



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Ett annat sätt att vara

Kvinnors upplevelser och hantering av PMS

Matilda Fisk & Ida Skaghammar

Psykologexamensuppsats. 2016

Handledare: Jens Knutsson
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till er som har deltagit i denna studie och delat med er av era erfarenheter och funderingar. Utan er hade det inte blivit någon uppsats. Tack också till vår handledare Jens Knutsson för vägledning, uppmuntran och engagemang under arbetets gång. Slutligen vill vi tacka Alexander och Axel för allt stöd.

Abstract

The aim of this study was to explore the experiences of having premenstrual syndrome (PMS), and how women with PMS manage their symptoms. From these results a theoretical discussion was held regarding suitable psychological treatment and interventions to ease the suffering from PMS. Data was collected through three different focus groups with a total of nine participating women. The topics of discussion were experiences, strategies and needs related to PMS. Qualitative Thematic Analysis was used to analyze the data. This resulted in six different themes: Different Realities, No Energy for Others, The Troublesome Anger, Listen to Myself, An Explosive Topic and PMS is Bigger than Me. The participants described themselves as being different during PMS than otherwise, leading to an impression of oneself as being unreliable. Difficulties with regulating emotions seem to cause suffering, however, the struggle is later forgotten or diminished after the PMS has passed. The participants' prior experiences with other people having a judgmental attitude towards PMS, an overall low level of knowledge about it and the topic itself being taboo inhibits them from being open with their own PMS. The results of this study are discussed regarding interventions and treatments. Lastly suggestions for further research are made.

Key words: PMS, Premenstrual Syndrome, Experience, Coping, Strategies, Intervention, Psychotherapy, Treatment.

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka upplevelser och erfarenheter av premenstruellt syndrom (PMS), hur kvinnor med PMS hanterar sina symtom samt göra en teoretisk koppling till möjliga psykologiska behandlingsinterventioner för att lindra besvär vid PMS. För datainsamling deltog nio kvinnor med PMS, uppdelade i tre olika fokusgrupper, för att samtala kring upplevelser, strategier och behov kopplade till PMS. Data analyserades kvalitativt utifrån tematisk analys vilket resulterade i sex olika teman: Olika verkligheter, Ingen ork till andra, Den besvärliga ilskan, Lyssna på mig själv, Ett laddat ämne och PMS är större än jag. Deltagarna berättade att den de är vid PMS är annorlunda mot hur de brukar vara vilket ger en upplevelse av oberäknelighet. Även svårigheter med att reglera emotioner framkom. Svårigheterna och lidandet glöms eller förminskas när PMS är över. Att kunskapen om PMS är låg och att PMS är tabubelagt beskrevs hindra möjligheten att vara öppen med sina besvär. Utifrån resultatet diskuterades åtgärder och behandling samt förslag till vidare forskning.

Nyckelord: PMS, premenstruellt syndrom, upplevelse, hantering, strategier, intervention, psykoterapi, behandling.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	5
Tidigare forskning om PMS	9
Litteratursökning	9
Premenstruellt syndrom	9
<i>Normalvariation eller patologi?</i>	10
<i>Samsjuklighet.</i>	10
<i>Påverkan på vardagsfunktion.</i>	11
<i>Sjukvårdsrådgivningens rekommendationer.</i>	11
Upplevelser av PMS	12
Psykologiska mekanismer för PMS	13
<i>PMS ur ett KBT-perspektiv.</i>	13
<i>Självfokuserad uppmärksamhet.</i>	14
<i>Emotionsreglering.</i>	14
Behandlingsforskning	15
<i>Livsstilsfaktorer.</i>	15
<i>Psykoedukation.</i>	15
<i>KBT vid PMS.</i>	15
<i>SSRI.</i>	16
Sammanfattning och analys av tidigare forskning om PMS	17
Syfte	18
Metod	18
Metodbakgrund	18
Kvalitativ metod	18
Fokusgrupper	19
Hermeneutik	19
Tematisk analys	20
Deltagare	20
Urval	21
Procedur	22
<i>Rekrytering.</i>	22
<i>Datainsamling.</i>	22
<i>Dataanalys.</i>	23
Mätinstrument	24
<i>Intervjuguide.</i>	24
<i>PSST.</i>	24

<i>Frågor</i>	24
Etiska ställningstaganden	24
Kvalitetskriterier	25
<i>Social validitet</i>	26
<i>Subjektivitet och reflexivitet</i>	26
<i>Adekvat data</i>	26
<i>Adekvat tolkning</i>	26
Förförståelse.....	27
Resultat	27
Olika verkligheter	28
<i>Det jag känner nu är sant</i>	30
<i>Vad är mitt sanna jag?</i>	32
<i>De bästa hade varit att slippa</i>	33
Ingen ork till andra.....	34
<i>Nedsatt förmåga att känna med andra</i>	35
<i>Bristande ork till socialt ansvar</i>	35
Den besvärliga ilskan	37
<i>Skam och skuld</i>	37
<i>Vad ska jag göra med min ilska?</i>	38
<i>Dra mig undan som strategi</i>	39
Lyssna på mig själv	40
<i>Dra mig undan som behov</i>	41
<i>En balansgång</i>	42
<i>Acceptera mig själv</i>	43
Ett laddat ämne.....	44
<i>Otillåtet och nedlåtande</i>	45
<i>Önskan om kunskap och förståelse</i>	46
PMS är större än jag.....	49
Diskussion	50
Resultatdiskussion.....	50
<i>Upplevelser</i>	50
<i>Hantering</i>	52
<i>Behov och möjliga interventioner</i>	54
På egen hand	54
Professionella insatser.....	55
<i>Gruppbaseade interventioner för kunskap och normalisering</i>	55
<i>Mindfulnessbaseade interventioner</i>	56

<i>Att ha i åtanke</i>	56
Slutsatser	57
Studiens begränsningar	58
<i>Urval</i>	58
<i>Datainsamling</i>	59
<i>Analys av resultat</i>	60
Förslag på vidare forskning.....	61
Referenser	62

BILAGA A
BILAGA B
BILAGA C
BILAGA D
BILAGA E
BILAGA F

Premenstruellt syndrom, PMS, är ett heterogent fenomen med flertalet psykiska och fysiska symtom som uppkommer i varierande grad hos en stor andel av världens fertila kvinnor mellan ägglossning och menstruation (Epperson et al., 2012). Symtomen varierar från kvinna till kvinna i antal och intensitet, och dess inverkan på kvinnans vardagsfunktion korrelerar med svårighetsgrad av PMS (Heinemann, Minh, Filonenko & Uhl-Hochgräber, 2010). Symtombilden innefattar fysiska symtomen så som led- och muskelvärk och ömma bröst samt psykiska symtomen som affektlabilitet, argsinthet, nedstämdhet och ångest (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Enligt Heinemann et al. (2010) sänks den drabbade kvinnans hälsorelaterade livskvalitet signifikant vid måttlig till svår PMS. I den nya diagnostiska och statistiska manualen DSM-5 finns PMS inkluderat som diagnos, vilket gett upphov till blandade reaktioner. Browne (2015) menar att detta är att patologisera ett normalt beteende hos kvinnor medan Epperson et al. (2012) menar att ett gediget förarbete lett fram till införandet av diagnosen och att detta höjer syndromets status.

Forskning på psykoterapeutiska interventioner visar på svaga till måttliga effekter och många studier har stora metodologiska brister (Busse, Montori, Krasnik, Patelis-Siotis & Guyatt, 2008; Kleinstäuber, Witthöft & Hiller 2012; Lustyk, Gerrish, Shaver & Keys, 2009). I dagsläget tyder forskningen på att SSRI har likvärdig effekt med KBT-interventioner (Hunter et al., 2002; Kleinstäuber et al., 2012). Sjukvårdsrådgivningen 1177 rekommenderar fysisk aktivitet för att minska PMS-besvären. Enligt Daley (2009) saknas vetenskapligt stöd för detta, men att andra tillstånd med liknande symtom kan hanteras väl genom fysisk aktivitet. Ottosson (2009) menar att det för många kvinnor är hjälpsamt att bara få sin problematik normaliserad.

Förståelsen för hur PMS kan lindras och hanteras för de som lider av detta är idag bristfällig. Ett viktigt bidrag till att utveckla sådana behandlingsmodeller och strategier kan vara att undersöka hur PMS upplevs och hanteras av de kvinnor som lever med problemet. I föreliggande studie görs detta genom att hålla tre fokusgrupper med deltagare som har PMS varpå data analyseras kvalitativt med tematisk analys. Förhoppningen är att kunna uppnå en ökad förståelse för fenomenet, vilka strategier som är hjälpsamma samt att identifiera vad en psykologisk behandlingsinsats skulle kunna bestå av.

Tidigare forskning om PMS

Nedan redogörs för forskning om PMS, dess prevalens, diagnostisering, påverkan på den drabbade kvinnans vardag och sjukvårdsrådgivningens rekommendationer. Därefter följer en beskrivning av litteratur som redogör för upplevelsen av PMS och PMS i relation till psykologiska mekanismer. Slutligen redovisas studier avseende psykologisk behandling och dess verkan. Detta för att redogöra för det aktuella forskningsläget avseende PMS i de avseenden som är relevanta utifrån föreliggande studies frågeställningar angående upplevelse, strategier och behov vid PMS.

Litteratursökning

Sökningar efter litteratur om PMS gjordes i Lunds Universitets databas LUBSearch och American Psychological Association's (APA) databas PsycINFO. Sökord som användes var PMS, premenstrual syndrome, therapy, emotion*, mindful*, cognit*, intervention, quality of life, psychotherapy, psychological intervention, treatment, psychodynamic therapy, ACT, acceptance and commitment therapy, physical activity, experience, prevalence, comorbidity, DSM-5, depression, bipolar disorder. Träffar avseende hur PMS yttrar sig och påverkar den som drabbas utgjordes främst av studier avseende symtombild, komorbiditet och prevalens. Endast ett fåtal träffar rörde kvinnors egna upplevelser och beskrivningar av hur det är att ha PMS. I regel valdes artiklar som inte var äldre än tio år gamla, men då sådana inte fanns eller äldre artiklar tycktes relevanta har även dessa inkluderats i litteraturgenomgången.

Premenstruellt syndrom

Premenstruellt syndrom (PMS) består av en samling fysiska och psykiska symtom som manifesteras under menstruationscykelns luteala fas, det vill säga mellan ägglossning och menstruation (Ottosson, 2009). Tidsperioden för symtomen kan variera från ett par veckor till någon dag och avklingar i samband med påbörjad menstruation (Ottosson, 2009). I DSM-IV finns diagnoskriterier för Premenstruellt dysforiskt syndrom, PMDS, ett appendix. I DSM-5 finns PMDS med som diagnos, Premenstruellt dysforiskt syndrom, 625.4, under kategorin depressivt syndrom (Bilaga A). PMS och PMDS består av samma symtombild, det som skiljer tillstånden åt är en gradskillnad bestående av antalet symtom då ett kriterium för PMDS är att minst fem symtom (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Utifrån diagnoskriterierna i DSM-5 innefattar symtombilden för PMS 1) påtaglig affektlabilitet (känslösvängningar, plötslig ledsenhet eller gråt, eller ökad känslighet för att bli

avvisad), 2) påtaglig irritabilitet eller argsinthet eller ökad konfliktbenägenhet, 3) påtaglig nedstämdhet, hopplöshetskänslor eller självnedvärderande tankar samt 4) påtagligt höjd ångestnivå, anspändhet och/eller en känsla av att vara uppskruvad eller på helspänn. Även minskat intresse för vardagliga aktiviteter, koncentrationssvårigheter, energilöshet, aptitförändring, sömnstörning, känsla av att ha tappat kontrollen samt fysiska symtom så som led- eller muskelvärk och viktuppgång beskrivs (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013).

Tschudin, Berteau & Zemp (2010) prevalensstudie visade att förekomst av minst ett symtom i någon svårighetsgrad förekommer hos 91 % av kvinnor i fertil ålder. Femtiosju procent rapporterade någon grad av kärnsymtomen ilska/irritabilitet eller gråtmildhet/humörsvängningar och ungefär lika många rapporterar trötthet/energibrist. Tre fjärdedelar rapporterade förekomst av fysiska symtom. Andra forskningsresultat har visat att 20-35 % av kvinnor i fertil ålder upplever måttlig till svår PMS (Steiner & Born, 2000; Tschudin et al., 2010; Yonkers, Pearlstein & Rosenheck, 2003) och 3-10 % har så pass stora svårigheter att de uppfyller kriterierna för PMDS (Epperson et al., 2012; Steiner & Born, 2000; Tschudin et al., 2010).

Normalvariation eller patologi? Diskussioner har förts avseende lämpligheten att diagnosticera något som är så pass vanligt förekommande att det snarare kan kallas normalvariation än syndrom. Browne (2015) menar att detta innebär patologisering av ett normalt beteende och att kvinnors premenstruella besvär och ilska inte beror på en psykisk störning, varför diagnos inte borde vara aktuellt. Epperson et al. (2012) menar att ett gediget förarbete har lett till inkludandet av PMS i DSM-5 och att diagnosens existens kan ligga till grund för en ökning av evidensbaserad forskning vilket i sin tur kan leda till nya behandlingar. De menar även att det ökar trovärdigheten för drabbade kvinnors återkommande lidande. Browne (2015) menar dock att behovet av att bli tagen på allvar kan uppnås genom att förändra samhällets attityd till PMS, inte genom att ha med PMS som diagnos i DSM-5.

Samsjuklighet. Resultaten i Baker et al. (2012) tydde på att kvinnor med svår PMS rapporterade högre ångest, depressivitet, stress och trötthet än kvinnor utan PMS även under andra faser av menstruationscykeln än den luteala. Hong et al. (2012) visade att det var troligare att en kvinna med PMDS hade minst en annan psykiatrisk diagnos till skillnad från kvinnor utan PMDS, så som alkoholmissbruk, egentlig depression, någon form av ångeststörning eller somatoformt syndrom. I studien diskuterades att depressionssymtom och

somatoforma symtom överlappar med PMDS vilket kan förklara denna samsjuklighet, även om ett kriterium för PMDS är att symtomen ska försvinna och återkomma i ett cykliskt samband med olika menstruationsfaser (Hong et al., 2012). Samma studie visade att det fanns en signifikant skillnad i förekomst av självmordstankar och självmordsförsök på gruppnivå mellan kvinnor med och utan PMDS. Detta menar Hong et al. (2012) inte bara kan förklaras med psykiatrisk samsjuklighet utan också skulle kunna bero på att PMDS-symtomen i sig kan väcka självmordstankar. Mahon, Rohan, Nilli & Zvolensky (2015) visade att kvinnor som upplever en låg grad av kontroll över ångestframkallande händelser rapporterar svårare symtom vid PMS än kvinnor som upplever en högre grad av kontroll. De menar att upplevelsen av låg kontroll är en riskfaktor även för ångest och depression och att det därmed är möjligt att upplevelsen av kontroll predicerar symtom som överlappar ångest, depression och PMS. Bland deltagarna med PMS i Yonkers et al. (2003) fanns samsjuklighet med allvarlig depression hos 22 % och med lättare depression hos 5 %. Buttner et al. (2013) visade att PMS eller PMDS är en signifikant riskfaktor för postpartumdepression. Choi et al. (2010) visade att förekomst av årstidsbunden depression (SAD, Seasonal Affective Disorder) hade signifikant koppling till PMS, samt att kvinnor med bipolär sjukdom typ II löper signifikant högre risk för måttlig till svår PMS jämfört med frisk kontrollgrupp.

Påverkan på vardagsfunktion. Som kan utläsas av symtombilden så har PMS inverkan på många aspekter av den drabbade kvinnans liv. Heinemann et al. (2010) fann i sin studie att den hälsorelaterade livskvaliteten försämrades signifikant för kvinnor med måttlig till svår PMS under perioden då de hade sina symtom jämfört med perioden utan. Kvinnor med PMS hade högre frånvaro från arbete och skola än kvinnor utan PMS, samt att affektiva och psykologiska symtom hade en signifikant positiv korrelation med försämrad arbetsförmåga, försämrat socialt liv och försämrad social förmåga (Schmelzer et al., 2014). Baker et al. (2012) visade att kvinnor med svår PMS upplevde sömnstörningar i högre utsträckning än kvinnor utan PMS, dock har objektiva mätningar inte visat någon signifikant skillnad i sömnfunktion.

Sjukvårdsrådgivningens rekommendationer. Sjukvårdsrådgivningen via internet, 1177 Vårdguiden (2014), råder kvinnor som lider av PMS att testa att äta regelbundet, motionera, undvika stress, sova bra och undvika att dricka alkohol. Avseende behandling nämns främst farmakologisk sådan (hormonella preventivmedel, vätskedrivande och SSRI-preparat), men även att det kan vara hjälpsamt att träffa en samtalskontakt, lära sig Mindfulness eller avslappning, samt att kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara hjälpsamt för

en del kvinnor. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inga riktlinjer för behandling av PMS.

Upplevelser av PMS

Nedan följer sammanfattningar av två tidigare studier som gjorts avseende kvinnors upplevelser av PMS.

Slade, Haywood & King (2009) fann att kvinnor med svåra besvär uttryckte svårigheter med att inte stå ut med när egna prestationer och relationer till andra människor inte blir perfekta. Kvinnor med svårare PMS upplevde även mindre socialt stöd än gruppen med lättare symtom vilket Slade et al. (2009) menar är en upplevelse som kan komma sig av den minskade toleransen för brister i relationer. Kvinnorna med svårare PMS uttryckte sig om självupppoffring och att de upplevde att de var överväldigade med saker att göra, vilket ledde till en känsla av kaos eller att inte ha kontroll. Slade et al. (2009) menar att detta kan få som följd att dessa kvinnor upplever hjälplöshet, blir isolerade och att de förhåller sig passivt inför att lösa problem de stöter på. Slade et al. (2009) menar att huruvida en kvinna upplever PMS har med vilken kognitiv stil och problemlösningsstil kvinnan har att göra, samt hur hon hanterar förändring i arousal. Slade et al. (2009) menar att detta bör beaktas i behandlingsforskning genom breda interventioner som riktar sig mot basala egenskaper och förmågor, så som hur en tänker om andra och sig själv.

Ussher (2003) menar att PMS är relationellt snarare än något som finns hos individen. Detta menar Ussher (2003) kan ses i och med att kvinnor pratar om sin PMS som känslor och beteenden i relation till andra, så som att den påverkar exempelvis partner eller barn negativt. Flera av kvinnorna i studien beskrev sin PMS som att de får en kort stubin och att alla småsaker som de vanligtvis inte bryr sig om blir stora. Majoriteten av kvinnorna i studien menade att saker som de inte reagerat på tidigare under månaden har legat i tryckkokare och att allt kommer ut när de har PMS. Det beskrevs att det först känns skönt och renande att få uttrycka sin ilska eller irritation, men att de sedan skäms. Ussher (2003) tolkar detta som att de gör en uppdelning av ett PMS-jag som inte känns som en själv, och sitt vanliga jag som inte betar sig på det viset. Ussher (2003) menar att det inte är konstigt att de uttrycker ilska när de under större delen av tiden visar tålmod, finns till för andra och trycker undan sina egna behov. Ett problem är att de behov som uppkommer under PMS inte ses som behov som kvinnan faktiskt har utan kan bortförklaras som just PMS. Ussher (2003) menar att ett beteende kan betecknas som PMS om beteendet står i kontrast till bilden av idealkvinnan, vilken kännetecknas av att vara lugn, tålmodig och att ha kontroll. Alla de känslor och

beteenden som blir aktuella under PMS, och som inte är önskvärda hos en god kvinna, kategoriseras därmed som en biologiskt betingad sjukdom som inte går att påverka. Med ett sådant synsätt behöver relationsproblem och andra svårigheter i familjen inte tas tag i av någon utan får bäras av kvinnans PMS (Ussher, 2003). Kvinnor i studien uppgav att ett sätt de har att hantera PMS är att dra sig undan från andra eller andra undviker dem. De menade att de upplevde att deras PMS mildrades när de fick vara ifred. För många kvinnor i studien var detta den enda egentid som de hade. Alla kvinnorna sjukliggjorde sin ilska och irritabilitet som PMS (Ussher, 2003).

Psykologiska mekanismer för PMS

Utifrån föreliggande studies litteratursökning redovisas nedan ett urval av artiklar om psykologiska mekanismer och PMS. Urvalet gjordes med avsikt att redovisa flera olika relevanta områden så som kognitiva förändringar och emotionsreglering.

PMS ur ett KBT-perspektiv. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en behandlingsform som utgår från att tankar och tolkning av situationer har betydelse för våra emotioner och beteenden, samt att beteenden upprätthåller psykiska problem (Westbrook, 2011).

Hunter (2003) gjorde en teoretisk analys avseende hur PMS kan förstås utifrån teorier inom KBT. Här följer en redogörelse för detta utifrån Hunter (2003). I artikeln beskrivs att PMS kan förvärras genom att symtomen förstärks i onda spiraler. Detta exemplifieras med att när en kvinna med PMS och grundantagandet att hon måste vara perfekt känner sig överväldigad och tycker sig tappa kontrollen så försöker hon kompensera detta, exempelvis genom att anstränga sig hårt för att vara perfekt eller undvika kravfyllda situationer. Detta kan leda till upplevelse av misslyckande, som i sin tur genererar tankar om värdelöshet, vilket förstärker bilden av att inte vara perfekt, vilket leder till negativa känslor vilket får henne att anstränga sig ännu mer eller undvika mer och så vidare. Vidare beskrivs att KBT-teori kan användas för att beskriva hur uppmärksamhet på kroppsliga symtom kan förstärka den negativa upplevelsen, även detta som en ond spiral. Hunter (2003) menar att KBT kan användas vid PMS för att identifiera vad som är problematiskt, vilka tankar, känslor och beteende som individen har och tillsammans med terapeuten konstruera en spiral för att tydliggöra hur dessa påverkar varandra. Utifrån detta kan en intervention skapas, förslagsvis för tankar eller beteende. Hunter (2003) menar även att en mer renodlat kognitiv modell kan användas för att undersöka kvinnans antaganden om sig själv och andra både under PMS och under övriga tiden av månaden.

Självfokuserad uppmärksamhet. Självfokuserad uppmärksamhet (SFU) beskrivs som ett ihållande fokus på inre upplevelser så som kroppsliga sensationer, tankar och känslor genom hypervigilans för kroppsliga signaler, ältande och känslighet för ångest (Craner, Sigmon & Martinson, 2015). Craner, Sigmon, Martinson, & McGillicuddy (2014) menar att eftersom det finns en hög samsjuklighet mellan PMS och annan psykisk ohälsa så kan det finnas transdiagnostiska faktorer som förklarar varför vissa kvinnor upplever PMS. Utifrån en hypotes om att ältande är en sådan transdiagnostisk faktor undersöktes om det fanns ett samband mellan ältande och PMS.

Ältande beskrivs som en emotionell hanteringsstrategi där en person passivt fokuserar på sitt dåliga mående genom tankar och beteenden vilket upprätthåller depressiva episoder (Nolen-Hoeksema, citerad i Craner et al., 2014). Liksom Hunter (2003) menar Thomsen 2006 (citerad i Craner et al., 2015) att denna typ av fokus på sina upplevelser kan leda till att besvären blir värre.

Resultaten i Craner et al. (2014) visade att det fanns ett samband mellan grad av ältande och grad av PMS, då hög grad av ältande predicerade hög grad av PMS. I Craner et al. (2015) undersöktes huruvida kvinnor med PMS använder sig av SFU som helhet, alltså avseende hypervigilans, ältande och känslighet för ångest. Studien undersökte om det fanns en korrelation mellan grad av PMS och i vilken utsträckning kvinnorna bemötte symtom med SFU. Resultaten visade på att kvinnor med högre grad av PMS i större utsträckning använde sig av SFU jämfört med kontrollgruppen men också i högre utsträckning under PMS-perioden jämfört med resterande delen av månaden. Craner et al. (2015) rekommenderar att studier görs avseende vilken effekt Mindfulness eller KBT inriktat på ältande kan ha på PMS.

Emotionsreglering. Eggert et al. (2016) undersökte huruvida kvinnor med PMS och kvinnor utan PMS har olika emotionsregleringsstrategier. Emotionsreglering definieras av Gross (1998) som den process då individen påverkar emotionen hon har, när hon har den, hur hon upplever den samt hur hon uttrycker den. Processen kan vara medveten och kontrollerad, det vill säga explicit emotionsregleringsprocess, eller omedveten och automatisk, det vill säga implicit emotionsregleringsprocess (Gross, 1998; Gyurak, Gross & Etikin, 2011).

Eggert et al. (2016) utforskade två hypoteser. Hypotes 1 var att kvinnor med PMS använder sig av fler dysfunktionella explicita emotionsregleringsstrategier. Hypotes 2 var att kvinnor med PMS felattribuerar stimuli i högre utsträckning än kvinnor utan PMS, vilket skulle tala för en förändrad implicit emotionsreglering. Resultaten i Eggert et al. (2016) visade att kvinnor med PMS använde sig av de dysfunktionella emotionsregleringsstrategierna ältande, självkländer och katastroftankar i signifikant högre utsträckning än kvinnor utan

PMS. Detta var bestående under hela menstruationscykeln och inte bara under den luteala fasen. Resultaten visade även att kvinnor med PMS, oberoende av var de befann sig i menstruationscykeln, hade starkare implicita negativa affektreaktioner på stimuli. Författarna menar att resultatet antyder att PMS kan kopplas till maladaptiva så väl explicita som implicita emotionsregleringsprocesser. Eggert et al. (2016) påpekar dock att detta är en tvärsnittsstudie och att eventuell kausalitet mellan emotionsregleringsstrategi och förekomst av PMS ej kan dras från dessa resultat.

Behandlingsforskning

Nedan sammanfattas utifrån litteratursökningen och föreliggande studies frågeställningar relevanta studier avseende behandling av PMS och dess resultat.

Livsstilsfaktorer. Steiner & Born (2000) menar att för kvinnor som lider av milda till måttliga besvär kan individuell terapi eller gruppterapi i kombination med livsstilsfaktorer så som diet, fysisk aktivitet och stresshantering var lämpligt, samt att lära känna sin menstruationscykel. Daley (2009) menar att fysisk aktivitet skulle kunna ha en positiv effekt på PMS, men att de studier som har använts har för låg kvalitet för att några slutsatser ska kunna dras. Studier som undersökt andra tillstånd med liknande symtom som de uppkommer vid PMS har dock visat att dessa kan lindras vid fysisk aktivitet (Daley, 2009).

Psykoedukation. I Taghizadeh, Shirmohammadi, Feizi & Arbabi (2013) visade resultaten på att psykoedukation i grupp med fokus på information om etiologi, fysiologiska förändringar under puberteten och PMS gav signifikant minskning av PMS-symtom hos ungdomar. Studien genomfördes med en grupp som fick psykoedukation och en kontrollgrupp. För- och eftermätningar gjordes med självskattning av grad av PMS-symtom. Jämfört med obehandlad kontrollgrupp hittades en signifikant minskning av svårighetsgraden för totalaskattningen av PMS-symtom samt av aspekterna somatisering, ångest och fientlighet. Däremot gav interventionen ingen signifikant minskning av depressivitet och interpersonell känslighet (Taghizadeh et al., 2013).

KBT vid PMS. En meta-analys av Busse, Montori, Krasnik, Patelis-Siotis & Guyatt (2008) visade stöd för att kognitiv beteendeterapi (KBT) minskar ångest- och depressionssymtom vid PMS med signifikant måttlig effekt, och visade en tendens för att beteendesyntom förbättras med KBT. Dessvärre var de studier som användes i analysen begränsade och av låg kvalitet enligt Busse et al. (2008), vilket gör det svårt att dra slutsatser från artikeln. Även Kleinstäuber et al. (2012) fann vid en meta-analys som

undersökte effekten av KBT på PMS en trend till förbättring avseende beteendesymtom, depressiva besvär och ångest under PMS efter behandling, men effekterna var inte signifikanta. I Lustyk, Gerrish, Shaver & Keys (2009) översiktsartikel visade resultaten på att förändring av tankar och beteenden, vilket är typiskt för KBT-behandling, inte minskar PMS-symtom.

Ussher (2008) undersökte en intervention inriktad på att hjälpa kvinnor med PMS att utveckla strategier för att hantera detta genom att undersöka hur femininitet och PMS är konstruerade och hur detta påverkar kvinnan. Ussher (2008) beskriver denna behandling som uppbyggd av narrativa tekniker och KBT-tekniker. Kvinnorna lärde sig att kommunicera sina behov och att säga nej till orimliga krav under hela månaden, vilket minskade tendensen till att det skulle bli som en "tryckkokare" (Ussher, 2003; Ussher, 2008). Kvinnorna upplevde även att de blev bättre på att be om hjälp. I och med detta uppgav deltagarna att symtomen fortfarande fanns kvar men att det kunde hantera dem bättre. När kvinnorna efter behandlingen upplevde ilska under PMS tog de ansvar för hur de skulle hantera den istället för att förhålla sig till den som en biologiskt betingad sjukdom som inte går att göra något åt.

Sammanfattningsvis visar ovan nämnda översiktsartiklar och metaanalyser på små till måttliga effekter och många av de studier som analyserats har metodologiska brister. Deltagarna i Ussher (2008) upplever sig hjälpta av interventioner avseende kommunikation av behov och ökad gränssättning. En möjlig orsak till varför man inte funnit större effekter av KBT vid PMS är att kvinnor med PMS är en heterogen grupp samt att symtombilden är bred, varför behandlingar behöver anpassas i större utsträckning efter individen (Kleinstäuber et al., 2012). En annan förklaring är att PMS skiljer sig från ångest och depression då PMS har sin grund i menstruation som är hälsosamt och går över av sig självt, samt att den innefattar fysiska symtom, så som ömmande bröst och muskel- och ledvärk, vilket också skiljer sig mot ångest och depression (Lustyk et al., 2009).

Att acceptera variation i sitt mående och få hjälp avseende detta istället för fokus på att förändra tankemönster kan vara mer hjälpsamt menar Lustyk et al. (2009). I linje med detta efterlyser Lustyk et al. (2009) studier för att undersöka ifall ACT och Mindfulness skulle kunna fungera bättre vid PMS än vad KBT-interventioner har visats göra.

SSRI. Farmakologisk behandling med SSRI-preparat kan vara en bra behandlingsmetod för kvinnor med svår PMS och har visats ge effekt redan inom ett par dagar vid PMS, till skillnad från andra affektiva tillstånd som kan behöva en insättningstid på 4-8 veckor (Dimmock, Wyatt, Jones & O'Brian, 2000). Dimmock et al. (2000) menar att det positiva med detta är att det tillåter kvinnan att ta preparatet endast i samband med PMS.

Hunter et al. (2002) genomförde en studie med kvinnor med måttlig till svår PMS där en grupp som fick KBT jämfördes med en grupp som fick fluoxetine (SSRI). Den grupp som fick fluoxetine en större symtomminskning efter 3 månader än gruppen som fick KBT, men efter 6 månader fanns det ingen skillnad avseende detta eller aspekten depressivitet mellan grupperna. Dock hade gruppen med fluoxetine lägre ångest än gruppen med KBT. Kvinnor som scorede högt avseende depressivitet vid baseline hade en mindre symtomminskning än övriga kvinnor, vilket Hunter et al. (2002) menar kan bero på att dessa kvinnor behöver en mer omfattande behandlingsinsats med fokus på just depression.

Sammanfattning och analys av tidigare forskning om PMS

PMS är ett vanligt förekommande tillstånd som kan ha stora inverkningar på den drabbade kvinnans liv i form av försämrad arbetsförmåga, försämrad social förmåga och påverkan på sociala relationer. Symtomen upplevs främst i relation till andra människor. Kvinnor med PMS upplever ofta svårigheter med att stå ut med brister hos sig själva och personer i deras närhet, känner sig överväldigade av saker att göra, kontrollförlust och kort stubin. Utagerande av affekter vid PMS kan leda till skam då det går emot bilden av hur en perfekt kvinna ska vara. Studier som undersöker psykologiska förklaringar för PMS har gjorts under senare år och pekar åt att det finns ett samband mellan att uppleva PMS och hur fysiologiska eller emotionella sensationer uppmärksammas och hanteras av individen genom emotionsreglering och SFU. Den psykoterapeutiska behandlingsforskning som finns idag är uteslutande fokuserad på KBT, men det saknas övertygande stöd för att KBT skulle ge en god effekt. Viss litteratur diskuterar ifall ACT och Mindfulness skulle kunna vara verksamt men det saknas forskning på detta i dagsläget. SSRI-preparat kan ge lindring av symtom. Det finns indikationer på att det kan vara hjälpsamt för kvinnan att få information om PMS.

Trots problematikens utbreddhet och påverkan på mående och vardagsfunktion finns inga riktlinjer för psykologisk behandling och interventioner avseende PMS. Antalet studier avseende drabbade kvinnors upplevelser och behov samt resonemang kring behandling utifrån detta tycks vara underdimensionerat med tanke på den höga prevalensen. Det finns en debatt om vad PMS är då det finns en oenighet kring ifall det är en normalvariation, relationellt, socialt konstruerat eller ett sjukdomstillstånd som har sin plats i DSM-5. Vår analys av tidigare forskning är att den grundläggande förståelsen för PMS är bristfällig. Behandlingsforskning avseende psykologisk behandling vid PMS visar på bristfälliga resultat och det finns oklarheter och viss motsägelsefullhet gällande vad som anses behöva behandlas och på vilket sätt. Detta kan bero på att just förståelsen av PMS inte är tillräckligt djupgående.

Genom ökad förståelse för fenomenet ökar även möjligheten att identifiera verksamma interventioner och skapa riktlinjer avseende lämpliga behandlingsalternativ för kvinnor med PMS.

Syfte

Utifrån dagens forskningsläge angående PMS ämnar föreliggande studie ta del av och undersöka erfarenheter, upplevelser, behov och befintliga strategier hos kvinnor med PMS för att fördjupa förståelsen för PMS som fenomen. Ur en sådan fördjupad förståelse kan olika behov vid PMS identifieras och en diskussion föras kring hur dessa behov kan bemötas i psykologisk behandling. Följande forskningsfrågor kommer att besvaras:

1. Vilka upplevelser och erfarenheter har kvinnor med PMS?
2. Vilka hanteringsstrategier och behov av förbättrad hantering avseende PMS kan identifieras utifrån dessa kvinnors beskrivningar?

Utifrån resultaten och befintlig litteratur förs sedan en diskussion om vilka psykologiska behandlingsstrategier, så som psykoterapi och psykopedagogik, som kan vara behjälpliga vid PMS.

Metod

Metodbakgrund

För att besvara frågeställningarna rekryterades kvinnor som själva har PMS till fokusgrupper där de tillsammans med andra fick prata om erfarenheter av att ha PMS och hur de hanterar detta. Gruppsamtalen spelades in med diktafon till mp3filer. Dessa transkriberades och analyserades sedan med tematisk analys.

Kvalitativ metod

Enligt Alvehus (2013) används kvalitativa metoder för att undersöka mening eller innebörd till skillnad mot kvantitativa metoder vars syfte är att visa på statistiska samband mellan olika faktorer. Alvehus (2013) menar att även kvalitativ metod kan intressera sig för samband och kvantiteter, till exempel att flera deltagare i en studie verkar ha upplevt något på liknande sätt, men att detta görs i en annan form än statistik samband. Att ett fenomen är vanligt förekommande kan alltså betyda att det är meningsfullt, men det innebär inte att

mindre vanligt förekommande fenomen per definition skulle vara utan mening. Kvalitativ metod kan fånga in komplexiteten i ett fenomen snarare än att reducera det till ett förenklat orsakssamband (Alvehus, 2013). Kvalitativ metod är lämplig när syftet med studien är att beskriva ett fenomen, undersöka mening, utforska, få ett helhetsperspektiv på ett fenomen eller undersöka variationer (Langemar, 2008). I föreliggande studie var syftet att undersöka deltagarnas subjektiva upplevelse av PMS. Således lämpade sig kvalitativ metod bäst för att genomföra detta.

Fokusgrupper

Fokusgrupper består av en sammansättning individer som träffas vid ett tillfälle för att diskutera ett ämne eller fenomen som är intressant för deltagarna att prata om och relaterar till en frågeställning. Det som diskuteras ska deltagarna ha gemensamt, till exempel upplevelsen av ett visst skeende (Hylander, 1998). Andras berättelser kan göra att en person lättare kommer ihåg egna erfarenheter samt göra det lättare att dela med sig av egna tankar och känslor. På så vis kan en fokusgrupp generera många olika perspektiv och tankar, jämfört med exempelvis enskilda intervjuer (Hylander, 1998).

Denna metod för datainsamling passade studien väl då varierad data kunde insamlas under begränsad tid och att det var tänkbart att det skulle vara lättare för deltagarna att uttrycka sig om sin upplevelse av PMS med hjälp av andra som draghjälp. Förutom detta så fanns en förhoppning om att det skulle vara givande för deltagarna att delta i ett gruppsamtal om PMS eftersom det ger en möjlighet att få dela med sig av sina erfarenheter och höra andras, vilket kan vara inspirerande då en av frågeställningarna rör hantering av symtom.

Hermeneutik

För att uppnå förståelse i kvalitativ metod tolkas data, i detta fall den transkriberade intervjun, vanligen genom ett hermeneutiskt förhållningssätt vilket innebär tolkning för att förstå vad som är mening, innebörd och avsikt i deltagarnas upplevelse (Langemar, 2008). Förståelse nås genom analys av delar av data samtidigt som dessa inte kan förstås utan sitt sammanhang från ett helhetsperspektiv. Detta innebär att forskaren behöver växla mellan delarna och helheten, men också mellan sin förförståelse av fenomenet och deltagarnas berättelse. Denna växelverkan mellan perspektiv kallas för den hermeneutiska cirkeln. Forskaren ser delarna eller helheten med en ny förförståelse var gång hon växlar mellan delarna och helheten, vilket i sin tur genererar ny förförståelse och på detta sätt växer

förståelsen successivt fram (Langemar, 2008). Det är även viktigt att dels ha närhet till data och inlevelse i deltagarnas upplevelser, och dels kunna se på materialet med distans och ifrågasätta det som tycks självklart (Langemar, 2008).

Tematisk analys

Tematisk analys är en bred och flexibel metod som används för att analysera kvalitativ data av många olika slag (Willig, 2013). I tematisk analys kodas data efter meningsbärande enheter och dessa enheter grupperas därefter in i teman baserat på deras gemensamma meningsinnehåll (Willig, 2013). Mönster upptäcks inte ur data utan skapas av forskaren och dennes förförståelse av ämnet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys ansågs lämpligt för föreliggande studie då syftet var att undersöka flera olika aspekter av att ha PMS samt att metoden är lämplig för analys av data som är insamlad genom olika metoder, däribland fokusgrupper (Willig, 2013). Studien har en induktiv, det vill säga datadriven, ansats vilket innebär att teman skapades utifrån vad som framkom i data (Langemar, 2008).

Deltagare

Totalt 14 personer visade intresse för att delta i studien. Fem intressenter hoppade av vilket ledde till att deltagandet slutligen bestod av nio personer. Dessa fördelades till tre olika fokusgrupper, grupp 1 som kom att bestå av fyra deltagare, grupp 2 som bestod av två deltagare och grupp 3 som bestod av tre deltagare. Det låga deltagarantalet i grupp 2 och 3 är inte önskvärt vid datainsamling genom fokusgrupp (Hylander, 1998) och berodde på sena avhopp på grund av sjukdom. Majoriteten av deltagarna var studenter vid högskola/universitet. En deltagare hade studerat tidigare och nyligen tagit examen, och en deltagare hade ingen eftergymnasial utbildning. Deltagarnas självskattning av symtombild och svårighetsgrad av PMS utifrån formuläret The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) visade att en deltagare har milda till måttliga besvär, en har måttliga besvär, fyra har måttliga till allvarliga besvär och tre har allvarliga besvär. Eftersom personerna som ingår i ett samtal påverkar samtalsinnehåll följer en tabell som redogör för hur deltagandet såg ut i de olika grupperna. Observera att namnen är fingerade och att beskrivningarna hålls allmänna för att värna om deltagarens integritet.

Tabell 1. Fokusgruppernas konstellationer.

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
Deltagare	Malin, Elin, Madeleine och Viktorija	Eva och Maja	Karin, Miriam och Sara
Ålder	20 - 35 år. Medelålder 24,3 år.	31 och 25 år. Medelålder 28 år.	22 - 28 år. Medelålder 24,3 år.
Utbildningsnivå	Samtliga är studenter vid universitet/högskola.	Båda är studenter vid universitet/högskola.	En har gymnasieutbildning. En är student vid universitet/högskola. En har examen från universitet/högskola.
Symtomskattning- svårighetsgrad utifrån PSST	En med måttliga- allvarliga besvär. Tre med allvarliga besvär.	En med måttliga besvär. En med måttliga- allvarliga besvär.	En med milda- måttliga besvär Två med måttliga- allvarliga besvär.

Urval

För att kunna besvara studiens frågeställningar behövdes deltagare som kunde berätta om egna upplevelser och erfarenheter av att ha PMS. I urvalsprocessen har ingen åtskillnad gjorts avseende ifall den intresserade deltagaren har PMS eller PMDS. Inklusionskriterierna var att deltagaren skulle ha aktiva menscykler samt PMS i samband med majoriteten av sina menscykler. Kriteriet med aktiva menscykler fyller ytterligare ett syfte i att det exkluderar personer som genom hormonella preventivmedel eller uppnådd menopaus har erfarenheter av PMS som ligger långt tillbaka i tiden. Då behandling med SSRI-preparat påverkar upplevelsen av PMS (Hunter et al., 2002; Ottosson, 2009) exkluderades att vara under pågående behandling med antidepressiva preparat (SSRI). Utöver detta kontrollerades vid intresseanmälan för samtidig psykisk sjukdom, vilket var det andra exklusionskriteriet.

Fokusgrupper bör bestå av en homogen samling personer för att fokus för diskussionen inte ska grumlans av sådant som inte är relevant för data eller skapa grupprocesser som påverkar deltagande och data (Hylander, 1998). I linje med detta var ytterligare inklusionskriterier att vara biologisk kvinna och identifiera sig med sitt kön, samt att inte studera på psykologprogrammet termin 5-10 eller psykoterapeutprogrammet. Det sistnämnda kriteriet sattes då personer med kunskap om psykopatologi och psykologisk

behandling kan komma att prata om sina upplevelser, strategier och behov på ett sätt som övriga gruppmedlemmar inte gör, samt resonera kring detta utifrån sina akademiska kunskaper snarare än sina subjektiva upplevelser.

Procedur

Rekrytering. Ett rekryteringsmaterial skapades som innehöll information om studien, inklusionskriterier, uppsatsförfattarnas kontaktuppgifter samt en uppmaning att ta kontakt vid intresse av att delta (Bilaga B). Materialet skrevs ut som affischer vilka sattes upp på anslagstavlor runt om på Lunds universitetsområden så som institutioner, kaféer och bibliotek samt på Malmö högskolas bibliotek och på olika studentbostäder i Lund. För att sprida informationen ytterligare lades en fil med rekryteringsmaterialet upp på Facebook med uppmaningen att dela den vidare vilket också gjordes av uppsatsförfattarnas vänner och vänner vänner. Ett mail med förfrågan om möjligheten att skicka ut information om studien till Lunds universitets sjuksköterskestudenter och studenter på psykologprogrammets termin 1-4 skickades till nämnda programs administratörer vilka vidarebefordrade mailet med information till studenterna.

Rekryteringsmaterialet informerade om att deltagandet skulle ske i form av gruppdiskussion kring egna upplevelser tillsammans med andra. Därmed förutsattes att de som hörde av sig med intresse för att delta också var intresserade av att prata om PMS med andra. Intressenter som hörde av sig kontaktades per telefon för att kontrollera inklusions- och exklusionskriterier samt möjlighet att delta. Då informerades de även om vilka tider fokusgrupper skulle hållas och ifall någon av de tiderna passade personen. Fördelningen till de olika grupperna skedde sedan utifrån vilken tid som passade personen samt med intentionen att skapa grupper med samma antal deltagare.

Informationsbrev och samtyckesblankett (Bilaga C) skickades till respektive deltagares mail för genomläsning. Dessa skrevs under och lämnades in före gruppsamtalet. Alla samtycken samlades in före respektive fokusgrupps start.

Datinsamling. De tre fokusgrupperna hölls i psykologiska institutionens lokaler. De pågick i 90-120 minuter vardera och avslutades med korta enskilda samtal med varje deltagare. Fokusgrupperna inleddes med information om studiens syfte och upplägg. Deltagarna informerades även om att namn och personuppgifter ej nämns i uppsatsen, och om möjligheten att avbryta när som helst utan att behöva förklara varför eller drabbas av några konsekvenser. Deltagarna uppmuntrades att samtala direkt till varandra under samtalets gång

istället för att gå igenom oss samtalsledare under diskussionen. Intervjuguiden (Bilaga D) användes för att säkerställa att de områden som på förhand bestämts utifrån studiens syfte täcktes av. Målsättningen var att styra grupperna så lite som möjligt. Den styrning som användes var för att föra tillbaka fokus till PMS, ställa fördjupande frågor för att deltagarna skulle utveckla sina resonemang samt föra vidare samtalet till nästa område. Fokusgruppsdiskussionerna spelades in på ljudfil för att under följande vecka transkriberas.

Under de enskilda samtalen ställdes frågor om hur det hade varit att delta och om det var något de inte velat berätta i gruppen. Deltagarna fick under de enskilda samtalen även fylla i ett skattningsformulär avsett för att mäta grad av PMS-symtom (PSST). De enskilda samtalen dokumenterades med anteckningar samt de formulär deltagarna själva fick fylla i.

Dataanalys. Analysen genomfördes i enlighet med Braun & Clarke's (2006) guide för tematisk analys i psykologisk forskning. Ljudmaterialet transkriberades grupp för grupp där även icke verbalt material så som suckar, skratt och medhåll från övriga deltagare antecknades. Efter en första transkribering lyssnades materialet igenom ännu en gång samtidigt som transkriptionen lästes för att korrigera eventuella fel. Transkriberad data genomlästes därefter ännu ett par gånger. Tankar och idéer som dök upp vid genomläsningarna antecknades. Därefter kodades hela datasetet genom att intressanta passager i data identifierades och med så lite tolkning som möjligt beskrevs i kortare drag, så kallade koder. En passage kunde kodas ingen, en eller flera gånger beroende på innehållet och dess relevans för att besvara frågeställningen. Arbetet fram till denna punkt delades upp mellan uppsatsförfattarna även om tankar och iakttagelser av intresse delades, medan arbetet framöver till största del gjordes gemensamt. Koder grupperades sedan tillsammans med andra liknande koder in i olika kluster. Detta gjordes separat för varje fokusgrupp. Därefter analyserades hur olika kluster kunde kombineras till övergripande teman genom att hitta större gemensamma drag mellan fokusgrupperna. När möjliga teman framkommit granskades dessa för att klargöra huruvida de var tillräckligt väl underbyggda av koder för att räknas som teman. En hållpunkt var att kluster relevanta för temat skulle förekomma i fler än en grupp, detta för att understryka temats relevans samt undvika att uppsatsförfattarna lyfter teman av eget intresses skull. Dessutom undersöktes om teman var distinkta eller med fördel kunde slås ihop med ett annat tema eller, om ett tema var stort, bryta ner det i separata teman eller underteman. Alla koder och passager under temat lästes igenom för att säkerställa att det fanns ett sammanhängande mönster. De teman som framkom och ansågs relevanta för att besvara frågeställningarna definierades och namngavs utifrån det som ansågs vara temats kärna. Därefter skrevs varje tema samman och analyserades för att få fram vad temat kunde

föra fram. För att levandegöra detta för läsaren och fördjupa förståelsen ytterligare användes passager som kodats till temat i form av citat. Då det förekom överlapp mellan teman, och underteman, lades de i en sådan ordning att de följer varandra på ett sätt ämnar ge läsaren en bra bild av fenomenet. Temans och undertemans relevans i förhållande till frågeställningarna diskuterades vidare utifrån relevant litteratur i resultatdiskussionen.

Mätinstrument

Intervjuguide. Intervjuguiden (Bilaga D) skapades utifrån studiens frågeställningar och innefattar frågor inom områdena upplevelse av PMS, hantering och strategier samt önskemål av insatser och behov. Utöver detta ställdes avslutande frågor. Då gruppens deltagare uppmanades att samtala med varandra och inte vända sig till oss samtalsledare avsågs inte intervjuguiden att följas kronologiskt. Dess syfte var att vara till stöd för att se till att samtliga områden skulle täckas av under gruppsamtalet.

PSST. För att mäta grad av PMS-symtom hos deltagarna ombads de under det enskilda samtalet att fylla i formuläret PSST (Bilaga E) (Steiner, Macdougall & Brown, 2003). Formuläret är utformat efter kriterierna för PMDS i DSM-IV. Då formuläret endast var tillgängligt på engelska och inget svenskt skattningsformulär avseende PMS hittades gjordes en översättning av PSST till svenska av uppsatsförfattarna. PSST kan användas diagnostiskt, men i denna studie endast för att få en bild av deltagarnas problematik och svårighetsgrad av PMS då detta kan tänkas påverka vilken data som samlas in. Ingen återkoppling gavs till deltagarna avseende resultat.

Frågor. I samband med att deltagarna fick fylla i formuläret ställdes även frågor angående hur de tyckte det var att delta (Bilaga F). Dessa frågor skapades utifrån syftet att fånga upp ifall någon blivit illa berörd under samtalet eller tyckt sig inte få komma till tals. Även frågor kring ifall det var något de ville ta upp som de inte sagt i gruppen ställdes, samt frågor kring erfarenheter av att använda hormonella preventivmedel eller antidepressiv medicinering. Deltagarna fick även uppge om de ville ta del av den färdiga uppsatsen och i så fall lämna kontaktuppgifter för detta.

Etiska ställningstaganden

Under arbetet har en kontinuerlig diskussion förts kring etiska överväganden, och sedan studiens start har följande aspekter beaktats. Deltagarnas namn och andra kännetecken så som arbete, hemort och dylikt uteslöts i transkribering och i den färdiga uppsatsen för att

minimera risken för igenkänning av deltagarna. Detta för att värna om deltagarnas anonymitet. Då data innehöll känsliga personuppgifter så som hälsa och psykiskt mående har ljudfiler och kontaktuppgifter förvarats inlåst i skåp som endast uppsatsförfattarna haft tillgång till. En separat e-mailadress skapades som deltagarna kunde kontakta oss genom och som vi använde för att kontakta dem. Innehåll och kontakter rensades från denna då datainsamlingen var avklarad. Deltagarna uppmanades att ha ömsesidig sekretess gentemot varandra efter samtalet då samtalet rörde personliga och potentiellt känsliga områden. I och med att deltagandet innefattade att diskutera dåligt mående var ett exklusionskriterium att inte ha tyngre psykiatrisk problematik. Detta kontrollerades för då uppsatsförfattarna kontaktade intresserade deltagarna genom frågor om övrig fysisk och psykisk hälsa i samband med kontroll av inklusionskriterier. Detta gjordes för att minimera risken för att deltagandet skulle väcka allt för starka obehagskänslor hos deltagaren. Under de enskilda minuterna i slutet av diskussionstillfällena fanns möjlighet för deltagarna att berätta för intervjuaren om de upplevt något negativt under gruppssamtalet. Deltagarna uppmanades att ta kontakt med oss efter fokusgruppen om de funderade över något eller hade frågor. För att kunna ta ställning till att delta eller ej i studien skickades informations- och samtyckesbrevet ut till samtliga deltagare innan de skulle delta i fokusgruppen. För att få vara med i studien skulle de ha läst igenom detta och sedan skriva under ett informerat samtycke, på plats alternativt att de hade skrivit ut det informerade samtycket själva och tagit med detta påskrivet. Dessa samlades in före fokusgruppens start. I informations- och samtyckesbrevet samt före respektive fokusgrupps start informerades deltagarna om att de när som helst hade rättighet och möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att behöva redogöra varför eller drabbas av några som helst konsekvenser samt att de inte behövde svara på frågor om de inte ville.

Kvalitetskriterier

I kvalitativ metodik är trovärdighet, meningsfullhet och kvalitet begrepp som används för att avgöra om en kvalitativ studie har ett vetenskapligt värde (Langemar, 2008). Morrow (2005) beskriver generella kriterier för god kvalitativ metodik och det är dessa riktlinjer som har använts i föreliggande studie. Dessa är social validitet, subjektivitet och reflexivitet, adekvat data samt adekvat tolkning. Langemar (2008) har använts som komplettering till dessa riktlinjer. Nedan följer beskrivningar av riktlinjerna. En diskussion avseende hur föreliggande studie förhållit sig till dessa riktlinjer fördes i diskussionen om studiens styrkor och begränsningar för att ge en bild av trovärdighet och tillförlitlighet.

Social validitet. Morrow (2005) menar att ämnet för studien måste vara värdefullt för människor. Langemar (2008) menar att användbarhet är något som avgörs av huruvida resultatet är användbart, antingen teoretiskt eller praktiskt. Värde och användbarhet syftar alltså till om studiens frågeställning är relevant eller aktuell i något sammanhang.

Subjektivitet och reflexivitet. Morrow (2005) beskriver att objektiv forskning inte finns utan att det alltid finns inslag av subjektivitet. Forskaren bör tydliggöra vilka antaganden och förståelser som denne har inför det som ska studeras för att studie ska vara trovärdig. Forskaren behöver kontinuerligt fundera över vems verklighet det är som presenteras, forskarens eller deltagarens, eller en konstruktion av båda delars (Morrow, 2005). Morrow (2005) ifrågasätter riktlinjen att forskaren inte ska vara allt för inläst på området innan studien har genomförts då detta färgar forskarens bild av fenomenet. Morrow (2005) menar att forskaren redan har en uppfattning av fenomenet och att inläsning därmed snarare kan vidga forskarens syn på fenomenet. Morrow (2005) skriver att om forskaren har egna livserfarenheter av fenomenet, så bör hon vara reflexiv, det vill säga vara uppmärksam på sina erfarenheter och föreställningar samt dokumentera vad som händer med sin egen uppfattning av fenomenet. Morrow (2005) menar att om författarna lever i samma kulturella kontext är det viktigt att inta en icke-vetande inställning inför vad deltagarna berättar och be om förklaringar och att de berättar mer om hur de menar.

Adekvat data. För att en undersökning ska hålla god kvalitet måste det finnas bredd i data, som ska vara variationsrik och mättad (Morrow, 2005). Att uppnå mättad data innebär att när en ytterligare datainsamling görs så framkommer inte ny information jämfört med tidigare insamling. Att data ska vara adekvat påverkar hur urvalet ska se ut. Morrow (2005) beskriver att deltagare måste väljas efter frågeställningen i studien.

Adekvat tolkning. Den slutgiltiga texten ska enligt Morrow (2005) vara tydlig och rikt beskrivande. Resultatet ska vara en sammanhängande helhet. Morrow (2005) menar att forskaren ska gå på djupet med materialet genom att till exempel läsa transkriptionen och lyssna på ljudfilen flera gånger. Analysen ska göras på ett systematiskt vis och hur analysen ska genomföras ska definieras och redovisas tillsammans med vilka metoder som har använts.

Vidare rekommenderar Morrow (2005) att forskaren från början av analyserandet ska skriva ned sina första intryck och tolkningar av texten och kontinuerligt gå igenom dessa noteringar och undersöka hur de kan inrymmas i tolkningen av data. Morrow (2005) menar även att tolkningarna måste ha koppling till data och att detta kan påvisas med hjälp av att presentera citat i resultatdelen samtidigt som citaten inte får ta plats från analysen.

Förförståelse

En viktig aspekt avseende hur vi som uppsatsförfattare tagit oss an föreliggande studie är att vi är psykologstudenter på avancerad nivå samt att båda har erfarenhet av arbete inom psykiatri och LSS-verksamheter. Detta innebär att vi har erfarenhet av kliniskt arbete så som att utreda och hålla samtal kring individers psykiska mående och livssituation samt hur detta påverkar individens välbefinnande och vardagsfunktion. Utöver detta så är vi båda kvinnor i fertil ålder och har dels självupplevda erfarenheter av PMS, dels personer i vår närhet som har PMS och försökt hitta sätt att hantera detta. På samhällsnivå har det på senare tid förts samtal om PMS i media så som radio, till exempel Annika Norlins sommarprat i Sveriges Radio P1 (Norlin, 2015), och i tidningar där exempelvis Karin Adelsköld varit öppen med sina besvär och hur dessa påverkar relationerna i hennes familj (Lund, 2015). Svenska Dagbladet har under 2016 en artikelserie om PMS (Kalmteg, 2016). Även andra aspekter av menstruell hälsa diskuteras genom media så som debatter om vårdpersonals okunskap om sjukdomen Endometrios (Pethrus, 2015) och Liv Strömquists sommarprat i Sveriges Radio P1 som handlade om menstruation (Strömqvist, 2013). Att vi som författare till denna studie har tagit del av detta och har personliga erfarenheter gör att vi har en förkunskap om fenomenet att förhålla oss till.

Resultat

Nedan följer en redovisning av den data som samlats in under fokusgrupperna.

Följande forskningsfrågor kommer att besvaras:

1. Vilka upplevelser och erfarenheter har kvinnor med PMS?
2. Vilka hanteringsstrategier och behov av förbättrad hantering avseende PMS kan identifieras utifrån dessa kvinnors beskrivningar?

Utifrån resultaten och befintlig litteratur förs sedan en diskussion om vilka psykologiska behandlingsstrategier så som psykoterapi och psykopedagogik som kan vara behjälpliga vid PMS.

I val av citat har vi ämnat låta samtliga deltagare komma fram. I de fall då relevans i innehållet bedömts mer beskrivande har detta prioriterats framför jämvikt i uttalanden. Vi har även tagit oss frihet att ändra i citat för att göra dem mer lättlästa och för att säkerställa att det väsentliga kommer fram.

Tabell 2. Teman och underteman.

Tema	Undertema
Olika verkligheter	Det jag känner nu är sant Vad är mitt sanna jag? De bästa hade varit att slippa
Ingen ork till andra	Nedsatt förmåga att känna med andra Bristande ork till socialt ansvar
Den besvärliga ilskan	Skam och skuld Dra mig undan som strategi Vad ska jag göra med min ilska?
Lyssna på mig själv	Dra mig undan som behov En balansgång Acceptera mig själv
Ett laddat ämne	Otillåtet och nedsättande Önskan om kunskap och förståelse
PMS är större än jag	

Olika verkligheter

Berättelser om att tänka, känna och reagera annorlunda under PMS jämfört med hur det brukar vara kom upp i samtliga grupper. Detta förändras antingen successivt eller plötsligt. Småsaker som annars inte brukar väcka en reaktion blir svåra att hantera och det är svårt att värja sig från de känslor som plötsligt dyker upp. Känslor inför nära och kära kan också förändras. I stunden tycks dessa reaktioner helt rimliga och naturliga, men i efterhand känns de avvikande och överdrivna. Under PMS tycks det rationella tänkandet bli nedsatt till förmån för känslor och det infinner sig en obegriplighet kring varför reaktionen uppstått. Det blir som en pendling mellan olika varanden och verkligheter som beskrevs vara påfrestande, bland annat då det blir svårt att lita på sig själv. Malin beskrev hur hennes sätt att känna förändras under PMS.

Man blir väldigt mycket mer mottaglig alltså... man får mycket tunnare skydd känns det som, alltså så löjligt tunt att det är som... sånt som egentligen inte borde va rationellt jobbigt blir på nått sätt såhär... Det bara går rakt in, man

bara blir helt totalt mottaglig för allting, alla känslor blir liksom... aah... går in (Malin).

Denna typ av förändrad känslighet berättade även Elin om. Hon berättade att hon främst blir ledsen när hon har PMS. "Allt bara kommer för nära, saker som jag inte ens tänker på vanligtvis kan då bli liksom jättesvåra att hantera" (Elin). Elin beskrev även att innehållet i hennes tankar förändras och själva sättet att tänka blir omständligt och går från att vara logiskt till att älta.

Om jag inte har PMS så är det som att jag har en förmåga att ha en röd tråd och föra ett utvecklat resonemang, tänka långa komplicerade tankar i kedjor att "det leder till det, till det, till det, till det" och sen när man är i slutet av en tankeprocess kan man ändå "aa, jag kom fram till det här utifrån att jag började tänka på det här, mm jag är ganska smart ändå liksom och klok liksom" men, när jag har PMS så är det som att jag kan... då kan jag till exempel vakna en morgon och få en tanke en typ ångesttanke och jag bah "jag vill... Jag vill inte gå till skolan idag jag vill inte prata med den här personen för den personen kommer tycka det om mig och sen kommer jag, efter det ska jag träffa den personen som jag inte tycker så mycket om och då kommer det att kännas såhär och då kommer jag typ känna mig dålig", och sen så upprepar jag dom här och det kan va typ fem eller såhär, från ett par ord till bara ett par meningar som bara liksom går på repeat i min hjärna och då, det är liksom raka motsatsen till det som jag pratade om innan med den här långa tankekedjan. Och det kan också va sådär saker som inte hänger ihop bara typ, fyra väldigt ångestladdade småtankar som bara, tchu tchu tchu tchu tchu *gör ett beskrivande ljud som låter som en ångmotor ungefär* om och om igen (Elin).

Utöver förändringar i tankar och känslor som noteras förändras även deltagarnas sätt att agera. Detta förändrade beteende stämmer inte heller in på hur deltagarna är när de inte har PMS. Maja beskrev hur hon under PMS tappas sin vanliga initiativförmåga.

Nämen, alltså, jag är liksom såhär, i vanliga fall så får jag saker gjort men under mens eller innan eller något så kan jag verkligen bara såhär vakna på

morgonen och bara såhär nä men, nä, jag skolkar idag liksom. Eller såhär, jag vet att jag hade den här planen men nu så ställer jag in den och sådär. Bara blir väldigt, alltså jag blir slacker liksom, och bara helt liksom... Ehm. Får inte ändan ur, tror jag, på samma vis (Maja).

Det jag känner nu är sant. I samtliga grupper uttryckte deltagare tankar om att det som upplevs under PMS känns sant och rimligt i stunden men att de kan se tillbaka på situationen efteråt och då tycka att den egna reaktionen var överdriven eller onormal. Vissa deltagare uttryckte även att de under PMS är övertygade om att det alltid kommer kännas som det gör i stunden. Elin tycker att en del av hennes PMS är att hon tappar tidsuppfattning och verklighetsuppfattning och beskrev att "en del av min PMS kan va att jag tror att jag alltid kommer va i det stadiet liksom" (Elin). Elin berättade också att hon använder hjälpmedel för att förstå att hon har PMS. "Jag blev jätteledsen och bara grät jättemycket och sen ba, just det, och kollar såhär på mensappen typ, och bah, just det" (Elin). Detta belyser hur det som upplevs tycks så rimligt att det behövs hjälp utifrån för att få perspektiv på sina upplevelser. Det beskrevs vara så att det är först när denna reflektion ägt rum som individen inser att reaktionen kan ha varit en följd av PMS. Miriam berättade om hur hennes inställning gentemot sin familj förändras under PMS och hur hon känner för det i efterhand.

Ja, och då blir det också, alltså särskilt när jag bodde hemma och typ kunde bråka med alla i min familj över så här skitsaker och tänka att det här är verkligen hemska människor som jag bor med. Men så här helt orimliga grejer, jag älskar ju min familj och sedan dagen efter bara, shit, be om ursäkt och så här. Då känns det ju lite så här, det hade jag ju inte gjort om jag inte hade haft PMS (Miriam).

Att under PMS inte kunna reflektera över sin upplevelse och dess proportioner förrän det hela är över skulle kunna bero på något som bland annat Maja berättade om, nämligen att hon tycker att känslor vid PMS är lika verkliga som vanliga känslor. Det som Maja beskrev är att när hon är i ett visst tillstånd, i det här fallet har PMS, så påverkar det hur hon känner och ser på världen. Att hon inte ifrågasätter dessa känslor tycks beror på att hon alltid gör så, det vill säga utgå från att det hon känner och sättet hon ser på sin omgivning är en sann tolkning som inte behöver ifrågasättas.

Men jag tycker att känslorna är så himla verkliga. Alltså, eller de är ju helt enkelt. Eh, så att man tänker att det är på riktigt och man tänker att det är liksom called for så att säga, alltså liksom att det är rimligt att jag känner det jag känner. Så, det är ingenting man går och ifrågasätter hela tiden liksom. Är det rimligt att jag känner så här? Är det någonting som skulle kunna påverka det för blabla. Så sedan när mensen väl kommer så blir det såhär jaha, okej. Jag kände de där grejerna för att jag skulle få mens liksom. Så det var, jag tror det är så jag tänker. Jag glömmet, eller jag liksom. Jag ser inte skillnad på menskänslor och andra känslor (Maja).

Flera deltagare beskrev att de återkommande glömmet att det var PMS som skapade förändringen, och när de kommit ur PMS så är det som att de glömmet att de mått dåligt över huvud taget. Detta försvårar möjligheten till reflektion och insikt när symtomen kommer. Eva berättade om hur hon varje månad får en aha-upplevelse av att hennes mående förändrats på grund av PMS.

Jag tar in allt. Är väldigt öppen sådär, rent känslomässigt. Det tror jag är det, det tydligaste, och att tidigare hade jag kanske bara PMS i en dag eller två eller, kanske tre. Sådär så jag hann undra lite vad, mää, vad är det som är fel, kan jag inte bara rycka upp mig lite och sedan, aha, fastän jag har haft jätteregebunden mens så har jag ändå inte fattat liksom. Vilket är helt bisarrt i sig, men det är någonting med fenomenet att jag glömmet det varje månad (Eva).

Att först uppleva PMS och sedan glömma bort den, vilket beskrevs av flera deltagare, kan få konsekvenser för hur den som drabbas av detta resonerar kring sig själv och sina behov över tid. När grupp 1 diskuterade hur det yrke de valt fungerar i kombination med att ha PMS gav Malin ett exempel på hur glömskan påverkar hennes reflektion över detta.

Jag försöker också inte fundera så mycket på det, jag är ganska såhär, man tar det lite när det kommer. Just också för att man lite glömmet hur det är när det väl har gått över, *medhållande hummanden från andra* så det blir att man aldrig riktigt faktiskt funderar så mycket på det, för när man har PMS så orkar man inte och när man inte har PMS så känns det inte ens relevant (Malin).

Utifrån dessa beskrivningar av att konstant uppleva sitt känsloliv och sina reaktioner som adekvata framkom svårigheter med att ha perspektiv på sitt mående, sina känslor och sitt agerande under PMS.

Vad är mitt sanna jag? Att ha flera olika sätt att vara tycks påverka bilden av sig själv som en helhet då de olika verkligheterna innefattar vitt skilda behov, önskemål, reaktioner och beteenden. Flera deltagare berättade om att deras sätt att vara ändras så pass mycket under PMS att de inte känner igen sig själva. Resonemang om vad som är ens äkta känslor och sanna jag återfanns i två grupper. Madeleine gav ett exempel på detta.

Jag tror att det har att göra med att jag har en bild av vem jag tycker jag är annars liksom, jag tycker jag är så rationell, jag är så duktig, jag är akademiker, jag brinner för det här med logiska saker, och sen så får jag liksom bara ett vredesutbrott vilket jag känner inte alls är den jag är annars (Madeleine).

Flera deltagare beskrev att en känsla av att vara oberäknelig kan uppstå, då de under sin PMS kan utföra handlingar som inte överensstämmer med deras vanliga intentioner. Pendlandet mellan dessa olika sätt att vara kan leda till förvirring över vem man är och vad man vill. Maja beskrev hur hon inte riktigt kan lita på sig själv under PMS. Hon är bland annat rädd för att hon skulle kunna avsluta en relation under sin PMS, bara för att ångra det när hennes PMS är slut. "Det hade ju fått jättekonsekvenser som jag skulle ha behövt så här 'jag tar tillbaka allt, alltså jag tar tillbaka allt', liksom. (...) Och så kan man ju inte hålla på liksom" (Maja). Maja beskrev även hur detta påverkar helhetsbilden av sig själv med frågan "alltså hur många cykler ska jag behöva passera för att jag ska kunna bilda någon form av helhetsuppfattning av vad jag faktiskt tycker" (Maja).

Eva berättade att det är förvirrande att inte kunna lita på sina känslor. Det som upplevs under PMS kan dels vara känslor som stämmer överens med hennes vanliga varande men i större proportioner, och dels vara känslor som hon inte kan relatera till i efterhand.

Att jag måste ju få lita på mina känslor, eller? För det är inte, det är inte oäkta känslor då, samtidigt kan det bli sådana jävla proportioner så det är inte sant liksom. Och fasen alltså, vissa grejer är ju faktiskt inte sanna. Det, de är inte på

riktigt. Typ att jag vill göra slut med min kille. Jag vill verkligen inte göra det (Eva).

Växlingarna i de egna känslorna, önskningarna och intentionerna tycks leda till en känsla av att pendla mellan att vara två olika personer, eller att PMS är en separat del av en själva som inverkar på den man är. Pendlingen mellan olika upplevelser av sig själv och omgivningen tycks ge upphov till funderingar kring vem man verkligen är och vad man verkligen vill.

De bästa hade varit att slippa. Att ha PMS tycks vara påfrestande för deltagarna. Några deltagare berättade att de vill bli av med sin PMS och flera uttryckte en önskan om att det inte skulle få så stora konsekvenser i ens vardagsliv. Miriam sa "Det kanske är naivt men att man skulle kunna slippa det alltså, redan innan det är så stort som det inte behöver vara" (Miriam). När deltagarna i grupp 1 resonerade kring vad de önskar att de kunde få hjälp med att hantera avseende sin PMS uttryckte Viktorija och Malin att det de önskar mest är att de inte skulle ha PMS alls.

- Har du nått idag som du önskar att du skulle kunna få hjälp med? (Matilda)
- Jag vet inte vilken hjälp som finns, som sagt (Viktorija).
- Näe men om alla möjligheter till all möjlig hjälp fanns liksom (Matilda).
- Ja då visst man vill gärna bli av med besvären, då. Det hade varit det bästa (Viktorija). *instämmande yttringar, medhåll från övriga gruppen*
- Det bästa hade varit ett piller mot det! (Malin) *Skratt*

Deltagarnas önskan om slippa ha PMS visar på att de tycker att PMS har en negativ inverkan på deras tillvaro. Det tycks finnas en bakomliggande känsla av att PMS är ohanterligt, stort och svårt. Upplevelsen av att PMS inte går att hantera och önskan att den ska försvinna skulle kunna ses som ett passivt förhållningssätt gentemot sina problem. Då deltagarna fått frågan ifall PMS har några positiva sidor har ett par deltagare lyft positiva aspekter så som ökad gränssättning, möjlighet till självomhändertagande och att även intensiteten i positiva känslor kan förstärkas. Dessa aspekter har dock överskuggats av hur kostsamma de negativa aspekterna är för individen.

Sammanfattning av Olika verkligheter. Sättet att vara vid PMS, som beskrevs skilja sig från hur man vanligen är, tycks vara så sant och intensivt i stunden att deltagarna inte har förmåga att reflektera över att det kan vara PMS som gör att de upplever det de gör. Vissa

deltagare pratade om att vara som ett annat jag med andra känslor under PMS vilket står i kontrast till när de är sig själva. Denna förändring i sitt varande och att glömma sin PMS mellan varje cykel tycks vara det mest framträdande i hur det är att ha PMS för deltagarna. Påverkan verkar vara så pass omfattande att det är som att leva i två olika verkligheter. Flera deltagare uttryckte en önskan att PMS inte hade så stora konsekvenser i deras liv.

Ingen ork till andra

I samtliga grupper, och med medhåll från så gott som samtliga deltagare, togs det upp hur det sociala samspelet påverkas vid PMS. Förutom att många deltagare beskrev en generell orkeslöshet och motvilja till aktivitet så beskrevs en nedsatt kraft och vilja till att vara bland andra människor specifikt. I kontakten med andra blir denna tillfälliga nedsättning tydlig vilket dels kan skapa obehag hos individen och dels kan orsaka en känsla av att vara onormal och konstig. Malin beskrev hur hennes relation till omgivning och hennes tankar och känslor inför social samvaro förändras.

När det kommer smygande det där att amen okej nu... jag kan liksom inte förhålla mig till omgivningen på samma sätt som jag brukar göra, och det här behovet just av att bara dra sig undan, sitta i en grotta, ehm, och vara själv, mest för att just alla gånger man interagerar med människor desto mer blir det så påtagligt liksom att eh... och också att man märker att folk blir såhär irriterade eller undrar vad är detta liksom eller, och så orkar man liksom inte ens riktigt bry sig eller förklara riktigt vad det är. Eller alltså det är som att mycket sånt som egentligen spelar roll förlorar lite såhär poängen. Även om man just då känner det nästan som att "näe men jag behöver inte ens kompisar för dom är bara dumma i huvet" *skrattar* Men det tycker man ju inte annars liksom. I de flesta fall så tänker man ju såhär "ojdå, nu gjorde jag nånting som gjorde att kompis A blev irriterad" a men då kanske man försöker lösa det eller be om ursäkt eller nånting, men jag blir lite såhär "aha. Trist för dig då. Jag orkar inte bry mig (Malin).

Malins berättelse fångar in flera aspekter av hur social interaktion förändras. Detta innefattar en minskning av behov, intresse och ork för social samvaro samt en nedsatt förmåga att känna med, engagera sig i andra och ta hänsyn till deras behov. Det innebär också

att Malin väljer att dra sig undan från andra människor eftersom symtomen blir tydliga i interaktion med andra.

Nedsatt förmåga att känna med andra. Flera deltagare berättade om en sänkt förmåga att ta in andras perspektiv och ha förståelse för andra. Eva beskrev hur en nedsatt empatisk förmåga smyger sig på när hon har PMS och att hon genom erfarenhet har lärt sig att ha distans till dessa tankar. Eva upplever att hon tappar förmågan att se nyanser och får sämre överseende med andra och deras brister.

Jag börjar tycka att folk runt omkring mig är idioter. Och jag vet ju att de inte är idioter. Men minsta lilla de gör så har jag liksom ingen, min empati, jag får brist på empati känns det som. Att det går ned, min förmåga att liksom ta andras perspektiv bara, den försvinner (...) så det har jag lärt mig med tiden, att det här är inte på riktigt, liksom. Det är inte han som är en idiot nu. Och det är inte jag som är en idiot heller. Jag kan inte se nyanser liksom (Eva).

En nedsatt förmåga att ta till sig andras perspektiv tycks också leda till en känsla av att vara utsatt för andra. Miriam gav ett exempel på hur hon kan ha svårt att förstå andras intentioner under PMS.

Om mina kompisar gör någonting eller säger någonting så kanske jag blir lite så, småparanoid. Vad menar de där och vad vill den nu och, varför är de så taskiga mot mig? Lite så. Som jag aldrig hade tänkt annars alltså, som jag inte ens hade kommit in (Miriam).

Denna nedsättning i att ha förståelse för sina medmänniskor, som skiljer sig från en vanligtvis god förmåga, tycks få konsekvenser för de deltagare som berättar om detta. De blir provocerade av sådant som de i vanliga fall låter passera eller inte alls tänker på.

Bristande ork till socialt ansvar. Under PMS beskrevs det var ansträngande att ta hänsyn till andras behov och att ta ansvar för att samvaron med andra ska bli en trevlig stund. Beskrivningarna om att inte ha kraft eller lust till att ta ansvar för sociala situationer tog sig många uttryck. Maja beskrev hur hennes inställning till omgivningen och sociala aktiviteter

förändras, då hon i vanliga fall är aktiv i sitt sociala liv men under PMS finner sig bli irriterad och passiv.

Jag kan verkligen bara nä men nu tänker jag ju inte, jag tänker inte ens anstränga mig för att göra den här situationen trevlig. För jag går inte med på att det är såhär så jag kommer bara sitta här och tjura alltså liksom. Vilket jag aldrig skulle göra annars liksom. Men jag tar liksom inget socialt ansvar och typ kan, stanna hemma och bara ställa in planer (Maja).

Malin beskrev också en märkbar förändring i att hennes energi till att vara artig och tillmötesgående minskar så pass mycket att hon inte förmår bete sig som vanligt. I Malins beskrivning kan utläsas att hennes motvilja till social samvaro och hennes tendens att bli provocerad av andra inte i första hand handlar om det omgivningen gör utan att hon inte orkar engagera sig i andra på sitt vanliga sätt.

För mig har det alltid varit väldigt smygande men det börjar ofta just med den här känslan av att man inte vill vara bland människor, och framförallt att människor provocerar en. Att, inte att nånting dom gör men just det där att... man klarar alltså, framförallt att man inte klarar av att hålla uppe den här normala nivån av social, på nått sätt kontroll, att man plötsligt så orkar man liksom inte vara vänlig alla gånger som nån säger nånting. Man orkar liksom inte, eh, skratta varje gång nån säger nått roligt, men alla dom här grejerna som man annars gör för att, jamen det ska va trevligt, man ork, eller jag orkar inte hålla upp det längre (Malin).

Viktorija beskrev vid två olika tillfällen hur hon håller ihop sig utanför hemmet och att detta får konsekvenser för hennes familj eftersom det tar så mycket energi av henne. "Jag försöker ändå dölja det (PMS) vad gäller arbete. Man ger sista kraften som man har för att vara social, och visst, det tar ännu mer energi." (Viktorija). "Så det är mest familjen som lider av det. Eftersom jag ändå försöker fungera bra i samhället så gott det går, och sen... då räcker inte kraften sen hemma" (Viktorija). I Majas, Malins och Viktorijas beskrivningar återkommer att det är svårt att vara bland andra människor, framförallt att bete sig på ett socialt acceptabelt sätt. Att hålla ihop sig och vara normal ändå beskrevs som mycket energikrävande.

Sammanfattning av Ingen ork till andra. Flera deltagare beskrev en upplevelse av att PMS för med sig en nedsatt förmåga av att kunna känna med andra och se saker ur deras perspektiv. Även tålmodet med andra och deras brister tycks påverkas negativt vid PMS, och andra upplevs som provocerande. Att samspela med andra på sitt vanliga vis tycks omöjligt eller mycket krävande för de deltagare som beskrev dessa svårigheter. Gränsen mellan generell orkeslöshet och orkeslöshet kopplat till sociala situationer är flytande, men det tycks vara utmärkande att det är just i det sociala samspelet med andra som orkeslösheten blir påtaglig.

Den besvärliga ilskan

Flera deltagare berättade att de kan uppleva en plötslig och kraftig ilska vid PMS som är främmande för dem. I två av grupperna kom detta upp som något som är svårt att förstå och hantera. Flera av deltagarna uppgav att de inte vet vad de ska göra av sin ilska eller att de agerar på ilskan och sedan skäms över att ha låtit känslan gå ut över någon annan. Återkommande beskrevs av deltagarna att det var de själva som blev oproportionerligt provocerade, inte att den andre betedde sig illa. När Viktorija berättade om sina symtom så sa hon att "det är mest irritation som är jobbigt" (Viktorija). Malin berättade att henne ilska "tar över allt" och att hon "alltid haft jätteproblem med just ilskan (...) att man verkligen känner liksom att jag skulle kunna döda nån nästan" (Malin). För Malins del kommer ilskan utan förvarning.

Det kommer så himla plötsligt, eller för mig är det lite en del av det här att ens stubin blir så extremt kort. Man tänker att det här är chill, det är chill, och sen så plötsligt så bara BAM så är det liksom som att såhär... Aa, allt bara såhär, totalexploderar (Malin).

Skam och skuld. Det egna behovet av att få ur sig sin ilska, frustration eller irritation blir på bekostnad av andra vilket leder till en upplevelse av skam. Flera deltagare sa att dessa andra inte har gjort sig förtjänta av att få ilska riktad mot sig, antingen för att de inte gjort något provocerande eller för att det inte är personen som väcker ilskan som får ta emot den utan det går ut över nära och kära. Miriam berättade att hon tycker det är jobbigare att var arg än till exempel ledsen. "Jag tänker spontant bara att det är ju jobbigare och bli arg för att då påverkar det ju någon annan" (Miriam). Malin sa att "Det är som att varje gång man ändå får

såhär snäsa av någon så liksom lättar det lite, vilket är jättehemskt för samtidigt så mår man dåligt över att man såhär faktiskt sårar folk...” (Malin). Madeleine beskrev hur en småsak kan väcka en stark ilska hos henne, vilket tycks göra henne förvirrad och skamsen efteråt när hon inser att det inte var något hon borde blivit arg för.

Då blir jag så arg i två timmar att jag måste ha nån att slå eller nån att, nått riktigt att vara arg för. (...) Sen en kvart senare när det gått över så känner man sig löjlig för såhär ahmen det var ju ingen grej egentligen, varför kom det till det här, hur blev det så? (Madeleine).

Viktorija berättade att hon upplever skuld känslor gentemot sina barn när hennes ilska gått ut över dem. Nu när Viktorija vet att det är PMS som gör henne lättprovocerad så kan hon använda den kunskapen till att förebygga konflikter.

- Jag känner skuld känslor efteråt att jag har skrikit på mina barn och dom har inte gjort nånting, men, dom bara provocerar (Viktorija).

- Förklarar du då för dom? (Elin)

- Innan som jag inte visste varför då var det inte, men på sista tiden så... ”nu får ni lämna mig i fred och försöka inte göra saker” (Viktorija).

Den starka ilskan vid PMS tycks dels vara svår att förstå och förutsäga, och dels vara svår att hantera. Samtidigt som det finns ett behov av att få utlopp för den så upplevs skuld och skam när den levs ut och drabbar andra.

Vad ska jag göra med min ilska? Frågan om hur ilska ska hanteras kom upp i två grupper. Återkommande beskrevs att det problematiska med ilskan dels är att den är häftig och kommer oväntat, och dels att den går ut över personer i omgivningen. Malin berättade att hon kan känna ett behov av att få ur sig ilska genom att rikta den mot andra men att det finns en konflikt mellan det behovet och vad man kan låta gå ut över sina medmänniskor. Malin tycks reflektera över att det hon instinktivt vill göra, alltså provocera fram ett gräl med någon närstående, inte är ett konstruktivt sätt att hantera ilskan på.

Och det är som bara såhär, vad ska jag göra? Jag kan ju inte, det blir ju att, man kan ju inte slå på folk, det gör man ju ändå inte för man har ju sociala spärrar, och man kan inte skrika på främmande människor, och det är ju nästan

det som är det jobbiga, vad ska jag göra av allt det här? Det liksom bara ligger som ett såhär, skvalpande monster och lite såhär väntar på att nån ska såhär... Och så kan det nästan bli att jag iallafall såhär provocerar såhär med syskon eller familj så att jag såhär provocerar fram nästan en reaktion bara för att jag ska få ut lite av det (Malin).

Senare i samtalet så återkom Malin till ilskan när det diskuterades vad deltagarna önskar att de kunde få hjälp med avseende sin PMS. "Borde man liksom... agera på det eller borde man försöka ignorera det eller borde man eller alltså... Det är en sån främmande känsla att jag skulle nog kanske behöva hjälp med att såhär förstå vad man gör med det eller liksom" (Malin). Viktorija kände igen sig i beskrivning och uttryckte även hon ett behov av att få göra något med sin ilska så den inte påverkar andra negativt. "Ibland får jag samma känsla att jag vill gå till skogen och bara skrika som nått sätt att få ut allt" (Viktorija). Madeleine berättade att hon vänder ilskan inåt, mot sig själv, för att inte riskera att leva ut ilskan på andra. "Då sänker jag mig själv och är elak mot mig själv i huvet för att de här känslorna ska få utlopp i stället. För att det är inte okej och visa mot andra, ändå" (Madeleine).

Under PMS tycks det vara svårt för många av deltagarna att reglera sina känslor. Ilska beskrevs vara en särskilt svår känsla att stå ut med och reglera, och om den levs ut kan det uppstå socialt oacceptabla situationer och få interpersonella konsekvenser.

Dra mig undan som strategi. För att skydda sig själv och andra från onödiga konflikter, ilska och en nedsatt ork till sina medmänniskor väljer många deltagare att dra sig undan. Karin berättade att när hon såg sitt eget beteende förändras så började hon avstå från att göra saker under PMS. "Jag tror faktiskt det att när jag väl insåg liksom hur, jag betedd, alltså hur mitt beteende ändrades, så var det lättare att kunna säga liksom att nej jag kan inte just nu" (Karin). Ett annat exempel som Karin gav handlar om att hon drar sig undan för att skydda sig själv och andra från bråk som kan uppstå när hon har PMS.

Det är liksom, jag skärmar verkligen av från familjen också. Det är liksom jag pratar inte om att det är liksom jobbigt eller så utan, jag bara håll er på avstånd så att jag inte skriker på er eller gör någonting så (Karin).

Malin berättade att hon har lärt sig vilka situationer som provocerar henne. Hon har lärt sig att undvika dem när hon har PMS som en strategi.

Jag tror jag är betydligt bättre idag på att liksom... ehm... jo men undvika situationer faktiskt alltså att lite såhär också kanske säg att kommer det... jamen säg att liksom min syster kommer och såhär börjar små, du vet men smågnabbas eller nånting att det blir verkligen såhär "vänd dig om och gå, NU, alltså NU, bara gå härifrån, jag kan liksom..." Eller att jag bara springer därifrån för det blir såhär "jag kommer slå henne på riktigt" (Malin).

Att dra sig undan från människor för att undvika bråk återkom i en av Madeleines berättelser.

Jag liksom fastnar i spärren på tunnelbanan och då är två timmar också såhär arg och vill slå nån och kan inte prata med en människa av rädsla för att jag kommer vara så elak mot dom att jag kommer provocera fram ett bråk. Å det liksom sätter väldigt mycket begränsningar på den jag är ändå (Madeleine).

Rädslan för att orsaka skada tycks vara stark och att dra sig undan är bland deltagarna en vanlig strategi. För Madeleine upplevs detta begränsande vilket inte uttrycks av Karin och Malin.

Sammanfattning av Den besvärliga ilskan. Ilska tycks vara svår att hantera vilket skulle kunna bero på att känslan är stark och överväldigande och därmed svår att reglera. Ilskan tenderar att levas ut mot andra eller på ett på ett sätt som tycks överdrivet vilket orsakar skuldkänslor och skam hos individen. Att dra sig undan andra människor samt situationer som man lärt sig är provocerande tycks vara nödvändigt för några av deltagarna vilket begränsar deras tillvaro. För deltagarna tycks det vara lättare att hantera ilskan genom att styra yttre omständigheter, så som att be sin familj visa hänsyn eller att dra sig undan än att reglera emotionen. Flera deltagare önskar att de hade mer konstruktiva sätt att hantera sin ilska på.

Lyssna på mig själv

I alla tre grupper kom reflektioner upp om att hantera sin PMS genom att lyssna in sina behov och göra sådant som är hjälpsamt för dem under PMS. Begrepp som att lyssna på sig själv och att lyssna på sin kropp och att tillgodose sig det som tycks behövas kom upp. Att lyssna på sig själv kan innebära att tillåta sig att dra sig undan och ägna sig åt självomhändertagande, sänka kraven på sig själv och ge sig själv det man behöver. Genom erfarenhet och reflektion över hur de påverkas av sin PMS berättade flera deltagare att de

blivit bättre på att tillåta en variation i det egna inre livet och acceptera och anpassa sig efter hur de mår. Det förekommer dock att behovet i stunden hamnar i konflikt med andra intressen. Eva berättade om att hon börjat närma sig en insikt om att hon behöver lyssna på sina behov.

Jag tror att jag är mer inne på spåret att verkligen lyssna in behovet istället för att tänka att det där inte är sant för mig. Utan det är nog snarare att det är sant, att jag ska inte hålla på att köra över det behovet (Eva).

Dra mig undan som behov. Att dra sig undan tycks inte bara vara en strategi för att skydda sig själv och andra från den ilska och sänkta empatiska förmåga som kan uppstå under PMS, utan även ett behov av självomhändertagande som uppkommit i samtliga fokusgrupper. Karin berättade om hur hon behöver få vara ifred för att må bra under sin PMS.

Jag brukar, då börjar jag liksom mer, hålla mig till mitt rum och liksom där jag känner mig trygg. Kan jag känna att liksom där jag känner mig bekväm, och så också att där kan jag vara mig själv. När jag är hemma så känner jag inte den att jag måste liksom hålla det inne utan jag kan gå runt och liksom och vara lite så bara *muttrar*, den. Man vill inte liksom så, så jag försöker alltid att hålla mig lite varm. För att ja, hålla mig varm och så. Ha det mysigt och liksom. Sedan stänga ute det som händer liksom utanför, utan då fokuserar mer på liksom att hålla mig själv lugn och sansad och liksom. Inte tappa bort mig i någon känsla liksom, utan mer hålla mig neutral. Så, det brukar väl mer vara att jag håller mig för mig, liksom hålla mig undan, och typ (Karin).

Att få drar sig undan till en plats där hon känner sig trygg och kan fokusera på sig själv tycks hjälpsamt för Karin. Eva beskrev samma behov med ett drömscenario.

Få lova att bygga in vara ifred två dagar i månaden, det är inte så jättemycket liksom. Typ ha någon stuga som jag ska åka till då och skriva i min bok eller, gå ut med min hund eller, ja då är man inte ifred men, liksom ja. Sådär (Eva).

Eva och Karin beskrev undandragandet som något tillfredsställande. Malin och Elin beskrev också ett behov av att vara för sig själva och en förändring i hur de förhåller sig till att

behöva befinna sig i skolan på grund av undervisning men inte vilja umgås med sina kurskamrater på samma sätt som de brukar. De beskrev inte undandragandet som något skönt så som Eva och Karin utan som ett förändrat behov.

- Men det blir ju kanske att man går till skolan och man lite sådär, i alla fall jag, man håller sig utanför gruppen och sen så liksom okej, jag sitter här på föreläsningen, och sen så går man hem. Direkt när det är färdigt. Ehm, så det är väl snarare just allt det där runt omkring, det där aa, sitta och småprata, sitta och njuta av att ha lunchrast som, att det är det som försvinner på nått sätt, skulle jag säga (Malin).
- A jag känner igen mig jättemycket i det liksom. Att gå till skolan blir liksom, vanligtvis så är det kul, man kan sitta och prata på tåget hit, blablabla, prata mellan lektionerna och prata på lunchen, istället bara reducerar man det till okej, gå på föreläsning, typ kanske gå iväg en liten stund, gå en liten promenad själv liksom runt liksom kvarteret bara... slippa. Eller, gå till skolan för skolan, bara, och sedan åka hem. Mm (Elin).

Att dra sig undan som behov tycks bestå av att få dra sig undan för att det är skönt att vara ifred och att dra sig undan för att lusten att vara med andra har försvunnit. Detta skiljer sig från att dra sig undan som strategi där undandragandet sker för att undvika provokation och inte skapa potentiella bråk eller slå till någon.

En balansgång. Att lyssna på sig själv verkar hamna i konflikt med andra faktorer, så som mellan att vara orkeslös och vetskapen om att träning är bra för ens PMS eller behovet av att stanna hemma som hamnar i konflikt med att träffa sina vänner. Hur mycket som är lämpligt att lyssna till sitt instinktiva sätt att agera beskrevs som en kamp eller balansgång som gör det svårt att fatta beslut. Det tycks finnas en spänning mellan att lyssna på sig själv och att det ibland är bra att göra saker som man inte känner för. De behov som lyssnas in krockar ofta med en ovisshet över vad som bli bäst för en själv i längden.

Madeleine, Sara, Viktorija, Elin och Eva berättade att deras PMS lindras av regelbunden fysisk aktivitet. Madeleine tycker dock att det är svårt att få in detta i sin vardag, och Viktorija berättade att hon har svårt att komma iväg och träna under PMS eftersom hon då drabbas av orkeslöshet och minskad lust till aktivitet. "Det är inte alltid man lyckas med fysisk aktivitet oavsett att man vet att det hjälper" (Viktorija). Elin och Malin resonerade vid

olika tillfällen kring hur de ska hantera situationer där de planerat in något men sedan inte känner för det eftersom de har PMS. Elin berättade att hon brukar kompromissa och göra aktiviteten men i mindre omfattning. Om hon till exempel ska träffa vänner så gör hon det en stund, men inte lika länge som vanligt.

Okej, jag har PMS liksom, jag har gjort om min strategi så det räcker om jag går dit och är där en timme liksom, och sen kan jag gå hem och det är ändå okej istället för att bara om jag inte hade haft PMS gå dit, ha jättekul hela kvällen, komma hem sent eller nått sånt där, att typ sänka kraven för sig själv. Samtidigt som man också vill som du säger *tittar på Malin* embracea det och bara va ledsen och va hemma. Den där kampen mellan hur mycket normalitet man ska ha kvar det är jättesvårt tycker jag (Elin).

Samtidigt som det beskrevs vara hjälpsamt att lyssna till sina behov och ägna sig åt självomhändertagande så finns frågor kring när det är lämpligt att göra detta och när det är lämpligt att göra det som inte känns bra i stunden. Den instinktiva viljan att stanna hemma står i kontrast till sådant som de vet är bra eller vanligen tycker är roligt. Vid PMS tycks det vara svårt för deltagarna att avgöra vad de vill och hur de ska agera för att situationer ska bli bra.

Acceptera mig själv. Trots svårigheter med att hitta balansen mellan hur mycket som är bra att utmana sig själv och ge efter för den minskade orken och lusten, så berättade flera deltagare att det varit hjälpsamt för dem att inte förneka den sänkta energinivå, känsligheten och humörsvängningarna som uppstår vid PMS. Att låta PMS bli en del av den de är och utgå från hur de har det i stunden och acceptera detta tycks kunna göra tillvaron lättare. Malin gav ett exempel på detta.

Jag tror att för mig har alltid just att bara ändå erkänna att okej, nu är det så här, nu får jag liksom lite så embrace it så, ehm... så blir det på nått sätt ändå lite lättare än när man försöker å liksom låtsas att det är vanligt, för det är då det blir det här ”okej, jag är typ sjuk i huvet eller nått” *skrattar* (Malin).

Acceptans över sitt mående och sin situation kan göra det lättare att använda sig av konstruktiva sätt att hantera måendet på. Eva berättade att hon med åren har blivit bättre på

detta och att hon idag kan tillåta sig att ha tillgång till och leva ut fler aspekter av sig själv. Hon berättade hur hon hanterade sin PMS tidigare och hur hon ser på sin PMS idag.

Jag blev skitarg på folk runt omkring mig. Jag hade inte koll och tog inte ansvar för mitt eget agerande för att jag tyckte rätt mycket synd om mig själv för att jag mådde piss. Faktiskt. Så det har ju hjälpt till exempel att bara ge en liten varningsflagg för att jag är inte lika kul idag som jag kan vara. Och samtidigt så tycker jag det är ganska skönt för det får lov att bli en del av mitt varande, att jag inte behöver nödvändigtvis vara så himla overseende alltid eller förstående, eller ta in alla andras perspektiv alltid. (...) Men jag har börjat nu ändå att acceptera och tycka att det är en bra grej att jag får tid för introspektion också (Eva).

Att lyssna in sina behov och acceptera sin nuvarande förmåga innebär för flera deltagare att kraven på en själv behöver sänkas. I praktiken innebär det att sätta gränser, planera, kompromissa och säga nej. Malin berättade att det är lättare att lyssna in sina behov och säga nej vid PMS eftersom det tycks omöjligt att upprätthålla den vanliga energin.

Jag brukar försöka tänka annars också att jag inte ska ha så hög press på mig själv men på nått sätt så blir det ändå lite lättare när man har PMS för då är det ändå som såhär ”nä men jag måste det”. Jag kan inte hålla uppe den här nivån liksom, jag måste liksom släppa vissa jag... Får säga att jag kan inte göra det här eller jag kommer inte orka göra det här (Malin).

Sammanfattning av Lyssna på mig själv. Flera deltagare tycks ha ett behov av att få vara ifred under PMS. Detta upplevs av dem som en möjlighet till självomhändertagande och reflektion. Att lyssna in sina behov och anpassa sig efter det lyfts främst som hjälpsamt. Det tycks dock finnas en spänning och osäkerhet mellan när anpassningen av behoven är positivt och när behov kan behöva utmanas. Att acceptera variationen i sitt sätt att vara och inte kämpa emot förändringarna tycks i vilket fall upplevas som hjälpsamt.

Ett laddat ämne

Återkommande berättade deltagare om en känsla av att inte kunna prata om att man har PMS, samt att kunskapen om PMS generellt sett är låg. Majoriteten av deltagarna

berättade att de inte fick information om PMS som unga vilket tycks ha bidragit till ett onödigt lidande. Det tycks finnas en spänning runt PMS som ämne. Genomgående berättades det om hur PMS har använts nedlåtande mot deltagarna själva eller andra och en rädsla för att behöva argumentera för att PMS är något riktigt. Malin berättade om sin föreställning om att hon inte skulle bli tagen på allvar om hon berättar om sin PMS.

PMS på nått sätt eller för mig har det känts lite som en såhär stämpel för ehm, hur man är, och vem man är. Att det är så mycket sammankopplat med en viss typ av människa att man mycket såhär just det såhär att man, att det inte tas riktigt på allvar för att det är just såhär, det är nånting just det här, såhär, det har tjejer, typ, och så är dom lite såhär, luddiga och lite sura men det liksom, det är inte så mycket att lägga vikt vid. Och det är just den här känslan av att inte riktigt bli tagen på allvar är så sjukt frustrerande. (...) Det är inte riktigt nånting man säger bara till folk sådär, för det första så är det konstigt att ens nämna att man skulle ha PMS och mens och sånt för det är såhär, jaha, konstigt eller okej, kul, det har du, och så blir det såhär konstig och så blir folk såhär obekväma, eeh, och också att dom såhär, jag men då tilldelas, då liksom sätts man i ett såhär, ”crazy-facket” typ (Malin).

Otillåtet och nedlåtande. I två grupper kom tankar upp om att det är obekvämt att prata om PMS och att begreppet används på ett nedlåtande vis. Flera deltagare berättade om att de upplever att de inte kan prata om sin PMS då andra blir illa berörda av ämnet och för att PMS är förknippat med något negativt och galet. Det fanns hos några deltagare en förväntan på att ens PMS-besvär inte ska bli tagna på allvar av andra och därför är de försiktiga med att berätta för andra om sin PMS. Vissa av dem drar dig till och med för att söka professionell hjälp. Madeleine berättade om erfarenheter av att behöva vara på ett sätt som är accepterat av killar, och att PMS inte är önskvärt då. Detta har lett till att hon undviker att ta upp ämnet om hon inte är säker på att hon kommer bli mött med förståelse.

För att, jag såg liksom innan jag förstod vad det var (att hon hade PMS) så såg jag ju hur andra behandlade folk som hade PMS. Det fanns alltid med mig att jamen dom som hade PMS var lite såhär galna maniska typiska sådär, ”kvinnor”, vilket gjorde att liksom jag tar ju aldrig upp det om jag inte känner mig 100 % säker på att jag kommer bli stöttad här (Madeleine).

Karin beskrev sin upplevelse av PMS som svår att prata om för att andra inte vill lyssna på det och signalerar att det hon känner inte är önskvärt eller tillåtet. Karin berättade om hur hennes chef reagerade när hon sa till honom att hon skulle delta i föreliggande studie. "Det första han gjorde var att skratta och säga att han inte ville höra mer. (...) Då blir man liksom den, ah okej, då ska jag hålla tyst om detta liksom" (Karin). Att PMS är ett tabubelagt ämne kan också få konsekvenser i form av att känna sig förminskad och attackerad när någon frågar om PMS, även om frågan är ställd av välvilja. Miriam berättade att hennes pojkvän är extra gullig mot henne när hon har PMS men att hon ändå känner sig attackerad när han nämner det.

Min kille kan också ibland okej, liksom, nu kan det nog vara liksom den här tiden när du kan bli lite sådär. *skrattar* Och jag blir också såhär "vad vet du om det!?" *muttrar*, tänder till direkt. Men jag tror det är, jag tänker bara att det kanske hänger ihop med att det är så jävla tabubelagt att det liksom, så löjligt, fjantigt ehm, what ever att ha pms. Att man inte kan prata om det som ett faktiskt såhär, det här händer i min kropp. Det är inte som att jag kan göra någonting åt det direkt. Men det händer att man direkt tar det till att jag försöker, det är någon som försöker förödmjuka mig. Eller att man tar det så personligt. Det borde ju egentligen hänga ihop med att det alltid har varit en sådan retgrej så, under pms. Att man inte riktigt kan prata om det. För att det är ju samma sak från min sida. Att jag inte riktigt, alltså det borde vara normalt. Typ du är snorig, ja men du kanske är förkyld behöver du en näsduk? Wraahg, det är ju inte som att man blir arg för det (Miriam).

Det tycks finnas en uppgivenhet och frågor kring vad man ska göra när man upplever PMS men inte kan prata om det av rädsla för att andra ska bli obekväma eller man själv bli förminskad och som sedd som galen. Kanske kommer reaktionerna på när någon påpekar ens PMS, från att själv inte vilja förknippas med PMS samtidigt som det är något som man har.

Önskan om kunskap och förståelse. Vid flera tillfällen i samtliga grupper nämndes en önskan om att allmänheten hade större kunskap om PMS. Flera deltagare berättade att om de hade fått veta mer om PMS tidigare, vad det är och hur det yttrar sig, så

hade de kunnat förstå sig själv och sin egen PMS bättre som unga. Flera deltagare berättade om erfarenheter från när de var yngre, att inga vuxna i skolan eller hemma ville prata om PMS. Det dök även upp erfarenheter av att det finns för lite fakta om PMS men många myter och fördomar. Madeleine berättade till och med att hon "hade varit en helt annan människa" (Madeleine) om hon hade vetat att hennes till synes oförklarliga sätt berodde på PMS. Förutom att kunskap hade varit till hjälp så tycks erfarenheten och förståelsen för sig själv och sin PMS vara hjälpsam. Malin berättade att ifall det funnits en mer allmän kunskap om PMS så hade det varit lättare att vara öppen med sin PMS och bli förstådd.

Och det är så himla mycket såhär, jamen, missförstånd och myter om vad om vad både mens och PMS är och det skulle va så skönt om man såhär slapp att såhär, försvara det verkligen med liksom allt man har att såhär, det är inte nånting som jag har hittat på för att slippa göra detta eller för att jag inte vill utan det är liksom är på riktigt (Malin).

När deltagarna berättade om att information uteblivit om PMS, som är en stor del av deras vardag, så är det som att de har lämnats ensamma i att lista ut vad i deras varande som kan bero på PMS. Karin berättade om sin upplevelse av vad hon fick lära sig om vad hon kan komma uppleva. "Nej, det ända de täckte var i sexualkunskapen, det var själva liksom, ja det kommer blod. En gång i månaden. Och så gick de vidare" (Karin). Ökad kunskap och förståelse avseende PMS hos allmänheten tog även Viktorija upp. Hon tycker sig se en trend av ökad medvetenhet vilket hon tycker är positivt. "Det bra att det kommer mer i media och allt att det är helt normalt man kan säga, finns flera som har PMS. Man börjar prata om det mer än det gjordes förr" (Viktorija). Hon berättade att insikten om att det är PMS som är orsaken till det egna beteendet har gjort det lättare för henne att hantera sin PMS. Kunskap om att man själv har PMS beskrevs som en förutsättning för att kunna hantera besvären. Flera deltagare nämner att när de vet att de har PMS så kan de finna en tröst i vetskapen att det går över.

Nu när jag vet att jag har PMS så vet jag att det går över. Javisst, det kommer tillbaka men... Och jag är bättre förberedd att hantera det, som... Innan skrek jag på mina barn och jag visste inte varför jag gjorde det, men nu vet jag att det hjälper inte. Nu vet jag vad det är som stökar (Viktorija).

Det tycks vara så att förståelse och stöd från närstående är hjälpsamt. Eva brukar berätta för sin partner att hon har PMS vilket är hjälpsamt för dem båda. "Sen pratar jag med min kille, varje månad och säger tålmod tack. Det hjälper. Det hjälper honom också" (Eva). Malin berättar också för sin familj om att hon har PMS.

Jag har liksom efter nu i några år liksom ändå berättat för min familj, sagt bara att okej, nu är det så att jag kommer va ett monster så är det, alltså jag ber om ursäkt för allt jag kommer säga och göra, och jag tycker jättejättemycket om er men ja, det kommer inte va roligt liksom (Malin).

Malin beskrev att familjens vetskap gör det lättare för dem att ha förståelse för henne och till exempel välja att vänta med vissa diskussioner till senare. Elin, som har en mamma som själv har PMS, berättade om hur mycket stödet från hennes mamma har betytt för henne. Genom sin mammas kunskap och erfarenhet har Elin kunnat få kunskap och stöd från henne.

Sen jag började förstå vad det var liksom så har hon funnits där och typ förklarat, "sånär är det, och jag kan va ett stöd för dig" och att tack vare henne tror jag att jag har fått nån sånär lite grundförståelse för det (Elin).

Genomgående beskrevs en bristande kunskap hos allmänheten om PMS, en bristande kunskap om sin egen PMS samt ett behov av förståelse och stöd från personer i sin omgivning.

Sammanfattning av Ett laddat ämne. Att få prata om sin PMS, känna sig förstådd och lära sig mer om sin PMS tycks vara hjälpsamt. Okunskap och nedvärderande av PMS gör att det är svårt att berätta om PMS, och flera av deltagarna upplever att de inte kan ta upp PMS som samtalsämne då de är rädda för att inte bli förstådda eller att de ska behöva försvara sig. Känslan av att bli attackerad när någon påpekar att ens känslor kan vara relaterade till PMS kan dels bero på att PMS ofta ses som något negativt, men också att den som upplever PMS upplever känslorna som rimliga i stunden och kan känna sig avfärdad när någon säger att de egna känslorna beror på PMS i enlighet med temat olika verkligheter.

PMS är större än jag

Under avslutande reflektioner i fokusgrupperna framkom det att flera deltagare tyckte att det var positivt att prata med andra om sin PMS. Under de enskilda samtalen bekräftades att alla var nöjda. Elin berättade att "det var skönt bara. Skönt att prata lite, se att det, det är väl alltid skönt att se att det finns andra människor som har det så" (Elin). Malin höll med. "Alltså jag vet ju att det finns andra som har PMS och så men det är inte så ofta som man brukar prata om det liksom" (Malin). Madeleine beskrev också att hon under PMS känner sig ensam och att det har varit bra att få träffa andra med liknande erfarenheter. "Just det här att liksom, det är så ensamt dom veckorna, jag känner att liksom jag tar med mig här att det är ändå fler än jag, det är större" (Madeleine). Madeleine uttryckte en önskan att PMS var något det pratades mer om, bland annat för att det tydliggör hur olika PMS kan te sig men också för att vara i en gemenskap.

Jag önskar att alla kunde va öppna med det så det var nått vi pratade om så att man liksom ser att vi är olika och det är okej och att liksom, bara liksom att träffa er fyra, tre, gör att jag såhär jamen hoppas, jamen det liksom det är så det är och vissa av oss är så och det känns mycket lättare ändå (Madeleine).

Elin uttryckte en önskan att hon kunde träffa andra med PMS när hon har PMS. "Träffa andra som på nått sätt har nån slags förståelse för varandra som man kan ske inte bara måste prata om jättemycket men att bara, okej, du har det, jag vet typ hur du har det. Det hade varit skönt" (Elin). Eva och Malin berättade att de aldrig riktigt pratat med någon om sin PMS tidigare. Eva sa att hon tycker det är skönt att bara få sätta ord på det hon upplever.

Jag tycker det är skönt att få prata om sånt här (PMS) jag tycker det är liksom, det hjälper ju mig att förstå mig själv bättre, att få lova att verbalisera saker inte bara i mitt eget huvud. Så att få säga det högt. Och bara någon nickar liksom, ja, och jag har inte det så men jag har det så här istället, jaha okej. Jag tänker att det, det är väl alltid så när man kommer till insikt, eller alltid vet jag inte, men för mig har det varit så att när jag har kommit till insikt med mig själv så tänker jag alltid bakåt och tänker, oh, om jag ändå hade vetat det förr. I det här fallet då tjugo år sedan. Någoting hade väl någon kunnat diskutera någon gång kanske (Eva).

Sammanfattningsvis så yttrade samtliga deltagare att det var positivt att delta i en fokusgrupp om hur det är att ha PMS. För flera deltagare var det första gången som de satte ord på sina upplevelser. En önskan om att prata mer om PMS och träffa fler med PMS kom fram, bland annat för att känna sig mindre ensam med sin problematik.

Diskussion

Resultatdiskussion

Föreliggande studies resultat visar på att de deltagande kvinnorna upplever att sättet de är på under PMS skiljer sig från hur de är annars. Flera deltagare berättade att de glömmet eller förminskar sin PMS mellan cyklerna, upplever svårigheter med att hantera sina känslor och har svårt att hitta strategier som är hjälpsamma på både kort och lång sikt. Utöver detta uttryckte flera deltagare att de skulle varit hjälpta av att ha haft kunskap om PMS tidigare i livet samt av att kunna prata om PMS på ett mer neutralt sätt. Studiens resultat bekräftar tidigare forskning avseende aspekter så som att det finns en relation mellan PMS och emotionsreglering, att den drabbade kan uppleva att vara dels sitt vanliga jag och ett PMS-jag samt att socialt samspel och relationer påverkas vid PMS. Vid genomläsning av tidigare forskning har dock inte hittats resultat som överensstämmer med föreliggande studies fynd om att svårigheterna förminskas eller glöms bort vid PMS slut. Nedan diskuteras studiens resultat utifrån de frågeställningar som ställts upp samt koppling till tidigare forskning på området då detta hittats vid litteraturgenomläsning. Därefter sammanfattas studiens slutsatser följt av en diskussion om studiens begränsningar. Slutligen presenteras förslag till vidare forskning.

Upplevelser. Ett av föreliggande studies tydligaste teman handlar om att inte riktigt känna igen sig själva under PMS. Deltagare berättade att den de är under PMS skiljer sig åt från hur de brukar vara. I Ussher (2003) beskrivs detta fenomen som att ha ett PMS-jag som står i kontrast till idealet av hur en kvinna ska vara. Deltagarna i föreliggande studie jämförde sitt beteende under PMS främst mot hur de brukar vara i vanliga fall och inte mot ett ideal. Ändå framkom det att det ibland kan vara svårt att tillgodose sig sina behov då dessa kan gå emot upplevda förväntningar, så som att vara social och duktig vilket skulle kunna ses som att försöka nå ett ideal.

Variationen i det egna fungerandet tycks ge en känsla av att vara oberäknelig och göra det svårt för individen att veta vad hon vill och hur hon ska agera eftersom hon inte vet ifall det är hennes "sanna jag" eller hennes PMS som tar sig uttryck. Detta tycks bero på att

deltagarna alltid upplever känslorna som verkliga oavsett de har PMS eller inte. Den oberäknlighet som uppstår skulle på ett konkret plan kunna påverka deltagarnas förmåga att planera, välja och fatta beslut som de kan stå för i längden.

Flera deltagare beskrev ett återkommande fenomen av att ha PMS utan att förstå det varpå insikten om att det är eller var PMS kommer som en aha-upplevelse som förklarar varför de senaste dagarna varit som de varit. Därefter uppger de att de mår bra och glömmer hur det var för att vid nästa PMS återigen inte förstå varför de reagerar som de gör. Svårigheterna med att identifiera symtomen skulle kunna bero på att symtomen glöms bort mellan gångerna. Det skulle också kunna bero på att känslor och upplevelser inte ifrågasätts och att symptomigenkänning kräver perspektiv på det som upplevs.

Känslor beskrevs komma plötsligt och med stark intensitet vid PMS vilket gör dem svåra att hantera. Uttryck som att "ilskan tar över allt", eller "jag kan inte prata med en människa av rädsla för att jag kommer vara så elak mot dom " är exempel på hur deltagare upplever att de inte kan hantera sin ilska vid PMS. Situationer som i vanliga fall är lätta att hantera blir provocerande eller övermäktiga. Detta skiljer sig från deltagarnas berättelser i Ussher (2003) som beskrev att småsaker varit irriterande när de inte haft PMS men inte uttryckts då utan legat i tryckkokare och sedan exploderat vid PMS. Deltagarna i föreliggande studie uttryckte snarare att det som provocerar vid PMS inte alls rör dem annars. Flera deltagare upplever att de skulle vilja lära sig hantera framför allt ilskan eftersom den upplevs gå ut över andra vilket skapar skam och skuldkänslor. Enligt Ussher (2003) kan uppdelningen mellan ens vanliga själv och ett PMS-jag komma sig av att kvinnan inte kan identifiera sig med de starka känslouttryck hon haft under PMS och att hon känner skam inför dem. Detta skulle kunna förklara deltagarnas upplevelse av att ha reagerat överdrivet på något.

I denna studie beskrevs att sättet att känna, tänka och innehållet i tankar förändras vid PMS. Exempel på detta är att inte ha distans till sina känslor och att uppleva känslorna som sanna och befogade i stunden men i efterhand reflektera över den som överdriven. Förändringarna av tankar upplevs av flera deltagare som att samma tankar tänks om och om på ett ältande sätt. Detta är intressant då Craner et al. (2014) och Craner et al. (2015) fann att ältandestrategier, som är ett depressivt negativt självfokuserande, respektive SFU är vanligare bland kvinnor med PMS. Grad av SFU och ältande har inte mätts i föreliggande studie men deltagare som beskrev detta fenomen berättade att det står i kontrast till hur de känner, tänker och resonerar annars. Deltagarnas upplevelse av förändring i känslors hanterbarhet skulle också kunna förstås utifrån att kvinnor med PMS i signifikant högre utsträckning använder sig av dysfunktionella emotionsregleringsstrategier än kvinnor utan PMS (Eggert et al., 2016). Då

denna skillnad kunde ses över hela menstruationscykeln skulle det kunna vara så att dessa dysfunktionella emotionsregleringsstrategier blir tydliga under PMS. Detta då PMS skulle kunna ses som en belastning på individens fungerande samt innebära starkare intensitet i känslor vilket gör dem svårare att reglera.

I föreliggande studies resultat framkom beskrivningar av symtom på PMS som att drabbas av bristande förmåga av att ta in andra människors perspektiv, börja tycka att andra är elaka samt få ett sämre tålamod med andra. Även Slade et al. (2009) identifierar att tålamod med andras brister minskar under PMS och att detta bidrar till att kvinnor med PMS upplever ett sämre socialt stöd, även om det nödvändigtvis inte är sämre. Exempel på detta från föreliggande studie är att deltagaren Miriam känner sig attackerad när pojkvännen frågar om hon har PMS, samtidigt som hon berättar att han är extra gullig mot henne under PMS. Till skillnad från deltagarna i Slade et al. (2009) beskrev flera deltagare i denna studie att de får socialt stöd i nära relationer, i synnerhet om och när de berättar för närstående att de har PMS. Denna skillnad skulle kunna tänkas bero på att kvinnorna i de olika studierna är olika öppna med sin PMS mot sina närstående. Då majoriteten av denna studies deltagare var studenter utan barn är en annan möjlighet är att kvinnorna i Slade et al. (2009) hade ett större ansvar för arbete, hem och familj än kvinnorna i vår studie och därför haft större behov av stöd.

Samtliga deltagare berättade att de provoceras av sin omgivning på ett oproportionerligt sätt och tycker att andra tar energi vid PMS. Enligt Ussher (2003) är det i samspelet med andra som ens egna symtom blir tydliga. Detta beskrevs även av Malin. "Just alla gånger man interagerar med människor desto mer blir det så påtagligt" (Malin). I vår studie berättade flera deltagare att deras PMS främst drabbar den närmsta familjen. Detta skulle kunna bero på att undvikandet av andra inte är möjligt att genomföra i ett hem som delas med andra människor.

Upplevelsen av okunskap och fördomar hos andra om PMS gör att flera deltagare inte pratar om sin PMS. Känslan av att något som är en stor del av ens tillvaro är tabubelagt får många deltagare att känna sig hämmade i att vara öppna med problematiken då den kan kritiserars, förlöjligas eller nedvärderas. Det går i linje med Sveinsdottir, Lundman & Norberg (2002) som fann att kvinnor med PMS är obekväma med hur PMS pratas om i allmänheten alltså av män, i media och bland andra kvinnor. Den allmänna bilden beskrevs av deltagarna i Sveinsdottir et al. (2002) vara männens bild, och den tar inte kvinnornas upplevelse på allvar.

Hantering. Att dra sig undan tycks vara ett sätt att undvika sådant som brukar göra en arg eller ledsen som många deltagare i föreliggande studie använder sig av. Det berättades också att de drar sig undan när de är arga för att inte leva ut sin ilska på andra. Det skulle

kunna vara så att det upplevs vara lättare för deltagarna att styra yttre omständigheter än inre tillstånd. Enligt Slade et al. (2009) kan kvinnor som har PMS uppleva ett kaos eller att inte ha kontroll och att det kan leda till en inlärd hjälplöshet som gör att de förhåller sig passivt när de behöver lösa ett problem. Det är möjligt att undandragande skulle kunna vara ett passivt sätt att hantera sina känslor då det finns en upplevelse av att inte ha kontroll. Passivitet kan göra det svårt att ta itu med sina problem på ett konstruktivt sätt och det finns också en risk för att bli ensam. Tillbakadragande som passiv strategi kan förklara varför vissa deltagare som använder denna strategi inte är nöjda utan önskar att de visste bättre sätt att hantera sin ilska på. Efter interventionen i Ussher (2008) upplevde kvinnorna i studien att de kunde ta ansvar för och hantera sin ilska istället att förhålla sig till den som något som inte går att göra något åt. Detta tyder på att det går att lära sig att hantera sin ilska under PMS. Andra deltagare tycks dra sig undan sådant som väcker ilska och provokation då de har lärt sig att detta är ett sätt att acceptera sina tillfälliga begränsningar och göra tillvaron mer hanterbar. Att dra sig undan under PMS tycks, utifrån deltagarnas berättelser, också kunna vara ett aktivt val som är hjälpsamt, självomhändertagande och skönt, vilket deltagarna i Ussher (2003) också beskrev.

Att lyssna på sig själv tycks enligt deltagarnas beskrivningar innebära att identifiera vilka behov man har och eventuellt tillgodose dessa. Flera deltagare beskrev att de behöver lyssna på sina behov mer än annars under PMS för att klara vardagen då deras förmågor och behov förändras. Det beskrevs dock av flera deltagare att det kan vara svårt att veta hur man gör det som är bäst för en i längden; genom att lyssna till sina behov och inte kämpa emot sin orkeslöshet eller utmana det instinktiva behovet och göra det som man vanligtvis vill eller tänker att man borde. Det är tänkbart att det i vissa fall är gynnsamt att lyssna in behovet och följa det och att det i andra fall är bättre att utmana behovet, beroende på behovets natur och vilka konsekvenser ens handlande får.

Några deltagare reflekterade kring värdet av att acceptera sig själv som ett hjälpsamt sätt att hantera variationen i sitt sätt att vara. Acceptansen som deltagarna avser rör aspekter som att tillåta sig att vara och må på olika sätt, inte kämpa emot sina behov samt anpassa kraven på sig själv utifrån energinivå och kapacitet. I litteratursökningen hittades inga artiklar som tar upp aspekterna att lyssna på sig själv eller acceptera sig själv vid PMS. Interventionen i Ussher (2008) med syfte att lära kvinnor säga nej till orimliga krav, hela månaden, hade dock en positiv effekt vilket kan ses som ett sätt att ta hänsyn till sig själv och sina gränser.

Flera deltagare berättade att regelbunden fysisk aktivitet lindrar deras PMS. Detta rekommenderas även av 1177 Vårdguiden (2014). Daley (2009) visade i sin översiktsartikel att fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt på PMS, men då de studier som gjorts håller låg

kvalitet kan inga slutsatser dras. I diskussionen som fördes i Daley (2009) resonerades kring att fysisk aktivitet har god effekt på andra tillstånd med symtom liknande de vid PMS.

En viktig aspekt som togs upp vid flera tillfällen i de olika fokusgrupperna är att hantering av PMS-symtom underlättas väsentligt av att veta att man har PMS. Erfarenhet och reflektion över sin egna PMS leder till möjligheten att känna igen sina symtom och insikt om att det är PMS som får en att känna och bete sig som man gör. Flera deltagare nämnde att de har god hjälp av appar där de kan registrera när de har mens och därigenom få vägledning kring ungefär när de kan förvänta sig ägglossning och menstruation och därmed även PMS. Ytterligare en aspekt av detta är att veta när PMS infinner sig och därigenom kunna berätta det för personer i sin omgivning. Flera deltagare har erfarenhet av att detta leder till ökad förståelse och omhändertagande från andra.

Behov och möjliga interventioner. Det önskemål om förbättrad hantering av symtom som främst kunde identifieras hos deltagarna rörde sätt att hantera starka och plötsliga emotioner, och då främst ilska. Annat som identifierades av deltagarna som problematiskt var förmågan att bedöma vilka behov som ska tillgodoses, hantera variationen i sitt sätt att vara, bristande ork, bristande förmågor till empati, åltande, distraherade tankar och nedstämdhet. Flera deltagare nämnde skuld känslor och skam inför dessa förändringar. Utöver detta önskades förbättrad förmåga att identifiera sina symtom och förstå att det är PMS samt ökad möjlighet att prata om PMS med andra. Av uppsatsförfattarna identifieras detta som behov av förbättrad emotionsreglering, acceptans inför variationen i sitt fungerande, psykoedukation om PMS, kunskap om den egna menstruationscykeln och normalisering.

På egen hand. Utifrån denna studies resultat tycks ett problem med PMS vara att det är svårt att identifiera att man har PMS. När en kvinna anar att hon har PMS kan det därför vara en god idé att försöka lära känna sin menstruationscykel och sina symtom bättre. Detta kan göras genom att föra symtomdagbok under ett par cykler. Ett hjälpmedel för detta är att använda sig av appar i mobilen så som Menskoll eller Period Tracker där man kan registrera sina symtom och sin menstruation. Detta kan hjälpa för att förutse när ägglossning och menstruation äger rum och därmed fungera som en fingervisning för ifall man kan ha PMS i stunden eller inte vilket kan ge perspektiv på det som upplevs. Även om man har kunskap om sin cykel så glöms PMS ofta bort. Det kan därför vara bra att skriva i sin kalender när det i cykeln brukar uppstå symtom eller använda sig av en app som kan påminna om detta. Symtomen försvinner givetvis inte av en sådan intervention men det kan öka medvetenheten om att den egna reaktionen och mående kan vara relaterat till ens menstruationscykel.

Flera deltagare berättade även att de har haft nytta av att berätta för dem de lever med eller nära att de har PMS. Att informera de närmaste om att man under de närmaste dagarna kan behöva mer utrymme för sig själv och förståelse kan underlätta både för en själv och för den andre. Det är viktigt att som närstående vara respektfull och ta besvären på allvar.

Fysisk aktivitet som tidigare nämnts är också något som en kvinna som har PMS kan testa att ägna sig åt på egen hand.

Professionella insatser. Resultaten i föreliggande studie kan användas som inspiration för den som vill veta vad som kan göras för kvinnor med PMS. Utifrån studiens resultat kan olika behov identifieras hos olika deltagare. Insatser till kvinnor som önskar behandling för att lindra eller lära sig leva med sin PMS kan därmed också se ut på olika sätt beroende på personens behov. Normalisering och kunskap, gärna under tonåren, var något som deltagare i föreliggande studie önskar att de fått. Detta skulle kunna ske genom en psykopedagogisk gruppintervention eller samtalsgrupper för kvinnor med PMS. Utöver detta skulle allmän information och kunskap kunna förmedlas under sexualundervisningen i högstadie- och gymnasieskolor. Vid allvarlig PMS med påverkan på psykiskt mående och nära relationer, som inte kan hanteras av individen själv, kan det behövas ytterligare interventioner med fokus på detta.

Gruppbaseade interventioner för kunskap och normalisering. Att få träffa andra med liknande erfarenheter i fokusgrupperna upplevdes som skönt och lärorikt av deltagarna. I föreliggande studie har inga mätningar gjorts på upplevelse av PMS före och efter, så det går inte att veta om bara ett samtal med andra kan ha gjort någon skillnad i hur deltagarna upplever sin PMS. Samtliga deltagare rapporterade dock att det var mycket nöjda och många gick därifrån med nya tankar. Utöver detta uttryckte deltagare i denna studie att det var skönt att få sätta ord på sina upplevelser och att inte bli ifrågasatt. Utifrån detta kan det tänkas att en enkel intervention som skulle uppskattas är att starta grupper på exempelvis vårdcentraler, ungdomsmottagningar, studenthälsa och elevhälsovård där kvinnor med PMS får träffa andra med liknande upplevelser och prata om dessa.

Det tycks finnas behov av att få mer information om hur PMS kan upplevas och hanteras. Utifrån detta skulle en psykopedagogisk intervention kunna vara hjälpsam. Många av deltagarna har fått lära sig om menscykeln under sin skoltid men inte om det psykiska måendet under PMS så som humörsvängningar. Att få höra om hur PMS kan yttra sig och känna igen sig kan ha en normaliserande effekt och ge ökad kunskap om hur symtomen kan

hanteras. Detta skulle till exempel kunna inkluderas i sexualundervisningen i skolan. Att psykoedukation om PMS i sig kan vara hjälpsamt har stöd i Taghizadeh et al. (2013).

Mindfulnessbaserade interventioner. Utifrån deltagarnas berättelser skulle de besvär som beskrivits kunna hanteras genom att lära sig acceptans och kunna uppleva en känsla utan att agera på den. Mindfulnessbaserade interventioner har föreslagits av Lustyk (2009) och Craner (2015) som fokus för framtida behandlingsforskning på PMS. Genom Mindfulness är det möjligt att uppmärksamma, tänka och känna på ett accepterande och icke-dömande sätt och genom detta uppnå positiva emotioner, självmedkänsla och medkänsla för andra (Nilsson, 2009). Bishop et al. (2004) skriver att Mindfulness består av två delar: självreglering, och attityd gentemot det som upplevs. Den första delen, självreglering, handlar om att kunna hålla sin uppmärksamhet kvar i nuet, så som att fokusera på ett andetag. När tankar eller känslor dyker upp ska de noteras och sedan förs uppmärksamheten tillbaka till andningen. Att göra detta skulle kunna hejda åltände eller att fastna i negativa upplevelser. Den andra delen, attityd mot det som upplevs, handlar om att vara nyfiken och öppen inför de tankar eller känslor som dyker upp och inte värdera dem som positiva eller negativa. Detta är ett slags observerande av sig själv, som synliggör vilka tankar och känslor som väcks i en utan att gå djupare in i deras innehåll.

Studier visar att Mindfulness påverkar olika aspekter av upplevelse och reglering av emotioner så som signifikant minskning i upplevd och aggressivt uttryckt ilska enligt Robins, Keng, Ekblad & Brantley (2011) samt att Mindfulnessbaserade interventioner leder till en varaktig minskning av ångest med komorbid depressivitet enligt Vøllestad, Nielsen & Nielsen (2012). Även detta visar på att Mindfulness skulle kunna vara hjälpsamt vid PMS-symtom.

Att ha i åtanke. Utifrån det som beskrivits av deltagarna i studien finns det vissa saker som är värda att beakta under terapeutiskt eller psykopedagogiskt arbete med en kvinna som har PMS. Framst bör den professionelle utgå från att den drabbades upplevelse är verklig, och att hon kan tänkas förvänta sig eller till och med ha tidigare erfarenhet av att inte bli tagen på allvar eller bli bemött med okunskap. Ett sätt att hantera detta är att utgå från den drabbades egna behov och berättelse. Mer konkret så berättar studiens deltagare att det är svårt att prata om sin PMS när de har PMS då känslor och tankar som senare tycks överdrivna upplevs rimliga och verkliga i stunden. Detta gör det känsligt att föreslå att det aktuella sättet att vara beror på PMS. Flera deltagare berättade att de upplever att de glömmet eller förminskar det negativa som de gick igenom vid PMS när PMS tagit slut. Detta kan tänkas försvåra för terapeutiska interventioner då det både under PMS och under övrig tid inte känns aktuellt att

prata om besvären, även om det såklart är möjligt ifall den hjälpsökande är motiverad och fokus är på PMS.

Slutsatser

Resultatet i denna studie visar att en del av att uppleva PMS är att PMS inbegriper en förändring i sitt sätt att vara. Det som senare ses som avvikande tycks så verkligt i stunden att det är svårt att förstå att det man upplever är symtom på PMS. Insikten om att orsaken till reaktionen var PMS kommer som en överraskning, varpå både symtomen och insikten glöms bort eller förminskas när PMS har gått över. Detta fenomen återkommer varje månad och bidrar till att det är svårt att identifiera PMS-symtom i stunden. Att känslorna upplevs adekvata i stunden i kombination med att inte minnas hur man brukar må vid PMS tycks medföra en känsla av att ha ett vanligt jag och ett PMS-jag. Samtidigt kan utagerande av plötsliga och intensiva emotioner leda till känslor av skuld eller skam då reaktionen tycks överdriven eller har agerats ut på ett socialt oacceptabelt sätt. Beskrivningarna som vi fick ta del av visar att variationen i det egna inre livet gör att PMS får konsekvenser för individen som sträcker sig bortom de symtom som beskrivs i diagnosmanualen.

Resultaten indikerar att symtom med fördel hanteras genom att ta ökad hänsyn till sina behov, sänka kraven på sig själv och att dra sig undan för ökat självomhändertagande. Svårigheter uppkommer dock avseende balansen mellan att se till sina behov i stunden och göra det som blir bäst för på sikt, samt att tillbakadragandet kan vara en undvikandestrategi för att inte konfronteras med provocerande situationer vilket begränsar kvinnans vardag och förmåga att lösa problem på ett konstruktivt sätt.

Behov identifieras avseende kunskap om den egna menstruationscykeln och sina egna PMS-symtom. Många deltagare yttrade att de önskar att de hade haft mer kunskap om vad PMS är som unga då det hade ökat förståelsen för dem själva. På ett psykologiskt och relationellt plan identifieras behov av konstruktiv emotionsreglering, acceptans för den egna variationen och medveten närvaro.

Utifrån dessa resultat kan det tänkas vara lämpligt med interventioner som syftar till ökad kunskap hos drabbade individer och samhället i stort. Psykoedukation om PMS för tonåringar och samtalsgrupper för drabbade kan öka kunskapen och ha en normaliserande effekt. Mindfulnessbaserade interventioner föreslås som en möjlig psykoterapeutisk intervention.

Studiens begränsningar

Nedan diskuteras styrkor och svagheter med studiens genomförande.

Urval. För att samla in adekvat data rekryterades kvinnor som upplever PMS, med uteslutningskriterierna annan allvarlig psykisk ohälsa, inte identifiera sig med kvinnligt kön eller inte vara biologisk kvinna. Detta för att data skulle vara relevant för frågeställningen (Morrow, 2005). På grund av svårigheter med rekryteringen fick vi vidga de inklusionskriterier som vi först satt upp. Inklusionskriteriet att ha någon form av högre utbildning togs bort och exklusionskriteriet att vara psykologstudent ändrades till att vara psykologstudenter vid termin 5 eller högre. Detta på grund av att studenter vid psykologprogrammet i Lund från och med termin 5 har kurser som innefattar teorier om psykoterapeutiskbehandling. Vi bedömde att deras kunskap om olika interventioner skulle kunna påverka vad de tror skulle kunna vara verksamt mot PMS och därmed generera data som inte är relevanta. Under genomförandet av fokusgrupperna framkom att flera deltagare hade funderingar kring ifall de själva hade tillräcklig PMS för att delta. Möjligen hade det varit lättare att rekrytera om symtomen hade skrivits ut i rekryteringsmaterialet då det kan ha funnits kvinnor som avstod att höra av sig om deltagande utifrån liknande funderingar.

Hylander (1998) skriver att fokusgrupper bör vara så homogena som möjligt för att undvika att sådant som inte är relevant ska komma upp i samtalet. Deltagarna i denna studie skilde sig åt avseende ålder, utbildningsnivå samt utbildningsinriktning. Då fördelningen till de olika grupperna utgick från när de olika deltagarna hade möjlighet att delta snarare än kriterier så som ålder, utbildning eller symtombild, skapades grupper som var heterogena avseende dessa kriterier. Trots detta identifierades samstämmighet inom och mellan grupper avseende erfarenheter och upplevelser av PMS.

Då personer visat intresse för att delta kontaktades dessa av uppsatsförfattarna. De blev då tillfrågade ifall de har PMS själva, på vilket samtliga svarade ja. Skattning avseende symtombild och svårighetsgrad genomfördes först efter fokusgruppens slut. Detta gjordes medvetet för att inte färga deltagarnas berättelse då ifyllandet av formuläret kunde tänkas påverka hur de berättade om sina upplevelser. Att fylla i formulären redan vid urvalsprocessen hade möjliggjort att utesluta kvinnor som skattar över eller under en viss svårighetsgrad för att få en mer homogen grupp. Fördelen med att inte utesluta vissa symtombilder eller svårighetsgrader är att det möjliggör en variation bland deltagarna som stämmer överens med PMS heterogenitet, vilket ger ökad ekologisk validitet (Willig, 2013)

Rekryteringsförfarandet bestod av att deltagarna själva fick ta kontakt med oss om de var intresserade. Detta innebär att vårt urval består av kvinnor som har PMS och tar initiativ

till att prata om det. Det är möjligt att resultatet skulle se annorlunda ut om det hade varit deltagare som upplever PMS men inte har insikt om att de har PMS, intresse inför ämnet eller tar initiativ till samtal om PMS.

Datainsamling. I föreliggande studie användes fokusgrupper som insamlingsmetod. Vid val av insamlingsmetod fanns alternativet enskilda intervjuer. Enskilda intervjuer kan tänkas ha en styrka i att det är lättare att administrera för den som håller i studien och lättare för en person att öppna sig när den är själv med en intervjuare. Att valet ändå landade på fokusgrupper beror på en tanke om att gruppsamtal skulle vara givande för deltagarna och för att enskilda deltagare kan få draghjälp av andras berättelser för att reflektera kring sina egna. Samtalsformen då deltagarna pratar och utbyter erfarenheter sinsemellan ger även många perspektiv enligt Hylander (1998) vilket var önskvärt i denna studie.

Vi använde oss av en intervjuguide med breda och öppna frågor för att deltagarna i så stor utsträckning som möjligt skulle berätta fritt om sina upplevelser och därmed generera variationsrik data utifrån riktlinjerna i Morrow (2005). Vid behov ställdes följdfrågor för att få fördjupade berättelser från deltagarna så som att de ombads att berätta mer, ge konkreta exempel på vad de menar, när det händer och så vidare. Detta för att minska risken för att vi skulle ha tagit något för givet utifrån vår kunskap och erfarenhet av PMS i enlighet med Morrow (2005). De följdfrågor som ställdes i grupp 2 och grupp 3 färgades av vad vi tagit del av i de tidigare gruppsamtalen. Vi upplevde en viss mättnad i data vid gruppsamtal tre då det som kom upp i mycket liknade det från de tidigare grupperna (Morrow, 2005). Detta gjorde att vi förhöll oss till det som sades på ett annat sätt än vad vi gjorde under grupp 1 på så sätt att vi ställde fler fördjupande frågor under grupp 2 och 3.

Som psykologstudenter har vi tidigare erfarenhet av samtalsträning och att hålla terapeutiska samtal vilket var hjälpsamt när vi höll i gruppsamtalen. Deltagarna berättade om det som var relevant utifrån de frågor som ställdes av oss från intervjuguiden. Den styrning som fanns avsåg samtalets genomförande men inte innehållet i deltagarnas berättelser. Den förförståelse vi har om PMS har vi i möjligaste mån varit medvetna kring och aktivt gjort vårt bästa för att sätta åt sidan, i enlighet med riktlinjen i Morrow (2005) om reflexivitet.

Efter fokusgrupperna samtalade vi enskilt med varje deltagare under några minuter. De fick då svara på frågor avseende hur de upplevt deltagandet, ifall de vill berätta något mer samt kring användande av hormonella preventivmedel eller psykofarmaka. De fick även fylla i formuläret PSST. Fördelen med dessa enskilda minuter var att varje deltagare hade möjlighet att berätta ifall de upplevt något i deltagandet som obehagligt, vilket frågades efter specifikt, vilket ingen deltagare hade upplevt. Resultaten från formulären användes för att få

kunskap om symtombilden och svårighetsgraden av symtomen i de olika grupperna och bland samtliga deltagare vilket gav förståelse åt vilken grad av PMS vi har undersökt. Insamling av data av olika slag ger en högre tillförlitlighet enligt Morrow (2005).

Analys av resultat. Då föreliggande studie är av kvalitativ ansats med ett litet antal deltagare är generaliserbarheten begränsad (Willig, 2013). Tematisk analys är en bred och flexibel metod, vilket är en tillgång men också ställer krav på forskaren att göra epistemologiska antaganden och utgå från dessa i tolkningsprocessen för att kunna avgöra vad ett tema representerar (Willig, 2013). Föreliggande studie har en induktiv ansats vilket innebär att resultaten hämtas från data i sig och inte ett på förhand valt teoretiskt ramverk (Willig, 2013). Kodningen av transkriberingen innehöll mycket begränsat med tolkning för att i enlighet med Morrow (2005) säkerställa att analysen grundas i data. Graden av tolkning var högre i den del som identifierade deltagarnas behov att hantera under PMS, då dessa behov i data snarare uttryckts som olika svårigheter. Dessa identifierade behov har använts som grund för diskussion avseende möjliga psykologiska behandlingsstrategier. På så vis kan de resultat som rör möjliga behandlingsstrategier vara den del av resultatet som är mest färgat av vår förförståelse. Dock är denna del av resultatet av vikt för användbarheten av studien och är möjligen hjälpsam för de personer som kan komma att arbeta med behandling av PMS, varför den är motiverad (Langemar, 2008). Frågeställningar som avser beskriva deltagarnas upplevelse, om än viktiga och intressant, kräver inte samma grad av tolkning.

Det går således inte att utesluta att resultatdelen har blivit färgad av våra förförståelser, även om vi aktivt försökt undvika detta bland annat genom att material ska ha kommit upp i mer än en grupp samt ha relevans för frågeställningarna för att sorteras i ett tema. Vår förförståelse i egenskap av psykologstudent bidrog till tolkningar rörande deltagarnas behov. Även om vissa behov och önskemål yttrades explicit av deltagarna, så har andra tolkats utifrån deras berättelser, vilket sannolikt hade sett annorlunda ut utan den kunskap inom psykologi som vi besitter. Detta blir extra tydligt i den teoretiska diskussionen avseende interventioner då det är möjligt att vi inte skulle dra paralleller till Mindfulnessbaserade interventioner utan den förförståelse vi har. Användandet av en intervjuguide som bygger på frågeställningarna gör också att resultatet i viss mån kommer återspegla det som på förhand ansetts intressant. Dock bör det i sammanhanget påpekas att samspelet mellan förförståelse och tolkning, den hermeneutiska cirkeln, är en naturlig del av kvalitativ metod och inte helt kan eller bör arbetas bort i en kvalitativ framställning. Att vi läst litteratur och forskning om PMS och skrivit uppsatsen introduktion innan vi påbörjade resultatanalysen är också en del av förförståelsen. I Enlighet med Morrow (2005) upplever vi

att detta inte nödvändigtvis har försämrat analysen utan snarare vidgade vår uppfattning och förståelse av PMS.

Förslag på vidare forskning

Kunskapen om PMS är generellt sett låg i samhället och det finns lite forskning avseende upplevelse av PMS och lämplig behandling med tanke på att 20-35 % av alla kvinnor drabbas av måttlig till svår PMS (Steiner & Born, 2000; Tschudin et al., 2010; Yonkers, Pearlstein & Rosenheck, 2003). Den behandlingsforskning som finns har överlag studerat kognitiv beteendeterapi och studierna har varit av bristande kvalitet. Föreliggande studies resultat visar på att de deltagande kvinnorna upplever att de inte är sig själva under PMS då deras sätt att vara förändras. Flera deltagare berättade att de glömmer eller förminskar sin PMS mellan cyklerna vilket inte har hittats vid genomläsning av tidigare forskning. Deltagare beskrev att de upplever svårigheter med att hantera sina känslor och har svårt att hitta strategier som är hjälpsamma på både kort och lång sikt. Utöver detta uttryckte flera deltagare att de skulle varit hjälpta av att ha haft kunskap om PMS tidigare i livet samt av att kunna prata om PMS på ett mer neutralt sätt.

Utifrån tidigare forskning och denna studies resultat föreslås mer forskning om PMS som syndrom generellt samt om vad som är hjälpsamt och verksamt för drabbade individer. Fler studier avseende upplevelsen av PMS hade fyllt ett syfte i att ge en grundläggande förståelse för PMS som fenomen. Utifrån detta skulle framtida studier kunna riktas mot specifika aspekter av PMS. Detta skulle kunna gälla undersökning av hur upplevelsen att inte vara sig själv ett antal dagar i månaden påverkar individen, och om hur fenomenet att återkommande glömma och få aha-upplevelser om sin PMS fungerar. Det skulle vara önskvärt med forskning som undersöker om psykopedagogiska interventioner avseende PMS till tonåringar och samtalsgrupper för kvinnor med PMS. Denna typ av intervention kan ge kunskap om vad PMS är, vilket ger förståelse för om den egna upplevelsen är PMS eller inte, vilket i sin tur skulle kunna leda till förbättrad förmåga att hantera symtomen. Utöver detta tycks samtal med andra som har PMS och allmän kunskap ha en normaliserande verkan då den som har PMS tenderar att känna sig konstig och ensam. Även om föreliggande studies resultat ger indikationer på att psykoterapeutiska interventioner skulle kunna vara verksamt så saknas i stora drag vetenskapligt stöd för detta, vilket vore önskvärt. Då Mindfulnessbaserade interventioner som behandling för PMS ej har undersökts, anser vi att detta behöver undersökas vidare.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. (2014). PMS och PMDS. Hämtat 31 oktober 2016 från
<http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/PMS-och-PMDS/>
- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Elektronisk resurs] : DSM-5*. (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baker, F. C., Sassoon, S. A., Kahan, T., Palaniappan, L., Nicholas, C. L., Trinder, J., & Colrain, I. M. (2012). Perceived poor sleep quality in the absence of polysomnographic sleep disturbance in women with severe premenstrual syndrome. *Journal Of Sleep Research, 21*(5), 535-545. doi:10.1111/j.1365-2869.2012.01007.x
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science And Practice, 11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Brixo, M. (2016) *Premenstruell dysfori*. Hämtat 12 december 2016 från Internetmedicin:
<http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=835>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology, 3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Browne, T. K. (2015). Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder?. *Journal Of Bioethical Inquiry, 12*(2), 313-330. doi:10.1007/s11673-014-9567-7
- Busse, J. W., Montori, V. M., Krasnik, C., Patelis-Siotis, I., & Guyatt, G. H. (2008). Psychological intervention for premenstrual syndrome: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy And Psychosomatics, 78*(1), 6-15. doi:10.1159/000162296
- Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives Of Women's Mental Health, 16*(3), 219-225. doi:10.1007/s00737-012-0323-x
- Choi, J., Baek, J. H., Noh, J., Kim, J. S., Choi, J. S., Ha, K., ... Hong, K. S. (2011). Association of seasonality and premenstrual symptoms in Bipolar I and bipolar II disorders. *Journal Of Affective Disorders, 129*(1-3), 313-316. doi:10.1016/j.jad.2010.07.030

- Craner, J. R., Sigmon, S. T., Martinson, A. A., & McGillicuddy, M. L. (2014). Premenstrual disorders and rumination. *Journal Of Clinical Psychology, 70*(1), 32-47.
doi:10.1002/jclp.22007
- Craner, J. R., Sigmon, S. T., & Martinson, A. A. (2015). Self-focused attention in response to laboratory stressors among women with premenstrual disorders. *Archives Of Women's Mental Health, 18*(4), 595-606. doi:10.1007/s00737-015-0505-4
- Daley, A. (2009). Exercise and premenstrual symptomatology: A comprehensive review. *Journal Of Women's Health, 18*(6), 895-899. doi:10.1089/jwh.2008.1098
- Dimmock, P. W., Wyatt, K. M., Jones, P. W., & O'Brien, P. M. S. (2000). Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: A systematic review. *The Lancet, 356*(9236), 1131-36.
- Eggert, L., Witthöft, M., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual syndrome (PMS): Explicit and implicit assessments. *Cognitive Therapy And Research, 40*(6), 747-763. doi:10.1007/s10608-016-9788-7
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *The American Journal Of Psychiatry, 169*(5), 465-475.
doi:10.1176/appi.ajp.2012.11081302
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review Of General Psychology, 2*(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition And Emotion, 25*(3), 400-412.
doi:10.1080/02699931.2010.544160
- Hayes, S.C. & Lillis, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy: ACT - en introduktion*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Heinemann, L. J., Minh, T. D., Filonenko, A., & Uhl-Hochgräber, K. (2010). Explorative evaluation of the impact of premenstrual disorder on daily functioning and quality of life. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research, 3*(2), 125-132.
doi:10.2165/11533750-000000000-00000
- Hong, J. P., Park, S., Wang, H., Chang, S. M., Sohn, J. H., Jeon, H. J., ... Cho, M. J. (2012). Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 47*(12), 1937-1945. doi:10.1007/s00127-012-0509-6

- Hunter, M. (2003). Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 21(3), 183-193. doi:10.1080/0264683031000155006
- Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: A study of treatment processes. *Journal Of Psychosomatic Research*, 53(3), 811-817. doi:10.1016/S0022-3999(02)00338-0
- Hylander, I. (1998). *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. Linköping: Univ., Institutionen för pedagogik och psykologi.
- Kalmteg, L. (2016, september 26). Vi måste prata mycket mer om PMS. *Svenska Dagbladet*. Hämtat från www.svd.se
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2012). Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 19(3), 308-319. doi:10.1007/s10880-012-9299-y
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. (1. uppl.) Stockholm: Liber
- Lund, J. (2015, januari 25). PMS gjorde mig till en rasande drake. *Allers*. Hämtat från www.allers.se
- Lustyk, M. B., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. *Archives Of Women's Mental Health*, 12(2), 85-96. doi:10.1007/s00737-009-0052-y
- Mahon, J. N., Rohan, K. J., Nillni, Y. I., & Zvolensky, M. J. (2015). The role of perceived control over anxiety in prospective symptom reports across the menstrual cycle. *Archives Of Women's Mental Health*, 18(2), 239-246. doi:10.1007/s00737-014-0456-1
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Nilsson, Å. (2009). *Mindfulness i hjärnan*. Stockholm: Natur & kultur.
- Norlin, A. (2015, augusti 8). Sommar i P1 [radioprogram]. Hämtat från <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/586561?programid=2071>
- Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.
- Pethrus, D (2015, mars 24). Dags att ta kvinnor med endometriosis på allvar. *Dagens Samhälle*. Hämtad från www.dagenssamhalle.se

- Robins, C. J., Keng, S., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: A randomized controlled trial. *Journal Of Clinical Psychology, 68*(1), 117-131. doi:10.1002/jclp.20857
- Schmelzer, K., Ditzen, B., Weise, C., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2015). Clinical profiles of premenstrual experiences among women having premenstrual syndrome (PMS): Affective changes predominate and relate to social and occupational functioning. *Health Care For Women International, 36*(10), 1104-1123. doi:10.1080/07399332.2014.954701
- Slade, P., Haywood, A., & King, H. (2009). A qualitative investigation of women's experiences of the self and others in relation to their menstrual cycle. *British Journal Of Health Psychology, 14*(1), 127-141. doi:10.1348/135910708X304441
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Inga träffar avseende behandling av PMS, PMDS eller premenstruellt syndrom den 31 oktober 2016 från SBU: www.sbu.se/sv/
- Steiner, M., & Born, L. (2000). Advances in the diagnosis and treatment of premenstrual dysphoria. *CNS Drugs, 13*(4), 287-304. doi:10.2165/00023210-200013040-00005
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives Of Women's Mental Health, 6*(3), 203-209. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
- Strömquist, L. (2013, juni 24). Sommar i P1 [radioprogram]. Hämtat från <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/203028?programid=2071>
- Sveinsdóttir, H., Lundman, B., & Norberg, A. (2002). Whose voice? Whose experiences? Women's qualitative accounts of general and private discussion of premenstrual syndrome. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 16*(4), 414-423. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00077.x
- Taghizadeh, Z., Shirmohammadi, M., Feizi, A., & Arbabi, M. (2013). The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 20*(8), 705-713. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01965.x
- Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives Of Women's Mental Health, 13*(6), 485-494. doi:10.1007/s00737-010-0165-3

- Ussher, J. M. (2003). The ongoing silencing of women in families: An analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy. *Journal Of Family Therapy*, 25(4), 388-405. doi:10.1111/1467-6427.00257
- Ussher, J. M. (2008). Challenging the positioning of premenstrual change as PMS: The impact of a psychological intervention on women's self-policing. *Qualitative Research In Psychology*, 5(1), 33-44. doi:10.1080/14780880701863567
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Clinical Psychology*, 51(3), 239-260. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2011). An introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications. (2. ed.) London: SAGE.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. ed.) Maidenhead: McGraw Hill Education, Open University Press.
- Yonkers, K. A., Pearlstein, T., & Rosenheck, R. A. (2003). Premenstrual disorders: Bridging research and clinical reality. *Archives Of Women's Mental Health*, 6(4), 287-292. doi:10.1007/s00737-003-0026-4

Bilaga A. Diagnoskriterier PMDS.

Följande är diagnoskriterierna för PMDS enligt DSM-5:

A. Under flertalet menstruationscykler måste minst fem symtom ha förelegat under veckan närmast före menstruationen, ha börjat mildras inom några få dagar efter att menstruationen har börjat och vara minimala eller vara helt borta under veckan som följer efter menstruationen.

B. En (eller fler) av följande symtom måste föreligga:

1. Påtaglig affektabilitet (t ex känslösvängningar, plötslig ledsenhet eller gråt, eller ökad känslighet för att bli avvisad).
2. Påtaglig irritabilitet eller argsinthet eller ökad konfliktbenägenhet.
3. Påtaglig nedstämdhet, hopplöshetskänslor eller självnedvärderande tankar.
4. Påtagligt höjd ångestnivå, anspändhet och/eller en känsla av att vara uppskruvad eller på helspänn.

C. Ett (eller fler) av följande symtom måste dessutom föreligga för att, tillsammans med påvisade symtom enligt kriterium B, det totala antalet fem symtom ska kunna uppnås:

1. Minskat intresse för vardagliga aktiviteter (t ex arbete, skola, vänner, intressen).
2. Subjektiv upplevelse av koncentrationssvårigheter.
3. Känner sig apatisk, uttröttbar eller påtagligt energilös.
4. Tydlig aptitförändring: äter för mycket; eller får begär efter speciell mat eller speciella födoämnen.
5. Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn)
6. En känsla av att vara överväldigad eller ha tappat kontrollen.
7. Kroppsliga symtom såsom ömhet eller svullnadskänsla i bröstet, led- eller muskelsmärk, en känsla av att vara uppsvälld, eller viktuppgång.

Obs: Symtomen enligt kriterierna A-C måste ha varit uppfyllda under de flesta menstruationscyklerna under det senaste året.

D. Symtomen är förenade med kliniskt signifikant lidande eller stör påtagligt arbete, studier, vardagliga sociala aktiviteter eller relationer med andra (t ex undviker sociala aktiviteter, minskad produktivitet och effektivitet i arbete, studier eller i hemmet).

E. Störningen representerar inte enbart en försämring av någon annan form av psykisk ohälsa som egentlig depression, paniksyndrom, ihållande depression (dystymi) eller ett personlighetsyndrom (samsjuklighet kan dock förekomma).

F. Kriterium A ska beläggas med prospektiva dagliga skattningar under minst två symptomatiska cykler. (Obs: Diagnosen kan ställas provisoriskt innan den har belagts på detta sätt).

G. Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon annan substans (t ex illegal drog, läkemedel, annan behandling) eller något annat medicinskt tillstånd (t ex hypertyroidism).

Om symtomen inte belagts genom prospektiva dagliga skattningar under minst två symptomatiska cykler, ska tillägget "provisorisk" noteras efter diagnosen (t ex "premenstruellt dysforiskt syndrom, provisorisk diagnos"). (s. 87–88)

Har du PMS?

*Vi söker dig som har PMS i samband med majoriteten av dina
mencykler till vår psykologexamensuppsats!*

Du har möjlighet att delta i en gruppdiskussion där du tillsammans med andra delar erfarenheter och upplevelser av PMS samt strategier för att hantera symtomen. Efteråt pratar vi med var och en av deltagarna individuellt i ett par minuter. Diskussionen kommer spelas in med ljudupptagning, filen kommer endast uppsatsförfattarna ha tillgång till. Du som deltar kommer att vara anonym i uppsatsen.

Utöver PMS-symtom vid menstruation skall du uppfylla följande kriterier:

- Vara biologisk kvinna och identifiera dig med ditt kön
- Ha aktiva menscykler
- Studera vid högskola eller universitet, dock inte psykologprogrammets termin 5-10
- Inte vara under pågående behandling med antidepressiva preparat (SSRI)

Välkommen!

Psykologstuderande Ida Skaghammar och Matilda Fisk,
termin 10, psykologprogrammet

Gruppdiskussionen kommer vara ca 2 timmar lång och ske under måndagen 17e eller tisdagen 18e oktober i Psykologiska institutionens lokaler på Lunds universitet. Vi bjuder på kaffe och kaka!

Kontakta oss om du är intresserad, så får du ytterligare information.

Mail: xxxxxx@xxx.xxx
Telefon, ring eller skicka sms:
Ida: 07xx-xx xx xx
Matilda: 07xx-xx xx xx

Bilaga C. Informations- och samtyckesbrev.

Hej!

Det här informationsbrevet skickas till dig som visat intresse för vår studie *Kvinnors upplevelser av PMS. Behov, strategier och koppling till psykoterapeutiska behandlingsteorier*. Du har möjlighet att diskutera upplevelser och erfarenheter av PMS samt om strategier för att hantera symtomen. Därmed kan du bidra till att fördjupa kunskapen om hur kvinnor upplever och påverkas av sin PMS samt vad som skulle kunna vara hjälpsamt vid PMS.

Studien är ett examensarbete på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Att delta i studien innebär att du är med i en gruppdiskussion, som leds av undertecknade, tillsammans med 4-5 andra kvinnor och samtalar och byter erfarenheter med dem. Diskussionen kommer vara max 2 timmar lång och äger rum under vecka 40. Efter gruppdiskussionen kommer vi träffa varje deltagare individuellt i ett par minuter för att fylla i ett formulär och svara på några kompletterande frågor. Samtalet kommer att ljudinspelat för att vi ska kunna sammanställa resultatet från alla gruppdeltagarna i efterhand. Ljudfilen kommer inte att spridas vidare, och endast vara tillgänglig för oss uppsatsförfattare. Efter uppsatsen är klar kommer ljudfilen raderas. Materialet kommer inte kunna kopplas till namn eller andra personuppgifter. Utöver gruppen där du deltar, kommer ytterligare 1 gruppdiskussion att genomföras.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att ange anledning och utan att drabbas av några konsekvenser. Examensarbetet kommer i första hand att läsas av lärare och studenter på psykologprogrammet vid Lunds Universitet, men kommer även att publiceras digitalt och vara tillgängligt för allmänheten. Efter gruppdiskussionen har du möjlighet att sätta upp dig på en lista för att få en digital kopia av den färdiga uppsatsen om du så önskar.

Tid och datum: Torsdag 6/10, kl. 14.00-16.00. Obs! Ingen akademisk kvart.

Plats: Våning 2 på Psykologiska institutionen (hus P), Lunds Universitet, Paradisgatan 5P.

Vi bjuder på kaffe och kaka.

Kontaktuppgifter:

Mail: xxxxxx@xxx.xxx

Telefon: Ida 07xx xx xx xx Matilda 07xx xx xx xx

Du är välkommen att höra av dig om du har några frågor!

Ida Skaghammar och Matilda Fisk

Du kan välja att skriva ut detta dokument och ta med påskrivet eller skriva under på plats.

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

Datum

Deltagares signatur

Namnförtydligande

Fokusgruppen

Välkomna!

Tack för att ni ställer upp på att delta i den här diskussionen!

Inför:

- Namnlappar

Information:

- Examensarbete
- Nu startar vi ljudinspelningen
- I arbetet och den färdiga uppsatsen kommer du vara helt anonym,
- Syftet med studien
- Deltagandet är frivilligt, du deltar i den utsträckning du vill. Ni väljer själva vilka frågor ni svarar på och ni får avbryta eller välja att inte svara.
- Den här diskussionen är tänkt att utgå från att ni samtalar kring era erfarenheter av att ha PMS och hur ni hanterar era symtom samt vad ni skulle vilja kunna göra för att hantera symtomen ännu bättre, eller om ni har behov som ni inte kan tillgodose er själva vid PMS idag.
- Tänk på att detta är ett personligt område att prata om, både för dig själv och andra. Visa varandra hänsyn både nu och när diskussionen är slut. Ni har också ömsesidig sekretess, dom samtal som sker i den här gruppen stannar i den här gruppen.
- Vår roll är att leda samtalet vidare och eventuellt fråga vidare om vissa saker som kommer upp, men i övrigt så kan ni känna er fria att prata med varandra utan att gå genom oss.

Uppstartsruna:

- Vad tänker du på när du hör ordet PMS?

Hur ser deltagarnas PMS ut?

- Gå ett varv; Beskriv hur din PMS ser ut/är/hur du är
- Märker du att du har PMS? Hur, och när?
- Hur påverkas du av din PMS? (Psykisk, fysisk, social påverkan? Emotionell, kognitivt, livskvalitet, prestation?)
- Har den sett likadan ut över tid eller har du sett förändringar?
- Finns det några fördelar med att ha PMS?

Hantering av symtom

- När du får dina symtom, gör du något då? Hur fungerar det?
- Har du provat något annat tidigare? Hur fungerade det?

Bilaga D, forts.

Ytterligare behov

- Finns det något som du skulle vilja ha hjälp med att hantera din pms? Vad? (*ett behov som inte tillgodoses*)
- Vad skulle du vilja prova?
- Vad tror du skulle hjälpa dig?
- Hur skulle det vara att söka hjälp på tex studenthälsa/VC/psykolog ?

Avrundande frågor:

- Nu har ni diskuterat ett tag om PMS,
- Har ni fått några nya tankar under tiden, som ni inte tänkt på tidigare?
- Hur tror du att du kommer uppleva din pms i framöver?
- Tar ni med er något särskilt från det här samtalet?
- Har ni något ni vill tillägga?
- Har ni några frågor till oss?

Efter:

Träffa en och en

- Hur var det att delta?
- Hur var det att prata om PMS på det här sättet?
- Kunde du uttrycka dig som du ville i gruppen? Hindrad, eller öppet?
- Var det något som du ville säga som du inte sa, eller tänker är relevant men du inte ville säga inför alla?
- Har du testat farmakologisk behandling?
- Använder du hormonella preventivmedel (om ja, har det påverkat deras PMS på något sätt?)
- Skattning av svårighetsgrad av symtomen
- Är du intresserad av att ta del av det färdiga arbetet?
- Kommer du på några frågor är det bara att höra av dig!

Bilaga E. Frågeformulär för symtomskattning, PSST.

Upplever du något eller några av följande PMS-symtom, med start före din menstruation och slut några dagar efter du börjat blöda? Vänligen markera med ett kryss för det alternativ som stämmer bäst för dig.

Symtom	Inte alls	Något	Måttlig	Mycket
1. Ilska, irritabilitet				
2. Spänd, orolig				
3. Gråtmild, ökad känslighet för att bli avvisad				
4. Nedstämdhet, hopplöshetskänslor				
5. Minskat intresse för arbete				
6. Minskat intresse för hushållssysslor				
7. Minskat intresse för sociala aktiviteter				
8. Koncentrationssvårigheter				
9. Trötthet, brist på energi				
10. Överdrivet ätande, ökat matsug				
11. Sömnsvårigheter				
12. Ökat sömnbehov				
13. Känsla av att vara överväldigad eller tappat kontrollen				
14. Fysiska symtom: ömma bröst, huvudvärk, värk i muskler och leder, uppblåsthet, viktökning				

Har symtomen ovan påverkat:

	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket
A. Din effektivitet eller produktivitet på jobbet				
B. Dina relationer till medarbetare				
C. Familjerelationer				
D. Dina sociala aktiviteter				
E. Dina sysslor i hemmet				

Bilaga F. Efterföljande frågor.

Hur var det att delta?

Hur var det att prata om PMS på det här sättet?

Kunde uttrycka dig som du ville i gruppen? Hindrad/Öppet

Var det något du ville säga som du inte sa, eller tänker är relevant som du inte ville säga inför alla?

Har du testat farmakologisk behandling/preventivmedel?

Om ja på föregående fråga, har det påverkat din PMS?

Intresse för att ta del av det färdiga arbetet:

Hör av dig om du har några frågor!