



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Upplevelse av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning

En litteraturstudie baserad på patografier

Sabina Subasic

Handledare: Agneta Lindvall

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona, december 2013

Upplevelse av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning

Sabina Subasic

Sammanfattning

Bakgrund: Emotionell instabil personlighetsstörning (IPS) innebär att personen har en samling symtom som utmärks av kraftig instabilitet i beteende, identitet och känslor. Det mest centrala problemet hos personer med IPS är relationsstörningar och ångest som oftast leder till destruktiva handlingar eller till social isolering. Personer med IPS mår oftast mycket dåligt på grund av sin sjukdom och är drabbade av skräck och övergivenhetskänslor. Detta gör att självmordsförsök och missbruk av olika slag är vanligt förekommande hos dessa personer.

Syfte: Syftet med denna studie var att belysa upplevelsen av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie baserad på tre patografier.

Resultat: Upplevelsen av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning beskrivs i studiens resultat genom fyra kategorier: en vardag präglad av lidande, en rädsla för att bli övergiven, ett behov av att bli accepterad och en önskan om att hitta en identitet.

Slutsats: Det är vanligt förekommande att personer med IPS även är i behov av somatisk vård. Av denna anledning är det betydelsefullt att allmänsjuksköterskan har kunskap om IPS och hur personer upplever sin sjukdom. Genom att ta del av personers upplevelse kan sjuksköterskan hjälpa dessa personer till en mer hanterbar vardag och öka deras välbefinnande.

Nyckelord: Emotionell instabil personlighetsstörning, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Emotionell instabil personlighetsstörning (IPS)	5
Diagnos	6
Behandling	7
Upplevelse	7
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling	9
Urval	9
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier	9
Beskrivning av böckerna som ingår i resultatet	10
Etisk övervägande	10
Dataanalys	11
Resultat	12
En vardag präglad av lidande	13
Ångest	13
En vilja att skada sig själv	14
En rädsla för att bli övergiven	14
Ett behov av att bli accepterad	14
En önskan om att hitta en identitet	16
Diskussion	16
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats	21
Referenser	23
Bilaga 1 Diagnostisering av IPS enligt DSM-IV	25
Bilaga 2 Diagnostisering av IPS enligt ICD-10	27
Bilaga 3 Litteratursökning	29

Inledning

Psykisk ohälsa är ett ökande folkhälsoproblem i dagens samhälle. Personlighetsstörningar förekommer både bland kvinnor och män men är vanligare bland kvinnor. Majoriteten av kvinnor som vårdas inom psykiatri för psykisk ohälsa vårdas för personlighetsstörningar (Socialstyrelsen, 2012). Det är vanligt förekommande att personer med emotionell instabil personlighetsstörning även behöver somatisk vård eftersom de ofta har ett självskadebeteende (Cullberg, 2003). Enligt Zolnierek (2009) kan detta vara ett problem för sjuksköterskor som inte är vana att arbeta med psykiskt sjuka patienter. De kan uppleva att det är svårt att vårda dessa patienter eftersom sjuksköterskorna kan ha bristande kunskap om olika psykiska tillstånd (a.a). Av denna anledning kan det vara en fördel om sjuksköterskor även inom den somatiska vården har kunskap om emotionell instabil personlighetsstörning för att kunna ge en god omvårdnad till dessa personer. För att fånga personernas upplevelse av sin sjukdom har patografier valts som metod i denna studie, eftersom här har personerna själva möjlighet att beskriva sina upplevelser av sin sjukdom.

Bakgrund

Emotionell instabil personlighetsstörning (IPS) benämndes tidigare borderline, vilket betyder gränslinje. Det var psykoanalytikern Adolf Stern som 1938 gav sjukdomen namnet borderline. Detta begrepp blev den vanligaste benämningen på detta tillstånd vilket innebär att personer med diagnosen är på gränsen till ett psykotiskt tillstånd. Benämningen borderline kritiserar idag då den inte stämmer överens med sjukvårdens diagnoskriterier. Med anledning till detta väljer många att använda sig av benämningen IPS, vilken är definition som används i The International Classification of Diseases. Även om borderline inte är den korrekta benämningen på sjukdomen används detta begrepp fortfarande både i artiklar, böcker och av personerna själva (Kåver och Nilsson, 2002). I denna studie ska sjukdomen benämnas med IPS.

Psykologer, läkare, psykoanalytiker och psykoterapeuter har inte varit eniga om vad som kännetecknar IPS. De olika yrkesgrupperna har inte heller varit ense om hur denna form av psykisk sjukdom skall benämnas (Näslund, 2010).

Anledningen till de olika uppfattningarna kan bero på att IPS kan innefatta många olika symtom och att det kan vara svårt för den sjuka personen att beskriva sin sjukdomsbild. I början av 1950-talet ansåg de flesta läkare att IPS var en ”skräpdiagnos”, eftersom patienter som inte kunde klassas som psykotiska eller neurotiska gavs denna diagnos. Fyrtio år senare var IPS psykiatrins ”virusjukdom”, det vill säga läkarna ställde diagnosen så fort de var osäkra på vilken typ av psykiska problem patienten led av. IPS har på många sätt blivit ett stort frågetecken för psykiatrin. Det är en icke-exakt term för ett otydlig men väldigt svårt problem som kan vara komplicerat att behandla och definiera (Näslund, 2010). Cullberg (2003) anser att det är av stor vikt att man är försiktig med att ställa diagnosen IPS. En stor försiktighet ska vidtas vad gäller gravida kvinnor, ungdomar och personer som befinner sig i extrema livslägen eftersom liknande symtom kan förekomma t.ex. i tonåren (a.a).

Emotionell instabil personlighetsstörning (IPS)

Idag lever cirka 70 000 – 140 000 personer med diagnosen IPS, vilket motsvarar ungefär 1 – 2 % av befolkningen. Av alla personer som drabbas utav IPS är 70 – 80 % kvinnor. Idag är det oklart varför kvinnor drabbas i större utsträckning än män. Vissa forskare anser att en riskfaktor för att utveckla IPS kan vara om personen har blivit sexuellt utnyttjad i barndomen. Detta är vanligare bland flickor vilket kan vara en av orsakerna till att IPS är vanligare bland kvinnor (Näslund, 2010). Joyce, McKenzie, Luty, Mulder, Carter, Sullivan och Cloninger (2003) påstår att personens uppväxt kan ha påverkan på att personen sedan utvecklar IPS. Faktorer som kan orsaka utvecklingen av IPS är bristfällig omsorg från föräldrar, övergrepp eller vanvård (a.a)

Cullberg (2003) beskriver den emotionellt instabila personligheten, som ett uttryck för en psykisk störning som varken är en psykos eller en neuros. Det mest centrala problemet hos personer med IPS är relationsstörningar och ångest som oftast leder till destruktiva handlingar eller social isolering (a.a). IPS innebär att personen har en samling symtom som utmärks av kraftig instabilitet i beteende, identitet och känslor. Personer med IPS mår oftast mycket dåligt på grund av sin sjukdom och är drabbade av skräck- och övergivenhetskänslor. Detta gör att självmordsförsök och missbruk av olika slag är vanligt förekommande hos personer med IPS (Näslund, 2010).

IPS anses vara den psykiska sjukdom som leder till flest dödsfall, med en förekomst av självmord på 3-9,5 %. Den vanligaste orsaken till att personer med IPS försöker ta självmord är att de försöker lindra sin svåra ångest eller befria sig från känslor som de inte kan hantera. Självskaadebeteende finns både bland män och kvinnor, men 70 % av alla med IPS som har självskaadebeteende är kvinnor (Holm & Severinsson, 2011).

Näslund (2010) menar att en människa behöver emotionell intelligens för att lyckas i livet. Sådan intelligens handlar om att behärska sina impulser, äga förmågan att skapa goda relationer till andra, kunna leva sig in i andras problem och hantera svåra situationer. Personer med IPS saknar ofta dessa färdigheter. Weight och Kendal (2013) uppger att allmänheten ofta beskriver personer med IPS som personer som är manipulativa, uppmärksamhetssökande och tidsslösare. Bristande kunskap om denna grupp skapar dåliga attityder emot dessa personer i samhället (a.a). Det är även vanligt att personer med IPS missförstås av omgivningen på grund av sitt motsägelsefulla beteende. Påpekar man detta beteende är det vanligt att personen förnekar det, eftersom de själva inte är medvetna om det. Det handlar om de olika personligheterna inom människan som kommer till tals, och de har olika åsikter. Om vårdaren inte har tillräckligt med kunskap om IPS kan personen missförstås (Näslund, 2010).

Diagnos

Ottosson (2009) påstår att om en personlighetsstörning ska föreligga ska personens personlighet i olika situationen medföra ett individuellt lidande eller orsaka svårigheter i det sociala samspelet. Idag finns två olika system för klassificering av personlighetsstörningar, ICD-10 och DSM-IV. ICD-10 är ett system som endast behandlar patientens syndrom och personlighet och därmed skiljer sig från DSM-IV som består av fem axlar: somatisk sjukdom, psykosociala stressorer, syndrom, funktionsnivå och personlighet (a.a). För att diagnosen IPS skall kunna fastställas utifrån DMS-IV behöver personen uppfylla generalindikationen för personlighets och beteendestörningar samt fem av de nio diagnostiska kriterier (se bilaga 1). Detta system medför att två personer endast behöver ha ett gemensamt kriterium men ändå få samma diagnos. ICD-10 är det system som används i Sverige för att fastställa diagnosen. För att diagnosen IPS skall kunna fastställas utifrån ICD-10 skall samtliga generalkriterier för personlighetsstörning i ICD-10 uppfyllas. För att fastställa att störningen är av emotionell instabil typ skall ytterligare tre symtom vara uppfyllda (se bilaga 2) (Kåver och Nilssone, 2002).

Behandling

Kåver och Nilsson (2002) anser att dialektisk beteendeterapi (DBT), som är en form av kognitiv beteendeterapi, är lämplig vid behandling av IPS. Denna behandling syftar till att minska destruktivt beteende hos personer med IPS. DBT utvecklades till en början för personer med IPS som hade stora problem med självskadebeteende och för personer som var självmordsbenägna. Under senare år har denna form av behandling anpassats även till andra typer av problem som förekommer hos personer med IPS. Det kan till exempel handla om problem med missbruk, ätstörningar eller depression. Behandlingens mål är att lära personen hantera sin vardag på ett bättre sätt. Målsättningen är att personen ska erhålla en meningsfull tillvaro och hitta en inre känslomässig balans. Inom denna form av behandling utgår man från att tankar, känslor och beteenden är nära förbundna med varandra. Det innebär att exempelvis förändring av tankar leder till förändringar av beteenden och känslor (a.a).

Upplevelse

Konsten att förstå och beskriva världen som den upplevs av varje enskild människa kallas för ett livsvärldsperspektiv. Personens välbefinnande respektive lidande visar sig i livsvärlden. Livsvärlden är den levda världen, direkt given av erfarenheter och handlingar. Det är genom livsvärlden som vi finns till, som vi hatar, älskar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är utifrån livsvärlden som människan söker livets innehåll och dess mening (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2003).

Människans upplevelse är något personligt, vilket gör att det är svårt att någon annan förstår, tolkar eller upplever exakt lika så som personen upplever. Utgångspunkt för en persons upplevelsevärld utgörs av personens medvetenhet av sig själv och av andra människor (Eriksson, 1991). Upplevelsen av att leva med IPS varierar mellan olika personer, eftersom upplevelsen är något individuell som ingen annan upplever exakt lika. Däremot kan flera likheter av upplevelsen finnas eftersom personer med IPS kan ha lika symtom.

Shattell, McAllister, Hogan och Thomas (2006) anser att det är av stor betydelse att sjuksköterskan försöker förstå personens livsvärld för att kunna skapa en god relation med personen eftersom detta är grunden för en god omvårdnad. Dahlberg et.al (2003) anser att upplevelse av hälsa kan personen uppnå genom att känna helhet och betydelse för sitt liv. Tillgången till personens liv finns genom personens kropp.

Kroppen ger uttryck för personens existens och förändringar i personens livsvärld. Detta blir tydligt då personen drabbas av en sjukdom exempelvis, IPS. Att drabbas av en sjukdom kan påverka personens upplevelse av välbefinnande och lidande. Lidande respektive välbefinnande är naturligt förekommande tillstånd i en persons livsvärld och personen kan uppleva båda tillstånden samtidigt. Vårdaren strävar efter att försöka lindra lidandet hos personen genom att erbjuda god vård, och på det sättet uppnå att personen känner välbefinnande. Vårdaren ska utgå ifrån att varje person är unik och eftersträva en personcentrerad vård utifrån livsvärldsteorin (a.a). Hogan och Thomas (2006) påstår att genom att ta del av personens berättelser av hur de upplever att leva med sin sjukdom, kan vårdpersonalen få möjlighet att ta del av personens livsvärld, vilket i sin tur kan leda till ökade förståelse för personens situation (a.a).

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa upplevelsen av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning.

Metod

Studien var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Forsberg och Wengström (2008) poängterar att den kvalitativa ansatsen inom omvårdnadsforskning eftersträvar att förstå, beskriva, förklara och tolka personers upplevelser och uppfattningar. Olsson och Sörensen (2011) anser att en kvalitativ studie kännetecknas av beskrivande data, människors egna skrivna eller talade ord (a.a). Dahlberg (1997) menar att patografier är lämpligt material vid en kvalitativ studie då ett kännetecknande fenomen skall undersökas. Studien grundades på patografiska böcker, vilket enligt Häggblom (2007) är en ny genre inom den svenska litteraturen. Ordet patografi betyder *pato* betecknar sjukdomen och *grafi* betyder skriva. Patografier är oftast sorterade under humaniora som självbiografi eller biografi. Patografiska böcker innehåller egna erfarenheter eller upplevelser av en sjukdom eller sjukvård. En patografi kan även beskriva anhörigas erfarenheter av en viss sjukdom eller sjukvård (a.a). I denna studie gjordes en subjektiv tolkning vad gäller att avgöra om boken är en patografi. Beslutet grundades på Häggbloms beskrivning av patografi. Böckerna ansågs vara patografier då författarna förmedlade personliga erfarenheter angående deras upplevelser av sin sjukdom.

Datainsamling

För att hitta relevanta böcker till studien gjordes en strukturerad litteratursökning. Sökningen gjordes via Libris (bilaga 1). Libris är det svenska forskningsbibliotekens gemensamma elektroniska katalog och uppdateras dagligen. För närvarande finns det cirka sju miljoner titlar i katalogen (Libris, 2013). Sökorden *emotionell instabil personlighetsstörning* gav totalt 48 träffar, vilka framför allt omfattade faktaböcker. Sedan avgränsades sökningen genom att kombinera sökorden *emotionell instabil personlighetsstörning* och *patografi* som inte gav någon träff. Därefter gjordes en sökning med sökorden *emotionell instabil personlighetsstörning* och *LZ* (bibliotekskoden för självbiografier) som gav 2 träffar. Eftersom IPS tidigare kallades för *borderline* och denna benämning fortfarande används genomfördes sökningen även med sökordet *borderline* som gav totalt 571 träffar, som omfattade biografier, faktaböcker och böcker skrivna av anhöriga. Genom att använda sökord *borderline* och *patografi* framkom inga träffar. Därefter avgränsades sökningen genom att sökorden *borderline* och *LZ* kombinerades, vilket gav 13 träffar. Av dessa 13 träffar var endast 7 träffar faktiska. Vissa av böckerna i de 13 träffarna hade flera olika utgåvor eller var talböcker. För att undersöka böckernas relevans i förhållande till syftet lästes samtliga recensioner av böckerna. Till slut valdes tre böcker ut för att ingå i resultatet. Dessa böcker stämde väl överens med studiens syfte och uppfyllde de inklusions- och exklusionskriterier som presenteras nedan.

Urval

Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för denna studie var att böckerna som används i studien var klassade som *patografier* eller *självbiografier*. Böckerna skulle vara skrivna av personen som har diagnosen *emotionell instabil personlighetsstörning* och det skulle tydligt framgå hur dessa personer upplevde det att leva med *IPS*. Böckernas originalspråk skulle vara svenska, detta för att minska risker för feltolkningar.

Exklusionskriterier

Böcker där personen i boken hade flera psykiska sjukdomar eller böcker som var skrivna innan år 1995 exkluderades.

Beskrivning av böckerna som ingår i resultatet

Att notera är att samtliga böcker som ingår i resultatet har *borderline* i sina titlar istället för instabil emotionell personlighetsstörning.

Borderline. En del av mig (Att leva med en psykisk sjukdom) av Helen Johansson, 2011

Helen beskriver sina upplevelser av hur det är att leva med sjukdomen IPS. Hon fick diagnosen IPS när hon var 21 år gammal. Boken är skriven i efterhand men innehåller även en liten del av dagboksanteckningar. Sjukdomen leder till att hon har svårigheter att klara av sin vardag. Hon beskriver hur hon försöker ta en dag i taget för att kunna hantera sina känslor och tankar. Hennes önskan är att läsaren får en bättre förståelse för denna sjukdom genom att ta del av hennes bok. (94 sidor)

Ansiktet bakom masken – om att vara borderline av Jouanita Törnström, 2004

Jouanita fick diagnosen IPS som 27 åring. I sin bok skriver hon om sina upplevelser av att leva med sjukdomen. Hon börjar skriva boken i samband med att hon fick diagnosen IPS. Hon beskriver i boken som utgår från dagboksanteckningar om hur det var för henne att brottas med sina känslor och tankar i hennes vardag. Hennes sjukdom styrde hennes vardag och hon hade inte kontroll över den. Hon beskriver även hennes upplevelse av bemötande inom vården. (124 sidor)

Sänder på tusen kanaler – en bok om borderline av Mikaela Aspelin, 2008

Mikaela har sedan 14-års ålder varit i kontakt med psykiatri med anledning av hennes problematik som vid 30 års ålder diagnostiserades som IPS. I sin bok som utgår från dagboksanteckningar skriver hon om sina upplevelser av att leva med sjukdomen IPS och hennes svåra kamp att få sin vardag att fungera. Hon beskriver hur allt känns svart i hennes värld och berättar om sina återkommande självmordsförsök. Hon beskriver även sin svåra kamp med sitt destruktiva beteende. (147 sidor)

Etisk övervägande

Etisk godkännande är inte nödvändigt i denna studie eftersom studien bygger på patografier. Vilket innebär att författaren själv har möjlighet att välja vad de vill förmedla till läsaren.

Dataanalys

Studiens innehållsanalys var inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativa innehållsanalys. Texten kan antingen analyseras genom en manifest eller en latent metod. Manifest innehållsanalys innebär att innehållet beskrivs textnära och att man inte använder egna tolkningar, utan endast en kategorisering från innehållet i textmaterialet. Latent innehållsanalys innebär att författaren gör en tolkning av text materialet. Oberoende vilken metod som väljs sker det alltid någon form av tolkning, med mer eller mindre djup (a.a). I denna studie låg fokus på den manifesta innehållsanalysen men med latent inslag. De valda böckerna lästes igenom två gånger för att få en god uppfattning om deras innehåll. Första gången böckerna lästes gjordes inga anteckningar. Andra gången gjordes noteringar både i böckerna och i anteckningsblock för att hitta meningsenheter som svarade mot syftet. Graneheim och Lundman (2004) anger att meningsenheter är meningsbärande delar av textinnehållet som utgörs av beskrivande ord eller meningar (a.a). Därefter gjordes en så kallad kondensering, vilket innebär att meningsenheterna förkortas utan att därmed mista innebörden. De kondenserade meningsenheterna kodades. Koden är enligt Graneheim och Lundman (2004) en ”etikett” på den kondenserade meningsenheten som ger en överblick över meningsenhetens innebörd (a.a). Koder med liknande innebörd sammanfördes i kategorier och underkategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) uppstår kategorier när flera koder har samma innebörd (a.a). Var god se tabell 1 för exempel på innehållsanalys.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Så provade jag först att dämpa ångesten med några öl men då det inte hjälpte så skar jag mig och då försvann smärtan (Johansson)	När öl inte hjälpte emot ångesten då skar jag mig och ångesten försvann	Skär sig för att dämpa ångest	En vilja att skada sig själv	En vardag präglad av lidande
Jag vet inte vart jag är på väg? Vad ska det bli av mig? Jag skäms över den jag är. Ångest, ångest, ångest (Aspelin)	Vart är jag på väg, jag skäms över mig själv, ångest	Oro över framtiden	Ångest	
Jag klarar inte att alla människor som betyder något för mig, hela tiden försvinner (Törnström)	Alla som betyder något försvinner	Övergivenhet		En rädsla att bli övergiven

Resultat

Resultatet bygger på tre patografier av personer som lever med IPS. Analysen resulterade i fyra kategorier och två underkategorier, se tabell 2. Citat kommer att presenteras för att förstärka innebörden i texten. För att undvika missförstånd i resultatet benämns författarna till patografier som personer eller med respektive författares efternamn Aspelin, Johansson och Törnström.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
En vardag präglad av lidande	Ångest En vilja att skada sig själv
En rädsla för att bli övergiven	
Ett behov av att bli accepterad	
En önskan om att hitta en identitet	

En vardag präglad av lidande

Personerna beskrev att deras vardag var väldigt problematiskt och präglad av lidande. Svårast att hantera var den kraftiga ångesten som resulterade i problem att hantera vardagen.

Ångesten kunde vara så kraftig att personerna upplevde att ända utvägen för att minska ångesten var att skada sig själv.

Ångest

Gemensamt för personerna var att de i sin vardag upplevde ångest i stor utsträckning.

Ångesten uppstod av olika orsaker. I vissa fall uppstod den på grund av att något redan hade hänt eller på grund av oro över att något skulle kunde hända i framtiden.

I vissa fall kunde personerna uppleva ångest utan att de hade någon kunskap om varför den uppkommit. Personerna upplevde att ångesten var det som gjorde livet svårast att hantera. Eftersom ångesten upplevdes så svår kunde de uttrycka att de fick en vilja att dö för att slippa ångesten. De beskrev att när de drabbades av ångesten upplevde de en känsla av oro, rädsla eller panik. De kunde uppleva flera olika fysiska symtom som exempelvis svårt att andas, tryck över bröstet, hjärklappning eller en klump i magen. Eftersom ångesten upplevdes som väldigt obehaglig och omöjlig att hantera, kände personerna rädsla och oro över att drabbas av den. Den konstanta rädslan att drabbas av ångest kunde orsaka att ångesten triggades igång.

Nästan dagligen får jag ångestattacker och försöker bemästra dem. Jag går som om jag hade MS, stapplar fram och rycker i hela kroppen av kramper. Kan inte prata, stammar, orden fastnar på tungan och kommer fram i hackande ofullständiga meningar. (Aspelin, s.31)

En vilja att skada sig själv

Samtliga personer hade svårigheter med självskadebeteende när de mådde dåligt. Deras självskadebeteende berodde oftast på att de ville lindra sin svåra ångest. Det som var vanligast förekommande när de ville skada sig själva var att de skar sig med vassa föremål, missbrukade mediciner eller alkohol. Eftersom de även hade en vilja att dö kunde självskadebeteendet vara ett försök att ta livet av sig. De kunde få självmordstankar i samband med någon händelse eller kris som var svår att hantera. När det uppkom påfrestande situationer eller situationer som de inte kunde hantera ansåg de självmord vara en lösning. Självmordstankarna förstärktes i samband med missbruk av alkohol eller mediciner.

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

En rädsla för att bli övergiven

Personerna upplevde att de hade problem att skaffa varaktiga relationer i sin vardag. De fåtal relationer som personerna hade i sitt liv hade positiv inverkan på deras välmående. Relationerna till familj, vänner och vårdpersonal var viktiga för att de skulle uppleva välbefinnande. De kände sig förstådda och trygga i dessa relationer. Men det fanns en ständig rädsla och oro för att de skulle bli övergivna. Oron och rädslan över att mista relationerna till vänner berodde oftast på att personerna hade bristande kunskap om hur sociala relationer fungerar. När de upplevde rädsla för att förlora sina relationer reagerade de motstridigt. I stället för att vara trevliga kunde de uppvisa ett motsatt beteende och vara otrevliga. Detta kunde medföra att vissa personer tog avstånd från dem i brist på förståelse för deras beteende.

*Om jag skulle börja känna en ny människa så börjar genast tanken att snurra i huvudet: Hur länge dröjer det innan denna människa försvinner?
(Johansson, s. 46)*

Ett behov av att bli accepterad

Gemensamt för samtliga personer var att de hade behov av bekräftelse för att känna trygghet och tillfredsställelse i sin vardag. Behovet av att synas och att bli accepterad av omgivningen var stor. Personerna upplevde att de inte fick tillräckligt med bekräftelse av sin omgivning. De få tillfällen då de upplevde bekräftelse kunde detta ge dem mer motivation och hopp om framtiden. De förlitade sig på att andra skulle bekräfta att de var "tillräckligt" bra som människor.

Fick de inte bekräftelse upplevde de sig misslyckade och hade en känsla av att de var otillräckliga. De ville känna sig älskade och betydelsefulla, därför hade de stora krav på sig själva. De ville vara den ”perfekta” personen i alla lägen och försökte leva upp till omgivningens förväntningar.

Du är rolig Jouanita, vet du om det? Du är rolig och jag tycker om dig, sa hon! Waow, så glad hon gjorde mig. Det är sådana saker jag vill höra spontant att folk säger till mig. (Törnström, s. 113)

Personerna kände sig oftast missförstådda av omgivningen och upplevde att de inte blev tagna på allvar. Det var endast ett fåtal personer i deras liv som hade förståelse för deras sjukdom och ville försöka förstå deras situation. Ofta kunde de uppleva brist på förståelse när de befann sig inom vården. Personalen kunde missbedöma deras självskadebeteende och kunde tolka beteende som ett sätt att få uppmärksamhet och inte något som var orsakat av deras ångest eller sjukdom. Brist på förståelse kunde resultera i att de undvek social samvaro vilket i sin tur kunde leda till att de blev socialt isolerade och hade svårt att skapa nya relationer till omgivningen. På grund av detta var de mycket begränsade i sina sociala kontakter och försiktiga med vem de skapade relationer med och vilka som fick komma dem nära. Om personerna upplevde sig förstådda ingav det en känsla av trygghet och hopp, vilket kunde resultera i en positiv framtidstro.

Under tiden som läkaren syr ihop såret (det blev alltså så djupt och brett att de var tvungna att sy) så säger han: Tror du inte att vi har annat att göra än att sy ihop dig bara för att du har skurit dig självmant. (Johansson, s. 60)

Personerna upplevde meningslöshet, och hade brist på motivation och lust i sin vardag. Att personerna upplevde meningslöshet kunde bero på att de kände att de inte räckte till i olika sammanhang eller att de inte presterade tillräckligt bra i en viss situation och blev accepterade för den person de var. Brist på sysselsättning och rutiner gjorde också att de kände meningslöshet och inte ansåg att de kunde göra något meningsfullt. De ifrågasatte målet och meningen med sin tillvaro och existens.

En önskan om att hitta en identitet

Personerna kunde uppleva en känsla av förvirring i vardagen. De kunde uppleva många olika känslor samtidigt vilket medförde att de hade svårt att hitta sig själva. Personerna uttryckte ofta att de hade en önskan att hitta en tydlig identitet, de påstod att de saknade en egen personlighet eftersom de försökte anpassa sig efter andra människors krav eller förväntningar. De menade att de hade en identitet innan de fick IPS men att deras sjukdom gjorde att den försvann. De strävade efter att återfå sin identitet.

Samtliga personer hade dåliga upplevelser av sig själva. De saknade självkänsla, självförtroende, självrespekt och självtillit. Personerna beskrev sig ofta som värdelösa och hade en känsla av otillräcklighet. De upplevde att själen och kroppen var oberoende av varandra och beskrev oftast att de inte hade någon själ. Personerna försökte ofta dölja hur de mådde och försökte ”spela” någon annan eftersom de upplevde att de själva inte visste vem de egentligen var. De försökte ta hand om sitt utseende, det var viktigt för dem att se bra ut för då ansåg de att andra personer kanske skulle tycka om dem. De försökte ständigt leva upp till omgivningens förväntningar. Detta lyckades sällan, vilket kunde resultera i en känsla av självhat.

Kaos. Jag är en Onoff-affär, min bröstorg består av en vägg med tusen Tv-monitorer. Varje skärm sänder sin egen film. Självklart och högljutt uppblåst vräker de ur sig bilder och menar att just deras budskap är det enda sanna. Hur ska jag veta vilken film som är den rätta, i vilken sken jag ska betrakta mig själv? Varenda ord som uttalas, varje mening, varje gest, varje handling betyder olika saker, kan skildras på tusen sätt.

(Aspelin, s. 113)

Diskussion

Diskussionen är indelad i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras den valda metoden och studiens styrkor och svagheter. I resultatdiskussionen görs en anknytning mellan studiens resultat och tidigare forskning, för att styrka eller påvisa en annan synvinkel av resultatet.

Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa upplevelsen av att leva med emotionell instabil personlighetsstörning, för att kunna besvara syftet valdes en kvalitativ litteraturstudie som grundades på patografier. Patografier ansågs lämplig eftersom syftet var att belysa upplevelser av att leva med en sjukdom. I en patografi har författaren möjlighet att delge sina upplevelser (Dahlborg-Lyckhage, 2012). Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar att en kvalitativ studie används för att beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för människors uppfattningar och upplevelser. Genom att använda sig av en kvalitativ ansats ges en bredare bild av personers upplevelser vilket är fördelen med denna metod (a.a). Olsson och Sörensen (2011) anser att forskningsfrågan är avgörande för val av metod. Undersökningens syfte styr valet mellan kvalitativ och kvantitativ design (a.a). Den kvantitativa metoden ansågs inte lämplig i denna studie då resultatet inte var mätbart. Olsson och Sörensen (2011) menar att den kvantitativa forskningen främst är lämplig till statistiska undersökningar som utförs med många antal deltagare och där datan är mätbar. En litteraturstudie innebär att redan befintlig forskning sammanfattas och därigenom kan man ge en bredare förståelse för ämnet jämfört med till exempel en empirisk studie (a.a). Om en empirisk studie genomförts hade den kunnat bidra med ny kunskap genom att man intervjuade personer med IPS om deras upplevelse. Detta alternativ valdes bort då det i examensarbetet inte var möjligt att tillfråga patienter om deras upplevelse, vilket var studiens syfte.

Böckernas originalspråk skulle vara svenska. Anledningen var att minska risken för feltolkningar. Böcker där personen hade annan psykisk sjukdom än IPS exkluderades med anledning av att det kunde vara missvisande. Att använda sig av patografiska böcker har både för och nackdelar. Holme och Solvang (1997) påstår att självbiografier kan ge djupare, personligare och en mer fullständig bild än vid intervjuer. Även Dahlborg-Lyckhage (2012) beskriver fördelar med att använda böcker i självbiografisk form då dessa böcker bidrar till en förståelse för personens livsvärld (a.a). Nackdelen med att använda självbiografiska böcker kan vara att om oklarheter stötts på i boken kan dessa inte tillrättaläggas till skillnad från vid en intervju (Olsson och Sörensen, 2011). En risk kan förekomma när patografier eller självbiografiska böcker används, att författaren förvanskar fakta för att göra boken intressantare.

Vid sökningen i Libris hittades flest antal böcker genom sökorden *borderline* och självbiografi. Sökterm *borderline* gav flest antal träffar. Detta kan bero på att många med sjukdomen väljer att använda den benämningen på sjukdomen istället för IPS. Patografi som sökterm gav inte någon träff och detta kan bero på att begreppet är relativt nytt och inte lika vedertaget som ordet självbiografi. Sökningen resulterade i tretton träffar, men endast sju var faktiska då flertal böcker hade ny utgåva eller var talböcker. Talböcker valdes att inte användas eftersom det ansågs enklare att göra anteckningar och noteringar när boken fanns i skriftlig version. Av de framkomna sju böcker valdes tre böcker att ingå i resultatet, vilket ansågs som tillräckligt för att svara på studiens syfte. Sex böcker är skrivna av kvinnor och en av man. Boken som var skriven av en manlig författare valdes bort då den inte uppfyllde studiens inklusionskriterier, då personen samtidigt hade IPS och en annan psykisk sjukdom. Det återstod tre böcker som stämde in på studiens syfte men dessa valdes att exkluderas då det ansågs inte möjligt att hantera en så stor datamängd inom den angivna tiden för studien. Böckerna som valdes till analys bedömdes svara bäst på syftet och innehåll flest avsnitt som kunde knytas till sjukdomen och vården. Det som kan ses som en brist i studien är att antal böcker som analyserades kan ha påverkat styrkan och trovärdigheten i resultatet. Willman et al. (2011) påstår att mängden som analyseras ökar trovärdigheten i sammanställningen (a.a). Men eftersom liknande upplevelser förekom i alla tre böckerna anses denna brist inte ha påverkat resultatet.

Fokus för denna studie var att belysa generella upplevelser av att leva med IPS och inte specifikt på ett kön. Den föreliggande studie belyser endast kvinnors upplevelser av att leva med IPS då det inte fanns någon patografisk bok som svarade till studiens inklusions och exklusions kriterier. Detta medförde att resultatet endast representerar kvinnors upplevelser, och det inte är möjligt att jämföra om det finns skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser vid IPS. Eventuellt kunde en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar kunna fånga båda könen upplevelser. Alla tre titlarna på böckerna har begreppet *borderline* som benämning istället för IPS. En orsak till detta kan vara att benämningen *borderline* fortfarande är den vanligaste benämningen på denna sjukdom, av allmänheten och av personerna själva. Boken *Borderline, En del av mig* som är skriven av Helen Johansson som användes i studien var skriven i efterhand.

Boken som är skriven i efterhand kan ha påverkat resultatet då händelser och upplevelser som nedtecknas i efterhand möjliggör att författaren glömmer att fånga viktiga upplevelser, åsikter eller känslor kring en händelse, eller i vissa fall glömmer bort viktiga händelser. Forsberg och Wegström (2008) anser att bokens trovärdighet kan påverkas om boken skrivs i efterhand.

Analysen gjordes med inspiration från Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Anledningen till att denna analysmetod valdes var att den är beskriven på ett sätt som är lätt att förstå och att det är lätt att följa de olika stegen i denna analysmetod. Böckerna lästes igenom två gånger för att det skulle ges en bättre inblick i deras innehåll. Därefter plockades meningsenheter ut som svarade på studiens syfte. I vissa fall var det svårt att avgöra hur stor meningsenhet som skulle plockas ut. Graneheim och Lundman (2004) poängterar att om meningsenheten är för lång kan mer än en betydelse finnas, samtidigt som sammanhanget kan förloras om meningsenheten är för kort (a.a). Kondensering av meningsenheterna upplevdes som en utmaning då det fanns risk att förlora innebörden av meningsenheterna. Det uppstod inga svårigheter under kodningen, då meningsenheterna redan var kondenserade och innebörden inte kunde förloras. Att skapa lämpliga kategorier var ibland problematiskt eftersom vissa koder passade in i fler än en kategori. Även Graneheim och Lundman (2004) påstår att det kan uppkomma svårigheter i samband med kategoriseringen eftersom vissa meningsenheter kan svara mot flera kategorier (a.a). I denna studie användes en manifest innehållsanalys med ett latent inslag, eftersom det är svårt att inte tolka vid sammanställning av stor datamängd. Graneheim och Lundman (2004) anser att det är bra om studenter använder sig av manifest innehållsanalys till att börja med.

Det fanns ingen förförståelse till denna studie men resultatet hade förmodligen kunna bli annorlunda om någon annan utförde analysen. Forsberg och Wengström (2008) anser att forskaren tolkar data i en kvalitativ studie. De påstår att hur tolkningen kommer att se ut beror på forskarens förförståelse och uppmanar vid en kvalitativ studie forskaren att ta ställning till sin förförståelse (a.a).

Resultatdiskussion

I den föreliggande studien visades att personers livsvärld påverkades på grund av sjukdomen IPS. Det framgick tidligt att personerna upplevde lidande i sin livsvärld på grund av sin sjukdom. Dahlberg m.fl. (2003) anser att ifall en person drabbas av en sjukdom påverkas människan välbefinnande som kan orsaka ett lidande. Personerna upplevde att omgivningen ansåg deras beteende som ”onormal” och detta kunde resultera i att de upplevde lidande. Oavsett att personerna upplevde lidande med anledning till sin sjukdom, kunde de även uppleva välbefinnande genom att omgivningen visade förståelse för deras beteende. Dahlberg m.fl. (2003) påstår att lidande och välbefinnande är naturligt förekommande i personers liv. Dessa begrepp har inget motsatsförhållande, en person som upplever lidande kan ändå uppleva välbefinnande i att känna andra värden i livet (a.a).

Personernas liv var präglad av lidande och ångest vilket medförde att de upplevde sin vardag som problematisk. Ångesten upplevdes som svårast att hantera i vardagen, vilket kunde leda till att personerna skadade sig själva för att dämpa ångesten. Weight och Kendal (2013) påstår att personer med IPS använder självskadebeteenden som en mekanism för att hantera sina känslor och sin ångest. När det uppstod situationer eller händelser i vardagen som personerna inte kunde hantera eller upplevde som påfrestande kunde de anse att självskadebeteende kunde vara en lösning. Lamph (2011) påpekar att det är vanligt förekommande att personer med sjukdomen IPS använder sig av självskadevällande beteende. I Storbritannien uppsöker 150 000 personer akutsjukvård varje år på grund av självskadebeteende, vilket gör att det rankas till de fem vanligaste orsakerna till varför någon uppsöker en akutmottagning (a.a). Självskadebeteende kunde även bero på att personerna ville ta självmord. Weight och Kendal (2013) påstår att personer med IPS kan ha en vilja en att dö eftersom de anser det vara en lösning när vardagen alltför påfrestande.

Vidare visade resultatet att personer med IPS kände sig missförstådda av omgivningen och upplevde att människor i deras omgivning inte tog dem på allvar. Detta var framförallt något personerna upplevde när de befann sig inom vården. Lamph (2011) påstår att personer med självskadebeteende som uppsöker vården återger sina erfarenheter negativt och upplever att personalen har dålig förståelse för deras självskadebeteende (a.a). De upplevde även att personalen missbedömde deras självskadebeteende. Personerna påstod att personalen kunde uttrycka att de trodde att de skadade sig själva för att få uppmärksamhet.

Att personalen missbedömer personers självskadebeteende kan enligt Lamph (2011) bero på att allmänsjuksköterskor hade svårt att förstå varför personer utför destruktiva handlingar (a.a).

Personernas behov att synas och bli accepterade av omgivningen var stor. De uttryckte att omgivningens bekräftelse och accepterande gav dem motivation och hopp om framtiden, de ansåg att detta inte tillgodosågs av deras omgivning. Det kan bero på att omgivningen inte har tillräckligt med kunskaper om sjukdomen eller om personernas upplevelser av att leva med sjukdomen IPS. Weight och Kendal (2013) anser att folk i allmänhet har felaktig uppfattning om personer med sjukdomen IPS. De kan bland annat uppleva att personerna är manipulativa och vill ha uppmärksamhet samt att de har kontroll över sitt beteende (a.a).

I studiens resultat framkom att personerna saknade självkänsla, självförtroende och självrespekt. De kände sig otillräckliga och beskrev sig som otillräckliga. Enligt Santerre, Bouchard, Sabourin, Lazaridès och Bélanger (2013) kännetecknas personer av IPS av att de har instabila mellanmänskliga relationer och dålig självbild. De anser att instabiliteten ofta beror på intensiv och ständig rädsla för övergivenhet i nära relationer, något som de menar är typiskt för personer med IPS (a.a). En rädsla för att bli övergiven framkom även i den föreliggande studiens resultat. Personerna upplevde att relationer till familj, vänner och vårdpersonal var viktiga för att uppleva välbefinnande. Dahlberg m.fl. (2003) påstår att om vårdaren är öppen för personens livsvärld kan personen lära vårdaren vad som upplevs som lidande och att denna öppenhet kan skapa upplevelse av välbefinnande hos personen. Nära relationer skapade trygghet och de upplevde att de blev förstådda av människor som stod dem nära. Även om de hade goda relationer till olika människor som stod dem nära fanns en ständig rädsla och oro för att de skulle bli övergivna av dessa personer och förlora dessa relationer.

Slutsats

Studiens resultat visar på att personer med IPS upplevde att deras vardag var svår att hantera och att deras livsvärld hade förändras i samband med att de hade blivit sjuka. Deras vardag var präglad av ångest samt anpassning för att bli accepterad av sin omgivning. Efter genomförd studie kan slutsatsen dras att det är viktigt att sjuksköterskor i allmänhet breddar sin kunskap om sjukdomen IPS för att få en ökad förståelse för personer med sjukdomen IPS

och att kunna vårda och bemöta dessa patienter på bästa möjliga sätt. Genom att sjuksköterska tar del av hur personer med IPS upplever sin livsvärld kan hon bidra till att lindra lidande och understödja hälsa och välbefinnande. Det finns många utförda studier som belyser sjuksköterskors upplevelse av att vårda personer med IPS. Däremot finns det begränsat med studier som har patienten som utgångspunkt, vilket skulle vara behövt att forskas vidare på. Även om IPS är en sjukdom som främst drabbar kvinnor, skulle det i vidare forskning vara intressant att undersöka eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelser av att leva med IPS.

Referenser

Aspelin, M. (2006). *Sänder på tusen kanaler: en bok om borderline*. (1. uppl.) Borås: Recito.

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K., & Suserud, B. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg - Lyckhage, E. (2012). *Att analysera berättelser (narrativer)*. I F. Friberg (red.), Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1991). *Pausen, En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Holm, A., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(3), 165-173

Hägglom, K. (2007). Patografin-den sjukes egen journal. *Läkartidningen*, 104(47), 3548-355.

Johansson, H. (2011). *Borderline: en del av mig: att leva med en psykisk sjukdom*. (1. uppl.) Borås: Recito.

Joyce, P., McKenzie, J., Luty, S., Mulder, R., Carter, J., Sullivan, P., & Cloninger, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 37(6), 756-764.

Kåver, A., & Nilsson, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lamph, G. (2011). Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. *Nursing Standard*, 26(5), 35-40.

Libris - Nationella bibliotekssystem. (2013). *Om Libris*. Hämtad 2014-01-20 från: http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?redirected=true&pref_is_set=&textsize%20=&contrast=&language=se

Näslund, G.K. (2010). *Borderline personlighetsstörning: uppkomst, symptom, behandling och prognos*. Stockholm: Natur och Kultur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. (7. uppl.) Stockholm: Liber.

Santerre, M., Bouchard, S., Sabourin, S., Lazaridès, A., & Bélanger, C. (2013). Couples Negative Interaction Behaviors and Borderline Personality Disorder. *American Journal of Family Therapy*, 41(3), 259-271.

Shattell, MM., McAllister, S., Hogan, B & Thomas, SP. (2006). "She took the time to make sure she understood": mental health patients' experiences of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234-241.

Socialstyrelsen (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa – En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen*. Hämtad 2013-11-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-14>.

Törnström, J. (2012). *Ansiktet bakom masken - om att vara borderline: en berättelse byggd på dagboksanteckningar och egna erfarenheter*. (Ny utg.). Örsundsbro: Törnströms Speaking & Consult IT Agency.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Zolnierek, CD. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1570-83.

Bilaga 1 Diagnostisering av IPS enligt DSM-IV

- A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden
1. Kognitioner (dvs. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
 2. Affektivitet (dvs. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret)
 3. Mellanmänskligt samspel
 4. Impulskontroll
- B. Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.
- C. Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxenålder.
- E. Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.
- F. Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex skalltrauma)

Kriterier för Emotionell Instabil personlighetsstörning enligt DSM-IV

Ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmännsliga relationer, självbild och affekter. Störningen visar sig i ett flertal olika situationer och sammanhang från tidig vuxenålder och tar sig minst fem av följande uttryck:

- 1 Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. (Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här)
- 2 Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
- 3 Uppvisar identitetsstörning, dvs. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
- 4 Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Obs: Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
- 5 Uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar.
- 6 Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar).
- 7 Känner en kronisk tomhetskänsla.
- 8 Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (ex. ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
- 9 Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom.

Bilaga 2 Diagnostisering av IPS enligt ICD-10

Generalkriterier för personlighetsstörning

G1. Det finns bevis för att individens karakteristiska och genomgripande mönster av inre upplevelser och beteende i helhet avviker tydligt från vad som är kulturellt förväntat och accepterat (eller ”normalt”). Sådana avvikelser måste manifesteras i mer än ett av följande områden:

1. Kognition (sättet att ta emot och bearbeta information om saker, människor och händelser, förhållningssättet av attityder och föreställningar om sig själv och andra)
2. Affekter (spännvidd, intensitet och hur adekvata emotionella ”arousal” och svar är)
3. Kontroll över impulser och behovet av belöningar
4. Sättet att relatera till andra och hur man hanterar interpersonella situationer.

G2. Avvikelser måste manifesteras genomgripande i form av beteenden som är inflexibla, maladaptiva eller på annat sätt dysfunktionella inom ett vitt område av personella och sociala situationer (det får inte vara begränsat till ett speciellt ”trigger”-område eller en speciell situation).

G3. Det finns ett personligt lidande eller sociala svårigheter, eller båda, som klart visar sig vara associerat med beteendet beskrivet i kriterium G2.

G4. Det måste finnas bevis för att avvikelsen är stabil och har funnits en lång tid, debuten ska ha skett i sen barndom eller under tonårstiden.

G5. Avvikelsen kan inte förklaras med att vara en manifestation eller konsekvens av andra psykiska syndrom hos vuxna.

G6. Organisk hjärnsjukdom, skada eller dysfunktion måste kunna exkluderas som möjlig orsak till avvikelsen.

Kriterier för Emotionellt instabil personlighetsstörning, enligt ICD-10

A. Generalkriterierna för personlighetsstörning enligt ovan ska vara uppfyllda.

B. Minst tre av följande symptom ska vara uppfyllda, en av vilken är (2)

1. En markant tendens att agera oväntat och utan hänsyn till konsekvenserna.
2. En markant tendens till grälsjuka beteende och konflikter med andra, speciellt när impulsiva handlingar bemöts eller kritiseras.
3. Skuld till vredesutbrott eller våld, med oförmåga att kontrollera de resulterande beteendebrotten.

4. Svårigheter att upprätthålla handlingar som inte ger någon omedelbar belöning.
5. Instabilt och oberäkneligt humör.

Bilaga 3 Litteratursökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Utvalda biografier
LIBRIS	Emotionell instabil Personlighetsstörning	48	
	Emotionell instabil personlighetsstörning + patografi	0	
	Avgränsningar: Emotionell instabil personlighetsstörning + LZ	2 Ansiktet bakom masken – att vara borderline (en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter) (Törnström, 2004) Panikboken: En berättelse om borderline (Hedman, 2003)	
		571	
	Borderline	0	
	Borderline + patografi		
	Avgränsningar: Borderline + LZ	13 Borderline: en sann berättelse om gränslös vänskap (Kraus, 2004) Borderline: en del av mig (Att leva med en psykisk sjukdom) (Johansson, 2011) Borderline: en sann berättelse om gränslös vänskap (Talbok) (Kraus, 2005) Sänder på tusen kanaler: en bok om borderline (Aspelin, 2006 1:a uppl.)	3 Borderline: en del av mig (Att leva med en psykisk sjukdom) (Johansson, 2011) Sänder på tusen kanaler: en bok om borderline (Aspelin, 2006 1:a uppl.)

		<p>Borderline: en sann berättelse om gränslös vänskap (Kraus, ny utgåva 2005)</p> <p>Ansiktet bakom masken – att vara borderline (en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter) (Törnström, 2004)</p> <p>Panikboken: en berättelse om borderline (Hedman, 2003)</p> <p>När hjärtat gråter (Nielsen, 2006 1:a uppl.)</p> <p>Sänder på tusen kanaler: en bok om borderline (Aspelin, 2006 3:e uppl.)</p> <p>Sänder på tusen kanaler: en bok om borderline (Aspelin, 2006 2:a uppl.)</p> <p>Panikboken: en berättelse om borderline (Talbok) (Hedman, 2005)</p> <p>Ansiktet bakom masken – att vara borderline (en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter) (Talbok) (Törnström, 2010)</p> <p>Frisk? En liten bok om att vara störd eller frisk eller både och, samt en reseberättelse (Barneveld, 2002)</p>	<p>Ansiktet bakom masken – att vara borderline (en berättelse byggd på dagboksanteckningar och erfarenheter) (Törnström, 2004)</p>
--	--	---	--