



Forebygging av aggresjon hos pasienter med borderline
personlighetsforstyrrelse

En mentaliseringsbasert tilnærming

Kandidatnummer: 1085

VID vitenskapelige høyskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i SYK3120

Kull: BASYK 2016

Antall ord: 10668

Dato: 21.03.2019

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag/abstract

Sammendrag

I denne litterære oppgaven blir det belyst hvordan sykepleiere kan bruke mentaliseringsbasert miljøterapi for å forebygge aggresjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Mennesker med BPF er preget av impulsive og uforutsigbare handlinger, manglende selvkontroll, svingende humør og aggresjon. Slik atferd kan ha fatale konsekvenser, slik som selvmord og utøvelse av vold. Aggressiv og uforutsigbar atferd kan også være en stor påkjenning for sykepleiere, og det er derfor av interesse å få et verktøy som kan forebygge slik atferd. Det diskuteres hvordan sykepleier kan bruke ulike kompetanseområder i mentaliseringsbasert miljøterapi (*en ikke-vitende nysgjerrig holdning, støtte og empati, klargjøring, utforsking, utfordring, følelsesfokus og det terapeutiske forholdet*) for å forebygge aggresjon hos pasienter med BPF. Den begrensede litteraturen angående sykepleiers anvendelse av mentaliseringsbasert terapi tyder på at det er behov for mer forskning på dette feltet.

Abstract

This literature review concerns how nurses can use mentalization-based environmental therapy to prevent aggression in patients with borderline personality disorder. People with BPF are characterized by impulsive and unpredictable actions, lack of self-control, swinging mood and aggression. Such behavior can have fatal consequences for both the patient and others in their relations. Aggressive and unpredictable behavior can also be a major strain for nurses, and it is therefore of interest to find a tool to prevent such behavior. It is discussed how nurses can use different areas of competence in mentalization-based environmental therapy (a non-knowing and curious attitude, support and empathy, clarifying, exploration, challenge, emotional focus and the therapeutic relationship) to prevent aggression in patients with BPF. The limited literature on mentalization-based therapy and nurses suggests a need for more research.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG/ABSTRACT	III
1 INNLEDNING	1
1.1 PRESENTASJON OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING	2
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	3
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	4
2 METODE	5
2.1 METODEVALG	5
2.2 SØKESTRATEGI	5
2.3 SYSTEMATISK SØK	6
2.4 INKLUDERINGS- OG EKSKLUDERINGSKRITERIER	8
2.5 KILDEKRITIKK	9
2.6 ETIKK.....	10
3 TEORI	11
3.1 JOYCE TRAVELBEE	11
3.2 SYKEPLEIEREN	12
3.3 BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE (BPF).....	13
3.3.1 <i>Diagnostisering av BPF</i>	14
3.3.2 <i>Årsaken til utvikling av BPF (etiologi)</i>	15
3.4 MENTALISERING.....	15
3.4.1 <i>Mentaliseringsbasert terapi</i>	16
3.4.2 <i>Mentaliseringsbasert miljøterapi</i>	17
3.4.3 <i>Mentaliserende behandlere i mentaliseringsbasert miljøterapi</i>	18
3.4.4 <i>Mentaliseringsbasert terapi og borderline personlighetsforstyrrelse</i>	20
3.5 AGGRESJON.....	21
3.5.1 <i>Aggresjonens ytringsformer</i>	22
3.5.2 <i>Hvordan forstå aggresjon hos pasienter med BPF</i>	23
3.6 UTVALGTE ARTIKLER.....	24
4 DRØFTING	28
4.1 SYKEPLEIERS ROLLE I MENTALISERINGSBASERT MILJØTERAPI	29
4.2 SYKEPLEIERS BRUK AV KOMPETANSEOMRÅDER I MENTALISERINGSBASERT MILJØTERAPI FOR Å FOREBYGGE AGGRESJON	30
4.3 UTFORDRINGER VED SYKEPLEIERS UTØVELSE AV MBT I MILJØET.....	34
5 KONKLUSJON	36

1 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse er preget av impulsive handlinger, uforutsigbarhet, manglende selvkontroll, svingende humør og aggresjon (Newhill, Eack, & Mulvey, 2009, s. 546). Omtrent 25 % av mennesker som lider av borderline personlighetsforstyrrelse bruker våpen mot andre i løpet av sitt liv, opp mot 95 % forsøker å ta sitt eget liv og 10 % ender opp med å begå selvmord (Skårderud og Karterud, 2007, s. 29, Soloff, Meltzer, & Becker, et al., 2003, s. 154). Å håndtere slik atferd kan oppleves som svært utfordrende og til tider utmattende for sykepleiere (Warrender, 2015, s. 628).

I profesjonsstudier, slik som sykepleierutdanningen, er det mange som velger å benytte egne erfaringer fra praksis som et grunnlag for valg av tema og problemstilling (Dalland, 2017, s. 207). Det er også tilfellet med denne oppgaven. Jeg hadde min praksis i psykiatri i en hjemmebasert psykisk helsetjeneste. Tjenesten jobber ambulerende, som i praksis vil si at de ansatte besøker pasientene på hjemmebane til faste avtalte tider. I denne sammenheng hadde jeg min første erfaring med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse av borderline type. Jeg opplevde å bli møtt med fiendtlighet og aggresjon uten at jeg helt forstod hva som konkret trigget dette hos pasienten. Konsekvensen av dette var at jeg følte meg utrygg i møte med pasienten og formålet med ambuleringen ble ikke oppfylt. Dette motiverte meg til å lære mer om denne diagnosen. Etter å ha lest meg opp på diagnosen og diskutert med kollegaer og veileder kunne jeg bedre forstå *hvorfor* jeg opplevde å bli møtt med fiendtlighet og aggresjon. Likevel savnet jeg et *hvordan*. Jeg kjente behovet for et verktøy for å forebygge slik aggressiv atferd.

1.2 Problemstilling

“Hvordan kan sykepleier bruke mentaliseringsbasert miljøterapi for å forebygge aggresjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse?”

1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven vil jeg fokusere på diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse av borderline type og aggresjon i denne pasientgruppen. Mentaliseringsbasert terapi blir presentert. Når det gjelder sykepleiers rolle ved bruk av mentaliseringsbasert terapi er hovedfokus på sykepleiers anvendelse av slik terapi i miljøet, altså mentaliseringsbasert miljøterapi. Oppgaven blir ikke avgrenset til én bestemt aldersgruppe eller kjønn. Videre i denne oppgaven vil jeg referere til mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse av borderline type med forkortelsen BPF.

Selv om det er høy komorbiditet hos pasienter med BPF, vil ikke dette diskuteres videre i oppgaven pga. dens begrensede omfang. I følge Herheim og Langholm (2017) skiller ICD-10 mellom to typer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse; Impulsiv og borderline type (s. 132 - 133). Jeg vil i denne oppgaven fokusere på *borderline type*. Selv om medikamentell behandling av pasienter med BPF blir nevnt i denne oppgaven, velger jeg å ikke fokusere på dette. Det blir heller ikke tatt hensyn til alvorlighetsgrad av lidelsen.

1.4 Begrepsavklaring

Mentalisering: Mentalisering defineres i denne oppgaven som “våre evner til å forstå vårt eget og andres sinn” (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.20). Det innebærer å forstå egne og andres opplevelser, handlinger, holdninger, tanker og følelser (Karterud & Bateman, 2010, s. 11).

Mentaliseringsbasert terapi: En behandlingsform spesielt utviklet for å øke mentaliseringsevnen hos pasienter med BPF (Skårderud & Karterud, 2007, s. 28).

Miljøterapi: Miljøterapi er en sammensetning av begrepet “miljø” og “terapi”, der førstnevnte viser til å organisere hverdagen for pasienter, og sistnevnte handler om å utvikle og forandre (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 30). Miljøterapi forstås i oppgaven som en “helhetlig tenkning som binder sammen en rekke av aktiviteter” (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 29).

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF): BPF er en psykisk lidelse kjennetegnet ved impulsive handlinger, uforutsigbarhet, manglende selvkontroll og svingende humør. Mennesker med denne lidelsen er ofte preget av et ustabil og intenst følelsesliv, og sinne opptar ofte mye plass i deres følelser (Herheim & Langholm, 2017, s.132).

Aggresjon: Aggresjon defineres i denne oppgaven som “situasjoner der atferd kommer til uttrykk for frigjørelse av emosjonell frustrasjon eller sinne med hensikt om at disse følelsene skal kommuniseres til andre eller til seg selv. Dette skjer ved å forsterke denne kommunikasjonen gjennom en handling på et kontinuum fra trussel til skade” (Musker, 2002, hentet fra Hummelvoll, 2016, s. 251).

Forebygging: “Forebygging er en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling” (Mikkelsen, 2005)

Sykepleier: I følge Travelbee (1999) er en sykepleier først og fremst et menneske (s. 72). Det som skiller sykepleieren fra andre mennesker er at sykepleieren har tilegnet seg spesialiserte kunnskaper som gjør han eller hun i stand til “å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand” (Travelbee, 1999, s. 72).

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i 5 kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. Førstnevnte er allerede presentert som kapittel 1. Videre i denne oppgaven kommer metodekapittelet der jeg fremlegger metodevalg, valg av litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. Deretter belyser jeg det teoretiske rammeverket for oppgaven i kapittel 3, og utvalgte forskningsartikler blir presentert i slutten av kapittelet. I det fjerde kapittelet drøfter jeg problemstillingen opp mot tidligere forskning og teori. I siste kapittel konkluderer jeg og oppsummerer funn fra denne oppgaven.

2 Metode

Dalland (2017) beskriver *metode* i en vitenskapelig sammenheng som et verktøy i møte med noe vi vil undersøke (s. 52). Metoden hjelper oss til å finne frem til den informasjonen vi trenger til det som skal undersøkes. Informasjon er i denne sammenhengen kjent som *data*. Videre kan metode bli delt inn i kvantitative og kvalitative metoder. Ved å benytte kvantitativ metode får man data som gir målbare enheter. Kvalitativ metode tar utgangspunkt i å undersøke opplevelser og meninger som ikke kan måles eller bli tallfestet. Videre referer Dalland (2017) til forskere som bruker kvantitativ metode som “tellere” og forskere som bruker kvalitativ metode som “tolkere”, men han understreker også at flere kvantitative forskere tolker sine resultater (s. 53-54). Hovedforskjellen handler først og fremst om fremgangsmåten under datainnsamlingen (Dalland, 2017, s. 52-54). Denne oppgaven tar utgangspunkt i både kvantitativ og kvalitativ forskning.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er en litterære oppgave. Det har blitt brukt strukturerte litteratursøk for å finne frem til relevant og aktuell forskning. Dalland (2017) beskriver at man i en litterær oppgave setter søkelys på et tema gjennom eksisterende forskning og teori på området (s. 207-208).

2.2 Søkestrategi

Før jeg begynte å søke etter artikler lagde jeg en oversikt over temaer i oppgaven med synonymmer og nærliggende begreper for hvert søkeord. Dette ble gjort for å få bredere tilgang til artikler som har brukt ulike begreper for de samme temaene. Jeg anvendte engelske

søkeord under hele søkeprosessen da det gir tilgang til større deler av forskningsfeltet enn norske søkeord.

For å få økt kunnskap om temaene i problemstillingen min startet jeg med enkle søk på Google Scholar med ulike kombinasjoner av begrepene “Mentalization based therapy”, “Borderline personality disorder”, “aggression” og “nurse”. Dette hjalp meg til å få oversikt over eksisterende forskning og litteratur på feltet.

For alle søkene i oppgaven sorterte jeg artiklene etter relevans, slik at de mest relevante artiklene i henhold til søkeord kom først opp. Videre ble relevans av artikler vurdert på bakgrunn av tittel på artiklene samt sammendrag. Alle søk, med unntak av ett, ble innsnevret til publiseringsår 2009 - 2019, for å få tidsaktuelle og oppdaterte forskningsartikler på feltet.

2.3 Systematisk søk

Anvendte søkeord og databaser er listet opp i tabellen nedenfor for å gjøre det mer oversiktlig (se tabell 1). Etter å ha gjennomført de generelle søkene på Google Scholar gikk jeg over til databasen CINAHL, en anbefalt database for sykepleierelatert forskning.

Som tidligere nevnt ønsket jeg å finne frem til et redskap for bedre å håndtere aggresjon hos pasienter med BPF. Jeg søkte derfor på “borderline personality disorder” AND “treatment” på CINAHL. Søket resulterte i 695 artikler. Jeg gjorde samme søke på Google Scholar, sortert etter relevans, men åpnet opp for artikler fra alle årstall. Søket ga 295 000 resultater, der en av de første artiklene viste seg å være svært relevant for min problemstilling. Etter å ha lest gjennom flere av artiklene på dette området fikk jeg spesielt interesse for mentaliseringsbasert terapi som behandlingsmetode for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. For å øke kunnskapen om denne type behandling søkte jeg på “mentalization based treatment” på CINAHL. Søket ga 54 resultater. Jeg leste gjennom flere artikler, men brukte dette kun til generell forståelse og valgte å ikke inkludere noen av disse i oppgaven min. For å utvide tilgangen på artikler på mentaliseringsbasert terapi gjorde jeg også et enkelt søk på “Mentalization-Based Treatment” på Google Scholar. Søket ga 7,300 resultater og ble sortert etter relevanse. På side 3 fant jeg en relevant artikkel jeg valgte å ta med i oppgaven.

Etter dette søkte jeg derfor på “borderline” AND “mentalization based treatment” på CINAHL. Dette ga 34 resultater. Jeg endte opp med to artikler som jeg anså som spesielt relevante for min oppgave gjennom dette søket. Jeg ønsket også å se om det var noen artikler utover dette på Google Scholar og søkte på “Mentalization-Based Treatment and borderline personality” på den nevnte databasen. Søket ga 5,770 og jeg valgte å ta med en av dem i denne oppgaven.

På Google Scholar gjennomførte jeg også mer spesifikke søk slik som “understanding aggression in borderline personality disorder model” i håp om å finne en modell som kan forklare aggresjon hos pasienter med BPF. Dette ga omtrent 17,900 treff, sortert etter relevanse. En av artiklene som kom opp på de første sidene anså jeg som spesielt relevant og interessant for min problemstilling. Til slutt ønsket jeg å undersøke om det tidligere hadde blitt forsket på mentaliseringsbasert terapi i forbindelse med aggresjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Jeg brukte CINAHL som database og brukte de nevnte temaene som søkeord, men søket ga ingen resultater.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Inkluderte artikler
CINAHL	“Borderline personality disorder” AND “treatment”	695	7	0
CINAHL	“mentalization based treatment”	54	5	0
CINAHL	“Borderline” AND “mentalization based treatment”	34	8	2
Google Scholar	Borderline personality disorder and treatment	295 000	3	1

Google Scholar	“Mentalization-Based Treatment”	7300	4	1
Google Scholar	”Mentalization-Based Treatment”	7300	4	1
Google Scholar	”Understanding aggression in borderline personality disorder model”	17900	3	1

Tabell 1: Oversikt over søkeord, databaser, treff og inkluderte artikler

2.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Hovedkriteriet for inkludering av forskning i denne oppgaven har vært forskningen som er relevant for tematikken og problemstillingen i oppgaven. Jeg har kun inkludert artikler som vises i fulltekst. Det er videre i hovedsak inkludert artikler med publiseringsdato 2009-2019 for å få oppdatert forskning. Utover dette var det kun fagfelleverderte artikler som ble tatt med i oppgaven for å sikre kvalitet, og forskning gjort innenfor Europa for å øke sannsynlighet for generaliserbare funn. Jeg valgte da å ekskludere forskning som har blitt gjennomført utenfor Europa og forskning eldre enn 10 år. Unntaket fra sistnevnte kriterium var en artikkel fra 1999 av Bateman og Fonagy, boken “Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Travelbee fra 1999 og boken “Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder” av Bateman og Fonagy fra 2007. Disse ble likevel tatt med på grunnlag av sin høye relevans. Dette blir også nevnt i kildekritikken.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å både vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet (Dalland, 2017, s. 158). I sammenheng med denne oppgaven handler kildekritikk om å kritisk vurdere den litteraturen og forskningen som er inkludert i denne oppgaven. Her må det tas stilling til pålitelighet, etiske forhold og relevans for oppgaven. Først og fremst bør det nevnes at forskningen som er inkludert i denne oppgaven er fagfellevurdert. I dette begrepet ligger det at andre fagpersoner har vurdert om artikkelen holder vitenskapelig standard før den blir publisert (Dalland, 2017, s.154). Artiklene er også publisert i anerkjente tidsskrifter som blant annet American Psychological Association (APA) og Wiley Online Library.

Når det er sagt bør det også nevnes at det finnes det noen begrensninger i denne oppgaven med tanke på bruk av kilder. Artiklene som er brukt i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Jeg har etter beste evne forsøkt å korrekt gjengi den anvendte forskningen, men det er ingen som har kvalitetssjekket mitt oversettingsarbeid. Det blir også referert til sekundærkilder i oppgaven i de tilfeller hvor jeg ikke har hatt tilgang til den primære kilden. Kildene har likevel blitt inkludert ettersom sekundærkilden anser primærkildene som gode kilder til informasjon og kunnskap. Noen av artiklene og bøkene som er brukt i denne oppgaven er mer enn ti år gamle. Dette gjelder blant annet “Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Joyce Travelbee, utgitt i 1999. Det må tas hensyn til at informasjonen som blir gitt i denne boka nødvendigvis ikke er like relevant eller korrekt i dag. Likevel er det viktig å presentere denne boken for å ha med seg et sykepleieteoretisk grunnlag inn i oppgaven. Boken “Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder” av Anthony W. Bateman og Peter Fonagy, utgitt 2007, og er også eldre enn ti år, men blir anbefalt i bl.a boken “Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: versjon individualterapi” av Sigmund Karterud og Anthony Bateman som er utgitt i 2010. Artikkelen “Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 123*”, av Soloff og kollegaer er fra 2003, men tas med fordi den ble referert til som kilde i en av hovedkildene i denne oppgaven, nemlig “Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model” av Macke og kollegaer (2015).

Med tanke på at denne oppgaven er skrevet ut i fra et sykepleieperspektiv har jeg tatt meg

friheten til å erstatte begreper som; “miljøterapeut” og “terapeut” med “sykepleier” i drøftingskapittelet, da dette er roller en sykepleier kan ha.”Terapi er en samlebetegnelse for all behandling” (Skre, 2018), og kan derfor benyttes for å beskrive behandling utført av sykepleiere. Videre presiserer Skre at tittelen *terapeut* ikke er en beskyttet tittel og kan med det brukes fritt (2018).

2.6 Etikk

Dalland (2017) presiserer at målet om å komme frem til ny kunnskap ikke skal gå utover enkeltmenneskets integritet og velferd (s. 235 - 242). Etske aspekter er en sentral del av MBT, ettersom mennesker som mottar denne behandlingen ofte er i sårbare situasjoner og fort kan føle seg krenket, og i visse tilfeller retraumatisert. Et relevant begrep i forbindelse med dette er iatrogene lidelser, altså lidelser som er et resultat av terapi (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 24). Dette er noe behandlere må etterstrebe å unngå.

Ved å benytte litteratursøk har jeg kun brukt eksisterende forskning som er gjort av andre, og med det er også de etiske overveielene gjort av andre forskere. Jeg har likevel undersøkt og vurdert de etiske overveielene som har blitt gjort i hver enkelt forskningsartikkel. I samtlige artikler som har blitt brukt i denne oppgaven har det blitt tatt hensyn til forskningsetikk.

3 Teori

3.1 Joyce Travelbee

På grunnlag av relevans blir sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee inkludert i denne oppgaven. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og hadde fokus på relasjoner mellom sykepleier og pasient (Jensen, 1999). Travelbee (1999) presenterer sykepleie som en interaksjonsprosess mellom sykepleier og pasient med fokus på utvikling av denne relasjonen (s. 173). Hun presiserer viktigheten av å se på møtet mellom sykepleier og pasient som et “menneske-til-menneske-forhold” og ikke som et “sykepleier-pasient-forhold”, ettersom “sykepleier” og “pasient” ikke kan oppnå en reell kontakt. Det er først når man holdningsmessig erkjenner at alle mennesker er unike individer det kan oppstå en reell kontakt (Travelbee, 1999, s. 171). Det er gjennom “menneske-til-menneske-forholdet” at sykepleieren når målet og hensikten med sitt virke, nemlig å “...hjelp et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s. 171). Travelbee (1999) presiserer videre at sykepleieren også bare er et menneske (s.72). Ved å konfronteres med andres sårbarhet møter også sykepleieren sin egen. Ingen mennesker kan gang på gang møte sykdom, lidelse og død uten å forandre seg av dette (Travelbee, 1999, s.73). Travelbee (1999) trekker frem empati som en sentral del av sykepleien, og beskriver empati som å ha evne til å se forbi ytre atferd og umiddelbart kunne leve seg inn i og ta del i den andres sinnstilstand (s.193). Travelbee (1999) hevder at empati vil kunne gjøre sykepleieren i stand til å forutse atferd (s.193).

3.2 Sykepleieren

Ifølge Travelbee (1999) kan en profesjonell sykepleier defineres som “en person med sykepleierutdanning fra en høgskole som har som mål at studentene skal tilegne seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer, og lære seg å bruke seg selv terapeutisk” (s.42). Travelbee (1999) beskriver en sykepleier som et menneske som alle andre, men hovedforskjellen er at sykepleieren har tilegnet seg spesialiserte kunnskaper til “å kunne hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand” (s.72). Travelbee (1999) mener at en sykepleier som møter et sykepleieproblem med en “disiplinert intellektuell tilnæringsmåte” vil være i stand til overveielse og logisk tenkning (s.43). Videre sier Travelbee (1999) at dersom en sykepleier skal bruke seg selv i påvirkning av endring eller å kunne handle effektivt i sykepleiesituasjoner, er det essensielt at sykepleieren også er bevisst på hvordan egen atferd påvirker andre (s.44). Travelbee (1999) beskriver sykepleie som en prosess der det befinner seg et dynamisk samspill mellom sykepleieren og mottakeren som vil ha en gjensidig påvirkning på hverandre. Forandringene som skjer er et resultat av det ene individets innvirkning på den andre (s. 30).

Sykepleieren praktiserer sine kunnskaper innenfor klart avgrensede områder, og med det menes at sykepleieren også står juridisk til ansvar ved overtredelse av disse grensene (Travelbee, 1999, s. 72). I Norge må man som sykepleier forholde seg til lovverk slik som helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. For å yte etisk forsvarlig sykepleie forholder sykepleieren seg også til *yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF sier at: “Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (NSF). De internasjonale reglene for sykepleiere tilsier at sykepleie praktiseres “uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status” (ICN 2011, hentet fra Eide & Eide, 2017, s. 32-33)

3.3 Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF)

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en lidelse kjennetegnet ved impulsive handlinger, uforutsigbarhet, manglende selvkontroll og svingende humør. Omtrent 1,5% av befolkningen lider av denne diagnosen (Malt, Melle, & Andreassen, 2012, s. 685). Hos pasienter i behandling viser det seg å være mellom 10 og 20% med denne diagnosen, avhengig av avdeling. Flertallet av disse er kvinner (Malt et al., 2012, s.685). Det er ofte yngre mennesker som blir rammet, og diagnosen er i stor grad forbundet med nedsatt livskvalitet og lidelse.

Mennesker med denne lidelsen er ofte preget av et ustabil og intenst følelsesliv, og sinne opptar ofte mye plass i deres følelser (Herheim & Langholm, 2017, s.132). Relasjoner med andre mennesker er ofte preget av konflikter da mennesker med BPF kan bli uhensiktsmessig sinte i kombinasjon med redusert evne til å løse konflikter (Arefjord, 2011, s.90). I følge Allen og kollegaer (2008) kan det tyde på at mye av problemene som oppstår i relasjoner til andre kommer av at mennesker med BPF har nedsatt evne til å mentalisere, det vil si at de har vansker med å tolke og forstå andres mentale tilstander (hentet fra Arefjord, 2011, s.90-91). Som et resultat av dette opprettholdes en begrenset forståelse av deres subjektive opplevelser (Arefjord, 2011, s. 91). Tilknytningsmønsteret deres er i stor grad styrt av en svært lav toleranse for å være alene i kombinasjon med en hemmende overfølsomhet i sosiale settinger. Dette skaper en forventning av å møte fiendtlighet fra andre (Arefjord, 2011, s. 91). Ifølge Fonagy og Luyten (2009) sitter de sjeldent igjen med positive minner fra sosiale samvær, og de er ofte avhengig av andre mennesker for å føle seg verdifull (hentet fra Arefjord, 2011, s. 91). Deres følelse av identitet og selvbylde er ustabil og de kan være plaget av angst for å bli forlatt (Herheim & Langholm, 2017, s. 132-133).

Videre kan mennesker med BPF være plaget av paranoide tanker og sanseforstyrrelser (Herheim & Langholm, 2017, s. 132). Størsteparten av deres handlinger er impulsive, og deres tankegang er kortsiktig med fokus på umiddelbar tilfredsstillelse av behov. Mennesker med denne lidelsen er utsatt for et liv som blir preget av mye dramatikk, sterke negative følelser, kriser og samlivsbrudd (Herheim & Langholm, 2017, s.132). Typisk kaster de seg inn i turbulente forhold som resulterer i følelser av skuffelse der de ender opp i følelsesmessig krise. Slike følelser kan føre til drastiske handlinger slik som trusler om selvskadning,

selvmordsforsøk eller faktiske selvmord (Herheim & Langholm, 2017, s 132). Ifølge Herheim og Langholm (2017) er risikoen for selvmord og rusmisbruk er høy hos denne gruppen (s.132). Omtrent 10 % av mennesker med BPF tar livet av seg selv (Skårderud og Karterud, 2007, s. 29) .

3.3.1 Diagnostisering av BPF

Skårderud og Karterud (2007) understreker at diagnostisering av BPF er svært komplekst (s.29). Dersom man skal følge de diagnostiske kriteriene, finnes det totalt 256 måter å være borderline på (Johansen et al., 2004, hentet fra Skårderud & Karterud, 2007, s. 29). Siden 1997 har ICD-10 vært offisiell norsk klassifikasjonssystem for psykiske lidelser (Malt, 20.januar.19). I dette klassifiseringssystemet blir borderline personlighetsforstyrrelse sett på som en underkategori av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, i likhet med med impulsiv type (Herheim og Langholm, 2017, s.132-133).

For å bli diagnostisert med *borderline type* må minst to av følgende kriterier være oppfylt (Herheim & Langholm, 2017, s. 132-133):

- ”Personen har forstyrrelser i og usikkerhet omkring selvilde, mål og indre preferanser (inkludert seksuelle).”
- ”Personen har tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold som ofte leder til følelsesmessige kriser.”
- ”Personen foretar overdrevne anstrengelser for å unngå å bli forlatt.”
- ”Personen har gjentatte ganger truet med eller foretatt selvskading.”
- ”Personen har en kronisk følelse av tomhet.”

I tillegg til dette må minst tre av de følgende kriteriene for *impulsiv type* være oppfylt (Herheim og Langholm, 2017, s. 132-133):

- ”Markert tendens til kranglevorenhet og til å komme opp i konflikter med andre, særlig når impulsive handlinger blir hindret eller kritisert.”

- ”Markert tendens til å handle uventet uten å ta konsekvensene i betraktning.”
- ”Tilbøyelighet til sinneutbrudd eller vold, med manglende evne til å kontrollere resulterende atferdsmessige eksplosjoner.”
- ”Vansker med å holde fast på en handlingssekvens så sant ikke umiddelbar belønning foreligger.”
- ”Ustabilt og lunefullt følelsesliv.”

3.3.2 Årsaken til utvikling av BPF (etiologi)

Forskning viser at BPF har høy heritabilitetsprosent. Hos mellom 35 til 69 % av mennesker med denne diagnosen foreligger en arvelig komponent (Malt, Melle, & Andreassen, 2012, s. 685). Det har blant annet blitt funnet hyperaktivitet i det limbiske system, særskilt amygdala og lav konsentrasjon av serotonin i pre-frontale cortex, samt fysiske og funksjonelle endringer av områder i hjernen relatert til affektregulering (Domes et al. 2009, hentet fra Karterud, Wilberg, & Urnes, 2017, s. 233; Karterud et. al., 2017, s. 233). Genetikken forbundet med BPF har spesielt blitt relaert til nedsatt impuls kontroll og følelsesregulering (Malt, Melle, & Andreassen, 2012, s. 685). Det har også blitt funnet at omsorgssvikt, mishandling og seksuelt misbruk øker risikoen for å utvikle diagnosen (Malt, Melle, & Andreassen, 2012, s. 685). Forskningen har likevel ikke kunnet konkludere med hvilke nevrobiologiske funksjoner som er påvirket av tidlig belastning og hvilke som er et resultat av genetisk disposisjon (Malt, et. al., 2012, s. 685).

3.4 Mentalisering

Mentalisering viser til noe helt grunnleggende, men samtidig komplisert for oss som mennesker (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 20). Mentalisering kan som tidligere nevnt defineres som “våre evner til å forstå vårt eget og andres sinn” (Skårderud & Sommerfeldt,

2014, s. 20). Ifølge Skårderud og Karterud (2007) kan mentalisering sies å bidra med sosiale kontekster til våre egne og andres følelser (s. 23). Mentalisering er dermed knyttet til menneskers følelsesregulering, og er nært beslektet med empati (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 21). Bateman og Fonagy (2007) beskriver mentalisering som den viktigste sosial-kognitive evnen mennesker har for å skape effektive sosiale grupper (s. 12).

Mentalisering kan foregå både bevisst og ubevisst. Førstnevnte omtales som eksplisitt mentalisering og innebærer at vi bevisst tenker og reflekterer over andres følelser og motiver (Karterud & Bateman, 2010, s. 18). De aller fleste mennesker gjør seg slike bevisste refleksjoner daglig. Likevel kommer slike refleksjoner ofte til kort (Karterud & Bateman, 2010, s. 18), og størsteparten av mentaliseringen kan derfor sies å være automatisert og ubevisst. Slik ubevisst mentalisering, også kalt implisitt mentalisering, er automatiske refleksjoner og tanker vi gjør om egne og andres følelser og motiver som foregår utenfor bevisstheten (Karterud & Bateman, 2010, s.18).

3.4.1 Mentaliseringsbasert terapi

Anthony Bateman står bak definisjonen av innholdet i mentaliseringsbasert terapi (MBT). MBT baserer seg på teorien om mentalisering (Karterud & Bateman, 2010, s. 27). I samarbeid med Peter Fonagy og flere kollegaer utviklet Bateman MBT for pasienter med BPF (Bateman & Fonagy, 2004, 2006, hentet fra Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 22). Bateman og Fonagy beskriver MBT som en dynamisk terapiform med relasjon og prosess i fokus for endring (2007, s. 197). MBT ble utviklet som en terapiform for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004, 2006, hentet fra Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 22).

MBT skiller seg fra mer tradisjonelle kognitive terapiformer ved at det i MBT ikke kun fokuseres på egne tanker og følelser, men også hos andre (Bateman og Fonagy, 2007, s. 29). Karterud og Bateman (2010) sier at tilnærmingen i MBT til pasienter med BPF baserer seg på en bestemt struktur samtidig som intervensjonene baserer seg på en forståelse av hva som

ligger til grunn for lidelsen. Videre understreker de at målene for behandlingen er nøkterne, men at hovedmålet med MBT er å bedre mentaliseringsevnen til pasienter med BPF, slik at de blir bedre i stand til å håndtere vanskelige følelser og relasjonelle problemer (s. 44).

3.4.2 Mentaliseringsbasert miljøterapi

MBT kan anvendes på flere måter, slik som; miljøterapi, gruppeterapi, familieterapi, parterapi og individualterapi (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.22). I denne oppgaven er det som tidligere nevnt miljøterapi som står i fokus. Miljøterapi kan som nevnt forstås som en “helhetlig tenkning som binder sammen en rekke av aktiviteter” (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 29). Grunntanken bak mentaliseringsbasert miljøterapi er at mentaliseringsevnen både kan og bør utvikles (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 29). Terapiformen er etablert med utgangspunkt i å kreve lite tilleggstrening utover generelle basiskunnskapene innen psykisk helse (Bateman & Fonagy, 2007, s. 202).

Når det gjelder bruk av mentaliseringsbasert miljøterapi for mennesker med BPF, må behandleren ta hensyn til at slike mennesker ofte er sårbare og fort kan føle seg krenket. Pasienter med traumatisk bakgrunn kan også oppleve å bli retraumatisert i behandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 24). Et viktig aspekt ved bruk av MBT er derfor de etiske betraktningene relatert til behandling av mennesker med alvorlige problemer og lidelser. En sykepleier som tilstreber å se pasientens perspektiv, og samtidig gransker sin egen praksis, er forhåpentligvis en sykepleier som er mindre i fare for å skade pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 24). Videre er det viktig at sykepleieren takler å bli avvist, samt evner å stå i de vanskelige følelsesmessige situasjonene som kan oppstå i møte med pasienter med BPF (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 141). Skårderud og Sommerfeldt (2014) påpeker i denne sammenheng at det også kan være utfordrende for profesjonelle personer å opprettholde mentaliseringsevnen i ansente situasjoner (s. 141).

3.4.3 Mentaliserende behandlere i mentaliseringsbasert miljøterapi

I teori om mentaliseringsbasert terapi settes det også fokus på behandlerens terapeutiske evner (Bateman og Fonagy, 2007, s. 35). Bateman (2013) utviklet en kvalitetsmanual for MBT som brukes til å forstå de ulike kompetansene en terapeut bør ha for å utøve MBT (hentet fra Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.114). Slike kompetanser kan deles inn i 7 kompetanseområder:

1. *Ikke-vitende genuint nysgjerrig holdning.* Dette handler om at behandleren skal være genuin og åpen, og at vedkommende stiller seg ikke-vitende i møte med pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.114). Dette handler ikke om mangel på kunnskap, men om ydmykhet og om å ha forståelse for at sinnstilstander ikke er gjennomsiktige. Sykepleieren kan ikke vite mer om hva som foregår i pasientens sinn enn pasienten selv (Bateman & Fonagy, 2007, s.115). Sykepleier må derfor legge sin forforståelse til side. Skårderud og Sommerfeldt (2014) sier at desto hardere man jobber for å se pasienten innenfra, desto lettere blir det å behandle pasienten som det individuelle mennesket han eller hun er (s.24). Denne nysgjerrige holdningen er helt essensiell for å stimulere pasienten til å bli bedre kjent med seg selv (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 115).
2. *Støtte og empati.* Ved å uttrykke empati overfor pasienten kan pasienten oppleve at sykepleieren er på deres side. Travelbee (1999) definerer empati som “evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket” (s. 193). Denne kompetansen handler også om å forstå hva pasienten faktisk kjenner på av følelser. For eksempel kan en pasient med BPF oppleve at andre er fiendtlige innstilt overfor han/henne (Arefjord, 2011, s. 91). Sykepleier i den terapeutiske rollen må prøve å forstå hvordan dette oppleves for pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 115).
3. *Klargjøring.* Dette kompetanseområdet handler om å øke forståelsen for konkrete hendelser og assosierte følelser. Sykepleier skal stimulere pasienten til å selv finne mening bak sine tanker og følelser, men samtidig unngå å presentere sine tolkninger

av pasienten. Klargjøring kan sies å øke pasientens forståelse for sammenhengen mellom handlinger og følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 116).

4. *Utforskning*. Utforskning handler om å stimulere pasientens nysgjerrighet på seg selv og om hans/hennes forståelse av verden og forhold til andre. Dette kompetanseområdet har som mål å bidra til bedre selvkontroll gjennom økt forståelse av sinnet og dets kompleksitet. Utforskning kan brukes i tilfeller der sykepleier og pasient havner i vanskelige situasjoner eller opplever brudd i forholdet til hverandre. Det må da utforskes hvordan begge parter bidro i situasjonen og hvordan man kan gjenopprette den gode relasjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 116 - 117).
5. *Utfordring*. Dette handler om hvordan sykepleieren utfordrer pasienten på blant annet oppfatninger og forestillinger. Terapauten kan gjerne avbryte pasienten, og “vippe” vedkommende til andre perspektiver og refleksjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 117 - 118).
6. *Følelsesfokus*. Med følelsesfokus menes at sykepleier skal hjelpe pasienten til å forstå hvordan følelser kan hemme mentalisering. Målet er at pasienten opprettholder mentaliseringen selv når den er som mest truet av følelser. Sykepleier har en pedagogisk rolle og bidrar til å identifisere, skille mellom og navngi følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 118 - 119).
7. *Det terapeutiske forholdet*. Dette er et av de mest sentrale, men likevel mest utfordrende kompetanseområdene i MBT. Det terapeutiske forholdet handler om å forstå hva som foregår i sinnet til den andre, i sitt eget sinn og hva som foregår i det mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må hele tiden vurdere samhandlingen og relasjonens kvalitet og deretter tilpasse intervensjoner. Det er viktig at behandleren innrømmer egne feil, reflekterer over egne reduserte evner til å mentalisere og oppfører seg som en rollemodell (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 119 - 120).

Man trenger ikke å være en erfaren terapeut for å anvende MBT. Bateman og Fonagy (2007) har gjennomført MBT ved hjelp av psykiatriske sykepleiere, og har erfart at et innledende tre-dagers kurs i MBT som regel er nok for å kunne benytte teknikkene i denne terapiformen (s.

202). I Norge er dette kurset tilgjengelig for sykepleiere gjennom Institutt for mentalisering. Dette er en ideell stiftelse som er ledet av professor og psykiater Finn Skårderud og Sigmund Karterud (Institutt for mentalisering). Kurset er i tillegg godkjent av NSF. Dette betyr at kurset er kvalitetssikret av og for sykepleiere. Det nevnes at det vil være en fordel med erfaring fra arbeid innen psykiatri for lettere å kunne implementere mentaliseringsbasert tilnærming til allerede anvendte teknikker.

3.4.4 Mentaliseringsbasert terapi og borderline personlighetsforstyrrelse

Det er veldokumentert at affekt hemmer menneskers evner til å se andres perspektiv. Følelser som frykt, angst og sinne gjør mennesker “mentalt blindere” (Skårderud & Karterud, 2007, s.19). Dette kan føre til mentaliseringssvikt, eller med andre ord; å miste besinnelsen. Konsekvensene av dette kan være svært dramatiske (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.21). Ifølge Bateman og Fonagy (2007) kan redusert evne til å mentalisere medføre både subjektiv lidelse og store relasjonelle problemer (s. 12). Bateman og Fonagy (2007) hevder at slike relasjonsproblemer kan løses ved å hjelpe pasienter med BPF til å øke evnen til å mentalisere (s. 12).

Mennesker med BPF har redusert evne til å skille mellom sine egne og andres mentale tilstander (selv-andre differensiering). Dette kan resultere i overfølsomhet, og at de i større grad blir påvirket av andres mentale tilstand (Evang, 2010, s. 217). I tillegg har mennesker med BPF redusert evne til å integrere kognitive og affektive deler av mentalisering (Fonagy & Luyten, 2009, s. 1355, hentet fra Evang, 2010, s. 217). En god evne til å mentalisere forutsetter at kognitive og affektive prosesser integreres. De kan på avstand forstå sine handlinger, men samtidig klarer de ikke å bruke denne innsikten til å mestre egne følelser (Karterud & Bateman, 2010, s. 23). På grunn av disse manglene, vil de lett drives til følelsesladde handlinger (Karterud & Bateman, 2010, s. 23). Mentaliseringssvikten pasienter de opplever fører til at de blir overveldet av følelser og mistolker andres intensjoner. Videre beskriver Skårderud og Sommerfeldt (2014) at tilstrekkelige evner til å mentalisere gjør mennesker bedre i stand til å tåle psykiske påkjenninger som følge av ubehagelige situasjoner,

samt at det hindrer konflikter og misforståelser i sosiale samspill (s. 21). Ved å gå inn for å ha en mentaliserende holdning kan man endre sin overbevisning om noe ved at man også vurderer alternative muligheter (Bateman & Fonagy, 2007, s. 1).

Basert på denne mentaliseringssvikten hos mennesker med BFP bør mentalisering og trening av dette være et viktig fokus i behandlingen av pasienter med BPF (Karterud et. al., 2017, s. 234). Forskning gjennomført av Bateman & Fonagy (1999, 2001) viste at mentaliseringsbasert behandling bedrer mellommenneskelig fungering hos pasienter med BPF (hentet fra Bateman & Fonagy, 2007, s. 29). I tillegg til dette viste studien at slik terapi bidrar til reduserte antall innleggelser, medikamentbruk, suicidalitet, selvskading, depresjon og angst (Bateman & Fonagy, 2007, s. 29).

3.5 Aggresjon

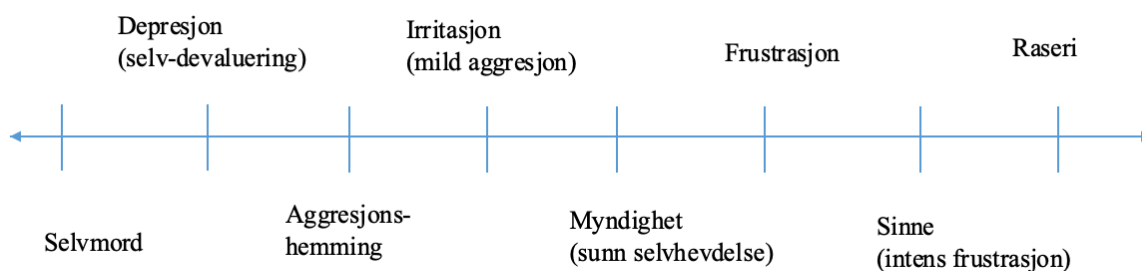
Aggresjon kan som tidligere nevnt forstås som “situasjoner der atferd kommer til uttrykk for frigjørelse av emosjonell frustrasjon eller sinne med hensikt om at disse følelsene skal kommuniseres til andre eller til seg selv. Dette skjer ved å forsterke denne kommunikasjonen gjennom en handling på et kontinuum fra trussel til skade” (Musker, 2002, hentet fra Hummelvoll, 2016, s. 251). Til tross for at aggresjon, sett i et evolusjonsperspektiv, har bidratt til overlevelse og et konkurransefortrinn, kan aggressiv atferd medføre svært negative konsekvenser for de involverte (Anderson & Bushman, 2002, s. 28).

Aggresjon er kompleks i sin natur og kan komme til uttrykk på ulike måter. Man skiller gjerne mellom reaktiv og proaktiv aggresjon (Rosell & Siever, 2015, s.2). Førstnevnte er ofte impulsiv og omfatter aggresjon som ofte opptrer i forbindelse med sinne og raseri, som en respons på opplevd frustrasjon eller provokasjon (spesielt i mellommenneskelige situasjoner). Proaktiv aggresjon er derimot motivert av en forventning om å få noe i verdi og er ofte ikke tilknyttet negative følelser (Rosell & Siever, 2015, s. 2). De nevnte formene for aggresjon antas å sameksistere og til sammen utgjøre et individs totale aggresjonsnivå (Rosell & Siever, 2015, s. 2). Begge typene aggresjon har blitt knyttet til borderline personlighetsforstyrrelse, men aggresjonen som viser seg hos pasienter med BPF er ofte reaktiv (Rosell & Siever, 2015, s. 2, Látalová & Praško, 2010, s. 239). Aggresjon kan utarte seg i form av aggresjon mot seg

selv eller andre. Aggresjon mot seg selv kan blant annet vises gjennom selvskading og selvmordsforsøk. Aggresjon mot andre kan vises både psykisk og fysisk, slik som utskjelling eller voldshandlinger. Både aggresjon mot seg selv og mot andre er fremtredende hos mennesker med BPF (Látalová & Praško, 2010). Selv om begge formene for aggresjon deler mye av de underliggende nevrobiologiske mekanismene, har de svært ulike konsekvenser for pasienten selv og andre involverte (Látalová & Praško, 2010).

3.5.1 Aggresjonens ytringsformer

Aggresjon kan ha mange forkledninger og kan forstås som et kontinuum, opprinnelig fremstilt av Stuart og Sundeen i 1983 (hentet fra Hummelvoll, 2016, s. 252). På den ene siden finnes den ytterste formen for aggresjon rettet mot personen selv, nemlig *selvmord* (Hummelvoll, 2016, s. 252). Dernest på kontinuumet finnes *depresjon*. Av ulike grunner kan ikke aggresjon rettes mot den opprinnelige kilden, og følelsene stenges inne og blir fortrent (Hummelvoll, 2016, s. 252). Neste nivå på kontinuumet er *mild aggresjon*, slik som irritasjon, og utgjør ofte ikke noe stort problem. Å være *myndig* handler om å representere seg selv på en aktiv og bestemt måte, men erkjenner andres behov. *Frustrasjon* oppstår når man føler at man blir hindret i å nå et mål som betyr noe. Dersom man ved frustrasjonen ikke ser alternative utveier, vil individet oppleve *sinne*. Denne typen aggresjon er vanskelig å håndtere og opptar store deler av oppmerksomheten (Hummelvoll, 2016, s. 252). Denne sterkeste formen for aggresjon kalles *raseri*. Individet blir totalt oppslukt i sitt sinne og klarer ikke kontrollere det. Under denne formen for aggresjon har frustrasjonen gjerne bygget seg opp over tid og frustrasjonen kan munne ut i vold (Hummelvoll, 2016, s. 252).



Aggresjonskontinuum. (Hummelvoll, 2016, s. 252).

3.5.2 Hvordan forstå aggresjon hos pasienter med BPF

Flere studier finner en sammenheng mellom aggresjon og BPF (Mancke et al., 2015). I en longitudinell studie gjennomført av Newhill og kollegaer (2009) fant de at hele 73% av individer med BPD har vist aggressiv atferd i løpet av det siste året (s. 546). 58 % av mennesker med BPF har ofte eller noen ganger vært involvert i fysiske slåsskamper og 25% har brukt våpen mot andre i løpet av sitt liv (Soloff, et al., 2003, s.154). Disse funnene er klare indikasjoner på at pasienter med borderline opplever høy grad av aggresjon. Slik aggresjon kan resultere i handlinger med svært dramatiske konsekvenser, og det er derfor av stor interesse å forstå hvordan man kan forebygge slike negative følelser og atferd.

Aggresjon er blant de aspektene ved BPF som er mest klinisk utfordrende og minst forståtte (Scott et al., 2017). For å forstå hvordan sykepleier kan forebygge aggresjon må man ha kunnskap om hva som skaper aggresjon hos pasienter med BPF. Her kan modellen utviklet av Mancke og kollegaer (2015) være til god hjelp. Modellen tar for seg ulike dimensjoner som blir antatt å ligge til grunn for aggresjon hos mennesker med BPF, nemlig *affektiv feilregulering, impulsivitet, hypersensitivitet for trusler* og *empatisk fungering*. De er alle atferdsmessige dimensjoner som kan kobles til nevrobiologiske endringer hos mennesker med BPF (Mancke et al, 2015, s. 278).

Affektiv feilregulering spiller en sentral rolle for å forklare reaktiv aggresjon, ettersom reaktiv aggresjon blir sett på som et resultat av ukontrollerbare negative følelser (Berkowitz, 2003; Davidson et al., 2000; Siever, 2008). Flere forskere hevder at affektiv feilregulering er den komponenten som kan forklare hvorfor man finner sammenheng mellom BPF-trekk og aggressiv atferd (Newhill, Eack, & Mulvey, 2012; Scott, Stepp, & Pilkonis, 2014).

Impulsivitet har også blitt brukt for å forklare reaktiv aggresjon (Hollander et al., 2005, Coccaro, Sripada, Yanowitch, & Phan, 2011; Gollan, Lee, & Coccaro, 2005). Aggressive handlinger fra pasienter med BPF er ofte impulsive (Goodman & New, 2000, s. 56).

Hypersensitivitet for trusler er en tredje dimensjon som kan forklare aggresjon hos mennesker med BPF. Studier viser at pasienter med BPF i høyere grad enn friske menneske opplever sosiale trusler (Domes, Schulze, & Herpertz, 2009, s. 10). BPF pasienter har blant annet en tendens til å mistolke og overreagere på ansiktsuttrykk som i utgangspunktet er nøytrale, noe

som kan føre til at de oppfatter det som en trussel og til slutt resulterer i reaktiv aggresjon (Mancke et al, 2015, s. 279).

Empatisk fungering har også blitt relatert til aggresjon, og kan deles inn i kognitiv empati, affektiv empati og tilleggs-regulerende mekanismer (Mancke et al, 2015, s. 280). Kognitiv empati refererer til evnen til å tolke andres mentale tilstander og kan knyttes til mentaliseringsteori. BPF pasienter viser ofte redusert kognitiv empati (New et. al., 2012, s. 10). Affektiv empati handler om det emosjonelle engasjementet individer opplever med andres mentale tilstander, og har blitt assosiert med reaktiv aggresjon i flere studier (Macke et al., 2015, s. 280). Tilleggs-regulerende mekanismer, også kjent som selv-andre differensiering, refererer til muligheten for å skille mellom emosjonelle reaksjoner hos en selv og andre. Funn viser at BPF pasienter overvurderer andres mentale tilstander og tillegger de feilaktige intensjoner (Macke et al., 2015, s. 280).

3.6 Utvalgte artikler

Her vil jeg gi en kort presentasjon av artiklene jeg fant spesielt relevante for problemstillingen i denne oppgaven og hovedfunnene fra disse.

Artikkel 1 : Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 278.

I denne artikkelen fra 2015 foreslår Mancke, Herpertz og Bertsch en modell for å forklare aggresjon hos mennesker med BPF. De presenterer affektiv feilregulering, impulsivitet, hypersensitivitet for trusler og empatiske fungering som årsaker til aggresjon hos individer med BPF og knytter det opp mot nevrobiologiske strukturer. Modellen er flerdimensjonal og tar for seg et helhetlig perspektiv på aggresjon. Artikkelen baserer seg på litteratursøk med et godt vitenskapelig grunnlag med funn fra studier som har brukt ulike forskningsmetoder.

Artikkel 2: Latalova, K., & Praško, J. (2010). Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 239-251.

Artikkelen av Latalova og Praško baserer seg på litteratursøk og omhandler aggresjon hos mennesker med BPF, med fokus på impulsiv aggresjon. Artikkelen tar for seg hvordan aggresjon hos mennesker med BPF kan håndteres, og presenterer blant annet farmakologiske og ulike psykoterapeutiske tilnærminger, blant annet mentaliseringsbasert terapi. Latalova og Praško (2010) konkluderer med at effekten av medikamentell behandling av pasienter med BPF er begrenset med tanke på aggressiv atferd. De foreslår derfor at medikamentell behandling hovedsakelig bør brukes i kombinasjon med psykodynamiske tilnærminger (s. 248).

Artikkel 3: Bales, D. L., Timman, R., Andrea, H., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Kamphuis, J. H. (2014). Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 409–417.

I denne studien ønsket Bales og kollegaer å undersøke effekten av mentaliseringsbasert terapi for pasienter med BPF sammenlignet med annen psykoterapi. Basert på målinger ved baseline, etter 18 og 36 måneder, fant de at effekten på pasientens psykiatriske symptomer og personlig fungering var større hos pasientene som gjennomgikk mentaliseringsbasert terapi enn de som ble behandlet med en blanding av annen psykoterapi. Forskningen ble gjennomført i naturlige og reelle omstendigheter, og studien kan derfor sies å ha høy økologisk validitet.

Artikkel 4: Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.

Denne studien sammenlignet mentaliseringsbasert behandling med en annen evidensbasert behandling for BPF (SCM). Studien tok utgangspunkt en poliklinisk setting og varte over en periode på 18 måneder. Målet med studien var å undersøke om den ene behandlingsformen var mer effektiv enn den andre. 134 pasienter ble tilfeldig referert til MBT eller SCM. Det var 11 terapeuter med likt kunnskaps- og erfaringsnivå i begge behandlingsformene. Uavhengige

evaluatorer uten kjennskap til hvilken av behandlingene pasientene var i, gjennomførte vurderinger hver sjette måned. Det ble vurdert forekomster av krisehendelser, selvmordsforsøk, selvskading, innleggelses, sosial -og interpersonlig fungering og selvrapporterte symptomer. Betydelige forbedringer i samtlige forekomster ble påvist. Pasientene som gjennomgikk MBT viste en brattere nedadgående kurve på problemer, inkludert selvmordsforsøk og innleggelses. Studien konkluderer med at den strukturerte behandlingsformen bedrer utfallet for individer med BPF. Bateman og Fonagy (2009) konkluderer med at det er nødvendig med videre vurderinger fra uavhengige forskningsgrupper (s. 1355) .

Artikkel 5: D. Warrender MSc., MA., BN. (2015) “Staff Nurse Perceptions of the Impact of Mentalization-based Therapy Skills Training When Working With Borderline Personality Disorder In Acute Mental Health: a qualitative study.”

I denne kvalitative studien fra 2015 har en gruppe sykepleiere på en akuttpsykiatrisk avdeling i Skottland gjennomført et intensivkurs i mentaliseringsbasert behandling over to dager (MBT-S). Studien undersøker hvordan ni sykepleiere opplevde effekten av dette kurset. Studien viser at det er høy prevalens av pasienter med BPF på akuttpsykiatriske avdelinger, og at sykepleierne i stor grad rapporterer om utfordringer i møte med denne pasientgruppen. Resultatene etter terapi viser at deltakerne følte seg tryggere og mer selvsikre i vanskelige situasjoner som oppsto i møte med pasienter med BPF. Deltakerne uttalte at de fikk en større forståelse av årsaken som lå bak atferd og at dette skapte mindre frustrasjon hos sykepleierne og større grad av empati. Det understrekes i artikkelen at det er en liten studie og vil ikke hevde å representere sykepleieres generelle opplevelser, men at det gir et verdifullt bilde fra et spesifikt miljø som kan være en potensiell katalysator for videre forskning.

Artikkel 6: Taubner, S., & Curth, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psihologija*, 46(2), 177-192.

Målet med denne studien var å undersøke om mentalisering kan fungere som en beskyttende faktor mot aggressiv atferd hos ungdommer som har opplevd tidlig traumatisering. Studien

ble gjennomført på 97 ungdommer i Tyskland i et ikke-klinisk utvalg. Studien viste at mentalisering fungerer som en medierende faktor på forholdet mellom tidlig misbruk og aggressiv atferd. Taubner og Curth (2013) presiserer at disse funnene tydelig demonstrerer mentalisering som en beskyttende faktor mellom tidlig traumatiserende opplevelser og utvikling av aggressiv oppførsel (s. 182)

Artikkel 7: Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.

Denne studien fra England ønsket å sammenligne effektiviteten av psykoanalytisk orienterte behandling med delvis sykehusinnleggelse, der hovedfokus var på mentaliseringsbasert terapi, mot standard psykiatrisk pleie for pasienter med BPF. Behandlingen varte i 18 måneder, og områder som ble målt var blant annet hyppigheten av selvmordsforsøk og selvskade, bruk av psykotrop medisiner og selvrappporterende depresjon, angst, mellommenneskelig funksjon og sosial tilpasning. Resultatene av studien viste at de med psykoanalytisk behandling med fokus på mentaliseringsbasert terapi viste statistisk signifikant nedgang i alle resultatmålinger. Selv 8 år senere fant de forskjeller i gruppene som hadde mottatt de ulike behandlingsformene. Bateman og Fonagy (1999) konkluderte med at psykoanalytisk orientert behandling er bedre enn standard psykiatrisk pleie for pasienter som lider av BPF (s. 1563).

4 Drøfting

Hvordan kan sykepleier bruke mentaliseringsbasert miljøterapi til å forebygge aggresjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse?

Det er klare indikasjoner på at pasienter med BPF opplever mer aggresjon enn andre friske mennesker, og studiet av Mancke og kollegaer (2015) kan bidra til å forstå hvorfor. Som vist gjennom komponentene affektiv feilregulering, empatisk fungering, hypersensitivitet for trusler og impulsivitet er aggresjon i stor grad et resultat av pasientenes reduserte evne til tolke andres mentale tilstander, intensjoner, samt å regulere egne følelser. Dette er tydelige tegn på reduserte evner til å mentalisere, som tidligere nevnt er et kjennetegn hos pasienter med BPF. Sett fra pasientens perspektiv er det også forståelig at nedsatt evne til å mentalisere kan være grobunn for aggresjon. De forventer å møte fiendtlighet fra andre, har et ustabil selvbylde og er redd for å bli forlatt (Herheim & Langholm, 2017, s. 132-133). De kan også ha paranoide tanker og sanseforstyrrelser, og deres liv er preget av sterke negative følelser og kriser (Herheim & Langholm, 2017, s.132). Dette er alle negative følelser som kan skape frustrasjon og resultere i aggresjon.

Basert på dette er det nærliggende å anta at økte mentaliseringsevner gjennom mentaliseringsbasert terapi kan bidra til å redusere aggresjon hos mennesker med BPF. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) vil gode evner til å mentalisere gjøre mennesker bedre rustet til å tåle psykiske påkjenninger og vil kunne hindre konflikter og misforståelser i sosiale samspill (s. 92). Forskning støtter antakelsen om forbindelsen mellom mentaliseringsevner og aggresjon. Fonagy og kolleger (1997) fant i sin studie at voldelige lov-forbrytere har signifikant dårligere evne til å mentalisere enn ikke-voldelige deltakere av studien (hentet fra Taubner & Curth, 2013, s. 181). Taubner og Curth (2013) hevder også at det finnes empiriske bevis på at aggressiv atferd er relatert til en redusert evne til mentalisering, og presiserer at mentalisering spiller en sentral rolle i utvikling av aggressiv atferd (s. 182). Bales og kollegaer (2015) fant at pasienter med BPF som gjennomgikk MBT viste en betydelig nedgang av suicidalitet og selvskading etter 18 måneder med behandling (s.413). Da de undersøkte symptomene på nytt etter 36 måneder hadde de blitt redusert ytterligere (Bales et al., 2015 s.413). Dette bidrar med viktige implikasjoner og kunnskap om forebygging og

behandling av aggressiv atferd (Taubner & Curth, 2012, s. 187). Studiet av Bateman og Fonagy fra 1999 støtter også antagelsen om at økt mentalisering fører til mindre aggresjon hos pasienter med BPF. Funnene viste en signifikant nedgang i aggressive handlinger etter psykoanalytisk behandling hvorav mentaliseringsbasert terapi (MBT) var den primære behandlingsformen. Dette gjaldt spesielt pasientenes aggresjon mot seg selv. Prosentandelen for pasienter som prøvde å ta sitt eget liv gikk fra 95 % til 5 % etter behandling. Det skal nevnes at denne studien er 20 år gammel, og funn må derfor vurderes med et kritisk blikk. Basert på dette er det grunn til å tro at mentaliseringsbasert behandling, der hovedmålet er å forbedre evnen til å forstå seg selv og andre bedre, vil føre til økt evne til å mentalisere. Likevel må det nevnes at studien til Bateman og Fonagy (2009) også konkluderer med at en annen evidensbasert behandling av BPF (SCM) også bedrer utfallet for pasienter med BPF (s. 1355). Dette gjelder også for andre behandlingsformer (OPT: other specialized psychoterapeutic treatments) (Bales et al., 2015). Dette tyder på at det er flere behandlingstilnærminger til BPF som bedrer deres symptomer, og MBT er nødvendigvis ikke den eneste behandlingsmetoden for mennesker med BPF. Når det er sagt, skal det nevnes at MBT er relativt lite omfattende med tanke på opplæring, og er en allsidig terapiform som kan brukes i flere kontekster, blant annet miljøterapi (Bateman og Fonagy, 2009, s. 1355). Det kan derfor være nyttig å implementere nettopp denne behandlingsformen i psykiske helsetjenester.

4.1 Sykepleiers rolle i mentaliseringsbasert miljøterapi

Ifølge Bateman og Fonagy (2007) vegrer behandlere seg ofte i møte med pasienter med BPF fordi de opptrer ustabil, både med tanke på identitet, i relasjoner til andre, følelsesmessig og i den terapeutiske alliansen med behandler (s. 15). Dette støttes av studien til Warrander (2015) der det ble funnet sykepleiere på en akuttpsykiatrisk avdeling opplevde pasienter med BPF som utfordrende å jobbe med (s. 628). Av denne grunn vil trolig sykepleiere dra nytte av et verktøy for å forebygge aggresjon pasienter med BPF.

Som tidligere nevnt trenger man ikke være en erfaren terapeut for å anvende MBT (Bateman og Fonagy, 2007, s. 202), og det har blitt hevdet at et tre-dagers introduksjonskurs kan være nok for å lære seg de terapeutiske teknikkene. Det er altså etablert at MBT er tilgjengelig for sykepleiere i Norge, men *hvordan* sykepleiere kan anvende MBT miljøterapi er mer uklart i teori og forskning. Under mine søk etter relevante forskningsartikler til denne oppgaven fant jeg kun én studie som omhandlet sykepleiere og MBT. Det tyder på at det er lite forskning på hvordan sykepleier konkret, men også i det hele tatt kan anvende MBT. På en annen side hevder Bateman og Fonagy (2007) at MBT har blitt utviklet med utgangspunkt i å kreve lite tilleggstrening utover generelle basiskunnskaper innen psykisk helse (s. 202), og retningslinjer for hvordan terapeuter kan anvende MBT anses derfor som overførbart til sykepleiers rolle.

4.2 Sykepleiers bruk av kompetanseområder i mentaliseringsbasert miljøterapi for å forebygge aggresjon

Ved å bruke de 7 terapeutiske kompetanseområdene i MBT, med fokus på områdene som har blitt knyttet til aggresjon hos pasienter med BPF (affektiv feilregulering, hypersensitivitet for trusler, empatisk fungering og impulsivitet) kan sykepleier bidra til å øke pasientens mentalisering og dermed forebygge aggresjon.

Slike holdninger og kompetanse kan de først og fremst vise ved å praktisere en *ikke-vitende og nysgjerrig* holdning overfor pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.114). Skårderud og Sommerfeldt (2014) påpeker i denne sammenheng at ved å etterstrebe å se pasienten innenfra vil det bli lettere å behandle pasienten som det individuelle mennesket han eller hun er (s. 24). Med denne holdningen i betraktning kan det trekkes en parallell til sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold; Travelbee (1999) beskriver et slikt forhold som at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre og ser hverandre som “unike menneskelige individer” fremfor som “sykepleier og pasient” (s. 171). Ved å ha en spørrende og ydmyk tilnærming vil trolig pasienten oppfatte sykepleier som mindre truende. På den andre siden kan man tenke seg at dersom sykepleier har en belærende og “jeg-vet-best”-holdning kan det oppfattes som truende og provoserende for pasienten.

Dette kan igjen tenkes å være grobunn for aggresjon. Basert på dette er det nærliggende å tro at sykepleiers nysgjerrige og ikke-vitende holdning reduserer pasientens sensitivitet for trusler, og kan dermed antas å forebygge aggresjon. I denne sammenheng sier Travelbee (1999) at dersom sykepleier skal kunne bruke seg selv i påvirkning av endring, er det essensielt at sykepleier er bevisst på hvordan egen atferd kan påvirke andre (s. 44). Det kan tenkes å være spesielt viktig at sykepleier tar med seg i møte med en pasient med BPF.

Ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2014) er det også viktig at sykepleier i den terapeutiske rollen viser *støtte og empati* (s. 115). Dette samsvarer med funn fra studien av Warrender, der sykepleiere beskrev empati som byggesteinen i alle terapeutiske relasjoner (2015, s. 628). Sykepleierne i studien uttalte videre at når de fikk økt forståelse for årsaken bak pasientens atferd, fikk de mer empati for pasientene. Dette var også noe jeg opplevde i min praksisperiode. Etter å ha lest om etiologien til diagnosen og fikk økt kunnskap om både gener og oppvekstvilkår som vil påvirke utviklingen av en slik diagnose, økte både min forståelse og empati for pasienten og pasientens utagerende atferd. Travelbee (1999) hevder at empati kan gjøre sykepleieren i stand til å forutse atferd (s. 193). Dette kan tenkes å være spesielt nyttig i møte med pasienter BPF og forebygging av aggresjon. På en annen side er aggresjonen til pasienter med BPF ofte svært impulsiv, noe som gjør det vanskelig å predikere atferden.

Sykepleieren bør også ha fokus på å *klargjøre* for pasienten hvordan atferd og hendelser henger sammen med følelser, dette med hensikt om å øke pasientens mentalisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.116). Det kan tenkes at slik klargjøring kan bidra med å styrke pasientens empatiske fungering og deres selv-andre differensiering. Som tidligere nevnt er både den empatiske fungeringen og selv-andre differensieringen hos pasienter med BPF svekket, noe som kan forklare deler av deres aggresjon. Ved å klargjøre for pasienten hvordan hendelser og følelser henger sammen kan pasientens kognitive empati forbedres, og klargjøringen kan bidra til pasientens forståelse av forskjellen mellom egne og andres mentale tilstander. Sykepleiers fokus på klargjøring kan trolig også bidra til bedre regulering av følelser hos pasienten med BPF. Dersom pasienten får en økt forståelse for meningen bak sine tanker og følelser vil han/hun trolig være i bedre stand til å takle og regulere de negative følelsene som dukker opp.

Sykepleier bør også praktisere og kommunisere en *utforskende* holdning overfor pasienten med BPF (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.116). Målet med denne holdningen er å forbedre selvkontroll gjennom økt forståelse av sinnet. Det naturlig å anta at økt selvkontroll kan virke hemmende på pasientens impulsivitet. Mye av aggresjonen hos pasienter med BPF er som tidligere nevnt impulsiv eller reaktiv, og en forbedring i selvkontroll og impulsivitet vil derfor trolig motvirke pasientens aggresjon.

Videre beskriver Skårderud og Sommerfeldt (2014) at det er viktig med en utfordrende holdning hos sykepleier i den terapeutiske rollen (s. 117). Dette får pasienten til å reflektere over egne oppfatninger og forestiller av verden rundt seg. Det er grunn til å anta at sykepleier gjennom utfordrende holdninger kan bidra til å øke pasientens affektive feilregulering. Gjennom å utfordre pasienten på alternative forståelser av hendelser og hjelpe pasienten bort fra fastlåste forestillinger, kan sykepleier bidra til å at pasienten bedre håndterer og regulerer egne følelser. Dette kan virke forebyggende på aggresjon, ettersom de sterke negative følelsene blir håndtert før de tar overhånd. Det er også grunn til å anta at sykepleiers utfordrende holdning kan ha en positiv påvirkning på pasientens hypersensitivitet for trusler. Ved å stille spørsmål som får pasienten til å revurdere egne forestillinger kan pasienten utforske alternative tolkninger av det de opplever som truende situasjoner. Dersom pasienten klarer å forstå at den opplevde trusselen ikke er reell, kan dette tenkes å motvirke aggresjon hos pasienten.

Det anbefales også at sykepleier hjelper pasienten med å forstå egne følelser og dens hemmende kraft på mentalisering (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.118). Gjennom et *følelsesfokus* kan sykepleier hjelpe pasienten med å identifisere, skille mellom og navngi følelser. Et slikt fokus vil trolig ha en positiv innvirkning på pasientens følelsesregulering. Følelsesfokuset skal hjelpe pasienten til å bruke kunnskaper og tidligere erfaringer med følelser som et varselsystem som når han/hun opplever negative og stressende følelser, slik at pasienten kan håndtere følelsene før de tar overhånd. På denne måten kan det tenkes at fokuset vil bidra til bedre følelsesregulering og dermed virke forebyggende på aggresjon.

Det terapeutiske forholdet er også et viktig aspekt ved praktisering av mentaliseringsbasert miljøterapi. Forholdet mellom terapeut, som i dette tilfellet vil være sykepleier, og pasient har en overordnet betydning i mentaliseringsbasert miljøterapi (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 119). Forholdet vil både bestå av samarbeidende så vel som irrasjonelle og vanskelige

elementer (Karterud & Bateman, 2010, s.115). Det er grunn til å anta at kvaliteten på dette forholdet vil påvirke i hvilken grad sykepleier lykkes med å bruke de ulike kompetanseområdene til å forebygge aggresjon hos pasienten med BPF. Mentaliseringsbasert terapi krever samarbeid og en felles utforskning av sinnet (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s.116). I denne sammenheng kan Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold være relevant. Ved at sykepleieren og pasienten anser hverandre som individuelle mennesker, og ikke som “sykepleier” og “pasient”, kan en reell kontakt mellom de oppstå. Travelbee (1999) understreker også at dersom denne kontakten ikke utvikles i en positiv retning eller skulle bli svekket, er det sykepleiers ansvar å finne årsaken og få rettet opp i dette (s. 172). Kun da kan samarbeidet om mentaliseringen gjenoppstå.

Ovenfor er det drøftet hvordan sykepleier kan bruke mentaliseringsbasert miljøterapi som et verktøy for å forebygge aggresjon hos pasienter med BPF. Studien gjennomført av Warrender (2015) tyder på at sykepleiere kan dra nytte av et slikt verktøy i håndteringen av pasienter med BPF. Sykepleierne i studien hevdet at de anså MBT som et nyttig verktøy i behandling av pasienter med BPF. I etterkant av et intensivkurs i MBT rapporterte de også at de følte seg tryggere og mer selvsikre i vanskelige situasjoner som oppsto i møte med denne pasientgruppen. Deltakerne uttalte videre at de hadde opparbeidet seg økt forståelse av årsaken bak pasientenes atferd, noe som skapte mindre frustrasjon og en høyere grad av empati blant sykepleierne. Det må nevnes at studien til Warrender (2015) kun ble basert på 9 informanter fra én og samme avdeling (s. 627). Det er ikke nødvendigvis slik at disse funnene kan generaliseres til større gruppe behandlere eller andre avdelinger. Likevel er dette funn jeg kan kjenne meg igjen fra mine erfaringer i psykiatrisk praksis. Etter å ha opparbeidet meg mer kunnskap BPF følte jeg meg tryggere i møte med pasienten. Innsikt og kunnskap om diagnosen, som for eksempel at pasienter med BPF har en tendens til å misoppfatte og overreagere på ansiktsuttrykk (Mancke et al., 2015, s. 279), hjalp meg med å forstå hva som trigget aggresjonen og gjorde at jeg bedre kunne tilpasse meg pasienten for å forebygge frustrasjon og aggresjon. Dette stemmer overens med uttalelsen av Skårderud og Sommerfeldt (2014) om at en forståelse av mentaliseringsbasert teori og tilnærming også kan hjelpe i møte med pasienten til å bedre forstå og regulere sine følelser og reaksjoner samt håndtere pasientens følelser (s. 23). Likevel mener jeg at kunnskap om dette ikke er tilstrekkelig for å være i stand til å forebygge aggresjon hos pasienter med BPF, men at ferdighetstrening i MBT vil være nødvendig.

4.3 Utfordringer ved sykepleiers utøvelse av MBT i miljøet

Det skal sies at sykepleiere kan møte på flere utfordringer ved å bruke mentaliseringsbasert miljøterapi. I de tilfeller hvor sykepleier kan anvende slik terapi i behandling av pasienter med BPF er gjerne på psykiatriske avdelinger. Basert på mine erfaringer er slike avdelinger ofte underbemannet og det er lite tid til miljøterapi. Denne erfaringen støttes av informanter i studien til Warrender (2015, s. 629). Flere av sykepleierne anså arbeidsmiljøet som svært travelt og i utgangspunktet ikke egnet for terapeutisk arbeid. De opplevde at de var underbemannet og at de på grunn av høyt aktivitetsnivå ikke hadde nok tid med hver enkelt pasient til å drive terapibasert behandling (Warrender, 2015, s. 629).

Å forebygge aggresjon hos pasienter med BPF kan forstås som et sykepleieproblem. Som tidligere nevnt hevder Travelbee (1999) at en sykepleier som møter et sykepleieproblem med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte vil være i stand til overveielse og logisk tenkning (s. 43). De 7 kompetanseområdene som sykepleiere kan anvende kan anses som “en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte”, og ut ifra Travelbees teori vil derfor sykepleier handle på en logisk og fornuftig måte. Men arbeid med pasienter med BPF kan oppleves som både utfordrende og frustrerende, og kan skape reaksjoner hos sykepleieren som overskygger all logisk tenkning og gode mentaliseringsevner. Ifølge Skårderud & Sommerfeldt (2014) vil utagerende atferd hos pasienter, som et uttrykk for mentaliseringssvikt, ofte hemme mentaliseringen hos personalet (s. 116). I denne sammenheng sier Skårderud og Sommerfeldt (2014) at at sykepleieren må tåle å stå i vanskelige følelsesmessige situasjoner som kan oppstå i møte med pasienter med BPF (s. 141). På den andre side understreker Travelbee (1999) også at sykepleieren bare er et menneske med egne sårbare sider, følelser og reaksjoner som hører med det å være et menneske (s. 73). Ved å konfronteres med andres sårbarhet møter også sykepleieren sin egen (Travelbee, 1999, s. 73). Ifølge Skårderud og Karterud (2007) øker disse følelsene sannsynligheten for å fremstå som en dårligere behandler (s. 35). I stedet for å bruke utfordrende situasjoner til å øke mentaliseringen, fører ofte slike situasjoner til reaksjoner hos personalet til atferd som oppleves som straff for pasientene, f.eks inndratte permisjoner, strengere husregler osv (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 116).

Mentaliseringen er i slike tilfeller ofte implisitt og sykepleier handler på automatikk. En slik respons er svært uheldig ettersom mentaliseringsvikt kan smitte over på pasientene (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 23).

Dersom sykepleier opptrer på en slik uheldig og lite terapeutisk måte er det viktig at hun/han innrømmer egen mentaliseringsvikt og prøver å forklare hvordan mentaliseringsvikten påvirket situasjonen. Dermed vil sykepleier stå frem som en god rollemodell og pasienten vil kunne lære av både seg selv og sykepleier (Karterud & bateman, 2010, s. 44). Skårderud og Karterud (2007) presiserer at MBT også kan brukes til å bedre forstå seg selv som behandler (s.35).

5 Konklusjon

Med bakgrunn i litteratur og tidligere forskning har denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan sykepleiere kan bruke mentaliseringsbasert miljøterapi for å forebygge aggresjon hos pasienter med BPF. Sykepleiere selv forteller at de opplever det som utfordrende, frustrerende og utmattende å jobbe med pasienter med BPF, og det hevdes at sykepleiere mangler tilstrekkelig kompetanse og trening i mental helse (Holmes, 2006, s. 272, (Warrender, 2015, s.628). Ved de å benytte seg av de sju kompetanseområdene i mentaliseringsbasert miljøtilnærming, nemlig en *ikke-vitende nysgjerrig holdning, støtte og empati, klargjøring, utforsking, utfordring, følelsesfokus og det terapeutiske forholdet*, med fokus på å forbedre de fire områdene som kan forklare aggresjon hos pasienter med BPF, kan sykepleier forebygge aggresjon. Sykepleiere kan delta på et tre-dagers introduksjonskurs for å lære seg de terapeutiske teknikkene. Det er likevel viktig å notere seg at det finnes barrierer og utfordringer ved bruk av slik mentaliseringsbasert miljøterapi, som for eksempel lite tid og høyt arbeidspress i psykiatriske avdelinger. Dette tyder på at det bør tilrettelegges slik at sykepleiere og pasienter skal få best utbytte av en slik behandlingsform. Den begrensede forskningen på sykepleiers utøvelse av mentaliseringsbasert terapi i tidligere forskning og litteratur tyder på at det trengs mer forskning på dette feltet.

Litteraturliste

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual review of psychology*, 53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Arefjord, N. (2011). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (1. utg. s.81-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veiledning*. Arneberg.
- Bateman, A., & Karterud, S. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*.
- Berkowitz, L. (2003). Affect, aggression, and antisocial behavior.
- Coccaro, E. F., Sripada, C. S., Yanowitch, R. N., & Phan, K. L. (2011). Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior. *Biological psychiatry*, 69(12), 1153-1159. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.032>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2017.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *science*, 289(5479), 591-594. DOI: 10.1126/science.289.5479.591
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder—a review of the literature. *Journal of personality disorders*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Huckabee, H. C., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 85(3), 315-326. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00011-6)
- Dromnes, R. (Red.). (2017). *Psykisk helsearbeid-teorier og arbeidsmåter*. Latvia: NW DAMM & SØN AS
- Evang. (2010). *Utvikling, personlighet og borderline* (5. utg.). Latvia: Cappelen Akademiske forlag.

- Gollan, J. K., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2005). Developmental psychopathology and neurobiology of aggression. *Development and psychopathology*, 17(4), 1151-1171. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050546>
- Goodman, M., & New, A. (2000). Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2(1), 56-61.
- Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., Jiang, P., & Smith, T. B. (2005). Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 621-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.621>
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new. *Handbook of mentalization-based treatment*, 31-49.
- Hummelvoll, J.K. (2016) Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Institutt for mentalisering. Aktuelle kurstilbud. Hentet fra <https://www.participant.no/participant/arrangement.aspx?id=268142&hash=08DF157A5269027B387F3B321945681>
- Jensen, K.O. (1999), Norsk forord, I Travelbee, J. Mellommenneskelig forhold i sykepleie (1. utg. 5-6). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T., Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2017.
- Latalova, K., & Praško, J. (2010). Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 239-251.
- Malt, U. F. (2012). *Psykiatriens historie*. I Årsland, D. (Red.), *Lærebok i psykiatri* (3. utg., s.35-58). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., Årsland, D. (red.). 2012. *Lærebok i psykiatri* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- Malt, Ulrik. (2019, 30. januar). Icd 10. I Store medisinske leksikon. Hentet 11. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/ICD-10>.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 278. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000098>
- Mikkelsen, S. Hva er forebygging? (2005). Hentet fra <http://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>

- New, A. S., Rot, M. A. H., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... & Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.660>
- Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of personality disorders*, 23(6), 541-554. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.541>
- Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2012). A growth curve analysis of emotion dysregulation as a mediator for violence in individuals with and without borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(3), 452-467. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.452>
- NSF. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Rosell, D. R., & Siever, L. J. (2015). The neurobiology of aggression and violence. *CNS spectrums*, 20(3), 254-279. <https://doi.org/10.1017/S109285291500019X>
- Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 278. DOI: 10.1037/per0000070
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563-573. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 429-442. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111774>
- Skre, Ingunn B.. (2018, 17. desember). Terapi. I Store norske leksikon. Hentet 12. mars 2019 fra <https://snl.no/terapi>.
- Skårderud & Karterud. (2007). Introduksjon til norsk utgave i Bateman & Fonagy (red.), *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veileder* (s.15 - 38). Arneberg.
- Skårderud & Sommerfeldt. (2014). *Miljøterapi* (1.utg). Oslo: Gyldendal norske forlag AS.

- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J., Kelly, T. M., & Constantine, D. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 123, 153–163.[http://dx.doi.org/10.1016/S0925-4927\(03\)00064-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0925-4927(03)00064-7)
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001.
- Van Langen, M. A., Wissink, I. B., Van Vugt, E. S., Van der Stouwe, T., & Stams, G. J. J. M. (2014). The relation between empathy and offending: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 179-189.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.003>