, the behaviour that they show and how to manage it. Because it is useful having a description because it is like okay Joe Bloggs is like that so how do we deal with it yeah? (Boniwell et al., 2015, s. 227).

Problematikken som lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ofte viste i behandling, var at personale ofte ble splittet da de opplever pasienten på hver sin måte, avhengig av hvilken tilknytningsatferd som blir aktivert i møte og hvordan den kunne forstås. Artikkelen belyste om personale så atferden som problematisk og dysfunksjonell eller klarte de å bruke tilknytningsteorien som en forståelse av hva som skjedde i kontakten og bruke det terapeutisk. Det ble konkludert med at det ofte ble oversett den kunnskapen som sykepleiere satt inne med fordi denne måten å tenke på ofte er forbundet med psykologene sitt arbeid. Likevel jobbet sykepleiere som hadde erfaring på hva som fungerte uten at det var formalisert i teori (Boniwell et al., 2015). Boniwell (2015) fokuserte videre på at behandlingen kunne vært bedre om det ble fokusert på viktigheten av tilknytningsteori ble aktualisert i både teori og praksis. Det å ha laget pleieplaner hvor dette var et systematisert tema slik at det ble aktualisert og jobbet med, var ikke gjennomført selv om tilknytningsatferd var et åpenbart problem i pleien. De forstod intuitivt at tidlige relasjoner og barndomstraumer til pasienter hadde betydning for hvordan de reagerte mot pleiepersonell og at terapeutisk allianse hadde betydning for hvordan pasienter skulle klare å lage nye bånd for bedre fungering i relasjoner. Videre ble det diskutert om pasienter med emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse kunne bli institusjonalisert av for sterke bånd med personale, som gav dem den trygge tilknytning i de relasjoner personalet hadde seg imellom. Det hevdes at tilknytningsteorien har blitt undervurdert i behandling av psykisk syke pasienter samtidig som det finnes for lite forskning på hvor mye bedre pasienter blir med fokus på dette i utdanning og behandling.

5.2.1 Oppsummering av funn og resultat på tema terapeutisk allianse og tilknytning

En god terapeutisk allianse virker å ha stor betydning for bedringsprosessen hos pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Samtidig så beskriver behandlere og pasienter at det er her problemene oppstår i møte. Behandlere må prøve å tilstrebe å forstå hva pasienter sliter med emosjonelt og forstå deres tilknytningsvansker. Behandlere bør ha kunnskaper om betydningen av tidlige barndomstraumer og traumer generelt for å forstå utviklingen av selvbylde, som kan prege pasientens tilknytningsstil og hvilke forsvarsmekanismer som kan bli aktivert. Samtidig må behandlere ha kunnskap om egne tilknytningsmønstre i møte med den emosjonelt ustabile pasienten for å kunne bevare en god allianse og ikke bli antiterapeutiske i sitt møte, fordi de ikke forstår hva som skjer og agerer deretter. Det må være fokus på utdanning og veiledning, både med tanke på teori og praksis om lidelsen og bevare håpet og troen på at bedring er mulig å oppnå via kunnskap og en god relasjon. Min fortolkning av disse funnene gjør at jeg presenterer mitt andre resultat av funnene:

- *Den gode terapeutiske alliansen er avhengig av gode holdninger, kunnskap om tilknytning, mentalisering og praktisk erfaring.*

5.3 Kjønnsperspektivet

Nysæter og Nordahl (2015) nevner at det kan være kjønnsstereotypiske oppfatninger som gjør at menns symptomer ikke forstås som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller at rus overskygger for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I alle artiklene har begge kjønn vært representert i funnene.

5.3.1 Oppsummering av funn relatert til kjønnsperspektivet

Funnene viser en oppfatning av at det kan være en kjønnsstereotypisk måte å tenke på i forståelsen av symptombylde på lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Dette

funnet har overasket meg mest og jeg finner det interessant for videre diskusjon av problemstilling. Resultat:

- *Kjønnsperspektivet er for lite presentert i forståelsen av symptombylde og det kan ha betydning for hvordan denne lidelsen blir forstått og møtt.*

6.0 Diskusjon

Her deler jeg inn diskusjonen inn i to deler. I hoveddelen diskuterer jeg resultat av mine funn og fortolkning av disse opp mot tidligere forskning og teori. I siste del reflekterer jeg over metode (Friberg, 2017).

6.1 Symptomene forstås ikke likt av behandlere av forskjellig kjønn og det lager relasjonelle utfordringer på vei mot diagnostisering og behandling.

Psykisk helse og veien til bedring omhandler ofte at pasienter som sliter med ulike symptomer kommer i kontakt med helsevesenet (Borg og Topor, 2017). Det kan være både på kommunalt nivå og på spesialisthelsetjenestenivå. Omhandler det diagnostisering og utredning blir pasienter i først omgang henvist til spesialisttjenesten.

ICD 10 er et diagnostisk verktøy til hjelp for å kunne stille diagnoser hvor ulike kriterier skal være tilstede for at en diagnose skal være berettiget til å innfri en psykisk lidelse. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en lidelse med flere symptomer som skal forstås og fortolkes før de settes i system til en diagnose, som igjen behandling skal rette seg etter. I mine funn omkring symptomer, er det spesielt selvskadning som blir omtalt som vanskelig å forholde seg til. Slik jeg forstår det er det mye usikkerhet knyttet

rundt forståelsen av selve symptomene på selvskading, spesifikt hvordan de skal forstå dette og møte pasientene på en god måte.

Det som ikke gjøres klart i artiklene i skjema som omhandler symptomer som selvskading, er om det å ruse seg defineres på lik linje som det å kutte seg? Dette tenker jeg vil ha betydning spesielt i forhold til om menn vil bli klassifisert under symptomet selvskading når de ruser seg, som en av kriteriene for å få denne lidelsen. Det er sannsynlig at måten behandlere tenker rundt kjønnsperspektivet kan få betydning for hvordan dette symptomet forstås og hvor det plasseres med tanke på diagnose. Hvordan er kulturen for den enkelte pasient å uttrykke smerter? Er det mer stigmatiserende for kvinner å drikke seg fulle og ha utagerende atferd slik at de foretrekker annen metode, som kutting, som muligens er lettere å skjule for å slippe skammen som følger med det å bli sett full? Når menn drikker og har flere seksualpartnere og indikerer at de ikke føler noe, er tomme, tenker da behandlere at dette høres ut som symptomer innen ustabil personlighetsforstyrrelse eller kan en fort tenke at han har et rusproblem og tomheten blir sett på som likegyldighet overfor andres følelser, slik at andre personlighetstrekk blir foretrukket i annen forståelse av atferden symptomet gir utslag i.

Samfunnet er stadig i forandring og det er forventet at også symptomer på psykisk lidelse blir påvirket av den tiden vi lever i. Selvskading kan være et symptom som har utviklet seg i takt med at samfunnet endrer seg og at det kommer frem nye måter å uttrykke seg på, men ikke har blitt et akseptert uttrykk og derfor skaper så mye stigma? Dette er mulige forklaringer og lar seg mulig ikke så lett etterprøve empirisk (Øverland, 2008).

Det er i mine funn altså spørsmål om symptomene i det hele tatt skal forstås og diagnostiseres slik de gjør. Menn er også i funnene underrepresentert i lidelsen i sin helhet og det gjenspeiles også i min forskning, da de fleste pasienter som ble intervjuet var kvinner. Kvinner var alltid i flertall under intervjuene som artiklene presenterte. Det er usikkert hvorfor det er slik. Min antakelse er at kvinner var mer tilbøyelige til å være med på intervjuene eller at det bare var mindre menn tilstede.

Kan det være at symptomene kan bli vurdert på annen måte om en har et annet syn og oppfattelse av symptomene, basert på hvordan en tenker at det sømmer seg for kvinner

og menn å oppføre seg? Hermeneutisk, fenomenologisk og sosialkonstruktivistisk tenkning vil påvirke menneskers måte å forholde seg til ulik atferd på (Thagaard, 2016). Da kan det være at det gjerne også skulle vært en annen diagnose for alle de kvinner som får denne diagnosen? Noen forfattere i artiklene fra tabellen fremhevet diagnosen PTSD som en mulig alternativ diagnose for de pasienter som havnet inn under diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. PTSD er muligens mindre stigmatiserende og en får mer frem årsaken bak atferden i selve diagnosen, at det foreligger et traume. Det kan være mulig at en da får mer empati med disse pasientene, om en forstår årsaken til selve symptomet klarere enn ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, der en ikke alltid får tak i årsaken, men tolker symptomene som den «vanskelige pasienten». Hvordan behandlere tenker på pasienten ved diagnostisering og forståelse av symptomer, vil slik jeg oppfatter det ha betydning for den holdning som dannes som videre vil prege en relasjon som skapes ved empatisk tenkning. Psykodynamisk tenkning og forståelse fordrer å prøve å forstå mennesket bedre og hjelpe det til bedring (Thorgaard & Hagen, 2009).

En annen viktig refleksjon i denne sammenheng når symptomer skal forstås, diagnostiseres og behandles er å reflektere over hvordan selve diagnosesystemet ICD-10 er bygd opp og forstått. Har denne gruppen som har nedfelt kriterier for diagnosen vært representert av begge kjønn og har det i vært fokus på å prøve å forstå symptomene ut i fra det å være kvinne og mann og har de tenkt på kulturforskjeller? Jeg vet ikke svaret på dette, samtidig får det meg til å være mer ydmyk i det å forstå et menneske basert på symptombilde slett ikke er nok i seg selv, for å kunne gi en god terapeutisk behandling. Hver profesjon har plikt til å oppdatere seg i eget felt for å kunne bidra til bedringsprosesser hos den enkelte pasient (Ruyter et al., 2014).

I min profesjon som psykiatrisk sykepleier er det et holistisk syn som preger min tenkning og forståelse (Kirkevold 1992). Det er derfor viktig at jeg som utøvende profesjonell er selvkritisk og samfunnskritisk og ikke aksepterer alt det medisinske som presenteres som en absolutt sannhet, men bruker skjønn og egne refleksjoner i mitt arbeid i møte med det andre mennesket i forsøket på å forstå symptomene basert på å se hele mennesket i dens omgivelser, før en diagnostiserer og behandler pasientene. Det er krav fra myndighetene til å sette diagnoser, som alle behandlere i det offentlige system må forholde seg til. Det betyr ikke at en ikke skal være konstruktivt kritisk til det en gjør. Med tanke på at det er behandlere i møte med pasienter hvor hver profesjon har

sine etiske retningslinjer å forholde seg til, bør dette tas med i betraktning når en tenker på hvordan den enkelte pasient kan bli forstått og møtt i systemet. Vår forforståelse preger oss i møte med den andre, i tråd med den hermeneutiske tenkemåten. En grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger (Gilje & Grimen, 2013).

Jeg hadde håpet å finne mer konkrete holdepunkter for hva kjønnsperspektivet kan bety for forståelsen av symptomer i forhold til det og være kvinne eller mann med denne lidelsen. Men kanskje det er her funnene kan vise til at det hadde vært interessant om det ble forsket mer på hva menn og kvinner selv definerer som meningen bak sine handlinger, sine symptomer uten at de ble satt inn i et diagnosesystem for fort og kanskje heller ikke blir gitt riktig diagnose? Det hadde vært spennende å se om det hadde blitt mindre vanskelig for behandlere å møte for eksempel den selvskadende pasienten, den krangete pasienten eller den rusa pasienten i et miljø hvor det ikke ble satt diagnoser, men hvor en prøvde å forstå og behandle uten å ha satt det som for mange beskrives som stigmatiserende merkelapper. Kanskje behandlere da lettere kunne være nysgjerrig og undrende uten å bli vurderende og muligens dømmende? Dette kunne da muligens ført til bedre relasjoner og mindre utfordringer i møte?

Skotland (2011) beskriver i tidligere forskning at det har vært en del fokus på viktigheten av å forstå kjønnsperspektivet i andre lidelser, spesielt innen rusfeltet. Da er det nærliggende å tenke at det ikke er noe mindre vesentlig å fokusere på kjønnsperspektivet ved lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Videre hevder Skotland at behandlerens eget kjønn i møte med pasienten kan ha betydning for hvordan en forstår den andre, på bakgrunn av at vi som kjønn kan tenke annerledes rundt fenomenet maskulint og feminint. Basert på behandlerens egne preferanser er i det sosiale og kulturelle liv en selv lever i, vil det kunne farge hvordan en forstår handlinger og symptomer til pasientene. Det å ikke se hele mennesket ut i fra den konteksten en lever i vil utfordre den gode relasjonen, fordi en da ikke blir forstått. Det å bli forstått, er det en strever med for å få det bedre i livet. Å forstå pasienten i møtet basert på en helhetlig tankegang og prøve å se det både fra en feminin og maskulin tankegang fordrer evnen til mentalisering (Wennerberg, 2011). Samtidig er vi forskjellige som mann og kvinne biologisk sett og det tenker jeg vil være en utfordring i møte, selv om en har god evne til å mentalisere.

Behandleres holdninger vil som vist ha betydning for hvordan pasienter skal kunne bli forstått i møte og vil kunne være avgjørende når en skal diagnostisere og behandle pasienten videre. I funnene er dette et tema som ble vist stor oppmerksomhet i alle de inkluderte artikler. Funn i denne studien trekker frem at ulike holdninger kunne føre til stigmatisering av pasienter. Men hvem er det som stigmatiserer denne pasientgruppen? Funn viser til at det kun er behandlere som definerer «de vanskelige pasientene». Ved at de kan ha problemer med å formidle diagnosen til pasientene begrunner de det med at de ikke ønsker å såre pasientene. Men er det ikke behandleres egne holdninger da som er med å bestemme at dette skal være noe å skjems over?

Pasientene i funnene refererer til helt motsatt holdning til det å få stilt sin diagnose. Min fortolkning av funnene er at de blir glade for at de endelig har blitt forstått og da muligens også kan få hjelp til det de strever med. Mine fortolkninger når behandlere definerer vanskelige pasienter er at det kan knyttes til egen usikkerhet og det å ikke forstå er det som gjør dem usikker i møte. Det som jeg også tenker er mulig som skjer, er at de overfører sin egen usikkerhet og inkompetanse til å heller omhandle at pasientene er vanskelige. Det er gjerne lettere å forholde seg til at det er andre som eier problemet enn seg selv? Gode holdninger er en forutsetning for en god terapeutisk allianse, som neste avsnitt i studiet mitt vil fokusere på for å belyse problemstillingen ytterligere.

6.2 Den virksomme terapeutiske alliansen er avhengig av gode holdninger, kunnskap om tilknytning, mentalisering og praktisk erfaring.

Psykodynamisk tenkning og forståelse omhandler å forstå den andre i møte bedre slik at det er mulighet for gode terapeutiske relasjoner som kan fremme bedringsprosesser (Abrahamsen, 2011). Gode holdninger blir beskrevet som viktige egenskaper for å oppnå en god terapeutisk allianse som bærer preg av tillit til hverandre. Funnene sier noe om hvilke holdninger som har betydning for den gode relasjonen og støtter opp om tidligere forskning på området på hva som preger en god terapeutisk allianse. Det å ha tid til pasienten, ha respekt og formidle håp er nøkkelord som preger en god terapeutisk allianse. Funnene sier videre at det som er utfordringen i relasjonen, er det å få tak i hva den enkelte pasient sliter med i sine relasjoner. Det å forstå og kunne mer om hvilke

forsvarsmekanismer som er i bruk og hvilke tilknytningsmønstre som er aktivert er av betydning (Belin, 2014).

Pasienter som har fått denne diagnosen eller strever med personlighetstrekk som indikerer denne lidelsen, strever nettopp med den basale tilliten som er viktig for å komme i posisjon til å forstå den andre bedre. Relasjonell psykoterapi legger særskilt vekt på det mellommenneskelige møtet i terapirommet (Binder, 2012). Det betyr slik jeg forstår det at møtet mellom behandler og pasienter preges av påvirkning av hverandre og at behandler må være bevisst på hva han tar med seg inn i terapirommet av sitt eget. «Mennesket blir påvirket av den kulturen det lever i samtidig som det selv påvirker og skaper denne kulturen» (Almås, 2016, s. 134).

Funn i blant annet artikkelen av Hauk et al. (2013) omhandlet at denne lidelsen krevde mye av behandlere i møte. Det kunne påvirke behandlerens væremåte å være sammen med pasienten over tid uten å oppnå resultater. Forfatteren beskrev ikke hva han mente med hva som krevdes av behandlere i møte. Min forståelse av dette funnet, var at en må være tålmodig i møte med disse pasientene og våge å ikke forstå med det samme. Men være nysgjerrig på å nettopp å forstå hva den andre sliter med det å være stabil, ekte, forutsigbar og til å stole på. Dette er i tråd med fenomenologiens føringer, der pasienten i størst mulig grad skal få tre fram på egne premisser og en skal lete etter det unike og særegne i vært møte (Bøe & Thomassen, 2003). Slik kan pasienter som sliter med dårlige tilknytningsmønstre danne nye mønstre og få en bedre tilknytning via ny erfaring med behandler (Wennerberg, 2016). Dette vil igjen skape muligheter for gode terapeutiske relasjoner. Samtidig peker funnene på viktigheten av at behandlere har innsikt i egne holdninger og væremåte, sine egne tilknytningsmekanismer. Foruten denne innsikten forstår jeg det slik at det vil være grunnlag til at det vil oppstå utfordringer i relasjoner til pasienter med denne lidelsen som er preget av ustabile forhold, tilknytningsvansker og selvskadende atferd.

Om behandlere utagerer på utspill fra pasienter uten at det er bearbeidet først, kan det være direkte antiterapeutisk i møte. Behandlere må fremstå som den trygge base for pasienten (Abrahamsen, 2011). Dette har Bowlby og Winnicott beskrevet mye om i sin utviklingsteori som betyr mye for å kunne skape den gode alliansen som behandlere etterstreber å få til med pasienten. Bowlby formidler viktigheten av å ha med seg i

forståelsen av pasienten at det ikke bare er relasjonen mellom pasienten og behandler som er i terapirommet men at det er hele nettverket av tidligere relasjoner som eksisterer i møtet og som skape de relasjonelle vanskene som kan oppstå i terapien (Abrahamsen, 2011; Theophilakis, 1992).

Med dette forstår jeg at noe av det som kan lage relasjonelle utfordringer i møtet med pasienten er at pasienten ikke klarer å skille behandlere fra tidligere møter som har vært preget av mistillit og vonde minner. De møter med de samme forventninger som de har opplevd å bli møtt med tidligere. Gjerne avvisning, skamfullhet, sinne, og avmakt. Behandlere sin oppgave blir å prøve å komme i dialog med pasienten som sliter med tilknytningsproblematikken og det krever tid og ettertanke i møte. Med å lage rom for ettertanke kan en prøve å forstå at det er begripelig for pasienter å reagere slik de gjør (Binder, 2000). Funn viser til at det fremdeles er manglende kompetanse på dette å forstå tilknytning, og også å få veiledning på hvordan få det ut i praktisk arbeid. Dette virker å være noe som flere forskere er enige om i teorien, men det er begrenset forskning på hvordan det fungerer i praksis (Gabbard & Wilkinson, 1996).

Jeg la merke til at det i funnene ble skilt mellom ulike faggrupper når det ble etterspurt kunnskap innen forståelse av de ulike tilknytningsmønstrene, at for eksempel psykologer skulle mestre denne kunnskapen i møte med pasientene bedre enn sykepleiere. Jeg valgte bevisst å kalle alle behandlere i min presentasjon også når funn ble belyst. Dette fordi min tanke er om en er miljøpersonale, eller behandler inne på et kontor, så utøves det etter min mening terapi i et møte om en ønsker å forstå og hjelpe pasienten til bedre selvinnsikt og forståelse. Psykoterapi blir derfor ikke et middel til å gjøre mennesker bedre eller friskere, men til å utvikle og bedre den relasjonen det enkelte mennesket har til seg selv (Theophilakis, 1992). Her mener jeg at god terapi ikke nødvendigvis avhenger av profesjonen som utøver behandlingen, men hva den enkelte behandler har av personlige egenskaper og tilegner seg av kunnskap. Lærdom via teori for å forstå lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og få praktisk veiledning når en jobber med det som skjer i møte som oppleves som vanskelig.

Det som derimot virker å ha stor betydning for å kunne forstå de relasjonelle utfordringene i møte med pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse fra funnene, er at det var nødvendig å ha evne til å metallisere for å forstå pasienten bedre i

møte. Behandlere må ha evne og selvinnsikt til å forstå at også de som behandlere mister fotfestet når de blir sinte, engstelige eller redde. Når sterke følelser som frykt og sinne blir aktivert, så synker vår evne til å mentalisere betraktelig (Binder et al., 2013). Om behandlere selv er i mentaliseringssvikt, er det viktig at de får den veiledning som må til for å kunne håndtere sine følelser som blir aktiverte slik at de ikke blir utagert mot pasienten i møte. Det er her jeg antar at det kan bli relasjonelle utfordringer når behandler sin frykt eller angst blir aktivert, uten at en er klar over at det er det som skjer. Når pasienter selvskader seg og behandler blir grepet av frykt, av redsel eller avsky for det en ser foran seg, så kan det være vanskelig å være empatisk og vise gode holdninger om en ikke er sine egne følelser og holdninger bevisst.

6.3 Kjønnsperspektivet er for lite presentert i forståelsen av symptombilde og de relasjonelle utfordringene i møte med den emosjonelt ustabile pasienten

Det tredje funnet i litteraturstudien, var at det virket å være lite fokus på selve innholdet på om behandlerens kjønn hadde betydning for å forstå symptombilde i denne lidelsen og dens relasjonelle utfordringer. Alle artiklene hadde begge kjønn presentert, basert på mine spesifikke søk i databaser hvor jeg inkluderte både kvinner og menn. I selve søkeprosessen var det midlertid ikke treff når jeg forsøkte å kombinere alle søkeordene, *borderline personality disorder, therapeutic relationship* og *sex/gender differences*. Dette synes jeg var underlig med tanke på at det i tidligere forskning har vært fokus på kjønnsperspektivet som viktig ved andre lidelser, som for eksempel ved ruslidelser. Da emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en lidelse som også er beskrevet som vanskelig å behandle i sin helhet, synes jeg det er rart at det ikke ble fokusert mer på kjønnsperspektivet i fra de siste 10 års forskning.

Ingen forskere foruten Nysæter og Nordahl (2015) i min studie, belyste utfordringene i det å være mann eller kvinne som fenomen i seg selv for å forstå lidelsen bedre. Men han gikk heller ikke inn på selve fenomenet og kikket på det i dybden, og ingen konkrete problemstillinger i forhold til det å være kvinne eller mann ble omdiskutert.

Fra tidligere forskning rundt kjønnsperspektivet redegjort i kapittel 1.2, vises det til et interessant tema rundt forståelsen av selvskading. Eksempelvis at mannen har vanskeligheter med å uttrykke seg og være åpen om eventuelle traumer av seksuell art.

Det kan være ekstra vanskelig å fortelle om slike hendelser nettopp fordi en er mann og det ikke har vært vanlig tema i samfunnet tidligere. Jeg sier tidligere for en hører nå mer om det enn før og kanskje det skyldes at det er flere tilfeller eller om samfunnet endrer seg og åpner mer opp for at menn også kan fortelle sin historie uten at det skal være så skambelagt. Men om menn døyver hendelsene mer i alkohol og rus som sitt uttrykk, enn å formidle sine vanskeligheter via samtaler, kan muligens være noe å forske videre på.

Teorien rundt kjønn generelt omtaler mannen som den som sier minst om sine problemer, mens kvinnen selvskader seg mer i form av kutting og oppsøker behandling for sine traumer. Kan det være at behandlere også unnlater å spørre menn om de ser på alkoholbruken til menn som selvskading og ikke som et avhengighetsproblem? Eller at de unngår å spørre en mann om han kutter seg fordi det i dagens samfunn ser ut til at det er mest kvinner som gjør dette og en ikke kommer på at det kan være like aktuelt for en mann å gjøre dette? Jeg har ikke funnet svar på dette, men jeg får refleksjoner til mine egne holdninger i møte med menn og kvinner og ser at kjønnsperspektivet ikke er et tema jeg har vært nok bevisst på i min rolle som behandler i møte med denne pasientgruppen.

Funnene og refleksjonene har fått meg til å undre meg over om det kan ha gått litt av moten å ha fokus på kjønn ved dagens måte å tenke på, hvor likestilling har blitt belyst og oppfattes som et anerkjent fenomen? Øverland (2008) refererer til at det er ut ifra de sosiale roller fra kvinner og menn kjønnsperspektivet har blitt utforsket. Med tanke på at rollene sannsynligvis har blitt mer og mer like på tvers av kjønn, så tenker jeg at fenomenet kjønnsperspektiv muligens har druknet litt i tidens tann.

6.4 Litteraturstudie som metode, noen refleksjoner

Målet med litteraturstudiet var å få frem meninger og holdninger til bestemte tema. Bruken av kvalitativ metode som litteraturstudie var relevant for å få frem tanker, følelser og holdninger, noe som ikke kan fanges opp i tall (Friberg, 2017). Det var interessant å studere hva andre har kommet frem til tidligere om tema og se på det i en helhet, for deretter å dele det opp i meningsbærende enheter og se på hva funnene kunne bidra med (Malterud, 2017).

Fordelen med litteraturstudie har vært at jeg har lært meg en metode og funnet viktig tilgjengelig litteratur som kunne belyse problemstillingen. I den utvelgelsen og avgrensningen som ble utført, var det også store muligheter for at jeg valgte bort noe som vært relevant. Dette må en ta med i betraktning når en tenker på funnene som blir presentert og diskutert. Det er ikke bare fakta som blir presentert, men mine tanker og refleksjoner rundt et fenomen basert på min litteraturstudie (Friberg 2017; Malterud 2016).

Ved å ha valgt de avgrensninger jeg har gjort i søkene, vil også det ha betydning for hvilke artikler som ble inkludert for å belyse min problemstilling. Det kan være at jeg har gått glipp av verdifull informasjon som hadde belyst oppgaven min annerledes om jeg for eksempel hadde valgt å forske på andre alderskategorier. Jeg har gjort meg tanker om muligens kjønnspektivet hadde vært mer i fokus i de tilgjengelige artikler, om det var gjort et bevisst valg på å ekskludere det ene kjønn. Kanskje kjønn i seg selv da hadde blitt mer tematisert, nettopp fordi det ene kjønn muligens bevisst var valgt bort? Ikke godt å si, men interessant. Det er også mulig at det er andre søkeord som kunne vært benyttet.

En refleksjon i etterkant av studiet, er at det kunne ha vært mer fokus på selve kjønnspektivet om jeg hadde valgt artikler lengre tilbake i tid. Da jeg så på referanselistene på de artikler som ble valgt ut i denne studien og etterspurte disse hos bibliotekar, var det bare eldre litteratur enn tidsperioden jeg hadde valgt som var tilgjengelig. Samtidig virket det som de eldre artiklene belyste fenomenet kjønnspektivet i lidelsen bedre i forhold til de aktuelle spørsmål i denne studien. Selve temaet som jeg forsket på var like aktuelt, men kjønnspektivet fikk ikke tilstrekkelig sentral plass, slik jeg vurderte det.

Artiklene jeg inkluderte i utvalget, representerte engelsktalende land. Det jeg ikke vet noe om, er hvordan funnene ville vært om jeg hadde valgt andre språk enn engelsk. Samtidig ble det nødvendig å prioritere engelsk da det er dette språket jeg behersker og forstår. I tillegg vurderer jeg at det er en styrke ved artiklene at de er skrevet på engelsk, fordi de da kan leses av mange og kan være av internasjonal interesse. En annen styrke ved litteraturstudiet er at alle artiklene viste til flere referanser og hadde god oversikt over tema for studiet som ble belyst. Artiklene viste til at de var oppbygd etter IMRAD

strukturen. Dette innebærer en disposisjon med en fast rekkefølge: «Introduksjon, Method, Results, and Discussion» (Malterud 2017, s. 118). Alle artiklene hadde gode oversiktlige abstrakter. Jeg fant bare artikler som kom fra godkjente databaser til bruk for å finne godkjente fagfelleverderte artikler.

7.0 Avslutning

Ved å bruke anerkjent teori, analysere vitenskapelige artikler, bruke kvalitativ metode, vise til tidligere anvendt teori og egne refleksjoner og fortolkninger rundt de funn som jeg har kommet frem til i litteraturstudien, har jeg forsøkt å svare på problemstillingen. Mine funn støtter opp om tidligere forskning, samtidig som de viser en nyansert fremstilling av de relasjonelle utfordringene tilknyttet lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Å få til virksomme terapeutiske relasjoner, basert på gode holdninger, kunnskap om lidelsen og de symptomene pasienter strir med, i tillegg til undring som fører til mer forståelse med en respekt for den andre, er nøkkelord for å kunne forstå og møte denne pasientgruppen bedre.

Jeg ønsket videre å formidle utfordringene både i forståelsen av lidelsen og i møte med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i lys av et kjønnsperspektiv. Kjønnsperspektivet ble noe mer uklart presentert enn forventet. Samtidig tenker jeg at det er et viktig funn i seg selv, at det var så lite fokus på dette i de resultater som ble diskutert. Det viser at dette tema som bør forskes videre på.

Mine spørsmål fra eget arbeid med pasienter med ulike symptomer, ble også besvart i denne prosessen. Jeg vet i dag at jeg har lært noe viktig i denne studien. Det er at jeg selv ikke har vært bevisst min egen rolle som kvinne i møte med mine pasienter. Jeg har ikke reflektert nok over hvilke normer som rår ved eget arbeidssted eller samfunnet forøvrig, om hvordan vi tenker og skaper forventninger til atferd knyttet til det å være kvinne eller mann.

Det er via møte seg imellom mennesket tilegner seg verdier og holdninger. Det er derfor viktig å tenke på at behandlere bør fremstå som gode rollemodeller i møte med pasienter og alle samarbeidspartnere i pasientens bedringsprosess (Almås, 2016). De relasjonelle utfordringene i møte med pasienter med lidelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse handler om å forstå og dette fordrer et samarbeid mellom pasient og behandler. Videre refleksjoner er at de relasjonelle utfordringene sannsynlig ikke bare oppstår mellom behandler og pasienter, men at de også preger pasienten i møte med både familie og nettverk forøvrig. Likevel sier funnene mine lite om viktigheten av å inkludere familie og nettverk i behandlingen. Det var kun en artikkel av Black et al. (2013), som nevnte dette perspektivet i sin artikkel.

Samtidig tenker jeg at det er nødvendig å ha med seg kjønnsperspektivet også i møte med pårørende og nettverk forøvrig. Hvilken kultur som eksisterer i pasientens omgivelser kan prege måten pasienten uttrykker seg på basert på de forventninger som råder. Dette er viktig informasjon for behandler å vite noe om for å forstå pasientens uttrykksmåte. Foruten dette bør hver enkelt behandler være bevisst sin egen forforståelse på hvorfor en tenker som en gjør, og om en kan eller bør revurdere sine tanker og holdninger, dersom det står i veien for å forstå og møte pasienten med et åpent sinn.

Litteraturliste

Abrahamsen, G. (2011). *Det nødvendige samspillet*. Oslo: Tano-Aschehoug.

Almås, S. H. (2016). Bourdieus teori om utdanninssystemet. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag* (131-144). Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, T. H (2014). *Sårbar og sterk. Menn som har vært utsatt for seksuelle overgrep*. Oslo: Abstrakt forlag.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
doi: 10.1037/h0095655

Theophilakis, M. (1992). Det mangfoldige rommet. I B. Bae. & J. E. Waastad (Red.), *Erkjennelse og anerkjennelse – en introduksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Belin, S. (2014). *Relation før metode*. København: Akademisk forlag.

Beller, E.M, Glasziou, P.P. & Altman, D. G. (2013). PRISMA for Abstracts: Reporting Systematic Reviews in Journal and Conference Abstracts. *PLoS Medicine*, 10(4).
doi:10.1371/journal.pmed.1001419.

Binder, P. E. (2012). Før og nå – relasjonell psykoterapi og forståelsen av overføring. I R. Ulberg, A.G. Hersoug & T. Knutsen. (Red.), *Psykoterapi i utvikling* (47-65). Oslo: Akademika forlag.

Binder, P. E., Hjeltnes, A., Høstmark Nielsen, G & Schanche, E. (2013). Å kjenne mønstrene innenfra: forskjeller og møtepunkter mellom relasjonell og emosjonsfokuset psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 50(8), 765-771.

Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2013/765-771.pdf>

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

Boniwell, N., Etheridge, L., Bagshaw, R., Sullivan, J. & Watt, A. (2015). Mental health nurses` perceptions of attachment style as a construct in a medium secure hospital: a thematic analysis. *The Journal of Mental health Training, education and Practice*, 10(4), 218-233. Hentet fra: British Nursing Index

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). Client and Therapist Attachment styles and Working Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 155-165. doi: 10.1002/cpp.1944

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2003). *Mot en mer menneskelig psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2008). *Metode for oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dickens, G. L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). Mental health nurses` attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. Hentet fra: British Nursing Index

Dyregrov, A. (2000). *Barn og traumer*. Oslo: Fagbokforlaget.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studenlitteratur AB.

Gabbard, G.O. & Wilkinson S.M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Gask, L., Evans, M. & Kessler, D. (2013). Personality disorder. *British Medical Journal (Online)*, 347. doi:10.1136/bmj.f5276
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger – Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoertel, N., Peyre, H., Lavaud, P., Blanco, C., Rène, M., Schuster, J. P., Lemogne, C., Delorme, R & Limosin, F. (2017). Examining sex difference in DSM-IV-TR narcissistic personality disorder symptom expression using item Response Theory (IRT). *Psychiatry Res*, 14, 500-507. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.031.
- ICD-10. (2005). *Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kennair, O & Hagen, L. (2014) *Psykoterapi, tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Killén, K. (2005). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt – et helseproblem og tverrfaglig ansvar*. (5. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal.
- Lilleaas, U-B. (2015). Mannlige pasienter i et kjønnsperspektiv. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 2, 135-156. doi: 10.4045/tidsskr.14.1274
- Lunåsmo, M. J. (2005). Hva har kvinnelighet med psykisk lidelse å gjøre?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 18-29. Hentet fra: Idunn.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Morris, C., Smith, I. & Alwin, N. (2014). Is contact with adult mental health services helpful for individuals with undiagnosed BPD? A study of service users views in the UK. *Journal of Mental Health*, 23(5), 251-255. doi: 10.3109/09638237.2014.951483

- Nemiah, J. C. (1981). *Symptomene og det ubevisste, en innføring i dynamisk psykopatologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Helseinformatikk (NHI). *Hva er personlighetsforstyrrelser?* Hentet 15.10.2017 fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykiskhelse/diverse/personlighetsforstyrrelser/?page=all>
- Nysæter, T. E. & Nordahl, H. M. (2015). Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? En oversikt over kjønns spesifikke prognostiske faktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 52(7), 2015, 587-593. Hentet fra: Helsebiblioteket.
- Ogden, T. H. (1979). On Projective Identification. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357. Hentet fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/303e/20a9ec17de0b6f7d49ed466faca9090d4e13.pdf>
- Opjordsmoen, S., Thorsen, G. R. B. & Vaglum, P. (2008). *Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid?* Stavanger: Hertvig Forlag.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering. Å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax Forlag.
- Rønnestad, M. & Lippe, A. (2013). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N. & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical practice*, 15(4), 275-279. doi: 10.3109/13651501.2011.593263
- Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse – begreper og modeller. I B. Schei. & L. S. Bakketeig (Red.), *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. & Schulz, C. (2014). Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results from a Multinational, Clinical Trial Sample.

Journal of Personality Disorders. 29(6), 828-838. Hentet fra:

<http://ezproxy.diastud.no/docview/1748574678?accountid=37793>

Skotland, S. (2009). Lykkepromillen. *Rus & Samfunn*, 5, 21-23. Hentet fra: Idunn.

Skotland, S. (2011). Kjønn i behandling. *Rus & Samfunn*, 3, 38-39. Hentet fra: Idunn.

Stokkeland, J. M. (2012). Overføring og motoverføring: en oversikt. *Matrix*, 29(2), 128-148. Hentet fra: http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/01/matrix_2012_2.pdf

Sulzer, S., Muenchow, E., Potvin, A., Harris, J. & Gigot, G. (2016). Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis. *Journal of Mental Health*, 25(1), 5-9. doi: 10.3109/09638237.2015.1022253

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis - innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thompson, A. R., Powis, J. & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 153-161. doi: 10.1111/j1447-0349.2008.00533.x

Thorgaard, L. & Haga, E. (2013). *Gode relasjonsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertvig Forlag.

Thornquist, E. (2001). Helsearbeid i kjønnsperspektiv. *Fysioterapeuten*, 11. Hentet fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Helsearbeid-i-koennsperspektiv>

Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.

Thorsen, G-R. B. (2006). Selvskading og selvmord... ingen selvfølge. *Suicidologi*, 11(1), 5-9. Hentet fra:

<https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/2314/2178>

Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D. & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment and Human Development*, 4(2), 230-242. doi: 10.1080/14616730210154216

Weight, E. J. & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), 34-38. doi: 10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner - om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Oslo: Arneberg Forlag AS.

Øverland, S. (2008). *Selvskading - en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.