



Terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med  
borderline personlighetsforstyrrelse

Kandidatnummer: [229]

VID vitenskapelige høyskole

[Oslo]

Bacheloroppgave

Bachelor i [sykepleie]

Kull: [BIS 2018]

Antall ord: [10 112]

[Dato: 28.05.2021]

## Innhold

Sammendrag .....	0
Abstract .....	0
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 Litteraturstudie .....	5
2.3 Systematisk søk .....	6
2.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier .....	7
2.5 Introduksjon til de valgte artiklene.....	7
2.6 Kildekritikk.....	10
2.7 Etikk.....	13
3 Teori .....	14
3.1 Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse .....	14
3.2 Mentalisering.....	16
3.3 Den terapeutiske allianse og holdninger .....	17
3.3.1 En terapeutisk holdning.....	18
3.3.2 Motoverføring .....	18
3.4 Den terapeutiske alliansen og et trygt behandlingsmiljø .....	19
3.5 Joyce Travelbees teori .....	20
3.6 Resultater .....	21
4 Drøfting .....	24
4.1 Sykepleiers bruk av en terapeutisk holdning .....	24
4.2 Holdninger som kan stå i veien for en terapeutisk allianse .....	26
4.3 Opplæring og kurs av ansatte.....	27
4.4 Betydningen av tid for å etablere en terapeutisk allianse .....	29
4.5 Betydningen av å se mennesket .....	30
4.6 Å være bevisst på motoverføring i etableringen av en terapeutisk allianse .....	31
4.7 Å ta i bruk prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi .....	32
4.8 Den terapeutiske alliansen og et trygt behandlingsmiljø .....	34
5. Konklusjon.....	37
Litteraturliste.....	38

## Sammendrag

**Innledning:** Den terapeutiske allianse har betydning for utfallet av behandlingen som gis i psykisk helsevern. Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er preget av ustabile emosjoner, nedsatt evne til mentalisering og bruk av primitive forsvarsmekanismer. Adferden som følger av dette gjør at de som regel har ustabile, intense og problematiske relasjoner til andre. Dette vil også prege alliansen mellom sykepleier og pasient med BPF.

**Metode:** Litteraturstudie.

**Resultat:** Holdninger hos sykepleiere, kurs og opplæring av personalet, betydningen av tid, utvikling av mentaliseringsevnen samt et trygt behandlingsmiljø er elementer som viste seg som sentrale for å bidra til terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF.

**Diskusjon:** Disse temaene drøftes: Sykepleiers bruk av en terapeutisk holdning, holdninger som kan stå i veien for en terapeutisk allianse, undervisning og opplæring, betydningen av tid, betydningen av å se mennesket, motoverføring, prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi og avslutningsvis; den terapeutiske alliansen og et trygt behandlingsmiljø.

## Abstract

**Introduction:** The therapeutic alliance is important for the outcome of the treatment given in mental health care. People with borderline personality disorder (BPF) are characterized by unstable emotions, impaired ability to mentalize and the use of primitive defense mechanisms. The behavior that follows from this means that they usually have unstable, intense and problematic relationships with others. This will also affect the alliance between nurse and patient with BPF.

**Method:** Litteratur review.

**Results:** Attitudes of nurses, courses and training of staff, the importance of time, development of mental capacity and a safe treatment environment are elements that proved to be central to contributing to therapeutic alliance between nurse and patient with BPF.

**Discussion:** These topics are discussed: Nurses' use of a therapeutic attitude, attitudes that can stand in the way of a therapeutic alliance, teaching and training, the importance of time, the importance of seeing the human being, countertransference, principles from mentalization-based therapy and finally; the therapeutic alliance and a safe treatment environment.

# 1 Innledning

Denne oppgaven handler om borderline personlighetsforstyrrelse og hvordan man som sykepleier kan bidra til å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med denne diagnosen. Dette kapitlet vil gi en presentasjon av bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling, avgrensning av oppgaven, begrepsavklaringer, samt oppgavens disposisjon.

## 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Mennesker diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse, heretter forkortet til BPF opplever gjentagende og vedvarende ustabilitet i affekt reguleringen, selvbildet, impuls kontrollen, atferden og i mellommenneskelige forhold (Lieb et al. 2004). Opp til 6 % av voksne møter diagnose kriteriet gjennom livet og tilstanden er assosiert med betydelig psykiske vansker og fysisk morbiditet (dødelighet) (Grant et al., 2008). Behandlingen av mennesker diagnostisert med BPF er ressurskrevende. Det er høy forekomst av selvskading som står i relasjon til stor bruk av akutthjelp og innleggelses i psykiatriske institusjoner (Elisei et al. 2012, Comtois & Carmel, 2014; Hayashi et al., 2010).

I min praksis i psykiatrien har jeg selv møtt pasienter med denne diagnosen og sett hvordan diskusjoner og frustrasjon kan oppstå blant ansatte på vaktrommet i møte med denne pasientgruppen. Min personlige erfaring med pasienter med denne diagnosen er at tilknytning og god relasjon kan være utfordrende. For eksempel møtte jeg en pasient i praksis som hadde en tendens til å trekke folk til seg for så å skyve de fra seg gjentatte ganger.

Videre har jeg erfart at personer med denne diagnosen kan være veldig var for avvisning i en slik utstrekning at de tolker avvisning også der den ikke finnes. På denne måten kan mange ubehagelig og frustrerende situasjoner oppstå, noe som kan være utfordrende både for pasienten selv og de rundt. I denne oppgaven skal jeg derfor utforske diagnosen BPF nærmere, og se på hvordan sykepleier kan bidra til å etablere en terapeutisk allianse med

disse pasientene. Dette er viktig da relasjoner mellom helsepersonell og mennesker med psykiske lidelser har vist seg å ha betydning for utfallet av behandlingen som gis. (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-28).

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier bidra til å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse?*

## 1.3 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven vil ta for seg borderline personlighetsforstyrrelse også kalt emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg har valgt å forholde meg til benevnelsen borderline personlighetsforstyrrelse da dette er den benevnelsen som i hovedsak brukes på engelsk. Det vil bli lagt vekt på et sykepleiefaglig perspektiv. Oppgaven vil omhandle voksne i alderen 18 år og oppover.

Det vil ikke gjøres avgrensninger i forhold til kjønn. Det vil ikke skilles mellom ulike alvorlighetsgrader av lidelsen. Det er høy forekomst av komorbiditet ved borderline personlighetsforstyrrelse, men dette vil det ikke gjøres rede for i denne oppgaven på grunn av dens begrensede omfang. Medikamentell behandling i forhold til BPF vil ikke utdypes videre.

Det er valgt å ikke skille mellom pasienter innlagt på ulike paragrafer i forhold til tvang eller frivillig innleggelse i denne oppgaven. Temaet for oppgaven anses som relevant for alle pasienter med en BPF diagnose på en døgnavdeling, uavhengig av paragraf for innleggelse (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2 & §3-3).

For enkelhets skyld vil det i oppgaven benyttes begrepet *pasient* om mennesker med BPF.

## 1.4 Begrepsavklaring

Her vil sentrale begrep i oppgaven forklares. Begrepet mentalisering blir også forklart da dette ordet blir brukt mye gjennom oppgaven og betraktes som en viktig del knyttet til besvarelsen.

*Borderline personlighetsforstyrrelse:* ICD-10 deler BPF opp i to typer. Den impulsive typen er i all hovedsak kjennetegnet av et ustabil følelsesliv og lav impuls kontroll. Den ustabile (borderline) typen kjennetegnes i tillegg av et forstyrret selv bilde, vedvarende tomhetsfølelse og intense, ustabile relasjoner. Det kan være tendens til selvdestruktiv adferd som videre kan føre til selvmordsforsøk (Karterud et al., 2017, s. 232).

*Terapeutisk allianse:* Begrepet terapeutisk allianse referer gjerne til det bevisste og aktive samarbeidet mellom pasient og terapeut. I Karterud et al. refereres det til Bordin (1979) sin definisjon hvor terapeutisk allianse blir ansett å bestå av tre gjensidig avhengige elementer: 1. Et følelsesmessig bånd til terapeuten, 2. Enighet og samhandling om visse oppgaver og 3. Enighet om mål relatert til behandlingen (Karterud et al., 2017, s. 419).

*Mentalisering:* Mentalisering handler om å ha oppmerksomheten rettet på mentale tilstander i en selv og andre, særlig når det gjelder å forklare atferd. Det handler om å kunne se seg selv utenfra og andre innefra. Våre overbevisninger, håp, emosjoner og tankevirksomhet enten vi er bevisste på dem eller ikke er utslagsgivende for våre handlinger (Bateman & Fonagy, 2007a, s. 1).

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i 5 kapitler: Innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon.

Innledningen er presentert som kapittel 1. Videre i oppgaven kommer metodekapittelet hvor jeg viser valg av metode, litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. Deretter vil jeg gå inn på relevant teori i forhold til oppgaven i kapittel 3. Til slutt i kapittelet vil resultatene fra forskningsartiklene som er valgt bli presentert. I kapittel 4 blir problemstillingen drøftet i lys av tidligere forskning og siste kapittel vil oppsummere og vise konklusjon.

## 2 Metode

I dette kapitlet vil jeg først presentere kort om metode og beskrive metodebruken i denne oppgaven. Videre vil jeg presentere databasesøk gjennom en tabell. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier bli beskrevet. Deretter vil den valgte forskningen introduseres, min kritiske vurdering av forskning og litteratur brukt i oppgaven fremlegges, og til slutt vil etiske overveielser relevant for oppgaven bli beskrevet.

### 2.1 Litteraturstudie

Thidemann (2019, s.74) definerer metode som «en systematisk fremgangsmåte du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling».

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er blitt gjennomført strukturerte litteratursøk for å komme frem til relevant og aktuell forskning. I en litteraturstudie retter man oppmerksomheten mot et tema gjennom bruk av eksisterende teori og forskning på området (Dalland, 2020, s.199).

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Kvantitativ metode forsøker å omforme informasjonen man har til målbare enheter som fører til at vi får anledning til å gjøre regneoperasjoner, som det å regne ut gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Man benytter seg ofte av spørreundersøkelser ved denne metoden for på denne måten å skaffe seg data fra et større antall og det tas ofte i bruk tabeller for å fremstille dataen (Dalland, 2020, s. 54-55; Thidemann, 2019, s.75-76).

Kvalitativ metode prøver å fange opp mening og opplevelse som ikke kan dokumenteres gjennom tallfestet målinger. Man benytter seg av fokusgrupper eller intervju ved denne metoden som gir anledning til refleksjon og diskusjon hos de involverte (Dalland, 2020, s. 54-55; Thidemann, 2019, s. 76).



## 2.3 Systematisk søk

Innledningsvis ble det gjort søk i Google scholar for å bli kjent med fagfelt og søkeord. Videre ble det gjort søk i databasen CINAHL, en aktuell database for forskning relatert til sykepleie. Databasen IDUNN ble også forsøkt med ett resultat. De endelige søkeordene ble til etter flere søk i databasene og ut ifra sentrale og aktuelle artikler og faglitteratur. AND ble brukt som hjelpemiddel for å begrense søkene. Tre av artiklene ble funnet ved hjelp av snøballeffekten. Dette betyr at jeg har funnet artiklene i litteraturlisten til andre oppgaver eller artikler jeg har lest. De tre artiklene funnet på denne måten var: artikkelen til Thompson et al. (2008), Dickens et al. (2019) og artikkelen av Warrender (2015). Søkeordene og de databasene som er brukt i den systematiske søkeprosessen er vist i tabell 1.

Faglitteraturen som er anvendt i oppgaven er i hovedsak funnet via søk gjennom Oria.

**Tabell 1. Artikkelsøk.**

Database:	Søkeord:	Treff:	Utvalg:	Tittel på utvalg:	Forfatter:	År:
Idunn	Relasjon, Bedring, Psykisk helse	56	1	«Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie.»	Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit.	2014
Cinahl	Borderline personality disorder AND experiences	78	1	«The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta- synthesis.»	Stapleton, A. & Wright, N.	2019
Cinahl	therapeutic alliance AND psychiatric care	25	1	«Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research.»	Moreno-Poyato, A. R. Delgado-Hito, Suárez-Pérez, Lluch-Canut, Roldán-Merino & Montesó-Curto	2018
Cinahl	Borderline Personality Disorder AND therapeutic alliance	4	1	«Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder.»	Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A. & Kramer, U.	2019

## 2. 4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Hovedkriteriet for inkludering av forskningsartikler i denne oppgaven har vært at forskningen er av relevans for temaet BPF og relevant for problemstillingen. Artiklene ble valgt enten fordi de fremsto som spesifikt relevant i forhold til terapeutisk allianse som f.eks. Torbjørnsen et al. (2014) og Dimaggio et al. (2019), eller fordi de spesielt handlet om BPF eller sykepleiere slik som f.eks. Warrender (2015). Noen artikler ble valgt bort da de kun omhandlet symptomer ved BPF. Andre ble valgt bort da de f.eks. hadde fokus på årsaker til BPF eller hadde pårørendeperspektiv. På denne måten kunne de ikke bidra til å komme nærmere et svar på problemstillingen.

Det har utelukkende blitt inkludert artikler med fulltekst tilgjengelig. Jeg har begrenset søkene til å gjelde artikler publisert mellom 2011-2021 for at forskningen skal være av nyere dato. Det har kun blitt søkt etter fagfellevurderte artikler, som en kvalitetssikring av den anvendte forskningen. Utvalget av artikler er med både pasient- og sykepleier- perspektiv. Det ble ikke gjort avgrensninger ut ifra metodedesign. Den inkluderte forskningen er fra vestlige kulturer på grunn av økt sannsynlighet for overførbarhet til norske forhold.

## 2.5 Introduksjon til de valgte artiklene

I det følgende vil artiklene brukt i oppgaven introduseres skjematisk. Her vil tittel, årstall, forfatter, hensikt samt metode og utvalg bli vist. Dette er tatt med for å gi en presentasjon og oversikt over forskningen som er anvendt i oppgaven.

**Tabell 2. Introduksjon av artikler**

<b>Tittel:</b>	<b>Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm.</b>
<b>Årstall:</b>	2008
<b>Forfatter:</b>	Thompson, A. R., Powis, J., Carradice, A.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten var å undersøke kommunale sykepleieres erfaringer fra arbeid med mennesker som driver med selv-skading.
<b>Metode og utvalg:</b>	Fortolkende, fenomenologisk analyse med 8 kommunale, psykiatriske sykepleiere som deltok i semi-strukturerte intervjuer.

<b>Tittel:</b>	<b>Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder.</b>
<b>Årstall:</b>	2019
<b>Forfatter:</b>	Dickens, G. L., Lamont, E., Stirling, F. J., Mullen, J. & MacArthur, N.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten til studien var å evaluere og utforske psykiatriske sykepleieres respons på, og erfaring med en pedagogisk intervensjon for å forbedre holdninger til personer med diagnosen BPF.
<b>Metode og utvalg:</b>	En blandet-metodedesign ble brukt som består av prospektiv kohortintervensjon og kvalitative elementer. Deltakerne var ansatte i psykisk helsevern.

<b>Tittel:</b>	<b>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.</b>
<b>Årstall:</b>	2015
<b>Forfatter:</b>	Warrender, D.
<b>Hensikt:</b>	Denne studiens hensikt er å undersøke sykepleiernes opplevelse av effekten av mentaliseringsbasert ferdighetstrening i arbeidet med pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvalitativ studie der data ble innsamlet ved hjelp av 9 sykepleiere som deltok i fokusgruppeintervjuer.

<b>Tittel:</b>	<b>Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie.</b>
<b>Årstall:</b>	2014
<b>Forfatter:</b>	Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne studien var å sette søkelyset på områder som påvirker helsepersonells holdninger til en pasient. Å få en større forståelse for viktigheten av å se pasientens symptomer som mestring. «Studiespørsmålet var: Hvilken betydning har systematisk refleksjon over pasientens mestringsstrategier for utvikling av empati hos helsepersonell?» (Torbjørnsen, 2014, s. 335).
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av 7 sykepleiere og 1 hjelpepleier.

<b>Tittel:</b>	<b>The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis.</b>
<b>Årstall:</b>	2019
<b>Forfatter:</b>	Stapleton, A. & Wright, N.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske erfaringer til personer med BPF på akutte psykiatriske avdelinger.
<b>Metode og utvalg:</b>	Litteraturstudie med metasyntese. Utvalg: Åtte studier. Totalt antall deltagere i alle Studiene: 90.

<b>Tittel:</b>	<b>Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research.</b>
<b>Årstall:</b>	2017
<b>Forfatter:</b>	Moreno-Poyato, A. R. Delgado-Hito, Suárez-Pérez, Lluch-Canut, Roldán-Merino & Montesó-Curto
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med studien var å undersøke effekten til deltagerne i et prosjekt som skulle påvirke den terapeutiske alliansen og graden av empati hos psykiatriske sykepleiere.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvasi-eksperimentell studie i to psykiatriske enheter. I en gruppe ble det implementert evidensbasert opplæring som skulle påvirke den terapeutiske alliansen. I kontrollgruppen ble det ikke foretatt noen intervensjon. Utvalget var: Sykepleiere i grupper fra to forskjellige sykehus med 9 sykepleiere i hver gruppe.

<b>Tittel:</b>	<b>Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder.</b>
<b>Årstall:</b>	2019
<b>Forfatter:</b>	Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A. & Kramer, U.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke om evnen til metatenkning hos pasienten predikerte terapeutisk allianse og om evne til metatenkning og terapeutisk allianse sammen påvirket utfallet av en kortvarig behandling av BPF.
<b>Metode og utvalg:</b>	En sekundær analyse av en randomisert, kontrollert studie. Utvalg: De inkluderte 36 pasienter med BPF i denne studien. Seks psykiatere, seks psykologer og tre sykepleiere.

## 2. 6 Kildekritikk

Dalland (2007) beskriver kildekritikk som de metodene som anvendes for å avgjøre om en kilde er holdbar. Dette impliserer blant annet å karakterisere og vurdere om de anvendte kildene er relevante og aktuelle. Det betyr videre å vurdere og sette ord på de kildene som tas i bruk (Dalland, 2007, s. 66; Dalland, 2020, s.143). Overført til denne oppgaven handler kildekritikk altså om å på en kritisk måte vurdere forskningen og litteraturen som er brukt i den. De studiene jeg har anvendt i denne oppgaven er funnet i anerkjente databaser som studenter har adgang til via VID. Jeg tenker derfor at disse databasene er pålitelige. Dessuten er forskningen som er valgt ut fagfellevurdert, det betyr at den er vurdert og godkjent av andre fagpersoner før publisering (Dalland, 2020, s.145).

Forskningsartiklene brukt i oppgaven er i hovedsak skrevet på engelsk. Jeg har gjort det jeg kan for å på best mulig måte gjengi innholdet i artiklene på riktig måte. Det eksisterer dog en fare for misforståelser i dette oversettelsesarbeidet grunnet redusert engelsk språkforståelse. Noe av litteraturen og forskningen som er anvendt er over 10 år gamle. Disse kildene har likevel blitt inkludert da jeg har vurdert artiklene og bøkene med innhold til å være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, og fordi jeg har vurdert innholdet i informasjonen til å være gyldig også i forhold til nåværende tid. Det har videre blitt vektlagt å finne primære kilder.

Da det har vært viktig for meg å ha et sykepleieperspektiv i oppgaven vil jeg på noen steder ha oversatt ordene hjelper, terapeut eller helsearbeider til sykepleier der dette synes å være relevante synonymmer. Ordet terapi er ifølge Skre et samlebegrep for all behandling, og betegnelsen terapeut er en ikke-beskyttet tittel som kan brukes fritt (Skre, 2020).

Videre presenteres eventuelle svakheter ved de valgte artiklene sett i forhold til min oppgave:

Artikkel 1: «Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm.» (Thompson et al., 2008).

Kildekritikk: Denne artikkelen utforsker kommunale sykepleieres erfaringer med å jobbe med mennesker som selvskader. Det er derfor viktig å fremheve at dette ikke spesifikt dreier seg om mennesker med diagnosen BPF, og heller ikke sykepleiere på en døgnavdeling. Likevel er det mange med BPF som også driver med selvskading og studien anses som relevant med overføringsverdi til en døgnavdeling.

Artikkel 2: «Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder.» (Dickens et al., 2019).

Kildekritikk: Denne studien evaluerer erfaringene hos psykiatriske sykepleiere med en opplæringsintervensjon for å bedre holdninger, og som gjennomføres i løpet av en dag. Noen av sykepleierne i studien mente at opplæringen ikke var forankret i realitetene og intervensjonen var kort, likevel vurderes studien som relevant og et godt bidrag til oppgaven.

Artikkel 3: «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.» (Warrender, 2015).

Kildekritikk: En svakhet ved denne studien i forhold til min oppgave kan være at den fokuserer på mentaliseringsbasert ferdighetstrening og sykepleieres opplevelse av effektene av dette i praksis. Den kan derfor fremstå som å ha et smalt fokus i forhold til min problemstilling. Likevel blir denne studien ansett som relevant, og et verdifullt bidrag i

forbindelse med denne oppgaven da den handler om sykepleiere og pasienter med BPF spesifikt.

Artikkel 4: «Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid-en kvalitativ studie.» (Torbjørnsen et al., 2014).

Kildekritikk: Denne studien setter søkelyset på relasjonens betydning i psykisk helsearbeid generelt sett. Det tas derfor forbehold om at den ikke fokuserer på relasjonens betydning spesielt sett opp imot BPF. Derav kan sentrale elementer tilknyttet min oppgave muligens mangle. Likevel anser jeg studien som relevant da den tar for seg mange viktige aspekter som kan relateres til min problemstilling.

Artikkel 5: «The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis.» (Stapleton & Wright, 2019).

Kildekritikk: Denne litteraturstudien går gjennom erfaringene til mennesker med BPF på akutte psykiatriske avdelinger. Dette kan medføre at ikke alle eksemplene er like relevante for alle døgnavdelinger, som for eksempel på distriktpspsykiatrisk sykehus. Jeg ser likevel studien som betydningsfull, og tenker den har overføringsverdi også på andre avdelinger.

Artikkel 6: «Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research.» (Moreno-Poyato et al., 2017).

Kildekritikk: Denne studien ser på den terapeutiske alliansen innenfor psykisk helsevern og knytter den ikke til mennesker med en spesiell diagnose. Dette kan gjøre studien mindre relevant i forhold til borderline personlighetsforstyrrelse. Jeg har uansett vurdert den som et bidrag da en viktig del av min oppgave er den terapeutiske alliansen.

Artikkel 7: «Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder.» (Dimaggio et al, 2019).

Kildekritikk: Denne artikkelen er på generell basis ikke veldig relevant for min problemstilling på grunn av oppgavens begrensede omfang. Noen elementer er likevel ansett som nyttige og dermed tatt med.

## 2. 7 Etikk

Dalland (2020) fremhever viktigheten av at hensikten om å komme frem til ny kunnskap ikke skal påvirke det enkelte menneskes integritet og velferd. Etikk er et sentralt aspekt når det gjelder å etablere terapeutiske allianser med pasienter med BPF. Dette fordi vi møter mennesker som ofte er i sårbare situasjoner, med vanskelige barndomsopplevelser og som har lett for å ende opp med å føle seg krenket (s. 168).

Et sentralt etisk begrep i denne oppgaven er derfor iatrogene lidelser, altså lidelser påført via terapi. Personer med alvorlige psykiske lidelser er i en sårbar situasjon og kan derfor via terapi føle seg retraumatisert (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 24).

Da jeg i oppgaven har benyttet meg av allerede eksisterende forskning er de etiske overveielsene i forhold til forskningen allerede utført av andre. Jeg har likevel gått gjennom og vurdert de etiske overveielsene i de valgte forskningsartiklene, og vet dermed at det har blitt tatt hensyn til forskningsetikk i samtlige av de forskningsartiklene som er inkludert i denne oppgaven.



## 3 Teori

I dette kapitlet vil det redegjøres kort for hva en personlighetsforstyrrelse er og vanlige symptomer ved BPF. Da nedsatt evne til mentalisering er et vanlig trekk ved denne lidelsen er også dette beskrevet. Videre gjøres det rede for den terapeutiske allianse og holdninger, før Joyce Travelbee`s teori presenteres. Til slutt vil resultatene i den valgte forskningen legges frem.

### 3.1 Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse

«personligheten er vår måte å tenke, føle og handle på i [...] ulike situasjoner over en lengre tidsperiode» (Skårderud et al., 2018, s. 286).

Personlighetsforstyrrelser er tilstander som på inngripende måte påvirker evnen til å forholde seg til andre. Felles for alle personlighetsforstyrrelsene er at de innebærer det å ha utfordringer knyttet til regulering av intimitet. Atferden er som regel på en problematisk måte som gjør at man ikke får omsorg og positiv respons fra andre. Omsorg og positiv respons er noe vi andre får næring av og som også er en naturlig del av en god psykisk helse (Skårderud et al., 2018, s. 285).

I møte med pasienter med BPF er det viktig å vite vanlige kjennetegn ved lidelsen. Disse summeres på følgende måte av Skårderud et al. (2018):

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline)

#### **Impulsiv type**

- Manglende følelsesmessig stabilitet
- Manglende impuls kontroll
- Voldsutbrudd og truende adferd

## **Borderline type**

I tillegg til flere av kriteriene over:

- Forstyrrende og uklare selvbilder, mål og preferanser
- Tendens til å involvere seg i intense og ustabile forhold
- Kronisk tomhetsfølelse
- Selvdestruktive handlinger og selvmordstrusler (Sitert fra Skårderud et al., 2018, s. 294).

I tillegg til overnevnte kjennetegn vil vanlige karakteristikk man kan oppleve i møte med pasienter med BPF ytterligere beskrives;

Ustabil er en meget treffende beskrivelse av hovedproblemet til mennesker med denne diagnosen. De er ustabile i følelser, selvilde og relasjoner. Det kan gjelde relasjoner til partnere, barn, venner, familiemedlemmer, behandlere eller kollegaer på jobben. Pasienter med BPF dropper ofte ut av behandling. De kan fort veksle mellom ytterliggående posisjoner. Det kan forekomme plutselige humørskifter, planer forandres og svart, hvit tenkning er fremtredende med en veksling mellom disse. Ofte skiftes det mellom behov for nærhet og avvisning, selvstendighet og avhengighet, fra grandiose tanker om seg selv til selvforakt, og i stressende situasjoner mellom normalitet og galskap. Mennesker med BPF har en sterk tendens til å feiltolke ansiktsuttrykk eller kroppsspråk i negativ retning. De har lett for å tolke avvisning, sinne og sosiale trusler, og manglende tillit er et nøkkelement. Som sykepleier i møte med disse pasientene er det derfor lurt å være bevisst på eget kroppsspråk og ansiktsmimikk da disse pasientene er ekstremt årvåkne for andres nonverbale språk. De er svært raske til å feiltolke i negativ retning. De kan feiltolke og overfortolke selv små endringer i andres ansikt og et nøytralt ansikt kan virke særdeles urovekkende (Skårderud et al, 2018, s. 302-303). Dette er mennesker som periodevis lider og har med seg en psykisk smerte som de også gir videre til de som skal hjelpe dem. Det er vanskelig å ikke bli involvert i pasientens smerte. Det er ikke bare pasienten selv som vil ha problemer med å vise hvem han eller hun er. Også sykepleieren vil ha vanskeligheter med å forstå hvem pasienten er (Hummelvoll, 2012, s. 280).

## 3. 2 Mentalisering

Begrepet mentalisering ses som relevant for å belyse problemstillingen fordi det er gått ut fra at en sviktende mentalisering vil gjøre det vanskeligere å danne en terapeutisk allianse, mens en økt evne til mentalisering vil påvirke alliansen i positiv retning. Da nedsatt evne til mentalisering som regel er et fremtredende trekk ved borderline personlighetsforstyrrelse, redegjøres det kort for dette, samt mulige årsakssammenhenger i forhold til utviklingen av BPF i det følgende. Disse momentene kan alle ha betydning for etableringen av en terapeutisk allianse.

Mentalisering er evnen til å forstå seg selv og andre ved hjelp av mentale prosesser. Å forstå andre menneskers oppførsel knyttet til hvilke tanker og følelser de mest sannsynlig har er en viktig evne å utvikle. Fonagy og Bateman (2007b) mener utvikling av denne evnen blir støttet av en sikker tilknytning i relasjoner. Vår forståelse av andre er avhengig av om vi som småbarn hadde omsorgspersoner som i adekvat grad forsto våre indre landskap. Denne utviklingen er sårbar for forstyrrelser. Fonagy og Bateman (2007b) fremholder at en ustabil eller redusert mentaliseringsevne er et hovedtrekk ved BPF. Derfor må en vellykket behandling ha mentalisering som fokus eller i det minste være med å stimulere utviklingen av mentaliseringsevnen (Fonagy & Bateman, 2007b). Evnen til mentalisering kan man på denne måten tenke seg vil ha betydning for den terapeutiske alliansen i møte med denne pasientgruppen. Har man redusert evne til å forstå andres handlinger, tanker og følelser blir det mer utfordrende å relatere til andre.

I følge Zanarini et al. (1989) har årtier med forskning vist at mange av dem som utvikler BPF i ungdommen eller tidlig voksen alder opplevde tidlig motgang gjennom barndommen, som for eksempel neglekt, mishandling og emosjonelt utilgjengelige foreldre. Erfaringen med røffe og avvisende foreldre eller det å bli utsatt for misbruk av nære omsorgspersoner påvirker ofte persepsjonen av andre. Man oppfatter gjerne andre som upålitelige og fiendtlige (Fonagy et al., 2000; Agrawal et al., 2004) Samtidig sliter pasienter med BPF med frykt for å bli forlatt, og overaktiveringen av tilknytningssystemet gjør at man kan ha vansker med å forstå eget og andres sinn (Fonagy & Luyten, 2009).

### 3. 3 Den terapeutiske allianse og holdninger

I det følgende vil det redegjøres for betydningen av den terapeutiske allianse og hvordan en terapeutisk holdning hos sykepleieren kan bidra til en slik allianse. Også begrepet motoverføring vil beskrives kort i denne forbindelse.

I behandling i psykisk helsevern som i det meste av annet helsearbeid er det viktig å danne en allianse med pasienten. Dette vil gjøre det mulig for pasienten å samarbeide og et samarbeid i psykisk helsearbeid er avgjørende for at behandlingen skal være effektiv. En sentral del av psykisk helsearbeid er å jobbe med behandlingsmotivasjon, relasjonstillit og konflikt (Skårderud et al., 2018, s. 127).

Psykisk helsearbeid som fag innebærer å ha et bevisst fokus på den terapeutiske alliansen og å i størst mulig grad være forberedt på de utfordringene som kan komme. Å være forberedt handler om å ha kunnskap om de vanskelighetene som kan oppstå. Dette fordi psykisk lidelse innebærer at relasjonskompetansen er redusert enten midlertidig eller av mer varig art. Vi kan for øvrig miste tålmodighet og forståelsen av hva pasienten har behov for akkurat i utfordrende situasjoner hvor det er behov for dette i ekstra stor grad. Dette kan være med å forklare at vi av og til mislykkes i de terapeutiske målene våre (Skårderud et al., 2018, s. 126-127).

Sett fra sykepleierens perspektiv kan pasienten i seg selv noen ganger innebære en utfordring. Dette betyr at objektet for faget, altså mennesket, anses som den største utfordringen for å skape en terapeutisk allianse. Sett fra sykepleierens side er det flere elementer som kan vanskeliggjøre en terapeutisk holdning og etableringen av en terapeutisk allianse. Å utvikle en felles retning for behandlingen kan være krevende når pasienten og sykepleieren har ulik oppfatning av årsak, symptomer, utfall og behandling. I møte med «den vanskelige pasienten» er et innenfra perspektiv sentralt. Det betyr at i etableringen av en terapeutisk allianse må man begynne med pasientens opplevelse. Hver enkelte pasients problemer må tas alvorlig (Skårderud et al., 2018, s. 131-132).

### 3.3.1 En terapeutisk holdning

En terapeutisk holdning kan ses som å utgjøre kjernen i fundamentet for all behandling. En terapeutisk holdning har som ideal at vi klarer å være ekte, noe som innebærer at man kan vise omsorg og hjelpe på måter som faller naturlig for en selv, og ikke føle at man må være tvunget forståelsesfull og selvutslettende. At vi kan hjelpe med integritet på den måten som er riktig for hver enkelt. Det er videre et ideal å kunne være ærlig, direkte og jordnær i relasjon med pasienten. Man kan tenke seg at det å være interessert, varm, ekte, ærlig og jordnær sammen med pasienten viser en stødighet. I tillegg gir man en følelse av at man har møtt tilsvarende situasjoner tidligere og at man kan forstå. En terapeutisk holdning innebærer også at sykepleieren er bevisst på å ikke dra fokuset bort fra pasienten og over på seg selv (Skårderud et al., 2018, s. 129-130).

Man kan imidlertid tenke seg at det kan være gode grunner til en type selektiv åpenhet fra sykepleierens side i visse situasjoner. Dette inkluderer «å tenke høyt», og være «gjennomsiktig» for å fremstå som et forbilde for refleksjon. Men i dette tilfellet så er det ikke egne erfaringer og meninger som fremholdes, men sykepleieren kan på denne måten vise seg som et forbilde for åpenhet, autentisitet og hvordan et sunt sinn kan fungere (Skårderud et al., 2018, s. 129-130).

### 3.3.2 Motoverføring

For å etablere en terapeutisk allianse med en pasient med BPF kan det være av betydning at sykepleieren tar innover seg hvordan man selv påvirker eventuelle problemer med alliansen. I denne forbindelse er begrepet motoverføring relevant. Motoverføring handler om følelser og fantasier som vekkes i sykepleieren i samhandling med pasienten. Mennesker med personlighetsforstyrrelser kan vekke sterke reaksjoner i sykepleieren. Motoverføringen kan gi betydningsfull informasjon om pasientens problemer med relasjoner og denne kunnskapen kan brukes terapeutisk. Det er dog en fare for at sykepleieren blir en del av et negativt relasjonsmønster med den som trenger hjelp eller at man agerer i forhold til motoverføringen. Konsekvensen av dette kan bli at pasienten ikke får den hjelpen han eller

hun trenger, i stedet kan resultatet bli at pasienten får bekreftet sitt negative selvilde eller til og med retraumatiseres (Karterud et al., 2017, s. 421).

Under vil det gjøres rede for hvordan et trygt behandlingsmiljø vil kunne legge til rette for gode rammer og trygghet for pasienter med BPF og dermed kunne bidra til etablering av terapeutiske allianser.

### 3.4 Den terapeutiske alliansen og et trygt behandlingsmiljø

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremholdes det at sykepleieren har et ansvar for en praksis som virker fremmende på helse og forebyggende mot sykdom (NSF, 2019).

Miljøterapi er det planlagte arbeidet gjennomført av en gruppe ansatte rettet mot pasienter med målet om å bidra til bedring (Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s.18). På en døgnavdeling vil møtet mellom sykepleier og pasient med BFF være preget av miljøterapi.

Ordet «miljøterapi» er en sammensetning av ordene miljø og terapi. Miljødelen går ut på å organisere dagen for pasientene. Dette kan innebærer struktur og trygghet i forhold til faste måltider, faste innslag av læring i ulike fag, praktiske og sosiale evner. Dette vil legge til rette for ordets siste del, nemlig terapi som går ut på å utvikle og forandre. Miljøterapiens hovedoppgave er å lage rammer og legge til rette for at hvert menneske kan gå i sine forandringsprosesser (Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s. 30-37).

Miljøterapiens mest sentrale fokus er å bruke relasjoner til å helbrede relasjonsskader. Det er viktig med respekt for symptomer og annerledes adferd. De kan fremstå som plagsomme og uønskede fenomener og som man ønsker ikke var der. Men som regel er de et uttrykk for noe mer. Symptomer kan forstås som måter å forholde seg på. Når noe er vanskelig å takle kan symptomer være måten man takler det på. De kan ha til hensikt å fungere som en beskyttelse. Miljøterapi innebærer å reflektere over seg selv, over relasjonene, rammer, regler, aktiviteter og ting som oppstår. Man ønsker å reflektere over adferd, både sykepleierens og pasientens. Dessuten forsøker en å oppmuntre pasientens refleksjoner om seg selv og et ideal er en reflekterende kultur på avdelingen. Det tilstrebes å skape et trygt miljø slik at pasienter kan bli kjent med alternativer for måten å erfare seg selv og andre. I mentaliseringsbasert miljøterapi er et viktig mål å skape god tilknytning. Dette kan være

avhengig av tid, og nyere miljøterapi må ofte forholde seg til et tidspress knyttet til kortere opphold i institusjoner. (Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s. 30-37).

### 3. 5 Joyce Travelbees teori

Da Joyce Travelbee synes relevant for problemstillingen på grunn av hennes fokus på menneske til menneskeforholdet, samt at hun jobbet som psykiatrisk sykepleier er hennes teori inkludert i denne oppgaven (Jensen, 1999; Travelbee, 2001, s. 171).

Også Travelbee understreker viktigheten av den terapeutiske allianse eller menneske-til-menneske forholdet som hun kaller det. Menneske-til-menneske-forholdet er det som gjør det mulig å realisere sykepleierens hensikt og mål, som er å hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse samt å se mening i disse opplevelsene. All samhandling sykepleieren har med pasienten kan være en byggestein i oppbyggingen av menneske-til menneske-forholdet. Menneske- til- menneske-forholdet er ikke noe som vokser frem av seg selv. Det utvikler seg fra dag til dag i kontakten mellom sykepleieren og den andre. Dette innebærer at sykepleieren må forstå hva hun tenker, føler, gjør og opplever. Menneske-til-menneske-forholdet kan utvikles i forskjellig tempo- av og til tar det kort tid og noen ganger tar det lengre tid (Travelbee, 2001, s. 171-172).

«Menneske til menneske forholdet er en gjensidig prosess.» Det bygges ikke opp av sykepleieren på egen hånd, både sykepleieren og pasienten etablerer og utvikler relasjonen mellom seg gjennom ulike faser. Det er dog sykepleieren som har ansvaret for å etablere og opprettholde alliansen. Menneske- til- menneske forholdet er kjennetegnet av en viss type adferd, man oppfatter, tenker, føler og handler på en spesiell måte. Begge partene oppfatter og reagerer på den andre som et menneske. Dette innebærer at pasienten blir betraktet og behandles som et egenartet individ og ikke som et rom nr., en diagnose eller en jobb som skal gjennomføres. Pasienten og sykepleierens syn på hverandre har fundament i virkeligheten, det vil si at de ser hverandre for det de er, som to unike individer som er forskjellig fra og annerledes enn alle andre. For at en skal kunne se og reagere på den andre som et individ må man evne å se bakenfor status og posisjoner (Travelbee, 2001, s. 178).

Travelbee (2001) mener dessuten at å bruke seg selv terapeutisk, er avhengig av å være bevisst på hvordan egen atferd påvirker andre. Å bruke seg selv terapeutisk er videre et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. Det innebærer at en anvender sin personlighet bevisst og konstruktivt i samspillet med pasienten. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å anvende fornuft og intelligens, og ingen av disse aspektene må være organisert dårlig eller skje intuitivt. Å bruke seg selv på denne måten er både en kunst og en vitenskap, det er avhengig av både disiplin og selvinnsikt, empati og fornuft, logikk i tillegg til medfølelse (s. 44-45).

Travelbee (2001) hevder for øvrig at empati er en essensiell del av sykepleie. Hun forklarer empati som ferdigheten til å se forbi den atferden som viser seg ytre sett og det å kunne ha innlevelse og ta del i den andres indre liv. Travelbee mente at empati kunne gjøre at sykepleieren kunne klare å forutse pasientens handlinger (s. 193).

### 3.6 Resultater

De 8 forskningsartiklene brukt i denne oppgaven er fra vestlige kulturer. Resultatene fra studiene er presentert enkeltvis med titlene i uthevet skrift. Gjennom arbeidet med de utvalgte artiklene har det imidlertid kommet frem ulike tema; holdninger hos sykepleieren, behovet for kunnskap og rammefaktorer.

#### **Community psychiatric nurses` experience of working with people who engage in deliberate self-harm (Thompson et al., 2008).**

Resultatene fra denne studien setter søkelyset på vanskeligheter kommunale sykepleiere kan møte i arbeidet med mennesker som selvskader. Dette kan være å slite med å forstå pasienten, bekymring for hva som kan skje med pasienten, utfordring med grensesetting og ansvar, tidspress, følelsesmessige vanskeligheter relatert til pasientgruppen, opplevelsen av at dette er en vanskelig pasientgruppe å jobbe med og betydningen av en terapeutisk allianse. Den terapeutiske allianse ble sett som vesentlig.



**Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder (Dickens et al., 2019).**

Det ble avdekket noen vedvarende positive holdningsendringer i forhold til oppfattelsen av borderlinepasientene generelt og i forhold til deres tendenser til selvmordsforsøk. Funnene viste vedvarende fordeler med en pedagogisk intervensjon for personer som arbeider med pasienter diagnostisert med BPF på noen, men ikke alle områder. Deltakerne ga kontrastfylte tilbakemeldinger om hvilken opplæring i forhold til BPF de tror vil være nyttig.

**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 (Warrender, 2015).**

Denne studien viser at det er høy forekomst av pasienter med BPF på akutte psykiatriske avdelinger, og at sykepleierne ofte rapporterer om vanskeligheter i møte med denne pasientgruppen. Resultatene etter kurset i mentaliseringsbasert behandling viser at deltakerne følte seg tryggere og mer selvsikre i utfordrende situasjoner som oppsto i møte med pasienter med BPF. Deltakerne uttalte at de fikk en større forståelse av årsaken som lå bak atferden til pasienten og at dette bidro til mindre frustrasjon hos sykepleierne og større grad av empati.

**Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie (Torbjørnsen et al., 2014).**

Resultatene i denne norske studien ble synliggjort gjennom ulike kategorier. Hovedkategorien var: et ønske om å forstå pasientens livsverden. To underkategorier var: uro over personalets språklige makt og anerkjennende tilstedeværelse. Sykepleierne hadde positive erfaringer med hensyn til å reflektere over alliansens relevans knyttet til temaer som for eksempel symptom og mestring. Denne formen for refleksjon førte til ny motivasjon til å stå i utfordrende relasjoner over tid. Empatien til sykepleierne økte ved at pasienten fikk fortelle om sine liv, symptomer, strategier for mestring og opplevelser.

**The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a Meta- synthesis (Stapleton & Wright, 2019).**

Analysen av denne studien viste fire overordnede temaer som var viktige for innlagte pasienter: kontakt med ansatte og andre pasienter; ansattes holdninger og kunnskap; innleggelse på avdeling som tilfluktssted; og opptaks- og utskrivningsprosessen.

Personer med BPF innlagt på akutte psykiatriske avdelinger rapporterte lignende erfaringer på tvers av studiene. Muligheter til å bli lyttet til og å snakke med ansatte og medpasienter, time-out fra dagliglivet og følelser av sikkerhet og kontroll ble oppfattet som positive elementer i forbindelse med innleggelsen. Negative erfaringer ble tilskrevet: mangel på kontakt med ansatte, negative personalholdninger, ansattes manglende kunnskap om BPF, tvangsinnleggelse og dårlig utskrivningsplanlegging.

**Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research (Moreno-Poyato et al., 2017).**

Denne spanske studien viste at ved å innarbeide en viss type evidensbasert opplæring (PAR) i arbeidet sitt, økte sykepleiernes grad av empati og graden av enighet om mål og oppgaver med pasienten. Faktorer som var med å etablere en terapeutisk allianse med pasienter ble forbedret. Resultatene bekrefter muligheten for å måle og forbedre det terapeutiske forholdet i psykiatrisk behandling.

**Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder (Dimaggio et al., 2019).**

Resultatene viste at en bedre kapasitet til metatenkning hos pasienten i en oppstartsfasen av behandlingen predikerte en bedre allianse over tid vurdert fra terapeutens ståsted. Vurdering av alliansen fra terapeutens ståsted var det eneste signifikante utfallet. Bedre metakognisjon predikerte terapeutisk allianse som videre påvirket utfallet av behandlingen. Dette gjør evne til metatenkning til et relevant mål tidlig i terapi av BPF.

## 4 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg med bakgrunn i valgt forskning og litteratur forsøke å belyse hvordan man som sykepleier kan bidra til en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF. Temaene som vil bli drøftet er: 1. Sykepleiers bruk av en terapeutisk holdning, 2. Holdninger som kan stå i veien for en terapeutisk allianse, 3. Opplæring og kurs av ansatte, 4. Betydningen av tid for å etablere en terapeutisk allianse, 5. Betydningen av å se mennesket, 6. Å være bevisst på motoverføring i etableringen av en terapeutisk allianse, 7. Å ta i bruk prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi, og til slutt 8. Den terapeutiske alliansen et trygt behandlingsmiljø.

### 4.1 Sykepleiers bruk av en terapeutisk holdning

På grunn av pasienter med BPF's væremåte med bruk av primitive forsvarsmekanismer kan det fort oppstå antiterapeutiske holdninger i personalet på grunn av motoverføring (Hummelvoll, 2012, s.289). Dette kan gjøre det krevende å etablere en terapeutisk allianse med disse pasientene. Også i Dimaggios et al. 's artikkel (2019) vises det til at et problem ved behandling av BPF er en utilstrekkelig terapeutisk allianse. Det refereres til at en positiv og vedvarende allianse har vært knyttet til utfallet av terapien uavhengig av hvilken behandlingsmodell som benyttes og på tvers av ulike psykiske lidelser (Dimaggio et al., 2019).

Skårderud et al. (2018) skriver om betydningen av den terapeutiske holdningen; «vi mener den holdningen vi møter pasienten med-en terapeutisk holdning-utgjør kjernen i et [...] stabilt fundament for behandlingen» (s. 129).

Videre beskriver de at en terapeutisk holdning har likheter med all medmenneskelighet som har til hensikt å hjelpe. For eksempel at man viser respekt for den som trenger hjelp, at man er interessert og nysgjerrig på personens situasjon og erfaringer, og at man viser varme ved å anerkjenne og være raus i forhold til pasientens behov. Det fremholdes at en terapeutisk holdning skal være preget av en adferd som viser at man tåler og er interessert i det enkelte menneskes anderledeshet (Skårderud et al., 2018, s. 129-130). Dette understrekes

ytterligere med Hummelvoll (2012) som mener at det er viktig med tålmodighet, respekt og omsorg. Ved å være en som går sammen med pasienten i prosessen frem mot bedring, kan hjelperen være med å øke vedkommendes psykiske utholdenhet (s. 292).

Skårderud & Sommerfeldt (2013, s. 115) presiserer dette videre med at støtte og empati er en sentral holdning i sykepleierens terapeutiske rolle, noe som også går igjen i Warrender (2015) sin studie, der det fremholdes at støtte og empati spiller en hovedrolle i en konstruktiv og holdbar terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient. Det formidles en forståelse for at før en terapeutisk allianse kan finne sted, må sykepleiere så godt de kan, prøve å forstå og leve seg inn i pasientene og deres følelser. I artikkelen til Moreno-Poyato et al., (2018) så man at graden av empati og opplevelsen av den terapeutiske alliansen økte gjennom implementering av bevis-basert trening (PAR) blant sykepleiere i psykisk helsevern.

Til tross for dette fremheves det likevel i Skårderud et al. (2018) at en terapeutisk holdning også innebærer at man ikke skal være tvungent forståelsesfull og selvutslettende (s. 129-130).

Young (2001) bifaller imidlertid betydningen av støtte og empati ved å hevde at å anerkjenne hva pasienten sier og føler uten å dømme bekrefter og styrker den terapeutiske alliansen med pasienter med BPF. Validering innebærer å lytte nøye uten fordommer, respondere empatisk og akseptere pasientens merknader. En følelse av å bli forstått hjelper med å romme emosjonelt kaos. En av informantene i Torbjørnsen et al. 's (2014) studie uttalte at han trodde det ville påvirke pasienten at man forsøker å forstå. En annen mente at pasienten ville merke om sykepleieren gikk inn til pasienten med en god holdning uten fordommer.

Oppsummert kan det synes som at sykepleier kan bidra til å etablere en terapeutisk allianse ved å utvikle og ta i bruk en terapeutisk holdning. Dette fordi den terapeutiske alliansen innebærer en moralsk holdning hvor man viser respekt og ydmykhet og en vilje til å ta ansvar for egne feil (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 119-120).

## 4.2 Holdninger som kan stå i veien for en terapeutisk allianse

I motsetning til den overnevnte terapeutiske holdningen er det flere studier i den valgte forskningen som viser at noen sykepleiere kan ha dårlige holdninger til pasienter med BPF.

I Dickens et al. (2019) refereres det til forskning som peker på slike holdninger. Også Warrender`s forskning (2015) uttrykker disse holdningene gjennom at det blir beskrevet som slitsomt og utmattende, frustrerende og plagsomt å jobbe med mennesker med diagnosen BPF. En av deltagerne i studien uttalte at; «I think they suck the life out of you to be perfectly honest ...» (Warrender, 2015, s. 628).

Imidlertid er Warrenders forskning en liten studie med bare 9 deltagere fra ett sykehus så man kan stille spørsmålsteget til om slike uttalelser er representativt for å gjelde sykepleiere generelt.

Samtidig skriver Skårderud et al. (2018) at i behandling kan personlighetsforstyrrelser oppleves som utfordrende for personalet da disse pasientene ofte har en mangelfull eller vekslende motivasjon, de har ofte problemer med å holde avtaler og det er ofte vanskelig å skape gode terapeutiske allianser. Det er vanlig at spesielt pasienter med BPF splitter personalet. På grunn av disse problemene er det mange i behandlingsapparatet som helst vil unngå disse pasientene og de ender ofte opp med å bli kasteballer i systemet (s. 303).

På linje med dette belyses det i studien til Stapleton og Wright (2019) at mange av deltagerne beskrev negative holdningene hos sykepleierne rettet mot pasienter med BPF. Noen rapporterte at personalet sammenlignet dem på en negativ måte med mennesker som for eksempel hadde diagnoser som schizofreni. Flere deltagere i studien følte at personalet mente at de ikke hadde rett på omsorg og at de kastet bort en plass. Dette gjorde at pasientene med BPF følte at de ikke fortjente omsorg og hjelp ved innleggelse. De endte opp med en følelse av avvisning.

Man kan imidlertid ikke utelukke at disse erfaringene i en viss grad også er farget av lidelsens kjennetegn hvor man har lett for å tolke andre i negativ retning og har lett for å føle seg avist (Skårderud et al, 2018, s. 302-303).

Oppsummert kan man likevel anta at negative holdninger hos noen sykepleiere kan stå i veien for å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med BPF. På denne måten kan det synes som viktig å jobbe med en holdningsendring blant sykepleiere for å bidra til en terapeutisk allianse. Dette bekreftes også av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor det står at; Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleieforbund [NSF], 2019). Dette går også igjen i lovverket som sier at «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

### 4.3 Opplæring og kurs av ansatte

Larsen (2017) hevder på sin side at undersøkelser viser at sykepleiere har behov for et «forståelsesrammeverk» i forhold til pasienter med BPF. Undervisning og kunnskap kan bidra til utvikling av denne rammen av forståelse. Dette rammeverket kan for eksempel inneholde kunnskap om pasientens ofte traumatiske barndom, men også av miljøterapeutiske metoder for å skape allianse. Hummelvoll fremhever også betydningen av en god allianse; «En god allianse er avgjørende for et vellykket resultat av behandlingen» (Hummelvoll, 2012, s. 239).

I samsvar med Larsen (2017) beskrev noen av deltagerne i Stapleton & Wright (2019) at de opplevde at personalet manglet kunnskap om og forståelse av BPF. Spesielt mente de at dette ga seg uttrykk gjennom manglende kunnskap og forståelse for adferden pasienter med BPF kan ha.

I studien av Dickens et al. fra 2019 belyses imidlertid en mangel på konsensus blant sykepleierne selv om hvilken opplæring de trenger i forhold til pasienter med BPF. Resultatene fra opplæringsintervensjonen i studien var dessuten blandet, men for det meste positive. Studien belyser vanskelighetene med å designe et effektivt program for å endre holdninger. Det må påpekes at dette for øvrig var en liten studie og intervensjonen ble bare utført på to steder.

De fant uansett at sykepleierne mente det var problemer på struktur og systemnivå, og mente flere problemer måtte adresseres på et organisatorisk nivå. Deltagerne hadde svært forskjellige meninger om hva sykepleie faktisk betyr i forhold til de med en BPF diagnose og om hvordan sykepleiernes terapeutiske rolle arter seg i forhold til denne gruppen. Å få utdanning om terapeutiske tiltak når sykepleiere føler at de mangler ressurser eller tid til å anvende dem ble beskrevet som overflødig og frustrerende. I tråd med disse uttalelsene hevdet noen av pasientene i studien til Stapleton og Wright (2019) at de opplevde personalet som uinteressert i å forstå BPF. Personalet ble imidlertid oppfattet som å mangle kunnskap om BPF, hvor psykologer ble vurdert til å ha mer kunnskap og forståelse enn sykepleierne på avdelingene.

Det kan på denne måten tyde på at opplæring og kunnskap kan være med å bidra til etablering av en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF. Dette fordi mer kunnskap kan føre til økt forståelse, bedre holdninger og flere teknikker å møte pasientene med. Dette underbygges av Larsen (2017) som viser i sin fagartikkel til en studie hvor man har undersøkt om personalet kunne endre sine negative holdninger ved å delta på et program med undervisning om BPF. Da de hadde gjennomført programmet var resultatet at de som deltok hadde utviklet økt innsikt og større grad av empati, og dermed også bedre holdninger. Personalet ønsket ikke å unngå disse pasientene i like stor grad lenger. Mestringsfølelse og bedre kompetanse i samhandling med pasientene var også følgene av mer kunnskap og undervisning (Larsen, 2017).

I tillegg til opplæring og kurs kan man tenke seg at et strukturert opplegg for faste refleksjoner blant sykepleiere på en døgnavdeling kan være med å bidra positivt til å etablere en terapeutisk allianse. Resultatene fra artikkelen til Torbjørnsen et al. (2014) underbygger denne påstanden ved å vise at systematiske refleksjoner blant ansatte inspirerte de ansatte til et ønske om å forstå pasienten og til å ønske å bli kjent med mennesket. En ekte interesse for å forstå hvordan pasienten har håndtert sine livsutfordringer utviklet seg. Også deltagerne i Dickens et al. (2019) ga uttrykk for at muligheten til å kunne reflektere sammen som personalgruppe var nyttig.

#### 4.4 Betydningen av tid for å etablere en terapeutisk allianse

Uttalelsene til deltagerne i forskningen til Dickens et al. fra 2019 syntes å stå i sammenheng med de ulike stedene sykepleierne jobbet. Mens både dagavdelingen og akuttavdelingen arbeidet innenfor begrensede ressurser, følte de på dagavdelingen at de hadde tid til å bygge terapeutiske allianser, ta vare på seg selv, fungere som et team og engasjere seg i ytterligere læring. Den oppfattede mangelen på tid på akuttavdelingen var med å skape en negativ atmosfære fortalte deltagerne. Denne negative atmosfæren mente de påvirket samhandlingen med pasienter og deres familier fordi forventningene ikke ble oppfylt. Også i Warrenders (2015) studie fremkommer mangelen på tid som et problemfylt område. Avdelingen ble ansett som ekstremt travel og ikke passende for terapeutisk arbeid med pasienter med BPF. I studien til Thompson et al. (2008) blir også tidspress trukket frem som å stå i veien for å møte behovene til pasientene på en effektiv måte. Det hindret også sykepleierne i å søke støtte hos kollegaer så ofte som de trengte.

Imidlertid er mangelen på tid i forskningen særlig fremhevet blant sykepleiere som jobbet i akuttpsykiatri og i kommunen. Dermed kan ikke tidspresset nødvendigvis generaliseres til å gjelde sykepleiere som jobber på hvilke som helst andre avdelinger.

Sykepleiere i studien til Dickens et al. (2019) som jobbet med akuttpsykiatri fortalte uansett om en generell negativitet på avdelingen knyttet til pasienter med BPF. Dette ble også sett i sammenheng med mangel på tid til å gi omsorg. Det ble i tillegg opplevd som å ha en direkte innvirkning på alliansen med pasientene. Man kan ikke gi den en til en- kontakten de trenger, og det blir veldig anspent mente en av deltagerne i studien. Dette førte videre til uttalelser blant de som jobbet på akuttavdelingen om at det ikke handlet om behovene til den ene, men om behovene til de mange og deres prioritet var å opprettholde sikkerhet og rettferdig støtte for alle. De vurderte at de med en BPF-diagnose tok en uforholdsmessig mengde allerede begrensede ressurser og var et spenningspunkt.

Det kan dermed synes som tid er en faktor som har betydning i etableringen av en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF. Det er derimot usikkert om dette er et problem på alle døgnavdelinger. På organisatorisk nivå kan det likevel fremstå



som betydningsfullt å skape denne tiden for sykepleiere ved for eksempel å legge vekt på nok bemanning som vil kunne bidra til terapeutiske allianser. Resultatene i Warrenders (2015) studie bekrefter dette ved at det ble pekt på at tiden man trengte til pasientene ikke ble mindre etter intervensjonen, og opplevelsen av pasienter med BPF som tidskonsumerende var fortsatt til stede.

#### 4.5 Betydningen av å se mennesket

I kontrast til overnevnte uttalelser om mangel på tid skriver Torbjørnsen et al. (2014) i likhet med Travelbee at for å oppnå et mellommenneskelig forhold eller med andre ord en terapeutisk allianse, er det viktig å se og anerkjenne hvert enkelt menneske. Deltagerne i Torbjørnsen et al. (2014) studie trakk frem viktigheten av å se og forstå mennesket, ikke bare pasienten. De mente at hvis man så på symptomer som en måte pasientene hadde lært seg å mestre traumatiske følelser på, ville det føre til en mer positiv holdning til pasienten. En av informantene hevdet han hadde fått mer forståelse for pasienten gjennom denne innfallsvinkelen. Han forklarte at han hadde en mer negativ holdning til situasjonen omkring pasienten når observasjoner av symptomer var det sentrale fokuset. Imidlertid fremhevet noen av informantene at det ikke nødvendigvis må ligge noe negativt i begrepet symptom, og en informant hevdet at man forholder seg forskjellig til ord når det gjelder innhold og mening. En annen deltager mente uansett at ved å ha søkelyset på vurdering av pasientens strategier for mestring ble han mer oppmerksom på personen. En informant hevdet at «En kommer lenger om en flytter fokus fra handling til forståelse for hvorfor pasienten gjør det han gjør, da endrer en gjerne holdning med en gang» (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333). Også i Warrenders (2015) studie vektlegges forståelse av årsaken bak symptomer gjennom uttalelser som: «This is why she has cut ... she`s anxious about going home this week, this is her way of telling us she`s anxious» (Warrender, 2015, s. 629). Etter kurset i mentaliseringsbasert ferdighetstrening var ett av resultatene at deltagerne hadde økt forståelse for årsakene bak atferden til pasientene med BPF, og ikke lenger anså pasientene til å være vanskelige med vilje.

Dette kan vise at evnen til å se mennesket og måten sykepleiere betrakter symptomer på er av betydning for etableringen av en terapeutisk allianse.

#### 4.6 Å være bevisst på motoverføring i etableringen av en terapeutisk allianse

Motoverføring er et begrep som er relevant å bruke i forhold til BPF. Begrepet viser til personalets følelser og fantasier tilknyttet behandlingssituasjonen, og står i sammenheng med pasientens væremåte. Man kan snakke om motoverføring i de situasjonene hvor pasientenes væremåte forplanter seg videre til sykepleierens adferd. Dette kan videre føre til at sykepleieren kan si eller gjøre ting som påvirker behandlingssituasjonen på en negativ måte. BPF-pasienter med sitt indre kaotiske liv kan virke irriterende på personalet som dertil ikke klarer å opprettholde en profesjonell adferd. Sykepleierne kan bli «ofre» for motoverføringsreaksjoner som i verste fall kan ende med sarkasme og fiendtlighet og det kan videre resultere i at personalet blir utmattet. Dermed kan man reagere med å bli distansert og kynisk og empatien reduseres (Larsen, 2017). Dette kan man lett tenke seg har destruktive konsekvenser i etableringen av en terapeutisk allianse, og i verste fall kan man ende med å påføre pasienten iatrogene lidelser (Karterud et al., 2017, s. 421).

Mine erfaringer fra praksis underbygger overnevnte hvor jeg har sett ansatte på vaktrommet bli både sinte og fiendtlige i sine uttalelser om pasienter med BPF. På motsatt side vises det i Thomson et al. (2008) studie til at behandlere som erfarte at de hadde god kontakt, en god terapeutisk allianse med pasienter bedre klarte å stå i utfordringene som viste seg relasjonelt. «Where I have found the success ... it does appear that if I've got a good relationship» (Thomson et al., 2008, s. 157). Det var forståelse for at kommunikasjonsproblemer kunne skape problemer i den terapeutiske alliansen. Det å ta ting personlig i stedet for å tenke at pasienten strever med relasjonelle problemer, ble ansett som mangel på trening i møte med denne pasientgruppen (Thomson et al., 2008).

Forskningen viser imidlertid tendenser til at BPF-pasienters suicidale trekk, utagerende adferd, manipulerende tendenser, oppmerksomhetssøkende adferd og manglende evne til å ta ansvar for egne handlinger er medvirkende årsak til vanskelighetene helsepersonell opplever (Larsen, 2017). Man kan på den andre siden stille spørsmålstegn til om det kan

eksistere en ansvarsfraskrivelse blant helsepersonell, hvor man ikke tar ansvar for egne motoverføringsreaksjoner? Eller om det kan vise til at man mangler metoder for å effektivt kunne håndtere de motoverføringsreaksjonene som oppstår.

#### 4.7 Å ta i bruk prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi

Overnevnte kan også ses i sammenheng med helsepersonells egen evne til å mentalisere. Man skal hjelpe pasienten til å bli bedre til å mentalisere, samtidig er det også viktig for helsepersonell selv å bli bedre til å mentalisere. Dette vil videre påvirke den terapeutiske alliansen i positiv retning. Dette bekreftes av uttalelsen til en av informantene i studien til Thomson et al. hvor det uttales at; «You think well what is the point of that? and take it personally, or just getting irritated with them for not doing it, instead of being able to kind of (sic) think about it more» (Thomson et al., 2008, s. 157).

Det kan imidlertid være utfordrende å bedre egen evne til mentalisering når man arbeider med pasienter hvor akkurat nedsatt evne til mentalisering er et fremtredende trekk. Mentalisering dreier seg ikke bare om ferdigheten, men også om ønsket om å forstå den andre, om å være nysgjerrig og vise interesse for andres sinn, på engelsk «mind-mindedness». Mentaliseringstradisjonen kan med sitt system ideelt bidra til å hjelpe oss å se våre egne reaksjoner i ett tydeligere lys, tolerere våre pasienters følelser og være med å regulere oss selv sammen med utfordrende pasienter. «Det oppstår alltid sår og rifter i relasjoner» (Skårderud et al., 2018, s. 96). Og dette vil ikke minst gjelde i møte med pasienter med alvorlig psykopatologi. På den annen side gir behandling anledning for å kunne jobbe med å reparere slike skader, og dette er viktig i en mentaliseringsbasert tilnærming. Sykepleiere er selv av og til medvirkende i misforståelser og konflikt, en sentral faktor innenfor den mentaliseringsbaserte tilnærmingen er derfor bruken av ordet unnskyld (Skårderud et al., 2018, s.95-96).

Travelbee hevder i overensstemmelse med dette at om en sykepleier skal kunne bruke seg selv effektivt som en agent for endring eller kunne handle konstruktivt i ulike pasientsituasjoner, er det sentralt at man forstår hvordan egen adferd påvirker andre. Med opparbeidelse av en stadig større selvinnsett vil man kunne mestre å gi slipp på automatiske

og før ubevisste reaksjoner, og på denne måten etablere nye og mer hensiktsmessige terapeutiske allianser til pasientene (Travelbee, 2001, s. 44). I tråd med dette vektlegger både Skårderud et al. og Fonagy og Bateman (2007b) at mentaliseringsfremmende behandling i stor grad også dreier seg om den terapeutiske holdningen. Det legges vekt på en holdning som skal være ikke-vitende og nysgjerrig, leken og aktiv i samtale med personen. Mentaliseringsbasert terapi er for øvrig mer opptatt av prosess enn innhold, og er en prosess med felles oppmerksomhet, hvor pasientens mentale indre liv står i fokus. Teknisk sett vil denne tilnærmingen oppfordre sykepleieren til å synliggjøre seg selv som en profesjonell person hvor man fremstår som et forbilde knyttet til å undre seg, innrømme feil og se flere sider av et tema (Skårderud et al, 2015, s. 205). Fonagy og Bateman (2007b) utdyper dette med å beskrive behovet for at terapeuten vedkjenner seg sine egne mangler knyttet til redusert mentalisering og hvordan dette kan brukes til ytterligere utforskning av følelser og erfaringer. Sykepleieren må artikulere hva hun eller han tenker for på denne måten å demonstrere at det kontinuerlig reflekteres over hva som skjer i hans eller hennes eget sinn og hva som gjøres i forhold til pasienten. Også Warrender (2015) fant i sin studie at dersom sykepleiere kan opparbeide ferdigheter innen mentaliseringsbasert terapi, kan det redusere frustrasjon hos sykepleierne. Dette hadde påvirkning på sykepleiernes evne til empati, noe som gjorde at de hadde økt forståelse for årsakene til pasientens atferd. Dette kan resultere i at alliansen mellom partene blir bedre. Imidlertid bør det påpekes at enhver fenomenologisk forskning er begrenset i forhold til videre generalisering. Studien hevder ikke å representere universelle erfaringer hos sykepleiere, men den blir sett som et verdifullt bilde av et spesifikt miljø, og en mulig katalisator for videre forskning.

Samtidig skriver Hummelvoll (2012) at sykepleie i forhold til denne gruppen vil innebære jeg-styrkende og mentaliseringsbaserte tiltak. Med denne synsvinkelen vil sykepleieren jobbe tett og personlig med pasienten. Ifølge Hummelvoll er det av betydning at sykepleieren i denne situasjonen har tro og forventning til bedring, samt at man er tålmodig, viser respekt og tilpasset omsorg (s. 290- 293). Både Torbjørnsen et al., Thompson et al. og Stapleton og Wright belyser at for å kunne møte den utfordrende atferden til pasienter med BPF på en god måte er det sentralt å forstå hvorfor atferden deres er slik den er.

Travelbee på sin side hevder imidlertid at det ikke er absolutt nødvendig at sykepleieren liker pasienten, men det er sannsynligvis ikke mulig å utvikle en god terapeutisk allianse, eller

med hennes ord et menneske- til- menneske forhold hvis man direkte misliker den andre personen. Hun mener for øvrig at en profesjonell sykepleier mest sannsynlig ikke vil mislike pasienten hvis hun evner å se den andre som et unikt, særegent og viktig individ (Travelbee, 2001, 185).

Ut ifra det overnevnte kan det synes som at sykepleiere ved bruk av prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi kan bidra til en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF.

#### 4.8 Den terapeutiske alliansen og et trygt behandlingsmiljø

Framgang hos pasienter med BPF er på den andre siden avhengig av å skape et støttende terapeutisk miljø for pasienten. Et trygt, strukturert miljø gjør at det er mindre sannsynlig at pasienten med BPF må skrives ut (Young, 2001). Det vil sannsynligvis også bidra positivt i etablering av en terapeutisk allianse. Skårderud et al. (2018) utdyper dette videre ved å forklare at miljøterapi er avhengig av at det råder en såkalt struktur på avdelingen. Dette innebærer blant annet at det er faste behandlingsaktiviteter etter en dags- og ukeplan og at de forskjellige behandlerne har fått en del roller de har spesielt ansvar for (Skårderud, 2018, s. 207). Også Stapleton og Wright (2019) fremhever viktigheten av struktur på avdelingen og hvordan dette kan hjelpe pasientene å ta tilbake kontroll i livene. Allikevel er det viktig at det eksisterer en del regler for hva som er aksepterte handlinger fra pasientens side samt faste rutiner for hvordan man håndterer krisesituasjoner som evt. måtte oppstå (Skårderud, 2018, s. 207). Hummelvoll (2012) presiserer imidlertid at toleransegrensen for akseptabel atferd ikke må være så streng at pasienten skvises ut av behandling ved små regel- eller avtalebrudd. Dette er ikke det samme som at reglene skal være utydelige, men de må være vide nok til at alliansen får en mulighet til å etablere seg. En bærekraftig allianse er avhengig av en slik realistisk og fleksibel holdning (s. 293).

At trygghet er viktig for pasienter med BPF reflekteres også i Skårderud et.al som vektlegger den terapeutiske alliansen. Her knyttes det opp mot tilknytningssystemer. En sikker tilknytning kan gi næring til mentalisering. Trygg tilknytning i oppveksten fører ofte til gode evner til å mentalisere og motsatt. Utrygg tilknytning i oppveksten fører til dårligere

mentaliserende evner. I trygge omgivelser i oppveksten er det rom for å undre seg og reflektere og i utrygge omgivelser hvor man kanskje har vært utsatt for overgrep og mishandling finnes ikke rom til å undre seg, man må sørge for sin egen overlevelse og beskytte seg selv som best man kan (Skårderud et al 2018, s.205). Dette viser betydningen av at sykepleier legger til rette for trygghet for å stimulere mentaliseringen og på denne måten bidra til en terapeutisk allianse med pasienter med BPF. Til tross for dette viser resultatene i Dimaggio et al. (2019) at bedre evne til metatenkning hos pasienter med BPF kun påvirket opplevelsen av den terapeutiske alliansen hos terapeuten.

På den andre siden kan det være verd å bite seg merke i at «trygt nok» kan være en passende benevnelse da dette betyr at et trygt behandlingsmiljø ikke nødvendigvis skal være maksimalt trygt da et terapeutisk miljø også innebærer å bli passe utfordret. Dette betyr ikke for mye og ikke for lite (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 37).

Sykepleier kan likevel legge til rette for trygget i etableringen av den terapeutiske allianse via tilstedeværelse og det å være tilgjengelig for samtaler. Dette understøttes i Stapleton og Wrights (2019) studie. Det viste seg at de viktigste positive aspektene for innlagte pasienter med BPF, som viste seg i syv ulike studier, var faktorer som muligheten til å snakke, bli lyttet til og kontakt med medpasienter. Det å ha muligheten til å prate var sentralt for dem som var innlagt. Muligheter for å kunne prate med personalet var med å gi emosjonell støtte. På motsatt side opplevdes mangel på slike muligheter emosjonelt depriverende.

Imidlertid kan det stilles spørsmålsteget til om pasienterfaringene fra denne studien er overførbare til norske forhold da to av studiene i meta- syntesen er fra Nederland, to fra USA og fire fra Storbritannia. Det de forteller er uansett i tråd med mine egne erfaringer fra praksis hvor en bruker med BPF ga uttrykk for at det å prate med personalet var svært viktig for henne, og hun hadde jevnlig støttesamtaler med personalet.

Det å bli lyttet til var samtidig et element som ble betraktet som viktig og ble rapportert i seks studier. Når personalet ikke var tilgjengelig for å kunne lytte ble det beskrevet som negativt og ble ofte sett i sammenheng med at avdelingen var for travel. Mange av deltakerne satte pris på å bli lyttet til av profesjonelle, inkludert sykepleiere, når de følte seg emosjonelt stresset (Stapleton & Wright, 2019).

Av disse elementene fremstår det som sannsynlig at et trygt behandlingsmiljø kan være med å bidra i etableringen av en terapeutisk allianse mellom sykepleier og pasient med BPF.

## 5. Konklusjon

Diskusjonen viser at en terapeutisk holdning hos sykepleier mest sannsynlig kan bidra til å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med BPF. Samtidig kommer det frem at erfaringene sykepleiere har kan føre til dårlige holdning til mennesker med diagnosen BPF. Disse holdningene kan stå i veien for at sykepleier skal kunne bidra til å etablere en terapeutisk allianse med pasienter med BPF på en døgnavdeling. Videre viser oppgaven at det kan tyde på at opplæring og undervisning kan ha en positiv effekt i etableringen av en terapeutisk allianse med pasientene. Dette ved å bl.a. gi økt kunnskap og forståelse for årsaken bak handlingene til pasienter med BPF. Imidlertid er sykepleierene i forskningen selv uenig om hva denne opplæringen skal bestå av. Å ha nok tid er videre et av temaene som kommer frem som av betydning for den terapeutiske alliansen. Flere av studiene beskrev mangelen på tid som et problemfylt område, imidlertid er det usikkert om dette gjelder alle døgnavdelinger. Det å se mennesket og ikke bare pasienten, samt evne å se årsaken bak symptomer fremstår som viktig. Begrepet motoverføring blir også sett som relevant, dette innebærer de tanker, følelser og reaksjoner sykepleieren har i møte med pasienten. Ved å være bevisst på motoverføringsreaksjonene og ikke agere ut ifra dem kan man unngå at pasienten retraumatiseres. Funnene tyder i tillegg på at sykepleier ved bruk av prinsipper fra mentaliseringsbasert terapi kan være med å bidra til bedre mentalisering både hos seg selv og pasienten, og på denne måten påvirke etableringen av en terapeutisk allianse i positiv retning. Til slutt ser man betydningen av et trygt behandlingsmiljø i etableringen av en holdbar allianse mellom sykepleier og pasient med BPF. Her skal det råde en struktur på avdelingen med faste avtaler og tydelige fordelte roller. Samtidig fremstår det som viktig at rammene ikke må være så stramme at pasienten skvises ut av behandling. Sykepleier bør til slutt bidra med trygghet i etableringen av god, stabil allianse mellom partene.

Forslag til videre forskning: Hvordan kan sykepleiere best mulig kunne håndtere sine motoverføringsreaksjoner? Finnes det effektive måter for å kunne håndtere disse reaksjonene og dermed stille opp på en mer nøytral måte, uten fordommer i møte med disse pasientene? Dette kan man i så fall tenke seg vil ha en betydelig positiv påvirkning i å etablere gode, terapeutiske allianser med pasienter med BPF.



## Litteraturliste

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard review of psychiatry*, 12(2), 94-104.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007a). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: En praktisk veileder*. Arneberg Forlag.
- Comtois, K. A., & Carmel, A. (2016). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis. *The journal of behavioral health services & research*, 43(2), 272-280.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dickens, G. L., Lamont, E., Stirling, F. J., Mullen, J. & MacArthur, N. (2019) Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing*. 28(13/14). s. 2613-2623.  
<http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no:2048/10.1111/jocn.14847>
- Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A. & Kramer, U. (2019) Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder. *Washington School of Psychiatry*. 82(2), s. 143-157.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1610295>
- Elisei, S., Verdolini, N., & Anastasi, S. (2012). Suicidal attempts among emergency department patients: one-year of clinical experience. *Psychiatr Danub*, 24(Suppl 1), S140-2.

- Fonagy, P. & Bateman A. W. (2007b). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. <https://web-a-ebSCOhost-com.ezproxy.vid.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=6593f9ad-2147-4a31-a9a6-f03ca3a887cd%40sdc-v-sessmgr01>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics*, 23(1), 103-122.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., Osawa, Y., Utsumi, K., Ishikawa, Y., ... & Okazaki, Y. (2010). Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-8.
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, K.O. (1999), Norsk forord, I Travelbee, J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1.utg. 5-6). Gyldendal Akademisk.
- Karterud, s., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri*. (2.utg) Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, K. B., (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*, 105(1): 62-66. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F. & Montesó-Curto, P. (2017). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*. 54(2), s. 300-308. DOI: 10.1111/ppc.12238
- Norsk sykepleieforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjerslinjer>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62) Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_1)
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Skre, I. B. (2020, 12. Februar). *Terapi*. Store norske leksikon. <https://snl.no/terapi>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke E. (2018). *Psykiatriboken* (2. utg). Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken, mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stapleton, A. & Wright, N. (2019). The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *Journal of mental health*, 28 (4), 443-457. <http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no:2048/10.1080/09638237.2017.1340594>
- Thompson, A. R., Powis, J., Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*. 17, s. 153–161. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00533.x

- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. Utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Warrender, D. (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. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*. DOI: 10.1111/jpm.12248
- Young, C. D. (2001) Managing borderline personality disorder. *Patient care*. 35(23). S. 60-64.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18-25.