



SY180H Bacheloroppgave i sykepleie

**Hvordan kan miljøpersonalet i akuttpsykiatrisk avdeling fremme eller hemme regresjon hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type) ?**

Kand.nr 70

[Sjåmo, Niva]

30. april 2010

# Innholdsfortegnelse

- 1.0 Innledning 3**
  - 1.1 Oppgavens problemstilling 3
  - 1.2 Avgrensing av oppgaven 4
  - 1.3 Teori og metode 4
  
- 2.0 Hva kjennetegner atferden til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type? 6**
  - 2.1 Hva er en personlighetsforstyrrelse? 6
  - 2.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse 7
  - 2.3 Primitive forsvarsmekanismer 8
    - 2.3.1 *Splitting* 8
    - 2.3.2 *Projektiv identifikasjon* 9
  - 2.4 Eksistensielle problemer 10
  - 2.5 Hospitalisering og regresjon 10
  
- 3.0 Hvordan kan miljøpersonalets håndtering av pasientens primitive forsvarsmekanismer fremme regresjon? 12**
  - 3.1 Eksempelet Susanne 12
  - 3.2 En splittet personalgruppe 13
  - 3.3 Motoverføringer som problem 15
  - 3.4 Behovet for veiledning 17
  
- 4.0 Hvordan kan miljøpersonalet bidra til å styrke pasientens evne til egenomsorg? 19**
  - 4.1 Klargjøring av rammene for samarbeidet 19
  - 4.2 Kontinuitet og forutsigbarhet 20
  - 4.3 Avstand og nærhet 21
  - 4.4 Containing 22
  - 4.5 Grensesetting 22
  - 4.6 Verbalisering 24
  - 4.7 Identifisering av holdbare livsverdier 25
  - 4.8 Presentasjon av handlingsalternativer 26
  - 4.9 Forsterkning av moden atferd 26
  - 4.10 Forbered pasienten på opp- og nedturer 27
  
- 5.0 Avslutning 29**
  
- 6.0 Litteraturliste 30**

## 1.0 Innledning

Temaet for denne bacheloroppgaven er miljøterapeutiske utfordringer som sykepleier og miljøpersonal i ei akuttpsykiatrisk avdeling står overfor i møtet med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type. Personer med denne personlighetsforstyrrelsen har en sterk tendens til å idealisere eller nedvurdere andre mennesker (splitting), samtidig som de lett projiserer sine negative følelser på andre, både verbalt og i form av utagerende atferd. Dette kommer spesielt godt fram i ei sykehusavdeling hvor atferden kan resultere i sterke reaksjoner både hos personalet og medpasienter. Disse reaksjonene, eller motoverføringene som de kalles på fagspråket, kan være ugunstige både for avdelingsmiljøet og pasienten (Evang, 2010).

Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er godt representert ved landets akuttpsykiatriske avdelinger til tross for faren for regresjon ved innleggelse i døgnavdeling. Ved å skrive denne oppgaven ønsker jeg å bedre egne kunnskaper om hva det innebærer å ha denne lidelsen og gjennom det forhåpentligvis bli en dyktigere sykepleier i mitt møte med denne pasientgruppen. Jeg håper også at andre som leser oppgaven får økt kunnskap og bevissthet rundt forhold som hemmer og fremmer regresjon hos disse pasientene.

### 1.1 Oppgavens problemstilling

*Hvordan kan miljøpersonalet i akuttpsykiatrisk avdeling hemme eller fremme regresjon hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type) ?*

Med utgangspunkt i den valgte problemstillingen vil jeg forsøke å besvare følgende tre spørsmål:

1. Hva kjennetegner personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type?

2. Hvordan kan miljøpersonalets håndtering av pasientens primitive forsvarsmekanismer fremme regresjon?
3. Hvordan kan miljøpersonalet bidra til å styrke pasientens evne til egenomsorg?

Besvarelsen av disse spørsmålene vil skje fortløpende under egne kapitler i oppgaven. I drøfting vil jeg fokusere på hvordan den emosjonelt ustabile pasienten utfordrer miljøpersonalets evne til å være samkjørte og tydelige, samtidig som jeg viser hvordan personalets manglende oversikt og kontroll med egne motoverføringer kan resultere i regresjon. Avslutningsvis ser jeg på hvordan miljøpersonalet utøvelse av ego-styrkende sykepleie kan bidra til å styrke pasientens evne til egenomsorg. Jeg presenterer da viktige prinsipper for ego-styrkende sykepleie og konkrete tiltak.

## **1.2 Avgrensning av oppgaven**

Av hensyn til oppgavens omfang, vil jeg begrense den til å gjelde miljøterapeutiske utfordringer overfor pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse uten psykiatriske tilleggsdiagnoser. Det vil si at pasienten ikke er psykotisk, er rusmisbruker, har en alvorlig spiseforstyrrelse, bi-polar lidelse eller en annen alvorlig sinnslidelse i tillegg til personlighetsforstyrrelsen.

## **1.3 Metode og teoretisk referanseramme**

Min oppgavebesvarelse baserer seg på litteraturstudier. Jeg tar utgangspunkt i Jan Kåre Hummelvoll (2004) sin definisjon av psykiatrisk sykepleie:

«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.» (Hummelvoll, 2004:46).

Hvis en tar utgangspunkt i Hummelvolls definisjon kan en si at målet for den psykiatriske sykepleien vil være 1) å styrke pasientens egenomsorg og 2) å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier.

Oppgavebesvarelsen tar utgangspunkt i et psykodynamisk perspektiv på utvikling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og relasjonelle utfordringer som knytter seg til behandling av personer med denne lidelsen. Jeg støtter meg mye til pensumbøkene skrevet av Jan Kåre Hummelvoll (2004), Kringlen (2008) og Liv Strand (1990), og har i tillegg hatt nytte av å lese boka «*Utvikling, personlighet og borderline*» skrevet av Anders Evang (2010). Kari Brodtkorb sin hovedfagsoppgave, «*Sykepleie til pasienter som skader seg selv*» (Universitetet i Oslo, 1999), har også bidratt til økt forståelse om temaet hos meg.

Jeg vil i tillegg til mine litteraturstudier basere besvarelsen på egne erfaringer gjennom tjue års praksis som miljøpersonal ved Åsgård sykehus i Tromsø (nå en del av Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN) og Nordlandssykehusets psykiatriske avdeling i Rønvik (tidligere Nordland psykiatriske sykehus, NPS). Gjennom årene har jeg blitt kjent med en rekke pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og møtt mange dyktige sykepleiere og psykiatere som har lært meg mye om de miljøterapeutiske utfordringene en står overfor i møtet med denne pasientgruppen. Når jeg skal presentere mine erfaringer som miljøpersonal, velger jeg av hensyn til min taushetsplikt å gjøre det i form av et konstruert case. Hvis jeg hadde valgt å basere oppgaven på fortellingen om en anonymisert pasient ville jeg ha åpnet for unødvendige spekulasjoner om hvem denne pasienten er, noe jeg ikke ønsker. Det konstruerte caset har i seg eksempler hentet fra mange situasjoner jeg har opplevd med ulike pasienter. Fortellingen om den ene pasienten vil forhåpentligvis fungere som en slags rød tråd gjennom oppgaven.

**Antall ord i oppgavebesvarelsen: 8943\***

(\* eksklusive forsiden, innholdsfortegnelsen og litteraturlista)

## **2.0 Hva kjennetegner atferden til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type?**

Hva er en personlighetsforstyrrelse og hva vil det si å være borderline? Jeg vil i dette kapitlet forsøke å besvare spørsmålene med utgangspunkt i litteraturstudier og samtidig avklare en del begreper som jeg kommer tilbake til i den senere drøftingen.

### **2.1 Hva er en personlighetsforstyrrelse?**

Personligheten er de egenskaper som gir hver enkelt av oss vårt særpreg. Den viser seg som stabile mønstre for hvordan vi tenker, føler og handler. Disse egenskapene ved personligheten, eller personlighetstrekkene som de gjerne kalles, kan være både bevisste og ubevisste hos den enkelte. De uttrykkes som oftest automatisk, og det er bred enighet blant forskerne om at det er fem grunnleggende trekk (også kalt «the big five») som kommer til uttrykk uavhengig av hverandre i sterkere eller svakere grad: nervøsitet, utadvendthet, åpenhet for inntrykk, medmenneskelighet og planmessighet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Hvis man har ekstremt mye eller ekstremt lite av et trekk fører dette gjerne til tilpasningsproblemer og lidelse for dem det gjelder, og i noen tilfeller først og fremst for dem de omgås hvis de selv ikke innser at de har et atferdsproblem. Hva skal til for å kunne diagnostisere en person som personlighetsforstyrret? Einar Kringlen (2008) framhever at en slik diagnostisering er problematisk da det er gradvise overganger mellom normalitet og forstyrrelse. En personlighetsdiagnose skal bare brukes når trekkene er så alvorlige at de svekker personens sosiale fungering og arbeidsevne. Disse karaktertrekkene skal ha:

- Kommet til uttrykk i ung alder, det vil si før tjue-årsalderen (før puberteten ved antisosial personlighetsforstyrrelse).
- Vart en stund, helst over flere år.
- Ført til dårlig tilpasningsevne med manglende smidighet og avvikende atferd.

- Vist seg ved påkjenninger i form av ekstrem sårbarhet og manglete motstandskraft.

Hvis en person har et varig avvikende atferdsmønster som kan forstås som en konsekvens av en annen annen psykisk lidelse, eksempelvis schizofreni, kvalifiserer ikke dette ifølge diagnosesystemene for bruken av en personlighetsdiagnose. Heller ikke hvis karaktertrekkene skyldes en fysiologisk effekt av stoffmisbruk eller medisiner - eller en generell medisinsk tilstand, eksempelvis hjerneskade eller demens (Evang, 2010).

## **2.2 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Begrepet borderline ble første gang brukt i 1938 av psykoanalytikeren Stern som beskrev hvordan enkelte nevrotiske pasienter iblant passerte grensen mellom nevrose og psykose. Siden da har begrepet blitt redefinert flere ganger og brukes i dag på flere måter (Brodtkorb, 1999). I dag er det mer og mer vanlig å bruke betegnelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline type) som er den diagnostiske betegnelsen i diagnosesystemet ICD-10 som ble innført i Norge i 1997. I fortsettelsen av denne oppgaven brukes betegnelsene emosjonelt ustabil og borderline synonymt.

Hummelvoll (2004) viser til fem beskrivende karaktertrekk som går igjen i borderline-litteraturen om personer med denne personlighetsforstyrrelsen:

1. Et følelsesliv ute av balanse, gjerne preget av sterk fiendtlighet, depressivitet, ensomhet og manglende lystfølelse.
2. Impulsiv atferd og vansker med behovsutsettelse. Kan komme til uttrykk i form av selvmordsforsøk, rusmiddelbruk og tilfeldige seksuelle forbindelser.
3. Tilsynelatende god sosial tilpasning som skjuler en forstyrret identitet og overfladisk identifikasjon med andre.
4. Kortvarige psykotiske episoder, gjerne som følge av stoffmisbruk, kriser eller uoversiktlige situasjoner.
5. Kortvarige, overfladiske, intense og avhengige relasjoner til andre, ofte preget av manipulering, kravfullhet og devaluering.

En ustabil selvfølelse og usikkerhet med hensyn til egne mål og verdier er ifølge Kringlen (2008) kanskje det mest sentrale personlighetstrekket hos den borderline pasienten. En sier gjerne at deres ego-styrke er svekket (Strand, 1990).

## 2.3 Primitiv forsvarsmekanismer

Deres svake ego-styrke gjør at mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse tar i bruk primitive forsvarsmekanismer for å unngå angst og svekkelse av egen funksjonsevne. Dette skjer i situasjoner hvor de reagerer med motstridende følelser som de ikke er i stand til å håndtere på samme måte som en person med en normalt utviklet ego-styrke (Evang, 2010).

### 2.3.1 Splitting

Svak integrasjon og en uklar oppfatning av seg selv og andre kan vise seg som en vedvarende subjektiv tomhetsfølelse og en motsetningsfylt selvoppfatning hvor en tenderer mot å beskrive seg selv og andre på en forenklet måte. Verden ses i sort-hvitt og en har problemer med å se og akseptere at en selv og andre mennesker har både positive og negative egenskaper (Hummelvoll, 2004). På fagspråket kalles dette for splitting:

«Det betyr at personen har en mangelfull evne til å danne en syntese av positive og negative opplevelser og oppfatninger personen har i forhold til seg selv og andre. Det vil si at motsatt rettede følelsesmessige tilstander holdes adskilte.» (Hummelvoll, 2004: 261).

Evang (2010) hevder at splitting kan ses som en typisk forsvarsmekanisme ved borderline personlighetsforstyrrelse. Han viser til primitiv idealisering, benekting, devaluering og omnipotens som fire andre forsvarsmekanismer som må ses i sammenheng med splittingen:

- Primitiv idealisering: Idealisering av enkelte personer som ses på som gode og allmektige personer. Disse personene møtes med store og urealistiske forventninger om at de skal gi beskyttelse mot ondskaper i en selv og andre.



- Benekting: Faktiske forhold benektes eller faktiske forhold erkjennes mens en benekter konsekvensene eller den følelsesmessige betydningene dette får for en selv.
- Devaluering: Andre mennesker kritiseres og gjøres små og ubetydelige sammenlignet med en selv eller andre som blir idealiserte. Kan forklares som et forsøk på beskyttelse mot mennesker som oppfattes som en trussel.
- Omnipotens: En forstørret tiltro på egne evner og retten til å bli behandlet som en spesiell og privilegert person.

### 2.3.2 *Projektiv identifikasjon*

En annen typisk primitiv forsvarsmekanisme ved borderline personlighetsforstyrrelse er projektiv identifikasjon, det vil si at en overfører egne fortrenge følelser, tanker og behov på andre (Evang, 2010). Når en som sykepleier blir utsatt for denne projektive identifikasjonen, kan den oppleves som veldig reell og en kan bli ledet til å føle og oppføre seg slik pasienten opplever en:

«Blir man oppfattet som avvisende, aggressiv eller en som ikke er til å stole på, vil hjelperen kjenne at hun faktisk blir invitert til en slik væremåte. Selv om man aktivt forsøker å være imøtekommende, vil pasienten fortsatt være like overbevist om at hjelperen er fiendtlig og avvisende. Fiendtligheten er pasientens egen følelse på samme tid som den overføres til den andre.» (Hummelvoll, 2004: 262).

Psykoanalysens far, Sigmund Freud, skrev så tidlig som i 1895 om pasienters følelser for terapeuten som ikke er begrunnet i hans personlighet men som er en ubevisst overføring av følelser de har overfor betydningsfulle personer i deres fortid. Freud kalte fenomenet for *overføring* (Kringlen, 2008). Når jeg videre i denne oppgaven skriver om overføringer så bruker jeg begrepet i en vid betydning der pasienten projiserer egne tanker og følelser i form av ord og handlinger over på pleiepersonalet eller behandler, uavhengig av underforliggende årsaksforklaringer.

Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse sender ut sterke signaler i forbindelse med

splitting og projektiv identifikasjon og fremkaller i en langt større grad enn andre pasienter sterke *motoverføringer* fra personalet. Motoverføringer kan i en snever klassisk betydning forstås som følelsesmessige reaksjoner på pasienten hos personalet som skyldes egne mellommenneskelige erfaringer og følelsesmessige konflikter og ikke pasientens atferd. I en vid betydning kan motoverføringer forstås som personalets totale følelsesmessige reaksjon på pasienten i behandlingssituasjonen (Evang, 2010).

#### **2.4 Eksistensielle utfordringer**

Alle mennesker forholder seg til følelser som kjedsomhet, tomhet og ensomhet i mer eller mindre grad. Hos mennesker med borderlineproblematikk er disse følelsene sterkt tilstedeværende. De sliter med å se en mening med livet, og for dem kan det å stadig ha noe positivt å se fram mot kjennes som en nødvendighet for å overleve (Hummelvoll, 2004).

Evang (2010) forklarer pasientens tomhetsfølelse og følelse av kjedsomhet med bakgrunn i pasientens skiftende selvoppfatning og usikre identitet. De klarer ikke å identifisere egne ønsker og behov, og søker gjerne spenningsutløsning gjennom impulsive handlinger. Med utgangspunkt i en slik forståelse kan impulsiv og selvdestruktiv atferd forklares som et utslag av en uutholdelig følelse av kjedsomhet og fortvilelse over egen situasjon. En vedvarende tomhetsfølelse kan føre til følelse av at en er hjelpeløs og avhengig av andre for å gi dagen innhold og mening. Frykten for ensomheten kan være en medvirkende drivkraft til den personlighetsforstyrrede destruktive forhold til andre mennesker. Atferden deres kan bli oppfattet som en stadig søken etter å bli sett og bekreftet som person (Hummelvoll, 2004).

#### **2.5 Hospitalisering og regresjon**

Regresjon betyr ifølge Evang (2010) å gå tilbake til et tidligere nivå på en utviklingslinje og oppføre seg på en mer umoden måte enn det en har vært i stand til. Evang påpeker at regresjon kan virke som en forsvarsmekanisme når verden blir vanskelig. Den kan være mer eller mindre viljestyrt og mer eller mindre total. Motstanden mot regresjon svekkes når en er

sliten og syk og ved inntak av rusmidler. Ved store belastninger er muligheten tilstede for at de fleste av oss reagerer med en ikke-viljestyrt regresjon.

Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse har et stort potensiale for regresjon, og det er flere forhold ved en psykiatrisk sykehusavdeling som kan være regresjonsfremmende for borderlinepasienter. I ei sykehusavdeling har en flere behandlere, mange sykepleiere og miljøarbeidere, flere behandlingsalternativer og en atmosfære av imøtekommenhet. Det kan stimulere pasientens fantasi og forventninger om grenseløs omsorg og behovstilfredsstillelse. Med sine urealistiske ønsker og forventninger om grenseløs omsorg og umiddelbar behovstilfredsstillelse hos behandler og miljøpersonalet, kan ikke borderlinepasienten unngå å bli skuffet. Dette utløser gjerne raseri og en følelse av å ikke bli forstått, noe som kan resultere i selvskading, knusing av inventar, og verbale og fysiske angrep på personalet og behandler (Evang, 2010).

Som følge av den etterhvert godt dokumenterte faren for regresjon ved lange sykehusopphold, anbefales i utgangspunktet ikke lange innleggelser av borderline pasienter. Lange innleggelser i døgnavdelinger innebærer en for stor risiko for økt ansvarsfraskrivelse, passivitet og avhengighet, nedsatt sosial fungering og apati hos pasienten. Det kan imidlertid være aktuelt å legge inn pasienten i korte perioder som følge av akutte og krisepregede situasjoner som pasienten er kommet inn i. Dette for å hjelpe pasienten med å få oversikt over egen livssituasjon og bidra til gjenopprettelse av struktur (Hummelvoll, 2004).

### **3.0 Hvordan kan miljøpersonalets håndtering av pasientens primitive forsvarsmekanismer fremme regresjon?**

I hvor stor grad den personlighetsforstyrrede pasienten får lov til å regrediere i ei sykehusavdeling, avhenger blant annet av personalets evne til å møte hennes primitive forsvarsmekanismer som splitting og projektiv identifikasjon. I denne delen av oppgaven vil jeg prøve å vise ved hjelp av et konstruert case hvordan pasientens overføringer kan resultere i motoverføringer fra personalet som forsterker hennes dårlige selvfølelse, manglende selvkontroll og opplevelse av å være et offer.

#### **3.1 Eksempelet Susanne**

24 år gamle Susanne har vært innlagt flere ganger som følge av selvskading og trusler om selvmord. Det er gått et halvt år siden forrige utskrivelse fra akuttpsykiatrisk avdeling som endte med at overlegen skrev henne ut etter tiltagende utagering og selvskading i posten. Denne atferden avtok etter utskrivelsen og samarbeidet mellom henne og kommunehelsetjenesten har fungert bra inntil nylig. Susanne har de to siste ukene avvist representanter fra hjemmetjenesten som har vært på døra hennes etter at hennes gamle kontaktsykepleier sluttet i jobben. Hun har mistet oversikten over økonomien sin og har mange ubetalte regninger liggende i uåpnede konvolutter. Kvelden før innleggelsen oppsøkte hun legevakta og fortalte at hun hadde tatt en overdose med Paracet. Etter en medisinsk sjekk blir hun sendt videre med ambulanse til akuttpsykiatrisk avdeling. Det er uvisst hvor mange tablettar hun har tatt, prøvene tyder på at hun ikke har tatt den dosen hun selv har oppgitt.

Susannes er smilende og blid så lenge det skjer en eller annen aktivitet rundt henne i avdelinga. Hvis personalet blir opptatt med andre gjøremål og andre pasienter kan hun bli mutt og stille. Hele hennes kroppsholdning bærer preg av at hun lider. Hun kan komme med plutselige slengbemerkingar som eksempelvis «kan jeg få låne en barberhøvel?» eller «kan du ta vare på laderen til mobilen min? Jeg er redd jeg kan komme til å skade meg». Noen ganger virker det som om det hjelper hvis personalet overser hennes tvetydige signaler om at

hun vil skade seg selv og tydeliggjør for henne at det er hun selv og ingen andre som er ansvarlig for hennes handlinger og eget liv. Andre ganger eskalerer det hele med utagering og i verste fall beltelegging. Det kan nesten virke som om belteleggingen fungerer som en spenningsutløser. Etter noen minutter er hun rolig og kan løsnes fra beltene.

I likehet med andre mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse, har Susanne en tendens til å se verden og menneskene rundt seg i sort - hvitt. I det ene øyeblikket blir du skrytt opp i skyene. Du får vite at du har reddet dagen hennes når du kommer på jobb, du er den eneste personen i verden som forstår henne. Samtidig som en selv blir utsatt for primitiv idealisering devaluerer hun det øvrige personalet. Det skal imidlertid veldig lite til før en selv blir devaluert. En motsigelse, et avslag eller noe en selv ikke er bevisst hva er, kan være nok til at du blir redusert til en ondskapsfull person og en idiot som ikke skjønner noen verdens ting. I neste øyeblikk kommer unnskyldningen, «jeg mente det ikke». Fra å være omnipotent og gi uttrykk for retten til å bli behandlet som en spesiell og privilegert person, kan Susanne plutselig redusere seg selv til å være en håpløs, verdiløs person som ingen liker.

### **3.2 Ei splittet personalgruppe**

Susannes tilbøyelighet til å enten idealisere eller devaluere personalet rundt seg og hennes sterke overføringer, gjør at det lett kan oppstå en splittelse i personalgruppa. Noen oppfatter henne som utelukkende manipulerende, utspekulert og lite samarbeidsvillig. Andre er av den oppfatning at hun er et sterkt lidende menneske som trenger å bli møtt med mer forståelse og oppmerksomhet. De motstridende motoverføringene bidrar til uenighet både om behandlingsplanen til pasienten og ulike tolkninger av hva den enkelte opplever som uakseptabel atferd fra Susanne. Susanne kan tøyse grensene lenge i forhold til enkelte av de ansatte, mens andre reagerer momentant. Det kan synes som om den utprøvende atferden eskalerer jo lengre hun får tøyde grensene.

Når det smeller og pasienten har gått langt over streken er de fleste enige om at dette er en uakseptabel atferd, men personalet kan tenke ulikt om hvorfor det ble slik det ble. Noen legger skylden på unnvikenhet hos enkelte pleiere som ikke grep inn og satte foten ned på et

tidligere tidspunkt, mens andre i sitt stille sinn synes synd på Susanne og unnskylder atferden hennes med at hun har fått for lite oppmerksomhet og oppfølging fra personalet. Enkelte tenker kanskje at det er jo ikke rart hun eksploderte, «han var jo temmelig avvisende og sur da hun ba om å få låne telefonen». Det kan virke som Susanne foretrekker pleiere med en mildere karakter framfor personal som har en autoritær fremtoning. Når det er sagt så ser jeg en viss fare i det å uten videre anta at pasienten liker en sykepleier fordi han er ettergivende og misliker en annen fordi hun er streng ut fra en ide om at pasienten er utelukkende manipulerende. Faren ved å innta en slik holdning er at en tar bort fokuset fra den enkelte pleiers væremåte, måten ting blir sagt og gjort på. Grensesetting er viktig – men måten grensene blir håndhevet på av den enkelte pleier har stor betydning for hvordan pasienten opplever grensesettingen.

Sykepleiere med lang erfaring fra jobbing i psykiatrien er ofte meget skeptiske til innleggelse av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. De har erfart gang på gang hvordan disse pasientene kan regrediere og legge alt ansvar for sin atferd over på miljøpersonalet. De ser det hele som et håpløst prosjekt og blir oppgitte over individualterapeuter (pasientenes ansvarlige behandlere) som ikke skriver ut pasientene når de ikke klarer å forholde seg til avdelingens regler eller trapper opp selvskadingen sin i posten. Legene og psykologene på sin side er bevisste sitt ansvar for sykehusets behandling av pasienten og risikerer at de kan bli gjort ansvarige for pasientens atferd etter utskrivelsen. At en ung turnuslege kjenner seg usikker i en slik sammenheng, er forståelig.

Individualterapeuten og miljøpersonalet kan altså være delte i sin oppfatning av hvorvidt pasienten bør utskrives eller ikke. Det er også tilfellet med Susanne. De aller fleste er imidlertid overbevist om at hun ikke har godt av et langvarig sykehusopphold. Problemet med utskrivelsene er at hun med stor sannsynlighet er tilbake igjen rett etter utskrivelsen, ettersom samarbeidet mellom pasienten og det kommunale hjelpeapparatet ikke fungerer. Hvis avdelinga skriver ut pasienten som følge av hennes uakseptable atferd, eller framprovoserer at hun selv skriver seg ut, får hun bekreftet sin forestilling om at personalet er avvisende og fiendtlig (Evang, 2010).

### 3.3 Motoverføringer som problem

I ei akuttavdeling er personalet vant med litt av hvert med hensyn til utagerende atferd, men som regel er det da snakk om utagerende atferd hos psykotiske og maniske pasienter. Susanne er hverken manisk eller psykotisk. Det er vanskelig for andre å forstå hennes irrasjonelle oppførsel. Enkelte oppgitte pleiere sier «hun må jo være dum som ikke forstår». Hvis en imidlertid tenker at hennes atferd er et resultat av et mangelfullt utviklet følelsesliv er det lettere å forstå henne. Hun er en voksen kvinne, på mange måter velfungerende og fornuftig, men har et umodent og fastlåst reaksjonsmønster i situasjoner hvor hun føler seg motarbeidet eller avvist. Etterpå, når hun er ute av situasjonene, kan hun beklage sin egen oppførsel.

Psykodynamisk teori om begrepene projektiv identifikasjon og overføringer kan til en viss grad være til hjelp når en skal søke å forklare atferden til den personlighetsforstyrrede pasienten. Den er imidlertid også egnet til forsøk på å intellektualisere bort problematiske holdninger og svakheter hos miljøpersonalet. Hvis en uten videre fortolker pasientens atferd overfor personalet som en ubevisst overføring av følelser denne eksempelvis har overfor sin mor eller far, og ikke følelser som vekkes hos pasienten begrunnet i personalets personlighet eller væremåte overfor pasienten (motoverføringer), kan en komme galt avsted. Disse pasientene er flinke til å fange opp og påpeke andres svakheter. Det kan føles ubehagelig for personalet som av og til møter seg selv i døra. Noen ganger har pasienten faktisk helt rett. Den sykepleieren snakker jo til pasientene som om hun er moren deres, og ja, i dag har faktisk personalet oppholdt seg mye på personalrommet og lite ute i avdelingsmiljøet. At pasienten kan ha et snev av sannhet i sin framstilling av situasjonen før hun gikk amok gjør likevel ikke hennes atferd mer akseptabel.

Personalet som har vært i en vanskelig situasjon med Susanne får umiddelbart støtte fra sine kollegaer inne på personalrommet. De fleste har sett og også selv erfart at det ikke er enkelt å forholde seg til henne. I denne settingen kan det falle mang en negativ kommentar om både pasienten, ansvarlige behandlere og pleiere som ikke er i stand til å sette grenser for pasienten slik at andre føler de må ta rollen som den store stygge ulven. Når dette skjer er det vanskelig å få fram et mer nyansert bilde av både Susanne og situasjonen. De ansatte tømmer seg for sine frustrasjoner vedrørende hennes oppførsel, noe som kan fungere godt der og da. En får

lettet på trykket, får støtte og bekreftelse på at det er hun og ikke en selv som er problemet. Dermed kan en kanskje lettere beholde roen ute i avdelingsmiljøet. Problemet med utblåsningene på personalrommet er faren for at personalet kan forsterke hverandres frustrasjoner, uten at en får en bedre forståelse av Susanne eller mer innsikt i hvordan en selv virker i samspillet med henne. Stadige utblåsninger og negativt snakk om pasienten og behandlingsopplegget gjør noe med holdningene våre som vi ubevisst blottlegger for Susanne.

Den personlighetsforstyrrede pasientens ego-svakhet gjør at hennes selvfølelse nesten ene og alene står og faller med responsen fra andre (Hummelvoll, 2004). Om sykepleieren av ulike grunner har en dårlig dag og av den grunn ikke er like imøtekommende og tålmodig overfor Susannes utspill, kan hun fort tenke at sykepleierens sinnstemning skyldes henne og ingen andre forhold. Er det noe borderline pasienter er gode på, så er det å fange opp andres signaler og tolke seg selv i forhold til dem. Hvis miljøpersonalet signaliserer en forventning om at pasienten selv ikke er i stand til å ta ansvar for egen atferd, kan en komme i skade for å fjerne hennes siste rest av selvkontroll. Om hun i tillegg gang på gang får høre direkte eller indirekte fra personalet at hun oppfører seg som om hun ikke har tanker for andre enn selv, ser hun kanskje heller ingen grunn til å legge bånd på seg når trangen til å utaggere blir for stor. Hun opplever det likevel som om ingen forstår henne. Hva hun sier og hva hun gjør har ingen betydning. Pasienten legger med det ansvaret for sin atferd i personalets hender. Gjennom tiltagende destruktiv atferd etterfulgt av ytterligere overtakelse av kontroll fra personalets side, får hun bekreftet sin egen oppfatning av seg selv som sterkt hjelpetrengende. Hun får også bekreftet sine tanker om at personalet er udugelig og ute av stand til å hjelpe henne.

Susannes dårlige selvfølelse og manglende evne til å ta ansvar for sin egen atferd blir altså forsterket av personalets motoverføringer. Likeledes hennes følelse av å være et offer og et lidende menneske. Susanne har, som mange andre med denne personlighetsforstyrrelsen, hatt en vanskelig oppvekst. Hun har vært utsatt for omfattende omsorgssvikt og bærer dette med seg. Hennes tragiske historie kan vekke morsinstinktet til noen og enhver og hennes følelse av tomhet kan fort smitte over på personalet. «Ja, jeg skjønner du har hatt det trasig» og «jeg skjønner at du føler deg ensom og at livet kjennes meningsløst ut». Å bekrefte pasientens følelse av å være et offer er nødvendigvis ikke til hjelp for pasienten, snarere tvert imot. Motløsheten hennes blir heller ikke noe mindre hvis hun i tillegg senser at personalet er



oppgitt og lei av å måtte forholde seg til hennes stadige humørsvingninger og utageringer.

Etterhvert som en blir mer erfaren i møtet med personlighetsforstyrrede pasienter, ser en lettere deres tilbøyelighet til splitting og projektiv identifikasjon. Det er også lettere å stå i situasjonene jo mer kunnskaper en har om hvorfor pasienten tar i bruk de primitive forsvarsmekanismene. Man blir ikke like sint, såret og frustrert over utsagnene hennes og har dermed mer kontroll over motoverføringene. Miljøpersonalet i ei akuttpsykiatrisk avdeling er i langt større grad enn pleiepersonalet ved somatiske sykehus tverrfaglig sammensatt. Personalet som er på jobb har uavhengig av sin utdanning den samme funksjonen i forhold til den daglige oppfølgingen av pasientene i avdelingsmiljøet, enten de er sykepleiere, hjelpepleiere, lærere, barnevernspedagoger eller ekstravakter uten helsefaglig utdanning. Ulikt ståsted og forskjeller i nivået på fagkunnskapen om borderline personlighetsforstyrrelse gjør personalgruppa mer utsatt for pasientens splitting og projektive identifikasjon. Dette representerer en utfordring for sykepleierne i behandlerteamet som skal «selge» pasienten og behandlingsplanen til det øvrige personalet. Undervisning om borderlineproblematikk og veiledning av personalgruppa kan være en lur investering i så henseende.

### **3.4 Behovet for veiledning**

Brottkorb (1999) påpeker i sin hovedfagsoppgave «sykepleie til pasienter som skader seg selv» viktigheten av at sykepleier anstrenger seg for å få til et samarbeid med den personlighetsforstyrrede pasienten fordi hun selv har dårlig utviklede samarbeidsevner. Når forsøk på samarbeid gang på gang mislykkes kan en lett å komme inn i et mønster med lite dialog og utagerende atferd. Siden pasienter med borderlineproblematikk har så diffuse grenser og utbredt bruk av primitive forsvarsmekanismer som projisering og splitting, samtidig som de lever ut overføringsreaksjoner fra hjelperne, kan dette skape uoversiktelige situasjoner. Hvis sykepleier ikke klarer å kontrollere overføringsreaksjonene kan hun ifølge Brottkorb komme i skade for å fremme regresjon hos pasienten i stedet for å hemme den.

Et sentralt anliggende i sykepleiefaglig veiledning vil ifølge Strand (1990) være å få oversikt over overføringer og motoverføringer mellom pasienten og personalet for å finne riktige

terapeutiske tilnæringsmåter. Ved at hver og en forteller om sine opplevelser med pasienten og egne følelser og reaksjoner på dennes atferd kan en få et mer fullstendig bilde av pasientens indre verden og personlighetsstruktur. Dette vil gi individualterapeutene et godt grunnlag for avgjørelser som må tas med hensyn til behandlingen.

Evang (2010) framhever viktigheten av at personalet under veiledning må kunne kjenne seg trygge på at det ikke blir devaluert eller undergravet som medarbeider i teamet ved uenighet som kan skyldes ulike projeksjoner fra pasienten. Hvis samarbeidet i teamet rundt pasienten og veiledningen fungerer, kan medlemmene oppleve støtte i forbindelse med de belastningene behandlingsarbeidet medfører – noe som igjen kan motvirke utbrenthet. Utbrenthet virker negativt på både hjelper og pasient ved at hjelperen på sikt utvikler likegyldighet, kynisme og negative holdninger både til seg selv, andre og livet som sådan (Strand, 1990).

Når jeg hittil har skrevet om motoverføringer har jeg først og fremst trukket fram de negative sidene ved dem i relasjonen mellom pasienten og miljøpersonalet. Motoverføringene er også viktige og nødvendige som utgangspunkt for korreksjon av avvikende atferd. Det er viktig å se pasienten og ha kontroll på motoverføringene, men hvis en går for langt i fortolkningen av pasientens atferd og grunner for å gjøre sånn eller slik, kan en bli handlingslammet i stedet for å reagere naturlig på uakseptable atferd. En forstår pasienten i hjel og framstår som usynlige og utydelige for pasienten. Kunsten blir å vise forståelse og respekt samtidig som en er i stand til å påpeke og hjelpe pasienten til å korrigere atferd som skaper problemer for hennes sosiale mestringsevne. I det følgende skal jeg ta for meg prinsipper for ego-styrkende sykepleie som utøves med det formål å styrke pasientens egenomsorg og selvrespekt (jamfør Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie).

## 4.0 Hvordan kan miljøpersonalet bidra til å styrke pasientens evne til egenomsorg?

Sykepleierens arbeid med borderlinepasienten vil i all hovedsak dreie seg om ego-styrkende sykepleie. Den ego-styrkende sykepleie bør ifølge Liv Strand (1990) basere seg på to overordnede prinsipper, *det moderlige* og *det faderlige prinsipp*. Det moderlige prinsippet symboliserer en base av kontinuitet, trofasthet og kravløshet: mor lar barnet få lov til å bare være til og lar det vokse uten å gripe inn slik at det er en mulighet til å utvikle seg. Det faderlige prinsipp symboliserer et puff ut i verden med tilbud om aktivitet og en forventning om utvikling. Begge prinsippenes tilstedeværelse er viktige i sykepleierens arbeid med den borderline pasienten. Pasienten har behov for å bli akseptert for den hun er, men bare forståelse leder ikke til forandringer samtidig som krav alene ikke er særlig effektivt. I det følgende skal jeg redegjøre for hva ego-styrkende sykepleie innebærer i praksis.

### 4.1 Klargjøring av rammene for samarbeidet

Hummelvoll understreker viktigheten av at rammene for behandlingstilbudet som tilbys pasienten klargjøres fra starten av så snart pasientens situasjon og funksjonsevne er kartlagt og vurdert. Formålet med en tidlig klargjøring av samarbeidet med pasienten er å redusere eventuelle urealistiske forventninger til behandlerne og miljøpersonalet. Ved å redusere pasientens passive og delvis ubevisste forventninger om helberedelse og dekning av alle behov kan en kanskje forhindre raseri og skuffelse over forhold som ikke er slik en forventer (Evang, 2010).

Individualterapeuten og miljøkontakten, som kjenner Susanne godt fra tidligere innleggelse, åpner i inkomstsamtalen for at hun kan få være i avdelinga noen dager slik at hun får samlet seg og får oversikt over situasjonen hjemme. Hun må da ta medisinene sine og forholde seg til avdelingas regler på linje med de andre pasientene. Individualterapeuten vil kontakte hjemmetjeneste for å få ordnet et telestudiomøte slik at en sammen med Susanne kan bli enige om den videre oppfølgingen etter utskrivelsen. Susanne skal lage en oversikt over sin

økonomiske situasjon og ta kontakt med husverten sin og be om en til ukes utsettelse på husleia. Hvis hun får det vanskelig i avdelinga skal hun kontakte personalet. Ved tiltagende utagering eller selvskadning skal hun utskrives.

Hummelvoll (2004) påpeker at grensen for hva som aksepteres av atferd fra pasientens side ikke må være så snever at pasienten presses ut av behandlingen ved mindre regel- og avtalebrudd. Grensene skal være tydelige men samtidig vide nok til at en får sjansen til å utvikle en allianse med pasienten. Kontrakter må heller ikke bli en sovepute, slik at en blir mindre sensitiv for signaler fra pasienten under oppholdet, eksempelvis signaler som kan tyde på økt selvmordsfare (Evang, 2010).

#### **4.2 Kontinuitet og forutsigbarhet**

Kontinuitet og forutsigbarhet er viktig for å skape trygge rammer rundt pasienten og for utviklingen av en holdbar allianse. Susanne må følge avdelingas dagsplan med faste tidspunkter for matsserveringer, medisintdeling og morgenmøter. Hun har også en egen dagsplan hvor det å gå seg en tur på egenhånd ut av avdelinga, enten før eller etter middagen, er et fast punkt i programmet. Hun kan ellers gjøre individuelle avtaler med sine miljøkontakter på de enkelte vaktene med hensyn til praktisk hjelp og andre aktiviteter. Når personalet inngår avtaler med pasientene er det svært viktig at disse avtalene overholdes av personalet. Både fordi en signaliserer en forventning til pasienten om at hun skal overholde sine avtaler, men også fordi en ved å overholde avtalene en selv har gjort med henne signaliserer at en har respekt og interesse for henne. Det er ifølge Strand (1990) ikke fatalt for alliansen om en avtale må avlyses, men fatalt hvis en ikke gir beskjed og erstatter den opprinnelige avtalen med en ny og avtalebrudd gjentar seg som et mønster.

Faren for regresjon hos pasienter med borderline personlighetsstruktur ved sykehusinnleggelse knytter seg blant annet til at de i avdelingsmiljøet vil omgås mange pleiere og flere behandlere. Deres tilbøyelighet til splitting og projektiv identifisering kan skape uenighet og ulike motoverføringsreaksjoner som igjen kan resultere i uklare grenser og uforutsigbare reaksjoner. Dette vil igjen kunne bidra til økt angst og opptrapping av den

utprøvende atferd hos pasienten. Det er av den grunn et poeng at pasienten får *en* individualterapeut og færrest mulig miljøpersonale å forholde seg til. Hun må forholde seg til sin miljøkontakt på den enkelte vakt som skal følge pleieplanen / kontrakten som behandlerteamet hennes har satt opp sammen med henne. Eventuelle endringer i pleieplanen eller medisineringen må hun ta opp med behandlerteamet (individualterapeuten + to miljøkontakter). Dette for å skape mest mulig forutsigbarhet og trygge rammer for pasientens opphold i avdelinga.

### 4.3 Nærhet og avstand

Evnen til å vise empati handler om å balansere ytterpunktene nærhet og avstand. Empati er ikke det samme som å identifisere seg med pasienten, men en evne en i mer eller mindre grad har til å oppfatte og sette seg inn i andre menneskers følelser og behov:

«Empati er ikke å identifisere seg med pasienten – da blir man for nær og ofte handlingslammet eller for opptatt av sine egne private løsninger i lignende situasjoner. Blir avstanden for stor, har man ikke sjansen til å bli berørt av den andres dilemmaer.» (Strand, 1990:80)

Å kunne balansere dimensjonen nærhet og avstand i relasjonen til pasienten er avgjørende hvis en skal være i stand til å hjelpe den borderline pasienten. Hvor godt den enkelte pleier evner å skille mellom pasientens følelser og egne følelser varierer. Jeg har erfart at hvis en jobber veldig tett med den personlighetsforstyrrede pasienten over tid kan en få vanskeligheter med å distansere seg fra pasienten, en blir lettere følelsesmessig engasjert og produserer lettere motoverføringer. Det samme kan være tilfellet hvis en pleier identifiserer seg selv med pasientens problemer, eksempelvis hvis en selv har vært utsatt for overgrep eller omsorgssvikt, har en fysisk lidelse som også pasienten har eller på annet vis er i en lignende livssituasjon som henne.

Som sykepleier må en unngå å gå inn i mors-, fars- eller venninnerollen, eller innta rollen som selskapsdame. En er ingen av delene selv om pasienten med sin atferd og forventninger til deg som helsearbeider kan invitere deg til å innta en av disse rollene. Hvis en ubevisst går inn i et slikt samspill vil hun før eller siden bli skuffet og føle seg avvist samtidig som en selv står i fare for å bli utbrent. Man må holde en viss distanse for ikke å bli rammet av Susannes apati

og tomhetsfølelse. Distansen må heller ikke være større enn at en er i stand til å se lidelsen og behovene hennes.

#### **4.4 Containing**

Med den rette distansen mellom personalet og pasienten kan personalet lettere ivareta containerfunksjonen overfor den personlighetsforstyrrede pasienten. Ved å dele sin angst og bekymringer med et annet menneske kan hun få en viss avlastning samtidig som hun får tilbake det hun har formidlet i en mer strukturert form. Når den som lytter ikke gripes av den samme uroen og angsten som hun selv, opplever hun at den andre er der for henne selv om hun forteller om voldsomme og smertefulle følelser og hendelser (Evang, 2010).

Å være lyttende betyr ikke bare å høre passivt på hva den andre har å si. Man er aktivt til stede og tar ansvar i forhold til den andre med ulike former for oppmuntring, støtte, spørsmål og kommentarer. Når pasienten er overmannet av kaotiske tanker kan en strukturert gjengivelse av det hun har sagt uten at meningen forandres (parafrasering) være en måte å tydeliggjøre for henne hva hun faktisk har sagt. Man kan med det hjelpe pasienten til en bedre oversikt over sin situasjon og hva hun tenker om den, samtidig som en viser at man er henvendt og aktivt lyttende til det hun forteller (Eide & Eide, 2007).

#### **4.5 Grensesetting**

Susanne må følge husreglene som gjelder, både skrevne og uskrevne, som eksempelvis å ikke snakke i mobilen i fellesmiljøet, sove i sofaen på stua, røyke på rommet eller true medpasienter eller personalet. Hun informeres allerede første dag om at hun er kommet til ei akuttavdeling og at hun må vise forståelse for at andre pasienter har sine problemer uten at hun involverer seg for mye i dem. Når Susanne blir bedt om å vise forståelse for de andre pasientene innebærer dette at hun heller ikke skal overføre egne problemer og egen lidelse på medpasientene som har mer enn nok med sitt eget. Hun får eksempelvis ikke lov til å snakke om sin trang til å skade seg selv ute i fellesmiljøet, og må bruke langarmede gensere

som skjuler bandasjen hun går med etter at hun kuttet seg i håndleddet. Hvis Susanne ikke følger avdelingens regler ute på stua skal hun følges inn på rommet etter en eller maks to påminnelser.

Den overordnede hensikten med grensesetting er at pasienten skal bli i stand til å leve et tilfredsstillende liv i et sosialt fellesskap. Å grensesette på en måte som hjelper pasienten både i øyeblikket og på sikt er en kunst. Som sykepleier trenger en både kunnskap, innsikt og øvelse for å bli en god utøver, hevder Strand (1990). Hun synes det kan virke som viljen til å grensesette veldig dårlige pasienter er stor i psykiatriske sykehus, mens viljen til å ta belastningen med å grensesette de andre ikke fullt så syke, men likevel ganske utflytende pasienter, er langt mindre. Dette gjelder i stor grad borderline pasienter når deres atferd ikke er helt innlysende over streken. Paradoksalt nok vil mange pasienter oppleve det som tegn på omsorg og respekt når personalet setter grenser for uakseptabel atferd. Ved å grensesette viser en at en ikke er likegyldig til hvordan pasienten oppfører seg.

Passivitet og likegyldighet hos pleierne representerer for mange pasienter en langt større belastning for selvfølelsen enn en eventuell konfrontasjon. Jeg er av den formening at mange beltelegginger av utagerende personlighetsforstyrrede pasienter kunne ha vært unngått hvis de hadde blitt grensesatt på et tidligere stadium. En likegyldig og avventende holdning hos personalet kan provosere og uroe pasienten samtidig som personalet bygger opp en irritasjon over pasienten som blir mer og mer utprøvende. Når konfrontasjonen er et faktum har ikke personalet lenger like god kontroll på motoverføringene og hele situasjonen kan i verste fall bli uterapeutisk og ødeleggende for pasienten, som få bekreftet sin følelse av å være dårlig likt og lite verdt.

Personalet gir, slik jeg har erfart det, i veldig liten grad tilbakemeldinger til hverandre på hvordan den enkelte pleier kan framstå overfor pasienter i grensesettingssituasjoner. Noen er flinke til å sette grenser samtidig som de formidler omsorg og interesse for pasienten, andre er ikke like flinke. Det er ikke lett å kritisere andre for deres væremåte, en stiller dermed også seg selv for hugg. Da er det lettere å fokusere på pasientens atferd og hennes manglende samarbeidsevner.

Hvis grensesetting skal bidra til innsikt må den skje på en respektfull og støttende måte. Pasienten må bli sett og bekreftet før man setter grenser. Personlighetsforstyrrede personer tåler gjerne grensesetting bedre når dette knyttes til avtaler som de selv har vært med på å inngå. Avtalene kan være en presisering av hva slags atferd som ikke aksepteres og hvilke konsekvenser denne atferden får for dem selv. Ved konfrontasjoner henviser en til avtalene samtidig som en prøver å hjelpe pasientene til å se hva en slik atferd hadde ført til utenfor sykehuset. Korrigeringene må gjøres på en likefram måte uten sinne og irritasjon. Målet er å gi ego-støtte, ikke å straffe eller handle på en måte som kan oppleves som en nedvurdering av pasienten som person (Hummelvoll, 2004).

#### **4.6 Verbalisering**

Kvelden etter innleggelse kommer Susanne i døren til vaktrommet rett før vaktskiftet og forlanger å bli utskrevet. Når miljøkontakten hennes spør henne hvorfor hun plutselig vil reise, svarer hun «her får jeg jo ingen hjelp». Hun er frivillig innlagt og har i prinsippet mulighet til når som helst å skrive seg ut. På spørsmål om det har skjedd noe spesielt som gjør at hun plutselig ikke lenger vil være i avdelinga, svarer hun at miljøkontakten nesten ikke har snakket til henne og at hun like godt kunne ha ligget på sofaen hjemme. Miljøkontakten påpeker da at de faktisk både har spilt bordtennis og hatt en liten prat på stua tidligere på kvelden. Han forteller videre at han de siste to timene har vært opptatt med en sykepleierrapport som skal være ferdig til dagen etterpå. Han oppfordrer henne til å tenke over om hun virkelig vil skrive seg ut. Nå har hun sjansen til å være noen dager og få hjelp til å rydde opp i hjemmesituasjonen sin som fortsatt er slik den var da hun reiste til sykehuset. Han foreslår at hun i stedet for å reise, går seg en liten kveldstur. Kanskje hun ser anderledes på saken når hun kommer tilbake til avdelinga. Susanne fulgte miljøkontaktens råd og det ble ikke mere snakk om utskrivelse den kvelden.

Opplevelser og følelser en kan sette ord på håndteres lettere ved at en gjennom å prate om dem skaper en avstand mellom impuls og handling. Å stimulere den borderline pasienten til å verbalisere er ego-styrkende og motvirker også regresjon som følge av hennes ubevisste forventning om å bli møtt med en total forståelse uten at hun selv ytrer sine følelser og behov.



Ved å snakke får hun en tenkepause og kan velge om hun vil utføre handlingen eller ikke, samtidig som det åpner for muligheten til å se andre handlingsalternativer (Evang, 2010).

#### **4.7 Identifisering av holdbare livsverdier**

Jeg har tidligere i oppgaven vist til at den borderline pasientens tomhetsfølelse og følelse av kjedsomhet kan ses som et resultat av pasientens skiftende selvoppfatning og usikre identitet. Deres problemer med å identifisere egne ønsker og behov gjør at de lettere enn andre søker spenningsutløsning gjennom impulsive handlinger. Pasientens uklare selvoppfatning gjør at hun ofte kan ha problemer med å svare på hva hun liker og ikke liker, og hva hun vil og ikke vil. Det hun svarer i det ene øyeblikket kan være noe annet enn det hun svarte dagen før eller i en samtale for to uker siden. Sykepleieren bør ifølge Hummelvoll (2004) like fullt stille disse spørsmålene til pasienten og gjennom det prøve å engasjere pasienten i sitt eget liv. Ved å spørre henne om det er noe hun eksempelvis kunne tenke seg å lære seg, hva hun vil jobbe med og hvordan hun vil bo kan en med utgangspunkt i disse ønskene undersøke hva som rent konkret må til for å nå disse målene. En kan videre hjelpe pasienten til å sette seg oppnåelig delmål som hun kan strekke seg etter på veien til det endelige målet. Kanskje det etterhvert kan vokse fram en opplevelse av mening som motarbeider kjedsomheten og tomhetsfølelsen.

Susanne ønsker seg venner. Hun er tilsynelatende utadvendt og har lett for å komme i kontakt med folk, men har gang på gang opplevd å miste venninner fordi hun har blitt for krevende. Susanne skjønner til en viss grad at hennes atferdsproblemer gjør det vanskelig for henne å få gode relasjoner til andre mennesker. Hun er ensom og har mye tid til å sitte å tenke på egne problemer og vonde minner. Miljøkontakten hennes antyder at det kanskje kunne ha vært bra for henne å komme seg litt ut blant folk, og spør om hun kunne tenke seg å jobbe noen timer i uka på et sted hvor arbeidsoppgavene er tilpasset hennes funksjonsnivå. Susanne er ikke avvisende til dette. På spørsmål om hva slags jobb hun kunne tenke seg svarer hun at hun godt kunne tenke seg å jobbe noen timer i ei kantine eller en kafe.

#### **4.8 Presentasjon av handlingsalternativer**

Pasienten trenger ofte hjelp til å se andre handlingsalternativer enn hennes eget fastlåste reaksjonsmønster. Ved å øve på behovsutsettelse og valg av handlingsalternativer som på sikt tjener henne bedre, vil pasienten etterhvert kunne oppleve bedre kontroll over egne følelser og eget liv. Når eksempelvis Susanne kjenner at hun er i ferd med å koke over av frustrasjon og irritasjon over personalet eller medpasienter, skal hun øve på å trekke seg ut av situasjonene og innvilge seg en «timeout», eksempelvis i form av en spasertur ut eller et bad. Etterpå, når hun har roet seg og fått mer avstand til følelsene, kan hun lettere snakke om det som provoserer eller sårer henne. Gevinsten for henne er at andre skjønner bedre hva hun mener og hun blir tatt mer på alvor. Hun har et sterkt ønske om å få venner og kanskje en kjæreste. Da er hun nødt til å takle sosial omgang med andre og se sammenhengen mellom egen væremåte og andres opplevelse og følelser for henne.

#### **4.9 Forsterkning av moden atferd**

I arbeidet med den emosjonelt ustabile pasienten blir det viktig å rose henne i situasjoner hvor hun viser en selvstendig og moden atferd og unngå å forsterke atferd som er regressiv og destruktiv (Hummelvoll, 2004). Susanne får ros når hun klarer å trekke seg ut av situasjoner hun ikke takler eller klarer å sette ord på vanskelige følelser i stedet for å utagere. Personalet prøver å unngå å gi destruktiv atferd, som eksempelvis selvskading, for mye oppmerksomhet. Jeg har erfart at hvis en ikke lar seg rive med av pasientens angst for å miste kontrollen, men i stedet har is i magen og appellerer til hennes mer modne sider, så roer hun seg ofte ned. Hvis en tar over ansvaret for pasientens atferd ved å fotfølge henne, fjerne barberhøvler, belter og lignende fra rommet hennes, kan en også fjerne hennes ansvarsfølelse for egne handlinger. Man kan da havne i en ond sirkel med regresjon og tiltagende selvskading.

I dagene som fulgte etter inkomstsamtalen tok Susanne medisinene sine og klarte stort sett å forholde seg til avtalen hun hadde inngått med avdelinga. Under det planlagte telestudiomøtet med kommunen blir hun lovet hjelp til å få ryddet opp i økonomien sin og hjelp til betaling av husleia som har forfalt. Kommunen skal også undersøke mulighetene for at hun kan få jobbe

noen timer i uka i kafeen til kommunens psykiatriske dagsenter. Etter møtet med kommunen gir Susanne inntrykk av å være fornøyd med at hun skal utskrives to dager senere. Dagen før utskrivelsen blir imidlertid Susanne mer og mer stille og fraværende utover ettermiddagen og kvelden. Rapporten til nattevaktene blir avbrutt når hun plutselig står i døra med en blodig vaskeklut rundt håndleddet og forteller at hun har skåret seg med et barberblad. Hun blir fulgt til akuttmottaket ved sykehusets somatiske avdeling hvor hun blir sydd og bandasjert. Kuttet er ikke så veldig dypt, det er heldigvis ingen alvorlige skader på senene i håndleddet.

Susanne nekter å prate med vakthavende lege når hun kommer tilbake til avdelinga. Legen, en ung turnuslege som ikke kjenner henne, vurderer henne som suicidal og vedtar at Susanne inntil videre skal fotfølges av et personal. Vedtaket om fotfølge blir opphevet dagen etterpå av hennes individualterapeut som forteller henne i klar tekst at om hun vil ta livet sitt så er det ikke noe han kan gjøre med det. Hun er voksen og tilregnelig, han kan ikke ta ansvar for hennes valg. Hun blir samtidig møtt med forståelse for sin angst for hvordan det skal gå med henne etter utskrivelsen samtidig som hun blir trygget på at hun får den avtalte oppfølgingen fra kommunen når hun kommer hjem. Under samtalen beklager Susanne det som skjedde kvelden før og gir uttrykk for at hun fortsatt ønsker å dra hjem med flyet som går om ettermiddagen. Hun får reise som planlagt og takker for oppholdet i det hun drar.

#### **4.10 Forbered pasienten på opp- og nedturer**

Susannes behandlerteam vurderte henne ikke som suicidal etter at hun hadde kuttet seg i håndleddet. Denne atferden kan ifølge Hummelvoll (2004) forstås som et utslag av en slags «forlatthetsdepresjon», noe som ikke uvanlig når pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse er utskrivningsklare. Han sier det er viktig å være klar over at den emosjonelt ustabile pasienten kan oppleve tristhet, tomhet og hjelpeløshet ved fremgang som følge av hennes ubevisste frykt for avvisning og tilbaketrekning av miljøpersonalets støtte. Dette er følelser en bør forberede pasienten på.

Ting endres ikke over natta og Susanne vil falle ned i mang en bølgedal på veien. Hun må være tålmodig. En må samtidig forsikre henne om at endring er mulig slik at hun ikke mister

håpet. Billig, usannferdig trøst virker imidlertid ego-svekkende. Evang (2010) understreker viktigheten av at hjelperen er sannferdig. Det finnes likevel få tilstander der det ikke er noen mulighet for utvikling eller bedring og gode framtidige opplevelser, og verdien av disse mulighetene kan tas fram og drøftes med pasienten.

Torgersen (2008) hevder at grunnleggende personlighetstrekk viser en fabelaktig motstandsevne mot endring. Senere års forskning viser imidlertid at borderline pasienter kan ha godt utbytte av langtids psykodynamisk psykoterapi utenfor sykehus, hvis de klarer å gjennomføre den. Mange slutter i behandling som følge av sin impulsive og ustabile personlighet og problemer med å holde avtaler. Ofte kan de også være uenige med terapeuten om hva de trenger og opplever terapien for krevende og for lite støttende. Det har vist seg at frafallet er langt mindre ved moderne intensive behandlingsopplegg (Evang, 2010). I de senere år har det blitt bygd ut flere psykoterapeutiske dagavdelinger som jobber med behandling av personlighetsforstyrrelser. Dagavdelinga ved Ullevål sykehus er et senter for fagutvikling og forskning på området. Avdelinga tilbyr mentaliseringsbasert terapi (MBT) som er en evidensbasert terapi for personer med borderline personlighetsforstyrrelse, utviklet av Peter Fonagy og Anthony Bateman. MBT kombinerer ifølge Finn Skorderud og Sigmund Karterud (2010) gruppe- og individualterapi med det formål å fremme pasientens mentaliseringsevner, følelesregulering og mellommenneskelig fungering.

## 5.0 Avslutning

Jeg har gjennom mitt valg av problemstilling hatt et ønske om å få mer kunnskap om hvordan miljøpersonalet i ei akuttpsykiatrisk avdeling kan fremme eller hemme regresjon hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type. Jeg har vært inne på pasientens ofte urealistiske forventninger om grenseløs omsorg og behovstilfredsstillelse ved innleggelse i sykehus og deres skuffelse og frustrasjon når realitetene ikke svarer til forventningene. Med utgangspunkt i et psykodynamisk teori har jeg forsøkt å forklare deres atferd og bruk av primitive forsvarsmekanismer, og hvordan dette igjen kan skape sterke motoverføringsreaksjoner hos andre. Ved hjelp av egne erfaringer fra møter mellom borderline pasienter og miljøpersonalet, uttrykt gjennom mitt konstruerte case, har jeg vist hvordan miljøpersonalets motoverføringer kan forsterke pasientens dårlige selvfølelse, manglende selvkontroll og opplevelse av å være et offer. Veiledning og undervisning kan i denne sammenheng bidra til en større bevisstgjøring hos personalet rundt egen atferd i samspillet med pasienten.

I forrige kapittel forsøkte jeg ved hjelp av caset mitt å vise hvordan miljøpersonalet gjennom ego-styrkende sykepleie kan bidra til styrke borderline pasienters evne til egenomsorg. Samarbeidet med pasienten bør klargjøres før behandlingen starter for å dempe urealistiske forventninger hos pasienten og behandlingsopplegget bør preges av kontinuitet og regelmessighet. Som sykepleier og miljøpersonal må en ha evne til å balansere dimensjonen nærhet og avstand til pasienten, kunne innta container-funksjonen og beherske kunsten å grensesette. En må være seg bevisst viktigheten av å ansvarliggjøre pasienten i størst mulig grad for å forhindre regresjon. Dette kan gjøres ved at pasienten oppmuntres til verbalisering og får hjelp til å identifisere egne holdbare livsverdier, hjelp til å se konsekvensene ved destruktive atferd og mulige handlingsalternativer. Hun bør roses for sine framskritt og forberedes på at hun i sitt arbeid med selv vil oppleve både opp- og nedturer. Når det er sagt så er det viktig å gi pasienten håp om at hun ved hjelp av egen innsats kan klare å bryte et destruktivt atferdsmønster. Hun må oppmuntres til å fokusere på sine kortsiktige og langsiktige mål og unngå impulsive handlinger som gir en kortsiktig gevinst. Klarer hun det vil hun på sikt kunne oppnå større grad av kontroll og styring med eget liv.

## 6.0 Litteraturliste

Brodtkorb, K. (1999) *Selvskading og sykepleie*. UNIPUB 13/1999.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evang, A. (2010) *Utvikling, personlighet og borderline*. Cappelen Damm AS.

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringlen, E. (2008) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Strand, L. (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skorderud, F. og Karterud, S. (2010) *Institutt for mentalisering*. Tilgjengelig fra <http://www.mentalisering.no> (21. april 2010)

Torgersen, S. (2008) *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.