

Lunds universitet

Sociologiska institutionen

”Jag är så trött på att vara borderline...”

En kvalitativ studie av hur unga kvinnor med diagnos borderline personlighetsstörning konstruerar sin identitet via bloggar.

Författare: Mathilda Lööv

Kandidatuppsats: SOCK01, 15 hp

Vårterminen 2012

Handledare: Jonas Ringström

ABSTRAKT

Författare: Mathilda Lööw

Titel: ”Jag är så trött på att vara borderline...” En kvalitativ studie av hur unga kvinnor med diagnos borderline personlighetsstörning konstruerar sin identitet via bloggar.

Kandidatuppsats: SOCK01, 15 hp

Handledare: Jonas Ringström

Sociologiska institutionen, vårterminen 2012

Sammanfattning: Studien syftar till att genom unga kvinnornas egna ord skapa en förståelse för hur en diagnos av borderline personlighetsstörning påverkar sättet att konstruera sin identitet. Vidare vad konsekvenserna av diagnostiseringen blir för den enskilda individen.

Psykisk ohälsa är i dagens samhälle ett omdiskuterat ämne. Flera nya legitimerade diagnoser om psykisk ohälsa har uppkommit och i och med detta diagnostiseras även flera individer med dem. Diagnosen har fått en egen makt. Avvikande individer på grund av psykisk ohälsa har alltid funnits men sättet att tala om dem och behandla dem har formats över tid. Idag ses psykisk ohälsa som ett samhällsproblem och behandling av individer diagnostiserade med borderline går ut på att få dem att kunna leva ett så ” normalt ” liv som möjligt. Detta visar dock just på att de ses som avvikande från det ” normala ”.

För att ta reda på hur individer diagnostiserade med borderline påverkas av sin diagnos i konstruerandet av identiteten analyseras sex bloggar av unga kvinnor. Teori och metod utgår ifrån diskurspsykologi, en form av diskursanalys, som har ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Detta förklaras genom begreppen tolkningsrepertoarer och identitet. Bloggarna ger en inblick i hur dessa kvinnor med egna ord beskriver hur det är att leva med en diagnos och de diskurser de befinner sig i. Jag har genom att studera kvinnornas texter funnit tre tolkningsrepertoarer de beskriver sig själva utifrån. Dessa är Livet med borderline, Ett normalt liv och (O)frivillig fånge i vårdens famn. Kvinnorna beskriver sig här hur de står utanför den ” normala ” världen och tittar på de andra som lever livet då förståelsen för hur de känner och beter sig är liten. Inte ens vården kan alla gånger hjälpa dem. Ur tolkningsrepertoarerna kan urskiljas fyra identiteter. Det här är jag, Den hopplösa kämpen, Herr Ångest och Den ärrade. Dessa olika identiteter intar kvinnorna i olika situationer gentemot diagnosen och omgivningen men utmärkande är att alla grundar sig i symptom och karaktäristiska för diagnos borderline personlighetsstörning.

Nyckelord: Diagnos, borderline personlighetsstörning, diskurspsykologi, socialkonstruktionism, identitetkonstruktion, tolkningsrepertoar

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1. Syfte och frågeställning.....	2
1.1.1. Avgränsning	2
1.2. Internet och bloggar	3
1.3. Borderline personlighetsstörning	3
1.4. Disposition	5
2. Bakgrund	5
2.1 Avvikandets historia	5
2.2. Psykisk ohälsa och identitetsskapande	6
3. Teori	7
3.1. Socialkonstruktionismen	7
3.2. Vad är en diskurs?	8
3.3. Diskurspsykologi	8
3.4. Tolkningsrepertoarer	8
3.5. Identiteter	9
3.6. Teoridiskussion	9
4. Metod	9
4.1. Ansats.....	10
4.2. Forskning på internet	10
4.3. Genomförande och urvalsprocess	11
4.4. Analytiskt tillvägagångssätt	12
4.5. Etiska ställningstaganden	12
5. Resultat och analys	13
5.1. Tolkningsrepertoarer	14
5.1.1. Livet med borderline	14
5.1.2. Ett normalt liv.....	16
5.1.3. (O)frivillig fånge i vårdens famn	17
5.2. Identiteter	19
5.2.1. Det här är jag.....	19
5.2.2. Den hopplösa kämpen.....	21

5.2.3. Herr Ångest	22
5.2.4. Den ärrade	23
6. Diskussion	25
6.1. Resultatdiskussion.....	25
6.2. Vidare forskning	28
7. Litteratur.....	29

1. Inledning

I Sverige lider hela 20-40% av den vuxna befolkningen av psykisk ohälsa. Diagnoserna för det blir allt fler och flera individer diagnostiseras sedan med dem (Sigmund Soback, överläkare psykiatriinstitutet 2006:45, 47). Diagnosen får i och med detta en egen makt (Karin Johannisson, idé- och lärdomsforskare 2006:30). Vad denna ökade diagnostisering av psykisk ohälsa beror på kan det finnas flera orsaker till. Eventuellt har vetenskapen kommit längre eller så är det en produkt av samhällsprocessen och dess utveckling. Oavsett vad det beror på så är psykisk ohälsa ett omdiskuterat ämne i dagens samhälle och i och med att det talas mycket om det har samhällets syn på individer med diagnoser förändrats. Psykisk ohälsa är inte längre tabubelagt i samma utsträckning. En diagnos kan dock både underlätta och försvåra situationer och möten med människor. Det kan ge en förklaring till varför någon beter sig som den gör. En individs beteende blir i och med en diagnos legitimt. Detta leder till att en individ behandlas därefter. En diagnos kan även inge förståelse för individen själv som många gånger kanske inte känner sig som "alla andra". Konsekvenser av att diagnostisera människor kan vara att de inte får samma förutsättningar och villkor i samhället, detta då diagnoser påverkar samhällets sätt att se på individer och därmed deras framtida liv. Att få en diagnos kan även leda till stigmatisering. Särbehandling och förutfattade meningar får individer i dagens samhälle att tillskriva individer vissa egenskaper utefter vad de vet om dem som grupp. För att veta de verkliga konsekvenserna av att sätta diagnos på individer är det därför viktigt att undersöka vad de diagnostiserade själva känner och tänker om detta. Hur kan en icke diagnostiserad veta vad det innebär att leva med en diagnos och hur diagnosen påverkar självbilden? Det är de diagnostiserades egna upplevelser som hjälper till att konstruera deras identiteter. Hur ska samhällets experter kunna behandla och hjälpa dessa individer på bästa möjliga sätt om de inte vet vad individerna själva upplever och känner?

Denna studie syftar till att ge en förståelse för hur individer som har diagnosen borderline personlighetsstörning kan konstruera sina identiteter genom de diskurser som kretsar kring detta ämne. Jag finner studien intressant och sociologiskt relevant då borderline personlighetsstörning är en vanligt förekommande psykisk störning i det svenska samhället idag. Dessutom är förståelsen av dessa individers liv och känslor liten. Identitet liksom sätt att se på världen med dess problem påverkas och formas över tid vilket jag ser som en intressant sociologisk aspekt i detta ämne då samhället i alla tider sett människor med psykisk ohälsa som avvikande och velat hålla dem på avstånd. I linje med utvecklingsprocessen har människans kunskap om psykisk ohälsa utvecklats liksom sättet att tala öppet om det och leva med det. Att individerna i studien ska ha blivit diagnostiserade med borderline personlighetsstörning beror på att först när en diagnos finns kan fördomar och kriterier för dessa "typiska" beteenden uppfyllas och bemötas. Det svenska 2000-talets samhälle påverkar omgivningens sätt att se och behandla individer med borderline personlighetsstörning, vilket i sin tur påverkar hur de uppfattar och konstruerar sina egna identiteter via

bloggar. Det är de sociala interaktionerna som bildar en individs sanning om världen och sig själv vilket skapar sociala konsekvenser (Sjöberg & Wästerfors, sociologer 2008:98–100).

I denna studie kommer jag att använda mig av definitionen sjukdom när jag talar om borderline personlighetsstörning som är en direktöversättning från engelskans *personality disorder*. Detta då bloggskrivarna oftast själva benämner det som sjukdom och talar om sig själva som sjuk kontra frisk. Enligt min tolkning fungerar ordet sjukdom även bättre att använda i tal om behandling. Borderline personlighetsstörning kommer härnäst att förkortas i texten och bara benämnas som borderline.

1.1. Syfte och frågeställning

Studien syftar till att genom unga kvinnornas egna ord skapa en förståelse för hur en diagnos av borderline personlighetsstörning påverkar sättet att konstruera sin identitet. Vidare behandlar uppsatsen vad konsekvenserna av diagnostiserandet blir för den enskilda individen. En diskusanalytisk analys av bloggar skrivna av unga kvinnor som har diagnostiserats med borderline personlighetsstörning har genomförts för att undersöka hur dessa unga kvinnor identifierar sig med sin diagnos i vardagen.

Frågeställningarna lyder som följer:

- *Hur konstruerar kvinnor med borderline personlighetsstörning sin identitet genom bloggarna?
- *Vad blir konsekvenserna av diagnostiserandet för den enskilda individen?

Mina frågeställningar utgår ifrån hur kvinnorna beskriver och karaktäriserar händelser, hur de beskriver sitt liv i förhållande till sin diagnos av borderline, samt vad kvinnorna gör och i vilka situationer de befinner sig i. Hur beskriver de sig själva i relation till diagnosen och hur är de som individer diagnostiserade med borderline?

1.1.1. Avgränsning

Jag har valt att inte skriva om varför kvinnorna bloggar och vad det har för betydelse för dem. Inte heller vad Internet har för inverkan eller att alla som vill kan ta del av vad de skriver. Däremot tar jag upp det som berör att forska på Internet och förklaringar av det jag anser vara relevant att veta för uppsatsens förståelse. I analysen fokuserar jag inte på lingvistiska aspekter utan jag har avgränsat det till mina tolkningar utav kvinnornas bloggtexter i helhet utefter begreppen tolkningsrepertoar och identitet som är en del av diskurspsykologin. Vad gäller genusperspektiv kommer jag inte heller använda mig utav något sådant även om det hade varit intressant. Detta då flera forskare menar att borderline kan uttrycka sig olika hos kvinnor och män. För att lättare finna gemensamma mönster i bloggtexterna valde jag då att studera kvinnor diagnostiserade av borderline eftersom det är fler kvinnor än män som idag diagnostiseras av denna psykiska störning. Jag är också väl medveten om att det finns ett större samhällsperspektiv med exempelvis medicinska, ekonomiska, media och politiska diskurser som har en stor inverkan i både hur

diagnos påverkar konstruerandet av identitet och vad diagnostiserade kan ge för konsekvenser. Dock har jag valt att avgränsa mig till kvinnornas egna beskrivningar och upplevelser.

1.2. Internet och bloggar

Internets framväxt under de senaste decennierna har lett till en ny form av intimitet då människor kommunicerar och kan ta del av material när som helst och vart som helst (Malin Svenningsson m.fl., kommunikationsvetare 2003:11–12). För många i västvärlden har olika nätverkssajter och bloggar på Internet blivit en naturlig del av vardagen och en självklarhet för många individer. Via Internet behålls kontakten med vänner och bekanta och kommunikation sker ständigt med nya människor (Lars Våge m.fl, bibliotekarie och författare 2005:83). Även okända människor kan ta del av vilka vi är, vad vi gör och vad vi känner. Fler och fler vet mer och mer om varandras vardag och vad som är privat är i och med detta inte längre lika tydligt. Internet öppnar även upp för identitetsskapande. Genom bloggar kan individer själva välja vad de vill dela med sig av och själva konstruera den bild de vill att omvärlden ska få av dem (Sherry Turkle, psykolog och sociolog 1997:281, Svenningsson 2003:7). Bloggar är en slags dagbok på Internet där bloggskrivarna regelbundet uppdaterar med kortfattade inlägg om vad som händer i deras vardag eller vad de tycker och tänker. Dessa publiceras i omvänd kronologisk ordning och det senaste inlägget presenteras först på startsidan med hänvisningar till de tidigare inläggen. Bloggandet är idag en naturlig del av all den media som har inflytande i våra liv (Våge 2005:9–10, 77, 81).

Att använda diskursanalys av bloggar ger en insikt i hur individer själva beskriver sin identitet. Då internet är en växande del av dagens västerländska samhälle, samt ett ännu relativt outforskat forskningsområde, kan analyser av personliga bloggar ge en ny insikt i hur individer konstruerar och talar om sina identiteter och sociala relationer i förhållande till sin diagnos som annars inte alltid är enkelt att tala öppet om då det är ett känsligt ämne. Bloggskrivarna kan vara hur anonyma de vill samtidigt som de kan berätta öppet om sina liv och känslor likt en dagbok för allmänheten. Detta nya sätt att samla material bör användas mer då Internet och bloggar är ett växande område som dagens unga föds in i som en naturlig del av livet. I åtanke bör finnas att då bloggar analyseras befinner sig de människor som skriver bakom en skärm och vi kan inte helt veta att denna person är den den utger sig för att vara eller skriver helt ärligt. Det som skrivs kan överdrivas eller vinklas så som författaren själv vill för att läsaren ska få den uppfattning denne själv vill konstruera av sig själv (Svenningsson 2003:25). Detta är dock ett annat intressant område att utforska inom internetvärlden som inte i större utsträckning kommer tas upp här.

1.3. Borderline personlighetsstörning

Borderline personlighetsstörning är en vanlig och svår psykisk störning och en av de mest gåtfulla diagnoserna (Anna Kåver & Åsa Nilsson, psykologer 2002:22). Den uttrycker sig varken som neuros eller psykos som de flesta psykiska störningar gör utan är något där emellan. Därigenom kommer namnet borderline som betyder gränslinje (Thomas Silfving & Gunilla Nilson, psykologer 2012:17). 1990 gjordes

en undersökning där det visade sig att 1-2% av befolkningen över 18 år har borderline personlighetsstörning. I Sverige är det ca 70 000 - 140 000 pers (Jörgen Herlofson, psykolog 1991). Symptomen för borderline är svårdefinierade men livet präglas ofta av ångest, dåligt självförtroende och instabila emotioner och relationer. Svårigheten i att tygla sina impulser gör att de många gånger kan uppfattas som besvärliga av sin omgivning. Självskadebeteende är också vanligt förekommande och hela 3-9% av de diagnostiserade fullbordar självmord (Görel Kristina Näslund, psykolog 1998:15–16, 20, Silfving & Nilson 2012:23–27). Fler kvinnor än män diagnostiseras med borderline, 70-80% men varför är oklart. Näslund (1998) skriver att kvinnor uppfostras till att vara mer beroende av relationer vilket sedan blir i motsättning med det självständiga idealet som blir allt större i vårt samhälle. Det blir en konflikt mellan beroendet och oberoendet vilket är ett starkt drag hos dessa individer. Kvinnor verkar även vara mer benägna att söka hjälp för sina problem. De olika könsnormerna för beteende kan också vara en orsak till att fler kvinnor får diagnosen borderline. Borderlinebeteendet passar bättre in i den manliga rollen än i den kvinnliga som ses som mer harmonisk och blir därmed mer uppmärksammat hos kvinnor (Näslund 1998:51–57). För att ge en inblick i hur borderline personlighetsstörning utmärker sig utgår jag här ifrån en svensk översättning av diagnostiska manualen *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-Tr)*. I den ingår nio kriterier varav personen måste uppfylla minst fem symptom av de nio för att få diagnos borderline personlighetsstörning, BPD. Dessa är som följer:

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
3. Uppvisar identitetsstörning, det vill säga varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (till exempel slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdlöshet i trafik, hetsätning).
5. Uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar.
6. Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (till exempel intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några dagar).
7. Känner en kronisk tomhetskänsla.
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (till exempel ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
9. Har övergående stressrelaterade paranoidea tankegångar eller allvarliga dissociativa symptom. (APA, 2000)

Varför personer utvecklar en borderlinestörning kan bero på svårigheter av olika slag i barndomen eller föräldrar som också har drag av borderline. Det är då troligare att livet med föräldrars oförutsägbara beteende mer påverkar barnet än generna (Näslund 1998:33–34, Silfving & Nilson 2012:19).

Diagnostisering av borderline kan vara svår då denna störning visar sig genom beteende och relationer och flera diagnostiseras även av andra psykiska sjukdomar (Silfving & Nilson 2012:23–27, PD 2009:108).

Borderline ses i många fall som kronisk vilket gör behandling av den svår. Det har visats att en förbättring

sker i medelåldern för många och att det är som värst och stormigast i tonåren och några år efter (Näslund 1998:242–244). Både terapier och medicinering av olika slag har haft inverkan och gett lindring men det finns ingen som visats sig fungera helt (Näslund 1998:154–155). Nästan alla borderlinepatienter äter mycket tabletter och många gånger leder detta till ett beroende då de inte lindrar helt (Gwen Adshead & Caroline Jacob, psykologer 2009:111). Dialektisk beteendeterapi, DBT, är den terapi som utvecklats för borderline och har fungerat bäst. Den fokuserar på att vara medvetande här och nu, acceptera situationen, och därmed styra sin uppmärksamhet för att sedan påverka tänkandet och handlandet (Kåver & Nilsson 2002, 2005).

1.4. Disposition

Efter denna presentation med syfte och frågeställning följer nu avsnitt 2. Där presenteras en bakgrund för att få en förståelse om hur avvikande i samhället sett ut genom tiden samt identifiering med psykisk ohälsa och diagnos genom detta. Vidare redogörs, i avsnitt 3 och 4, för diskurspsykologin där teorier och analysbegrepp kopplas samman med metodens genomförande samt etiska överväganden. I avsnitt 5 presenteras resultat och analysen genom mina tolkningar och avslutas sedan i avsnitt 6 med en resultatdiskussion. Där kommer även frågeställningarna besvaras och resultaten i studien reflekteras över. Tillsist förslag för vidare forskning.

2. Bakgrund

I detta avsnitt ges en historisk beskrivning av hur synen på avvikande har sett ut genom tiden. Detta för att ge en förståelse för hur annorlunda det sett ut i olika tidsepoker beroende på vilka diskurser som varit centrala och dominerande för det rådande samhället under sin tid. Dessa har i sin tur påverkat de avvikande och dess levnadsvillkor och därmed hur de identifierar sig. Jag talar här om avvikande och psykisk ohälsa i allmänhet. Detta då definitionen och diagnosen av borderline sett olika ut och då flera andra diagnoser har liknande symptom och kriterier.

2.1. De avvikandes historia

Synen på avvikande i samhället har förändrats över tid. Institutioner för människor som klassificerats som galna, avskärmade från den verkliga världen, oförnuftiga att inte följa samhällets moraliska regler eller vansinniga har funnits sedan hundratals år tillbaka i tiden (Michel Foucault, filosof med inriktning på sociologi 1983). Dess förändringar, både sättet att se på dessa människor, institutionerna och behandlingarna, har utvecklats och sett annorlunda ut ett antal gånger under alla år. Interneringen började för att bli av med de spetälska under medeltiden. När spetälskan till slut dog ut tog vansinnet som avvikande grupp dennes plats både i föreställningsvärlden och i fysisk mening (Foucault 1983). Idag är det istället de psykiskt sjuka och de kriminella som låses in omen under mer begränsade tider. Systemet byter ut dessa grupper och ersätter dem med andra, aktuella i sin tid (Eva Kärfve, sociolog 2006:63). På 1600-

talet var det en stor blandning av de inlåsta, störande pojkar i hemmen, vansinniga, brottslingar och lösdrivare. Det var snarare de med oförnuft än vansinne, de som inte ville, gjorde eller tyckte som alla andra (Foucault 1983:73). Det har alltid varit svårt att veta hur bemötandet av de oförnuftiga och vansinniga ska gå till. Genom alla år har det varit svårt att ”greppa” dessa sjukdomar och placera in dem i ett fack, svårt att förstå själva problemet då de upplevs annorlunda från det ”normala”. Så är det än idag men nu finns en tydligare förklaring och förståelse till det samt medvetande om bakomliggande orsaker etc. Synen på människan har förändrats under 1900-talets andra sekelhalva och de sociala och biologiska perspektiven på människan har integrerats och gett upphov till nya teorier om psykisk ohälsa och dess orsaker. Medicinering av psykiskt sjuka har därför blivit en stor behandlingsform då nedskärningar inom vården gör att det behövs billigare och därmed kortsiktiga behandlingsmetoder (Soback 2006:52). Institutionerna har levt vidare och ersatt varandra med nya avvikande för sin tid. Med detta visas hur diskurserna som dominerar samhället under sin tid påverkar hur vi ser på och behandlar människor. Tidigare då religion var centralt i många liv sågs psykisk sjukdom som något övernaturligt och omänskligt, som ett tecken, belöning eller straff från Gud. De låstes in och hölls utanför samhället som om de inte fanns. Idag är istället politik och marknadsekonomi dominanta diskurser och psykisk ohälsa och sjukdom ses som ett samhällsproblem. Med mediciner och samtal ska de sjuka socialiseras in i samhället och leva ett så ”normalt” liv som möjligt med samma förutsättningar som alla andra. Ändå visar båda dessa sätt att behandla psykiskt sjuka dem på att de inte passar in i samhället som de är då de behöver dessa behandlingar. Att de avviker från normer och oskrivna regler.

2.2 Psykisk ohälsa och identitetsskapande

En diagnos som borderline kan ses som identitetsskapande för den enskilde individen. Diagnosen kan även leda till en känsla av grupptillhörighet. Detta kan vara positivt då det kan få en individ att känna sig erkänd och bli en i en gemenskap. Det kan även vara negativt då det är lätt att bli stämplad och kategoriserad efter fördomar (Gunilla Hallerstedt, psykolog 2006:20). Under 1990-talet uppmärksammades att barn och unga med psykiska problem hade ökat markant. På barn och ungdomspsykiatriska kliniker steg antalet patienter med 70-80% på bara några år (Hallerstedt 2006:13). Även en stor andel vuxna lider av psykisk ohälsa, hela 20-40% (Soback 2006:45, 47). Flera nya legitimerade diagnoser om psykisk ohälsa har uppkommit vilket lett till flera som sedan har diagnostiserats med dem. Diagnosen får en egen makt (Johannisson 2006:30). När en diagnos fastställs är det lätt att träda in i den förväntade rollen, det blir ett socialt faktum (Aant Elzinga, vetenskapsteoretiker 2006:117). Forskning beskriver att samvaro med människor med liknande problem och psykiska sjukdomar kan trigga igång nya avvikande tankar. Genom att identifiera sig med sin diagnos och leva upp till den rollen får individen tillåtelse att uppföra sig på ett visst sätt och det kan bli en kamp om vem som har störst rätt till rollen som sjuk, vilket kan sluta i att de inte vill bli hjälpta eller friska (Soback 2006:53). Problematiken i detta läggs på individnivå och förklaras genom biologisk vetenskap

istället för att försöka ses ur ett samhällsperspektiv ifall det kan finnas orsaker i systemet, exempelvis nedskärningar i skolans resurser och inom psykvården, som gör att alla inte får den hjälp som de behöver. Ställs en diagnos tilldelas extra resurser och samhälligt stöd och diagnosen blir stämplad som en del av individen (Hallerstedt 2006: 16-17). Beroenden och biverkningar av medicinering som i och med detta blivit en vanlig behandlingsform är inte något ovanligt och frågan är hur det påverkar omgivningens syn på dessa individer, samt hur de själva upplever medicinering och dess verkan som en del av sig själva de inte kan vara utan. Detta kan bidra till ytterligare stigmatisering av individer med diagnos av psykisk ohälsa, störning eller sjukdom. De kan exempelvis uppfattas som några som kostar pengar för samhället livet ut då de är beroende av mediciner och aldrig kan bli friska. Till slut behöver det inte bara vara diagnosen de identifierar sig med då de i och med medicinberoende, sjukskrivningar och ett liv på samhälliga bidrag kan bli kategoriserade i ytterligare avvikande grupper, stigmatiseringen utökas.

3. Teori

Nedan redogörs för det socialkonstruktivistiska perspektivet som diskurspsykologin bygger på samt vad en diskurs är och hur identitet konstrueras genom dem. Även begreppet tolkningsrepertoar presenteras då det tillsammans med identitet är mina analytiska utgångspunkter i analysen nedan. Dessa är begrepp som används inom Potter och Wetherells version av diskurspsykologi som jag valt att utgå ifrån.

3.1. Socialkonstruktionism

Socialkonstruktionister ställer sig kritiska till att ta världen för given. Det vi ser och uppfattar som verklighet är inte nödvändigtvis detsamma för alla, världen kan inte tas för given. Historia och kultur är exempelvis något som spelar stora roller i hur vi delar upp eller kategoriserar världen och förstår den. Beroende på vart en människa är född och på vilket sätt de är uppväxta blir olika saker mer relevanta eller anmärkningsvärda i skilda situationer. Människan är en produkt av historien och kulturen och det finns inget som säger att en viss människas synsätt är mer rätt eller närmare sanningen än någon annans. Världen vi lever i som formar oss är enligt socialkonstruktionismen i sin tur skapad socialt mellan människor. Det är i de dagliga sociala interaktionerna den delade kunskapen om världen produceras. Språket är enligt socialkonstruktionismen människans främsta medium i interaktioner och blir därför det centrala intresset. Sanningen om världen, liksom människan, är alltså inget objektivt observerbart utan en produkt av de interaktioner vi ständigt deltar i. Verkligheten är det vi konstruerat genom språket (Vivien Burr, psykolog 1995:2-4). Språket som hela tiden ändras och får olika betydelser är grunden för socialkonstruktionismen. Detta medium förmedlar tankar och känslor, samt skapar system som delar upp våra upplevelser i kategorier och ger dem mening och innebörd (Burr 1995:44).

3.2. Vad är en diskurs?

Diskurs är ett komplext begrepp som definieras och används i flera olika sammanhang med olika betydelser. Allmänt vedertaget är dock att vi följer vissa strukturer och mönster i språket när vi agerar socialt inom specifika områden. Winther Jørgensen och Phillips (2000) beskriver diskurs som *”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen”* (Marianne Winther Jørgensen & Louise Phillips, kommunikationsvetare 2000 s.7). En beskrivning av Burr (1995) är att diskurs är en sammansättning av betydelser, metaforer, representationer, föreställningar, berättelser, uttalanden med mera som på något vis tillsammans producerar en viss version av en händelse, person eller grupp av personer (Burr 1995:48). När vi talar om något följer vårt språk strukturerade mönster inom det gällande sociala området, vi följer en diskurs. När vi gör en analys av texter är det analyser av dessa diskurser vi gör, i mitt fall diskurser om att leva med borderline personlighetsstörning (Sjöberg & Wästerfors 2008:96). Diskurser både formar och blir formade av människan (Winther Jørgensen & Phillips 2000:76). Genom vårt tal påverkar vi synen på ett ämne som i sin tur är skapat utifrån våra tidigare sammanhang. Vår omvärld, identitet och sociala relationer är hela tiden aktiva i diskursers skapande och förändringar liksom de tillbaka på oss och den sociala världen vi lever i (Winther Jørgensen & Phillips 2000:7, 16).

3.3. Diskurspsykologi

Valet av diskurspsykologi togs eftersom det passade till mitt syfte och frågeställning då diskurserna analyseras empiriskt i sin sociala kontext. Detta perspektiv undersöker det vardagliga, aktiva språkbruket och fokuserar på hur människor i sociala interaktioner framställer sig själva och världen genom de tillgängliga diskurserna för dem (Winther Jørgensen & Phillips 2000:14). Diskurspsykologin utgår, liksom flera andra diskursanalysmetoder, utifrån ett socialkonstruktionistiskt tillvägagångssätt som är användbart inom socialpsykologin (Winther Jørgensen & Phillip 2000:97). Det är genom diskurserna människan tar del av den värld som är sann för den enskilde individen, dennes levda verklighet (Winther Jørgensen & Phillips 2000:104). Även inom diskurspsykologin finns det olika angreppssätt och jag har valt att använda mig av socialpsykologerna Jonathan Potter och Margret Wetherells version då den ligger till grund för hela diskurspsykologin. Denna ansats ser både till det som tal- och skriftspråk gör i praktiken samt till hur de diskursiva resurserna bygger upp språket (Winther Jørgensen & Phillips 2000:113–114).

3.4. Tolkningsrepertoarer

Med tolkningsrepertoarer menas flexibla resurser i social interaktion. Detta kan ses som ett synonymt ord till diskurser men begreppet tolkningsrepertoarer menar Wetherell och Potter (1992) ger en större förståelse för språkets flexibilitet och rörlighet då diskurser ibland uppfattas som abstrakta och oflexibla. Diskurser eller tolkningsrepertoarer konstrueras genom social praktik och dessa ger i sin tur människor resurser att konstruera olika verkligheter, repertoarerna tolkas (Winther Jørgensen & Phillips 2000:114–115). Den

sociala praktiken är i sin tur alla former av tal, text och bilder i olika typer av sociala interaktioner (Potter & Wetherell 1987:7). Vad som accepterats som trovärdigt och sant eller osant i vårt samhälle är kulturellt och socialt konstruerat och är diskurser. De bygger därmed på traditioner och jämförelser (Mats Börjesson, sociolog 2003:21, 86).

3.5. Identitet

Enligt diskurspsykologin och socialkonstruktionismen är identitet inget fast utan helt igenom konstruerat socialt i relation till andra människor. Identiteter ses som produkter av olika diskurser vilket gör identiteter flexibla och rörliga. Vi har flera av dem. Tal och text visar båda på hur identiteter konstruerats och förändras i de olika diskurserna, de är diskursiva (Whiner Jorgensen & Phillips 2000:105–106). Det är dessa diskurser som inverkar på hur vi visar upp vårt jag i olika situationer (Wetherell & Potter 1992:78). Identitet skapas i praktiken genom hur personen blir förstådd och responderad i olika sammanhang (Nicholas Rose, sociolog 1996:23). En individs egenskaper förklaras nästan alltid utifrån relationen till andra människor. Vänlighet eller blyghet skulle exempelvis inte finnas utan sociala interaktioner med andra. Relationer till och interaktioner med olika individer producerar olika sidor av oss själva. Människan är olika med olika människor men alla sidor är våra jag (Burr 1995:27). Vårt själv är därmed inte konsekvent utan kan se olika ut i olika situationer i och med de relationer vi befinner oss i. Självet är dock enligt socialkonstruktionismen, i och med de sociala interaktionerna, format historiskt och kulturellt vilket gör att det vi kallar personlighet är format utifrån denna grund. Liksom världen är inte självet en verklighet utan det finns flera versioner utav den. Socialkonstruktionismen använder sig istället för personlighet av identitet (Burr 1995:29–30, Winther Jorgensen & Phillips 2000:12).

3.6. Teoridiskussion

Jag valde att använda mig av diskurspsykologi då den socialkonstruktionistiska synen på identitet som något som konstrueras socialt och genom samhällets diskurser är passande för mitt syfte. Även tolkningsrepertoarer och hur de ger människor resurser att konstruera sina identiteter är ett begrepp jag anser vara passande för denna studie. Diskurspsykologin fokuserar även på det vardagliga genom skriven text vilket är precis vad bloggtexterna är. Både identitet och tolkningsrepertoarer ses av socialkonstruktionismen som flexibla och rörliga och påverkade av varandra.

4. Metod

Här redogörs för diskurspsykologi som metod och hur forskning på internet går till. Vidare presenteras genomförande och urvalsprocess samt det analytiska tillvägagångssättet. Avsnittet avslutas med etiska överväganden. Metoden, liksom teorin, utgår ifrån Potter och Wetherells version av diskurspsykologi och med de forskningsmetoder de rekommenderar i åtanke och i den mån det varit applicerbart i denna studie (Winther Jorgensen & Phillips 2000:116–123).

4.1. Ansats

Inom diskursanalys är teori och metod sammanlänkande och utgör tillsammans en helhet. Diskursanalysen menar att språket konstruerar den sociala världen vilket måste accepteras för att använda denna som metod. Arbetet sker därmed växelvis mellan teori och empiri (Winther Jorgensen & Phillips 2000:10).

Diskurspsykologin lägger stor vikt vid att hela tiden redogöra tydligt steg för steg hur analysen går till. Det gör studien mer tillförlitlig om läsaren kan följa och förstå arbetsprocessens gång och bilda sig en egen uppfattning (Winther Jorgensen & Phillips 2000:123).

Bloggarna i min undersökning fungerar som textmaterial för att på ett naturligt sätt studera hur dessa kvinnor med diagnos borderline personlighetsstörning påverkas och formas i och med diskurserna om diagnosen. Genom texterna i bloggarna kommer jag därför försöka finna gemensamma ståndpunkter eller identifikationer som visar på hur bloggskrivarna beskriver sig själva och sitt liv utifrån sin diagnos och hur de använder språket för att ge uttryck för detta. Språket har som nämnts tidigare en stor roll i den sociala konstruktionen av världen (Sjöberg & Wästerfors 2008:98). Jag använder mig alltså av Potter och Wetherells version av diskurspsykologi både i metoden och i teorin. Vidare beskrivs studiens tillvägagångssätt samt vad jag haft i åtanke under arbetets gång för att utföra det på så korrekt vis som möjligt, både vad gäller forskning på internet och forskning med diskurspsykologi som metod.

4.2. Forskning på internet

Forskning på internet har både för och nackdelar. Fördelar är att hela tiden ha tillgång till materialet och vara oberoende av andras tid. Bloggar ger ett ”naturligt” material där det som förmedlas inte påverkas av mig i dess skrivande stund utan är skrivet utifrån vad bloggskrivarna själva känner för stunden. Det är det sätt människor skriver på som visar hur de vill att andra människor ska se på dem och på borderline som sjukdom i detta sammanhang, samt hur de tillskriver sig egenskaper och skapar den identitet som de vill att andra ska se (Sveningsson 2003:17). Internet och bloggande har öppnat upp för möjligheter att experimentera med sig själv och nå ut till människor världen över. Detta har inom Internetforskningen varit en omdiskuterad debatt då individer kan ljuga om sin identitet då vi inte ser vem som sitter bakom skärmen (Sveningsson 2003:25). Detta, att vi aldrig vet om det vi studerar på Internet stämmer i verkliga livet, är en av nackdelarna med valet av min metod. Dock finns det inget som säger att det vi talar om i verkliga livet är mer sanning bara för att vi ser personen framför oss. Alla konstruerar vi vår identitet och reflekterar över hur vi vill uppfattas och hur vi faktiskt uppfattas (Sveningsson 2003:28, 61, Sjöberg & Wästerfors 2008:8). Anonymiteten på Internet kan istället göra att människor vågar berätta mer om sina liv och säga vad de tycker, tänker och känner då ingen behöver få reda på vilka de egentligen är (Sveningsson 2003:27). Det är viktigt med forskning på Internet då det är en växande arena som många är beroende av i sin vardag. Med tanke på dess framväxt kommer Internet antagligen bli en ännu större del i människors liv än vad det redan är och det blir därför viktigt och intressant att forska inom detta fält för att se hur användandet av det

påverkar människor. Valet av diskursanalys som metod och bloggar som material beror på att det enligt mig ger bäst förståelse för hur individerna i studien själva upplever borderline personlighetsstörning och konstruerar sin identitet efter sin diagnos. Detta på ett relativt nytt och utforskat område som jag anser är viktigt att uppmärksamma då även bloggandet växer och blir allt vanligare (Våge 2005:81).

4.3. Genomförande och urvalsprocess

Jag valde att använda mig av bloggar som empiri då de är offentliga och nerskrivna efter hur individerna mår och känner för tillfället, vilket visar på vilka diskurser de befinner sig i utan att de påverkas av mig på något sätt. Valet av de bloggar som analyserats skedde genom sökningar på Internet. Från flera bloggar fanns sedan länkar till andra bloggare som skriver om sin borderlinediagnos. Flera av dessa har även någon annan diagnos av psykisk ohälsa men jag valde att kringgå detta då mitt huvudsyfte är att få förståelse för identitetskonstruktion kring diagnos av psykisk ohälsa. Borderline personlighetsstörning skulle dock vara deras huvuddiagnos och att jag valde den beror på att det är en vanlig störning idag som många diagnostiseras med. En del bloggare har inlägg som kräver lösenord då de vill vara mer privata. Dessa bloggar valde jag att inte analysera, dels på grund av etiska skäl då dessa stängda inlägg som de har är av en anledning, dels för att jag genom att använda dessa bloggar ändå kunde gått miste om relevant text för mitt syfte och inte få en helhet av individens beskrivningar. De bloggar som till sist valdes ut för analys valdes efter några kriterier som framtagits innan sökningarna med mitt syfte i åtanke. Dessa var:

- *Borderline personlighetsstörning ska vara deras huvuddiagnos.
- *Ålder över 18 år så att de är myndiga och själva har ansvaret för vad de skriver om
- *Aktiva i sitt bloggskrivande för att få insikt i det vardagliga livet
- * Bloggen ska ha funnits i minst fyra månader (ungefär sedan årsskiftet) och vara aktiv för att få tillräckligt mycket information om hur deras liv ser ut

Sex stycken bloggar valdes ut som uppfyllde dessa kriterier. Alla är kvinnor som bor i Sverige och är under 30 år. Detta då det är fler yngre som har borderline och min tanke var att lättare finna liknande mönster hos samkönade mellan 18 och 30. Jag antog att de lever ett mer likartat liv än om jag skulle ha undersökt borderline hos båda könen och med en mer spridd ålder. Bloggarna har varit aktiva olika länge, ett par utav dem i flera år och någon är mer nystartad, dock uppfylls för alla kriteriet på minst fyra månader. Ett par utav personerna skriver i princip allt om sig själva, namn, ålder och stad, samt lägger upp egna bilder. Andra har valt att vara mer anonyma eller ha ett fiktivt namn men genom att ha läst bloggarna från början till slut har information framkommit för att jag ska kunna anta att alla kvinnorna är myndiga. Exempelvis att de läst på universitetet ett par år, skriver om en födelsedag eller att de haft diagnosen ett visst antal år och samtidigt skrivit hur gamla de var när de fick diagnosen. Som alltid när det gäller kommunikation över internet kan vi aldrig veta säkert att individen bakom skärmen är den som den utger sig för att vara men jag kan inte mer än att utgå från vad dessa individer skriver.

4.4. Analytiskt tillvägagångssätt

Inom diskurspsykologin och socialkonstruktivismens forskningsfält är reflexivitet viktigt då tolkningarna av materialet sker utifrån mig som individ. Det blir min sanning och jag måste argumentera för hur denna sanning är konstruerad för mig. Då kan andra se hur jag kommit fram till mina slutsatser även om andra inte skulle komma fram till detsamma (Mike Crang & Ian Cook, kultur och humangeografer 2007: 146-147). Den kvalitativa forskningen överlag försöker därför gå ifrån begreppen validitet och realitet då de passar bättre i den kvantitativa (Sjöberg & Wästerfors 2008:165). Istället gäller det att underbygga analysen och ge förklaringar till hur slutsatserna fastställts. För att få svar på syfte och frågeställning i studien sattes även kriterier för vilka blogginlägg som skulle väljas ut. Alla kriterier behövdes inte finnas med i varje inlägg utan det räckte med att ett belystes. Dessa var att bloggskrivarna skulle:

- *Beskriva sig själva hur de är som personer
- *Beskriva sig själva i relation till sin borderlinediagnos
- *Definiera sin bordelinediagnos
- *Beskriva hur de förhåller sig i sociala relationer
- *Beskriva hur de blir bemötta

De inlägg som stämde in på något av dessa kriterier delades sedan upp i kategorier som följde olika mönster i texterna. Begreppen tolkningsrepertoarer och identitet var vägledande genom hela analysprocessen för att hitta dessa mönster och kategorier. Dessa kategorier reducerades sedan flera gånger och tillslut hade jag funnit tre tolkningsrepertoarer där det gick att urskilja fyra identiteter kvinnorna återkommande beskriver sig genom i sina bloggar.

I sökandet efter *tolkningsrepertoarer* har jag utgått ifrån hur kvinnorna beskriver och karaktäriserar händelser, hur de beskriver sitt liv i förhållande till sin diagnos av borderline, samt vad kvinnorna gör och i vilka situationer de befinner sig i. För att finna de olika *identiteterna* har jag försökt finna mönster i hur de beskriver sig själva i relation till diagnosen och hur de är som individer diagnostiserade med borderline.

4.5. Etiska ställningstaganden

Forskning på Internet gör det möjligt att samla material, både det offentliga och det mellan privatpersoner, utan att de inblandade är medvetna om det. Även om det är tillåtet att använda det material som finns på Internet då det är offentligt är det inte alltid lämpligt att göra det eftersom alla inte ser det så (Svenningsson 2003:175, 188). Borderline personlighetsstörning är, som nämnt tidigare, ett känsligt ämne och kan vara väldigt utlämnande. Dock kan skrivaren själv välja hur anonym denne vill vara i sin blogg eller till och med låsa den så bara de med lösenord har tillgång att läsa den. Två av kvinnorna i mina utvalda bloggar har namn och bilder på sig själva och en del visar i princip ingenting som skulle kunna avslöja vilka de är i verkligheten eller använder ett fiktivt namn. De etiska riktlinjerna är något som i varje fall bör följas som vägledning för att skydda individerna i forskningsstudien från att på något vis komma till skada.

Vetenskapsrådet har utformat fyra huvudkrav under det övergripande *Individskyddskravet* vad gäller etiska

överväganden i forskning (Svenningsson 2003:175–176).

Informationskravet. Detta menar att forskaren ska informera de berörda om att forskningen utförs och dess syfte. *Samtyckeskravet.* De i studien ska ha lämnat samtycke att delta i studien, samt på vilka villkor och under hur lång tid. För samtycke måste personen vara myndig. *Konfidentialitetskravet.* Att personerna inte ska kunna identifieras utlovas. Inga obehöriga ska heller kunna få tag på personlig information som lagras. *Nyttjandekravet.* Det insamlade materialet och uppgifterna ska bara användas i forskningsändamål. Vetenskapsrådet talar även om *Forskningskravet* som ibland får ställas mot *Individskyddskravet* då forskning är viktig för utvecklingen av både individer och samhälle. I forskning där individer inte kan komma till skada väger kravet på individskydd i vissa fall mindre tungt menar vissa (Svenningsson 2003:177). Vid forskning i naturliga situationer på Internet, där forskaren inte påverkat materialet, blir detta övervägande centralt. Informations- och samtyckeskravet kan då kringgås för att inte värdet i materialet ska gå förlorat (Svenningsson 2003:189). Därför har jag valt att undgå dessa då det finns risk att materialet i bloggarna blir annorlunda om bloggskrivarna vet om att det studeras och syftet med analys av bloggar och ett naturligt material skulle kunna gå förlorat. Dock har jag som tidigare nämnts tagit reda på att personerna i fråga är över 18 år vilket är en del i samtyckeskravet. De enstaka bloggskrivarna som skrivit ut på sina bloggar att de inte vill att det de skriver ska användas till annat än att läsas valde jag att inte ha med i min studie för att respektera deras önskan. Däremot anser jag konfidentialitetskravet vara av stor vikt då detta är ett känsligt ämne som studeras och har därför valt att låta det väga tyngre än forskningskravet. Inga namn, Internetplatser eller sökord kommer därför att presenteras även om det gör forskningen mindre valid. Personerna i studiens säkerhet kommer i första hand. Citat jag använt mig av kan komma att spåras till bloggarna men då dessa personer är över 18 år och troligen medvetna om att alla som vill redan kan ta del av deras bloggar ser jag det inte som något som kan skada dem. Att inga obehöriga ska kunna få tag på personlig information som lagras går därför också att kringgå då den är tillgänglig för alla i flera avseenden. Min studie är min tolkning av hur jag anser identiteter konstrueras och inget de behöver hålla med om. Däremot uppfylls nyttjandekravet då materialet endast används i forskningsändamål.

5. Resultat och analys

I detta avsnitt redogörs för de mönster som framkommit ur mitt analysmaterial. De kategorier jag funnit genom olika mönster i bloggtexterna presenteras som svar på mina frågeställningar och varvas med mina egna tolkningar och citat från bloggarna. I dessa tolkningar har teorin legat till grund under hela analysprocessen, och därmed även begreppen tolkningsrepertoarer och identitetskonstruktion. Jag böjar med att presentera de olika tolkningsrepertoarerna jag funnit för att sedan redogöra för identiteterna.

De tre tolkningsrepertoarerna jag funnit är **Livet med borderline**, **Ett normalt liv** och **(O)frivillig fånge i vårdens famn**. Inom dessa har jag kunnat urskilja fyra olika identiteter kvinnorna beskriver sig själva utifrån vilka är **Det här är jag**, **Den hopplösa kämpan**, **Herr Ängest** och **Den ärrade**.

Tolkningsrepertoarerna och identiteterna flyter många gånger in i varandra och flera likheter finns. Dock är det dessa som jag tydligast kunnat utskilja. Flera av dem beskrivs även i samma blogginlägg vilket suddar ut gränserna ytterligare.

5.1. Tolkningsrepertoarer

5.1.1. Livet med borderline

I tolkningsrepertoaren Livet med borderline beskriver kvinnorna i studien hur de känner sig skilda från sin omvärld då de lever ett annorlunda liv. Deras liv sker på andra premisser och kan svänga om känslomässigt när som helst. De känner de måste dölja sig bakom fasader och spela roller för att orka leva i samhället. Kvinnorna beskriver i denna tolkningsrepertoar hur de inte känner de lever livet utan står vid sidan av då deras diagnos utgör ett hinder. Varför de skulle vara mer ”onormala” än andra när alla människor är olika och många mår dåligt.

”Vad är en diagnos?(...) Jag förstår bara inte det där med vad borderline egentligen är...”

En kvinna skriver hur hon känner att hon har svårt att kommunicera med ord hur hennes känslor är och det blir ännu jobbigare när ingen förstår henne. Istället låtsas hon vara glad och ler för att slippa prata om det, som en mask. Hon säger att hon ser ut att må bra, men det gör också att hon känner sig ännu mer oförstådd. Hon tror inte hennes familj tror på att hon har borderline vilket gör att hon själv tvivlar.

”Den enda som tror att jag har borderline är väl isf min terapeut som kan läsa genom mig. På något sätt var det skönt att jag fick en diagnos, eftersom jag har mått dåligt väldigt länge utan någon direkt anledning.”

Med detta citat får jag den uppfattningen att trots att hon själv tvivlar på sin diagnos är det specialisterna som måste ha rätt. Borderline är förklaringen till hennes mående. Det var trots allt en lättnad att få en diagnos eftersom hon kände sig mer förstådd både av andra och av sig själv skriver hon. En annan av kvinnorna skriver istället att det var som om hela hennes liv raserades när hon fick diagnosen. Hennes liv kändes som en lögn. Hon var alltså psykiskt störd.

”Allt som har varit min sanning, och verklighet, är plötsligt en sjukdom.”

Att få diagnos borderline kan enligt mig då både hjälpa och stjälpa kvinnorna. Diagnosen blir en förklaring till varför de inte tycker sig kunna leva livet men samtidigt blir det som ett hinder, något som låser dem. Två av kvinnorna i denna studie har i sina sämre perioder haft en boendestödare som kommer hem till dem och hjälper dem att komma upp på morgonen och komma igång med dagen. En av dem skriver att hon tycker det är jobbigt när boendestödaren kommer för hon vill klara sig själv men samtidigt vet hon att hon egentligen behöver denne. Hon uttrycker det som att nu kan det inte bli sämre.

”Botten är nådd. Nu ska jag bara sluta vältra runt i misären och bygga upp ett välanpassat liv. En stabil och blankpolarar ikea-fasad.”

Ett liv med borderline beskrivs alltså som en motsats till en stabil och trevlig vardag där allt är perfekt, som i en ikeareklam. Ibland känns livet som ett hyckleri. Dåliga dagar är livet meningslöst och det skriker inombords. Ingenting är vackert eller ljusst. Men helt plötsligt kan det vända och bli en bra dag. Ingenting är konstant och långvarigt och det växlar mellan känslornas ytterligheter. Det är bara ett symptom av borderline. En kvinna beskriver hur hon känner sig utanför i samhället och inte är som alla andra runt henne.

“Jag kollar på människor runtomkring mig och allihop är färgstarka. passionerade, har personlighet. (...) och jag blir avundsjuk, för jag känner mig tom och diffus. Jag känner att jag inte har någon personlighet, bara slumpmässiga fragment av någonting.”

Kvinnorna beskriver i sina bloggar att det känns som att andras liv flyter på, medans deras egna liv är stilla. Frågor om vad de gjort senaste tiden när de stöter på bekanta är jobbiga att få. Det påminner dem om att deras liv är annorlunda. Även de bättre perioderna blir frågor som andra inte skulle reagera på något som får dem att känna sig utanför.

”Vad säger man liksom som svar? Inte har jag lust att berätta att jag har de senaste 4 åren illbringat på behandlingshem, och 3 olika slutna psykiatriska avdelningar på ett av Sveriges säkraste psyk... Vad värdelös jag känner mig!!”

En annan av kvinnorna skriver hur hon under två års tid inte stannade upp och kände efter. Hon pluggade och levde ett liv som ”alla andra” och när hon skar av sina senor sa hon att armen var gipsad för att hon brutit handen. Hon var ständigt hög på piller för att verka glad. Terapin fick henne att inse att det är något fel om någon gör så mot sig själv, skriver hon.

”Nu har jag börjat tänka efter. Terapin får mig till det. Och det gör ont. Jag är rädd. Livrädd för vad jag ska hitta bakom alla mina fasader.”

Ett annat symptom för borderline är självdestruktivt beteende och vanligt är då att dessa individer skär sig på framförallt armar och ben, detta på grund av den frustration som ångesten och självhatet ger, uttrycker sig en av kvinnorna i sin blogg. Då vet hon att hon finns. Känslan av att vara diffus lättar. Hon beskriver skärandet som ett extremare beteende av vad andra människor kan göra när de blir arga.

”De flesta har väl någon gång blivit så arg/frustrerad att de tex dragit sig själva i håret. Att skära sig är en mer drastisk variant av detta.”

Att känslorna uttrycker sig extremare och pendlar drastiskt mellan ytterligheterna hos individer med borderline gör att deras liv känns hopplöst jämfört med andras. De vågar inte lita på sig själva. De vågar inte planera för framtiden för de vet inte om de kommer må bättre eller om det ens finns en framtid. Flera

av kvinnorna beskriver det som att de inte vet vart de är på väg utan planerna är mycket kortsiktiga. De vet inte om de ens orka leva med borderline.

”Jag orkar inte. Har inget att komma med, förutom att klaga på hur jävla miserabelt mitt liv är. Ett liv, som så många skulle kunna döda för att få.”

5.1.2. Ett normalt liv

Ett normalt liv är den tolkningsrepertoar kvinnorna talar om när de beskriver önskan om en vardag utan bekymmer med samma förutsättningar som andra. De beskriver ett liv som inte präglas av ångest och mörker utan ett “normalt” liv, där de utan hinder kan göra vad de vill som de uppfattar att andra kan och en längtan efter att en dag vara lycklig och kunna skapa det liv andra människor tar för givet. Mitt empiriska material visar på samstämmighet mellan kvinnorna då alla sex beskriver händelser i kontrast till det normala. Att kunna göra saker som andra människor, utan borderline, gör.

“...på senare tid har jag insett att jag inte klarar av att leva ett normalt liv. Jag klarar inte av den här absurda existensen. (...) Jag är så avundsjuk på alla andra. Ni som går på ica och storhandlar och sedan har tacoskväll hemma. Jag blir så avundsjuk på alla er som låter bli att tänka på hur sjukt livet är.”

“Det finns en enorm längtan att vara som alla andra. En längtan att få vara med. Men jag känner mig så fruktansvärt avvikande. En del av mig kämpar så hon blöder”

När det kommer till relationer menar flera av kvinnorna i studien att det är svårt. Ett borderlinesymptom ger instabila relationer och separationsångest, vilket bidrar till att de i förhållanden ofta upplever motgångar eller att deras sjukdom drabbar även den andra i förhållandet. De vill vara normala i alla fall för den andres skull. Detta gör att de känner att deras förhållande inte är vad de avser att ett förhållande ska vara.

“Han är inte min skötare eller barnvakt utan min sambo och kärlek. Han ska inte vara efter mig hela tiden, det hör inte till ett förhållande, men sen har vi ju inget “vanligt” förhållande- vad nu det är?”

Till och med när en relation tagit slut undrar en utav kvinnorna hur hon skulle känna och göra om hon varit normal. Hon verkar anta att det bara finns ett sätt att hantera kärlek som tar slut, ett rätt, normalt sätt.

“Det finns inget värre än när kärleken tar slut...(...) men allt skit med mig har blivit för mkt antar jag. Hur gör normala människor i en sådan här situation? Tittar på sex and the city och dricker cosmopolitan?”

Samma kvinna beskriver hur andra i hennes ålder har det och att det inte är något hon tror hon kommer få. Arbete, barn och äktenskap är inget hon vet hur man lever med menar hon. Ansvar och ett normalt liv är inget hon förknippar med sig själv.

”Folk från barndomen har karriär, barn hus och ett liiv. (...) Jag har bytt utbildning tusen ggr, blir aldrig klar med något jag företar mig. (...) Jag kommer aldrig gå klädd i en stilig dress från filippa k, giftas mig, gå på par middag, skaffa barn och bete mig ansvarsfullt. Jag vet inte hur man gör.”

Även studier och arbete är svårt, då de i perioder mår bra och klarar av det. I de sämre perioderna klarar emellertid vissa av kvinnorna knappt av att ta sig upp ur sängen. Flera av kvinnorna pluggar och har framtidsdrömmar, men vägen dit ser de inte ljust på.

”Jag ser så många hinder mellan mig och arbetslivet- åtminstone som det ser ut just nu. (...) Drömmen hade varit att jobba med djur eller utsatta barn, men dem tankarna grusar jag själv ganska fort då det skulle innebära att jag är tvungen att plugga, vilket jag i dagsläget inte klarar av.”

Det uttrycks i bloggarna att lycka ska vara en del av ett normalt liv. Alla kvinnorna i min studie uttrycker en längtan efter att ibland få vara lyckliga. Flera menar att de inte ens kommer ihåg hur det känns. Det händer så sällan.

”Inatt skrattade jag på ett sätt som jag inte gjort på flera år.”

Ett normalt liv är vad kvinnorna i min studie önskar sig. Ett liv som inte innebär borderline och där kraften att försöka finns. Det liv som andra lever och där det som de verkar se som rättigheter i en människas liv uppfylls.

“Jag vill göra så mycket, vill kunna fungera som en “normal” människa, men kraften och orken finns inte.”

5.1.3. (O)frivillig fånge i vårdens famn

Kvinnorna i denna studie har alla varit i kontinuerlig kontakt med vården på flera sätt i och med att de diagnostiserats med borderline. För flera av dem är det ett stöd och något de behöver för att klara sig igenom svåra perioder men flera har även upplevt andras oförmåga och ovillighet att hjälpa dem. I tolkningsrepertoar (O)frivillig fånge i vårdens famn beskriver kvinnorna hur de upplever sig fast i vårdssystemet och hur de blir bemötta av läkare, terapeuter och vårdare och hur psykvården och mediciner är något de varken klarar sig med eller utan.

”Det är inte lätt att få hjälp inom psykvården. Detta gäller både vid rätt tid, t ex vid akuta besvär samt adekvat behandling. Jag har 14 års erfarenhet av psykvård och jag vet hur vansinnigt frustrerande det kan vara. Jag vet inte hur många gånger jag ringt psykakuten och bett om hjälp, utan framgång, eller begärt en ordentlig utredning utan att få det.”

Flera av kvinnorna beskriver hur de är beroende av sina mediciner. De tar fler än de ska när ångesten blir för stor fast de vet de inte borde. Tabletterna blir lätta att tillgå när det känns svårt. De hjälper snabbare i stunden än att slussas runt i telefonen eller åka in på psyk vilket de vid flera tillfällen helst verkar vilja undgå. Samtidigt uttrycker kvinnorna i denna studie att de helst skulle vilja dra ner på medicinerna. De vet inte längre om det är sjukdomen eller medicinerna som gör att de mår så dåligt. Ingen av de som uttrycker detta känner att de blir bättre av medicinerna men de vet inte längre hur de är utan dem.

”Jag är egentligen väl medveten om att jag inte ska överdosera, men just i stunden är det enda jag tänker inte skära, inte skära och istället tog jag piller för att få bort smärtan. Nu undrar jag varför jag inte ringde psyk istället.”

”Jag har inte tagit mina mediciner på ca en vecka. (...) jag orkar inte känna mig som en känslökall zombie hela dagarna längre, då har jag hellre mina humörsvängningar. Jag vill inte längre vara fastspänd i någon jävla medicinstol (...) det känns som en slags frihet.”

En av kvinnorna talar om hur hon inte förstår hur fördomsfulla människor tillåts arbeta inom psykiska vården. Hon undrar hur dessa ska kunna behandla klienter som har det svårt och har en diagnos när de verkar tror att personerna är diagnosen. Dessa personer borde inte få arbeta med människor skriver hon.

”Jag är stämplad borderline och befinner mig alltså långt under läkare/psykologer/sköterskor och jag blir bemött därefter. Mina ord väger inte tyngre än att de kan tystas med medicin. Jag är ju borderline.”

Flera av kvinnorna i studien beskriver hur de ofta blir bemötta som om de vore sin diagnos. En uttrycker det som att borderline är en *skräpdiagnos* som inte säger så mycket om personen själv. Hon är inte mer manipulativ eller egocentrisk än en del andra människor. Det hon känner är mänskligt och inte borderline. Det är inte det som definierar henne. När hon kommer till sjukhuset känns det som personalen tänker att här kommer en av de där jobbiga flickorna som envisas sig med att skära sig i armarna. En gång berättar hon att hon fick den oväntade kommentaren: *”Men herregud du får ju skära djupare och åt andra hållet om du ska dö.”* Borderline verkar ha fått stämpeln som obotligt, återkommande fall påpekar flera av dessa kvinnor. De ses som några som inte försöker eller vill bli bättre. En av kvinnorna beskriver hur hon känner att det gäller att säga de ”rätta” sakerna för att bli behandlad på ett bra sätt.

”Det blir problematiskt när fördomsfulla människor har makt över dig, vilket ofta är fallet när man är inlagd. Därför måste man hela tiden spela ett spel. Säg de rätta sakerna och inte avslöja de fel sakerna(...) Det är därför ingen blir hjälpt.”

Kunnig personal och vård inriktad på just deras problem är något övervägande delen av dessa sex kvinnor beskriver som önskvärt. Detta har de flera gånger blivit lovade men hoppet om att bli bättre släckts gång på gång skriver de. Varje gång de får höra att avdelningen inte kan hjälpa dem och de skickas vidare till en annan blir självförtroendet sämre och de känner sig som hopplösa fall.

”Risken finns ju liksom andra handläggare jag haft försvinner inom några månader och då kommer en ny med nya åsikter, erfarenheter och tankar om vad som är bäst för mig. Varför kan det aldrig bli lugn och ro.”

En vanlig behandlingsmetod för borderline är DBT (dialektisk beteende terapi) som är en terapi där det fokuseras på nuet och på att vara medveten för att ändra på sina tankar och beteende. Trots att DBT är den terapi som visat sig fungera bäst för borderlinepatienter är det inte så för alla. En av kvinnorna menar att hon vill ha förklaringar till varför hon är som hon är och gå till grunden med sina problem vilket inte DBT gör. Olika behandlingsformer fungerar alltså olika bra på personer med diagnos borderline. Det går inte att dra alla över samma kam då de alla är olika individer med olika känslor.

”Nu har jag varit hos min sluga terapeut. Han har en otrolig förmåga att se igenom mig och sätta huvudet på spiken vad gäller mina problem. Och han är så härligt psykodynamisk.”

De uttrycker inte heller bara klagomål över läkare och personal. De skriver att det finns vårdare som tar dem på rätt sätt men vad som gäller är att de ska vara öppna och möta dem som egna individer.

”Idag jobbar det i alla fall bra personal. (...) Känner mig alltid lugnare när han är där.”

Övervägande delen av kvinnorna i mitt empiriska material menar att sysselsätta sig, jobba och träffa folk är den bästa medicinen. Det kan dock vara svårt att komma igång med när de har sina sämre perioder.

”Det är verkligen skitbra att träna. Bättre än alla terapitimmar och stesolidburkar tillsammans. (...) Jag är såå pepp!”

5.2. Identiteter

5.2.1. Det här är jag

Flera utav kvinnorna talar om det sjuka inom dem som en del av deras personlighet. Utan sin sjukdom vet de inte riktigt vilka de är eller vad de annars skulle vara. De beskriver det som att det finns två av dem i samma person. Dessa kämpar hela tiden mot varandra inombords för att styra hur kvinnorna ska agera och leva mot sig själva.

”Jag är två (sitt namn), ett destruktivt jävla monster och en liten flicka. Det är den lilla flickan som måste växa upp och bli starkare för att kunna stå emot vansinnet inom mig.”

Samstämmighet råder hos kvinnorna i mitt empiriska material då de uttrycker att det är lätt att identifiera sig med sin diagnos och det gäller speciellt då de behandlas som en sjukdom av omgivningen. Det finns en person bakom diagnosen som ibland får komma fram skriver de, någon som oftast känns långt borta. En av kvinnorna berättar exempelvis om när hennes psykolog i ett samtal frågade om hon kallade sig annat än

psykfall. Hennes första reaktion var att säga att det är uppenbart att hon bara är ett psykfall, inget annat än en ”ångest-brud”. Sen kom hon på sig själv och att det är klart hon är mer än så. Kvinnorna uttrycker att det är svårt att identifiera sig med annat när det är det hela ens liv kretsar kring. Flera av kvinnorna uttrycker att de nog är rädda för att vara något annat. Psykfall och borderline är området de är experter på och kan handskas med, det är deras sanning och liv.

”Vad jag uppfattar är fortfarande min sanning, hur sjuk den kan vara.”

Kvinnorna talar om hur de vill klara sig själva, få kontroll över sina liv och sina känslor. Att hela tiden vara emotionellt instabil gör att de känner osäkerhet och oro över sina känslor. En av kvinnorna undrar hur hon ska kunna lita på sina känslor när de helt plötsligt kan vända.

”Jag svänger så förbannat just nu. Ena stunden är jag glad och i nästa hysteriskt ledsen eller riktigt förbannad. Jag får liksom ingen ordning.”

Att vara emotionellt instabilt innebär i sin tur att individerna upplever sig vara till last för sin omgivning och de skriver att de förstör för andra. De verkar mena att de känner sig själviska eftersom allt kretsar så mycket kring dem. Denna känsla av brist på kontroll över känslorna och de destruktiva handlingarna blir en bidragande orsak till ett dåligt självförtroende uttrycker kvinnorna. De skriver att de förstör både för sig själva och andra genom sin sjukdom och att de inte är värda den kärlek de får. De är bara en börda, dumma i huvudet som inte kan styra sina tankar och leva som alla andra, fast de vet så inte är fallet.

”Jag är inte ointelligent. Rent intellektuellt så vet jag att det inte är så. Men ofta undrar jag hur jag inte kan vara det, när jag känner mig så jävla dum i huvudet.”

Kvinnorna beskriver det som om de är i krig mot sig själva. De kämpar för att må bra men monstret inom dem är svårt att vinna över. Samtidigt verkar de vara medvetna om att det bara är de själva som kan vinna kampen för att må bra och bli lyckliga. Lära sig leva och handskas med sjukdomen även om den kanske alltid kommer vara en del av dem.

”Jag är trött på att vara min värsta fiende, på att misshandla min kropp och plocka sönder min själ. Jag vill ju byta fil, inte ner i diket.”

”Det är inga demoner ute efter mig, det är jag som är en demon.”

Även om tvångsaktiga tankar och ångest ständigt kommer vara en del av kvinnorna verkar många vilja försöka få slut på självskadandet och självhatandet.

”Jag vill älska mig själv, men samtidigt tänker jag ”varför ska jag älska mig själv?” det kanske är meningen att jag ska skada mig själv och hata mig själv?”

Flera av kvinnorna i studien skriver om hur de funderar över meningen med livet och varför inte de kan vara glada och njuta av livet som så många andra. Ofta finns tankar om självmord. De verkar vara medvetna om att det är på grund av sjukdomen men är ändå en del av vilka de är.

”Just nu vill jag bara dö, jag vet bara inte hur jag ska få mina anhöriga att förstå å inte få sina liv förstörda. Det där mörka som jagar mig... jag har insett att det är jag. Jag vill slippa det mörka. Jag måste bort.”

För att orka leva vidare uttrycker kvinnorna att de måste förlika sig med sjukdomen, acceptera den som en del av sig själva. Ibland kommer deras ”riktiga jag” fram förklarar tre av kvinnorna, den de känner igen sig i och så som de var förr, innan de fick sin diagnos. Det är den personen de vill hitta igen för då kanske de kan njuta av livet och vara glad.

”Mitt ”riktiga” jag har kommit fram mer tror jag! ”Flumbecca” som jag brukar säga:) Men jag kan även bli för hyper (flum) och det kan jag när jag inte mår bra också.. Men nu är det mitt normala flum iaf haha:)”

5.2.2. Den hopplösa kämpan

Alla sex kvinnorna i studien beskriver hur de ständigt pendlar i sitt mående. De känner att ingen förstår dem när de försöker förklara. Detta gör att de känner en stor ensamhet och upplever att det inte finns någon som kan hjälpa dem. Att ständigt förlora den inre kampen mot det sjuka gör att de till slut inte orkar kämpa för att må bättre. Ibland ser de hopp om en bättre framtid men det följs av en ständig rädsla för att alltid falla tillbaka i något de beskriver som mörker, ett djupt hål. En kvinna beskriver det dock såhär:

*”Egentligen är jag inte mörkrädd. Alls. Jag är van vid mörkret. Ljuset däremot. Där snackar man rädsla. **Jag är ljusrädd.** Rädd för något som ska vara så bra. Ja, det är något fel på mig.”*

De uttrycker att de har svårt att se någon mening med livet och vara känslomässigt stabila. Det verkar inte vara något som känns naturligt för dessa kvinnor.

*”Vill kunna se ljus istället för mörker. Vill kunna se positivt. **Vill kunna känna någon mening med livet.**”*

Kvinnorna uttrycker på bloggarna att det inom dem finns så mycket känslor som inte går att kontrollera. De har tankar om ifall de någonsin ska må bra och få vara lyckliga när det ständigt är ett mörker kring dem. Istället beskriver de ett töcken där ingenting går att se klart.

”Sen är det det här med mina tankar och känslor och alltihop. Jag vet verkligen inte hur jag mår. Jag vet inte hur jag känner... Känns som jag bara glider med utan att egentligen vara närvarande. Jag vet inte varför men jag får panik vid tanken att jag kanske mår bättre.”

Att känna såhär och inte kunna förstå hur andra människor kan känna sig lyckliga eller varför de själva inte vågar bli lyckliga gör att kvinnorna i studien verkar känna sig ensamma i sina tankar. De känner sig instängda i sig själva, instängda i sin egen rädsla för att falla in i mörkret, i skadandet och ångesten med dess tankar. Samtidigt vågar de inte må bra.

”Ensamheten är vidrig... den där ensamheten som inte går att bota med umgänge.”

Dessa känslor, ensamheten, tomheten och mörkret gör att den ständiga kampen mot borderline känns hopplös. En av kvinnorna beskriver hur hon känner det som om hon har träningsvärk i själen av allt kämpande. Det tar aldrig slut. En annan beskriver det så här:

”Livet är verkligen i lutande uppförsbacke. En uppförsbacke som tycks vara utan slut.”

5.2.3. Herr Ångest

När kvinnorna i studien talar om sin ångest talar flera av dem om den som om den vore en person som ständigt står utanför deras dörr och vill komma in. Ett par av dem kallar den till och med för Herr Ångest eller Herr Å. Han hindrar dem för att öppna dörren och kliva ut i ljuset, in i den verkliga världen.

”Jag är så jävla trött på att slåss mot herr å så det känns som att jag lika gärna kan släppa. Världen är mörk. Eller kanske inte egentligen men det är som att jag har ett filter som hindrar mig från att se det vackra, om det nu finns.”

Herr Ångest lämnar dem aldrig själva utan är ständigt deras följeslagare. Han verkar vara som en kritisk röst som emellanåt handlingsförlamar dem. Han tar över utrymmet i henne uttrycker sig en av kvinnorna och själv är hon bara en ynkelig streckgubbe.

”Söker en tillfällig viloplats att samla kraft på, men finner ingen - för ångesten är på mig hela, hela tiden!”

En annan beskriver ångesten som ”rösten”. En röst som tar över hennes handlingar och säger åt henne att snart sitter hon med rakbladen mot huden. Rösten tystnar först när hon lyder den. Flera av kvinnorna i den här studien berättar att de känner sig svaga som inte står emot ångesten och det den säger åt dem att göra.

”Är fruktansvärt disträ och sårbar. Ångesten ligger och väntar på att få släppas ut, och paniken växer i bröstet. Be till högre makter att jag inte kommer skada mig ikväll.”

Ångesten kan både smyga sig på så de känner att de är på väg neråt och mår sämre eller komma som attacker utan förvarning. Då de inte kan kontrollera den försöker de istället hitta vägar att fly den. I hopp om att undkomma den och inte skada sig själva blir det ofta att medicin eller alkohol missbrukas. Även om flera av kvinnorna uttrycker att det hjälper för stunden blir det oftast värre efteråt.

”Jag har försökt döda herr ångest med kemiska substanser men det visade sig att det var det absolut värsta jag kunde göra ty det gjorde honom bara ännu starkare, ännu mörkare...”

Konsensus råder hos kvinnorna i mitt empiriska material då de säger att ångesten och rösten i huvudet lättar om de sysselsätter sig. Träna, umgås med folk och arbeta får dem att känna sig bättre både psykiskt och fysiskt. Detta är dock något de flesta bara gör i perioder, perioder då de inte mår allt för dåligt och ångesten är alltför hög. Det blir som en ond cirkel. Ångesten är ständigt där och något som de aldrig blir av med helt.

”Herr ångest är förmodligen kvar, men han har gömt sig. Skönt.”

Eftersom ångesten är en del av dem, en del av borderline, säger kvinnorna själva att de måste lära sig handskas med den, låta den bli deras vän. De måste kämpa för att få kontroll oavsett hur jobbigt och hemskt det är, annars blir det svårt att skapa ett lyckligare och ljusare liv. Genom personifiering av ångesten läggs ansvaret för vad de känner och gör med sig själva över på ”någon annan”.

”Orkar verkligen inte träffa herr Å. Min psykolog säger att jag måste göra just det, möta honom. Kanske bli kompis. Men idag är han för läskig.”

5.2.4. Den ärrade

Den ärrade är identiteten kvinnorna antar gentemot omgivningen. Vanligt förekommande hos individer med diagnos borderline är självdestruktivt beteende. Detta kan te sig olika men vanligast verkar vara att skära sig för att lindra sin ångest, vilket bidrar till en ärrad kropp. Skärandet innebär ett lugn, menar de.

”Jag tänker mycket på att jag bara vill skada mig själv. Saknar när det är ömt och värker i såren dagen efter och även det där när man bara vill skära mer o mer o mer över hela armarna tills det verkligen lugnar...”

Det är en ständig kamp för att se ljuset och det är när mörkret tar över som de destruktiva tankarna får övertaget. Skärandet hjälper. Kvinnorna uttrycker att kroppen och jaget återförenas med skärandet och blodet som strömmar är något de kan se och ta kontroll över. Därför är mörkret så svårt att motstå. Flera beskriver det som att de får ut något positivt av att skära sig ibland. Det gör att ångesten lättar och låter dem vara ifred. Men när de väl börjat är det svårt att sluta för ångesten är snart tillbaka.

”Om jag gör det en gång och det ger något positivt så känner jag att det inte spelar någon roll, kan väl lika gärna göra de en gång till... Men jag vill INTE fastna i skitet igen.”

”Iaf så läängtar ja så mkt efter att bara dra hårt över min arm flera ggr med ett vasst vasst rakblad... såret öppna sig... blodet sakta komma fram... känna hatet mot mig själv och dra ännu hårdare... tills man är ”nöjd” ...”

Trots att skärandet många gånger blir till ett måste för att stilla ett begär och finna lugn uttrycker flera av kvinnorna en känsla av skam över handlingen och ärran det medför.

”Jag vill inte gå med långärmat och med långbyxor resten av mitt liv, så någonstans någon gång måste jag börja och det blev idag. Om människor omkring tycker jag äräcklig/ful/pinsam/uppmärksamhetsökande så får det stå för dem: Jag har precis lika mycket rätt att bada som alla andra, trots mina ärriga armar och ben.”

Det är dock inte bara för sin egen skull de vill dölja ärran. De verkar veta vad det kan väcka för känslor hos andra som mår dåligt på samma vis som de gör.

”Vad jag däremot nu och även i framtiden kommer undvika är att gå i kortärmat bland unga tjejer och killar. Jag vill inte väcka den iden hos någon eller på något sätt få en person som börjat lite smått att se alla mina ärr på armar och ben, som sitt mål. Jag vill helt enkelt inte ”smitta” någon.”

Samma kvinna berättar om en händelse när hon skulle gå ut i trapphuset och slänga soporna i kortärmat och en granne utbrister om hur förfärlig hon ser ut och undrar vem som har gjort henne så illa. När kvinnan svarar att det är hon själv säger grannen att så gör man väl ändå inte mot sig själv. Hon vill ge numret till en kvinnojour för så mycket förstår hon att det är ju kvinnomisshandel det rör sig om. “Eller är du psyksjuk!?” säger hon sen. Detta utgör ett exempel som tyder på att det är omgivningens påpekande som gör att kvinnorna känner sig avvikande. De hamnar i en slags offerposition där omgivningen får dem att känna sig ännu sjukare.

”Nu när jag är ute i verkligheten igen börjar jag så smått känna mig skamsen över min kropp. På psyk är det ingen som kollar särskilt mkt på min arm men utanför så stirrar verkligen folk. Det spelar ingen roll om jag bantar, fixar bröstet å röven å hej å hå för folk kommer ändå se mina tragiska ärr och tro att jag är galen. Det är jag förvisso.”

Ärran finns där som ett hinder för att leva det liv de vill eller skulle kunna leva. Det blir en ständig påminnelse om sjukdom, ärran som de själva orsakat genom att skära sig. De beskriver att de upplever det som en stämpel som aldrig kan tas bort och att omgivningens blickar visar på att de inte är som andra, inte som de ska vara. En kvinna skriver att hur hon än skulle försöka att leva upp till samhällets skönhetsideal skulle ärran alltid finna där och stämpla henne som galning.

“Nästan alla ärr har en historia bakom sig och sitter där som en ständig påminnelse.”

6. Diskussion

I detta avsnitt diskuterar jag de reflektioner som har uppstått under studiens och analysens gång på ett djupare plan. I resultatdiskussionen kopplas mina resultat och analys samman med bakgrundsavsnittet och den teori jag tidigare redovisat. Avslutningsvis redovisas funderingar om vidare forskning.

6.1 Resultatdiskussion

Borderline - en identitet

Det skulle kunna sägas att kvinnorna framställer sig olika i bloggarna och i livet utanför då de i bloggarna skriver hur de känner och upplever sin diagnos och livet med den. I livet utanför datorn däremot, i face to face interaktioner, beskriver de att de ofta sätter upp fasader och går in i roller bland andra människor för att passa in. Dock finns det inte bara en sann bild av oss människor menar socialkonstruktionismen utan vi är olika inför olika individer och sammanhang. En individ lever nämligen upp till det som omgivningen behandlar den som (Burr 1995, Rose 1996). Därmed *blir* dessa kvinnor sin diagnos borderline då andra behandlar dem efter denna. De känner sig inte bara som väldigt känsllosamma människor som är oförstådda utan de är sjuka. Annars skulle de inte haft någon diagnos. Den ständiga ångesten och det destruktiva beteendet gör kvinnorna till sjuka då de är medvetna om att andra, ”friska”, inte känner eller gör som dem. De uppfattar sig själva som avvikande och sjuka vilket tillslut blir ett socialt faktum (Elzinga 2006). Diagnosen blir som ett hinder för deras verkliga jag då den ofta får tolkningsföreträde genom de förutfattade meningarna men flera av dem uttrycker också att de inte längre vet vilka de är utan borderline. De upplever två sidor eller personer av sig själva, en sjuk och en frisk, men tillsammans *är* de borderline.

De tre tolkningsrepertoarerna beskriver hur kvinnorna upplever sig själva i kontrast till andra människor, till de utan diagnos borderline, och vad de individer som de kallar normala har i sina liv. De beskriver sig också i kontrast till hur de upplever att samhället och vården uppfattar och behandlar dem. Burr (1995) menar att världen vi lever i är skapad socialt mellan människor och på så vis produceras den delade kunskapen. Det är alltså i samspelet mellan de diagnostiserade kvinnorna och deras omgivningar som bilden av hur en individ med borderline är och betar sig skapas. Kvinnorna kategoriseras sedan därefter och blir stämplade som avvikande i och med deras diagnos borderline. Detta internaliseras i kvinnornas självbilder och skapar de identiteter kvinnorna beskriver sig själva utifrån. Då det är likheterna i kvinnornas beskrivningar som gjort att just dessa kategorier framtagits visas det på att detta har skett och att liknande diskurser kretsar kring dessa kvinnor med borderline trots att de, vad jag vet, är oberoende av varandra. I tolkningsrepertoaren **Livet med borderline** talar kvinnorna om sina liv där diagnosen blir till ett hinder och hur deras liv är annorlunda då de inte känner de kan delta i världen som andra människor på grund av deras ohälsa. Det är ett ständigt kämpande för att försöka bli frisk för först då kan de bli en del av vad de kallar **Ett normalt liv** som den andra tolkningsrepertoaren beskriver. Kvinnorna menar där att de känner

sig avvikande vilket gör att de ser det andra gör som saker som något önskvärt och eftersträvansvärt. De känner att deras riktiga jag inte är accepterat men kvinnorna förklarar att de inte heller vill behöva sätta upp dessa fasader för att anpassa sig till omgivningen. Detta verkar göra att de känner sig förvirrade i sin identitet. De *blir* borderline då de ser sig själva som det och bekräftas efter det. Tolkningsrepertoaren **(O)frivillig fånge i vårdens** famn visar sedan på hur kvinnorna känner sig missförstådda och oönskade som patienter. Hur vårdpersonalen verkar tycka att de är återkommande hjälplösa fall som inte vill bli friska då det är så borderlinepatienter *är*. Vad de än gör förklaras det som uttryck för sjukdomen då starka känslor och motsättningar kan tolkas in i de diffusa kriterierna. De blir stämplade efter diagnosen. Trots detta behöver de vårdens hjälp och detta scenario blir svårt att undkomma.

Flera av de unga kvinnorna uttrycker själva i sina blogginlägg att deras diagnos *är* deras identitet. De skriver att de *är* sin sjukdom och inget mer än en borderline eller ett psykfall. Enligt diskurspsykologin och socialkonstruktionismen är identitet inget fast utan helt konstruerat socialt i relation till andra människor. Identiteter ses som produkter av olika diskurser vilket gör identiteter flexibla och rörliga skriver Whinter Jorgensen & Phillips (2000). Min tolkning är att kvinnorna i studien ser sig själva genom de diskurser eller tolkningsrepertoarer jag funnit och därigenom har de identiteter jag beskrivit skapats vilka alla står i relation till borderlinediagnosen. En intressant aspekt är att alla kvinnorna beskriver sig på samma sätt och därmed intar samma identiteter fast de är sex olika individer med olika egenskaper som alla andra och det de har gemensamt är just en diagnos av borderline. Till och med identiteten **Det här är jag** förklaras på lika sätt. De beskriver olika känslolägen som ofta kan växla i samma inlägg. Några skriver att de vet att de kan upplevas jobbiga och oberäkneliga, uppmärksamhetsökande och manipulativa. De menar att det är för att de inte kan kontrollera sin sjukdom och sina känslor och fasaderna för att passa in går till slut inte att upprätthålla. Kvinnorna menar att de inte vet hur de skulle vara utan borderline då det är en del av dem och något de därför är rädda för att förlora. Även **Den hopplösa kämpan** uttrycker sjukdomen som en del av kvinnorna men präglas av rädsla och hopplöshet med vad det gäller att kämpa för att bli frisk. De uttrycker att de önskar sig vara friska men vägen dit är lång och ju närmare de kommer desto större blir rädslan att falla tillbaka för slaget blir då desto hårdare. Det är en hopplös kamp mellan det sjuka och friska och att låta det sjuka vinna blir den lättaste utvägen. Ett kriterium som flera med en diagnos av borderline uppfyller är ångest och anmärkningsvärt är att flera av kvinnorna i min studie talar om sin ångest som en person. De kallar den ofta för **Herr Ångest** och genom personifiering av ångesten kan tänkas att ansvaret för vad de känner och gör med sig själva läggs över på ”någon annan”. Det blir lättare att acceptera sjukdomen då det inte är hos de själva problemen ligger utan det är ”någon annan” som förstör för dem. Varför de kallar ångesten för Herr Ångest är en intressant fråga som väcktes hos mig då det återkom i flera av bloggarna men inget som jag fått någon djupare förståelse för. Den fjärde identiteten, **Den ärrade**, beskriver de destruktiva handlingarna som en reaktion för att andra ska förstå att de mår dåligt då de har

svårt att förklara sina känslor. Ären finns sedan där som en ständig påminnelse om att de är sjuka, både för sig själva och för andra. De ser alltså sjukdomen eller diagnosen både som en del av sig själva och som något utanför dem vilket beskriver deras relation till sjukdomen. Diagnosen verkar vara en trygghet då de inte vågar bli friska men ändå något som gör att de ständigt präglas av ångest och rädsla och som de vill bli av med. Vilken identitet kvinnorna använder sig av beror på vilket sammanhang och känsloläge de befinner sig i.

Framställningarna kvinnorna gör är alla symptom och karaktäristiska för diagnos borderline personlighetsstörning vilket blir en intressant aspekt då det är så de beskriver sig som individer. Både Burr (1995) och Rose (1996) menar att identitet konstrueras efter hur vi blir responderade av andra individer. Likt detta kan då tänkas att kvinnorna blir responderade efter kriterierna för diagnos borderline, att det är omgivningens bild av dessa kvinnor som sedan både identifierar sig och definierar borderline efter kriterierna för diagnosen. Hur kommer detta sig? Kriterierna för borderline är diffusa och endast fem av nio kriterier behöver uppfyllas för att få diagnosen. Detta borde betyda att en borderlinediagnos kan se väldigt olika ut hos olika individer och att samma diagnos kan upplevas på väldigt olika sätt. Trots de diffusa kriterierna och därmed de olika sätten diagnosen kan ta sig i uttryck förklarar kvinnorna i sina bloggar sina diagnoser på väldigt lika vis, genom samma identiteter och tolkningsrepertoarer. Samhället verkar se borderline utifrån kriterier och inte individen själv. Detta visar på en nackdel med att sätta diagnoser som är så diffusa som borderline då individerna ändå stämplas utifrån samma kategori. När omgivningen sedan ser de diagnostiserades olika beteenden som kanske inte stämmer överens med bilden de har kan detta istället bidra till att de med borderline upplevs ännu mer ostabila och manipulativa.

En individ ska inte behöva bemötas efter sin diagnos utan ifrån dennes egna upplevelser och välbefinnande. Alla är vi olika och ingen ska behöva vara sin diagnos. Samtidigt blir det oundvikligt så att en diagnos, hur diffus den än må vara, stämplar individen i interaktionen med omgivningen.

En fastställd diagnos kan få individen som diagnostiserats att leva upp till den förväntade rollen (Elzinga 2006). Kvinnorna tillåts genom detta vara uppmärksamhetssökande och behöver inte försöka kontrollera sina känslor utan att andra nämnvärt bryr sig. Fördomarna uppfylls istället. Johannison (2006) menar att diagnosen får en egen makt. En diagnos kan dock underlätta för vissa, då den kan få individer att känna grupptillhörighet. Det blir positivt i den bemärkelsen att en individ kan känna sig erkänd och bli en i en gemenskap, samt att behandling lättare kan ges. Det negativa kan dock vara just att bli stämplad och kategoriserad efter fördomar (Hallerstedt, 2006). Diagnosen kan alltså ha både för- och nackdelar. I denna studie beskriver vissa av kvinnorna diagnosen som något bra och andra som något dåligt. Vissa menar alltså att en diagnos hjälper medan andra anser att den stjälper. Många får borderline tidigt i tonåren när man skapar sin identitet och kanske är det därför det är så svårt för dessa kvinnor att se sig som något annat än just borderline.

Diskurspsykologin menar dock att individen själv kan påverka diskurser. I bloggarna skriver kvinnorna med egna ord hur de upplever sig själva och sitt liv i relation till omgivningen. Genom att belysa diagnos borderline med de diagnostiserades egna ord via bloggar och Internet som ligger i tiden, men även på andra sätt, kan de diagnostiserade själva lättare påverka diskurserna om psykisk ohälsa. Det kan även ge andra individer mer förståelse för hur de diagnostiserade själva känner och varför de beter sig som de gör. Detta skulle dock kräva att samhället också är öppet för att lyssna. Att aktivt berätta och inte dölja sig bakom fasader eller spela roller kan istället öppna omgivningens ögon och i långa loppet till och med bryta ner vissa fördomar. Diskurserna och synen på psykisk ohälsa skulle sakta förändras. Flera av kvinnorna beskriver just att de känner att de måste spela roller eller sätta upp fasader för att känna sig accepterade i samhället. Då de inte visar sina "verkliga jag" inför omgivningen bildas en annan bild av dem. Detta kan i sin tur leda till att individer drar förhastade slutsatser och gör en orättvis behandling av personer diagnostiserade med borderline. För att bilda en mer gemensam verklighet där människor inte tas för givna eller stigmatiseras krävs en öppen dialog. Alla inblandade måste både tala och lyssna då språket är grundläggande och vårt främsta medium enligt socialkonstruktionismen vilket skapar de sociala konsekvenserna. Det är av vikt att få in individer med borderline i samhället och hjälpa dem att bli en del av den "riktiga" världen som de ser sig själva utestängda ifrån. På så vis kan även personen bakom diagnosen ta steget ut i verkligheten.

6.2. Vidare forskning

Vad gäller vidare forskning skulle jag se det intressant med en studie av denna sort där även genus finns som en aspekt. Detta för att se om kvinnor och män upplever en diagnos av borderline på olika sätt, samt om det går att finna några skillnader i deras identitetskonstruktioner och ifall båda könen identifierar sig med diagnosen på samma vis. Intressant vore även att göra liknande studier med utgångspunkt i andra diagnoser av psykisk ohälsa. Finns det diagnoser som är mer identitetsskapande än andra? Skulle diagnostiserade av en annan diagnos än borderline i samma utsträckning beskriva sig själva utifrån symptom och kriterier eller finns det andra orsaker som har större inverkan? Under studiens gång har jag även undrat hur mitt material och resultat hade sett ut om jag istället använt mig av intervjuer eller någon annan metod. Därför hade det även varit intressant att göra en liknande studie med intervjuer istället för diskursanalys för att se om individernas beskrivningar om sig själva och sin diagnos hade varit desamma utanför bloggarna.

7. Litteratur

Adshead, G. & Jacob, C. (2009). *Personality Disorder: The definitive Reader*. London: Atheneum Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. (Fourth Edition, Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Association.

- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Börjesson, M. (2003). *Diskurser och konstruktioner. En sorts metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Crang, M. & Cook, I. (2007). *Doing ethnographies*. London: Sage Publications Ltd.
- Elzinga, A. (2006). ”Samproduktion av begrepp och sociala ordningar i ett forskningspolitiskt perspektiv” i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Gunilla Hallerstedt (red.) 113-126. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Foucault, M. (1983). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.
- Hallerstedt, G (red.). (2006). *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Herlofson, J. (1991). *Personlighetsstörningar. I psykiatri 91*. M. Åsberg & J. Herlofson (red.) Stockholm: Pilgrim Press.
- Johannisson, K. (2006). ”Hur skapas en diagnos?” i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Gunilla Hallerstedt (red.) 29-41. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2007). *Tillsammans Om medkänsla och bekräftelse*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kärfve, E. (2006). ”Den mänskliga mångfalden diagnosen som urvalsinstrument” i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Gunilla Hallerstedt (red.) 59-71. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- Näslund, G.K. (1998). *Borderline personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: SAGE Publication Ltd.
- Rose, N. (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*. New York: Cambridge University Press.
- Silfving, T. & Nilson, G. (2006). *Hotande närhet. Om borderlinerelationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjöberg, K. & Wästerfors, D. (2008). *Uppdrag: Forskning*. Malmö: Liber AB.
- Soback, S. (2006). ”Vad styr behandlingsutbudet vid psykiskt lidande?” i *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Gunilla Hallerstedt (red.) 43-58. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.

Svenningsson, M., Lövheim, M. & Bergquist, M.(2003). *Att fånga Nätet. Kvalitativa metoder för internetforskning*. Lund: Studentlitteratur.

Turkle, S. (1997). *Leva.online*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.

Våge, L., Stattin, E. & Nygren, G. (2005). *Bloggtider*. Stockholm: Stiftelsen Institutet för Mediestudier.

Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism. Discourse and legitimation of exploitation*. New York: Columbia University Press.

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L.(2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.