



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Du är sjuk – men inte på riktigt

- **En studie om webbsidors konstruktion av emotionellt instabil personlighetsstörning**

Sara Bainbridge och Caroline I. Svensson

Kandidatuppsats SOPA 63

VT 2018

Handledare: Rikard Eriksson

Abstract

Authors: Sara Bainbridge and Caroline I. Svensson

Title: You are ill – but not really. A study of the construction of borderline personality disorder on websites.

Supervisor: Rikard Eriksson

Assessor:

The objective of this study was to through means of discourse analyse examine how borderline personality disorder (BPD) and those diagnosed with it were constructed on nine websites offering information about the diagnosis. Findings suggested that the concept of BPD was difficult to grasp, both for those who receive the diagnosis and for those around them. Further emerged a picture of the adult diagnosed with BPD consistently reduced to being understood more like a child. BPD was found to be a vague diagnosis encompassing discrepancies between being comprised of a set of behavioural patterns or a disorder routed within the person. Findings also suggested an understanding of BPD as enveloped in gender norms, as the exhibiting of those emotions and behaviours which are included in the symptomatology are, by means of social structures, perceived differently depending on a person's gender.

Key words: borderline personality disorder, diagnosis, gender, discourse analysis, constructionism

Förord

Vi vill tacka de som med sin professionella kunskap och perspektiv har bidragit med synpunkter under skrivandet av denna uppsats. Vi vill framförallt rikta ett stort tack till vår handledare Rikard Eriksson som givit oss värdefull feedback och inblick i den psykiatriska diskursen. Vidare vill vi tacka våra närstående för visad hänsyn och förståelse när det under tillblivandet av uppsatsen varit kämpigt. Vi vill dessutom tacka vår före detta kurskamrat Sofie Hansson och akademikerna Mia Wihlborg och Jannie Lundell för genomläsning av den slutliga versionen av uppsatsen.

Helsingborg i maj 2018

Sara Bainbridge

Caroline I. Svensson

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar.....	8
1.3 Kunskapsläget	8
<i>Medicinering av EIPS</i>	8
<i>EIPS och könsmonster</i>	9
<i>Diagnosen som en kultursjukdom</i>	10
<i>Myten om det könskodade självskadebeteendet</i>	11
<i>Upplevelser av att bli diagnostiserad ur ett konstruktionistiskt perspektiv</i>	13
1.4 EIPS som konstruktion i två manualer	14
1.5 Kritik mot diagnoser.....	15
2. Teori	16
2.1 Konstruktionistiskt perspektiv.....	16
2.2 Honneths erkännandeteori	17
2.3 Becker - Kvinnlig socialisering och borderline.....	18
3. Metod	19
3.1 Virtuellt dokumentstudie	19
3.2 Diskursanalys	20
3.3 Urval.....	22
3.4 Metodens tillförlitlighet.....	22
3.5 Bearbetning av empiri	25
3.6 Arbetsfördelning.....	26
3.7 Forskningsetiska överväganden	26
4. Resultat och analys	27
4.1 Konstruktionen av diagnosen	27
4.2 Konstruktionen av individens identitet.....	34
4.3 Konstruktionen av kön	41
5. Diskussion	45
6. Referenser	47
7. Empiriskt material	49

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Idag är psykisk ohälsa ett av de största existerande hälsoproblemen och vissa sjukdomar medför i högre eller mindre grad sociala funktionsnedsättningar och nedsatt arbetsförmåga (Öjehagen 2014). Psykisk ohälsa som begrepp innefattar ett vitt spektrum från enstaka psykiska symtom till fullt utvecklade psykiska sjukdomar. Orsaken till psykisk sjukdom är psykologiska, sociala och biologiska faktorer, ofta i kombination med varandra och vilka är svåra att kartlägga helt. Även miljön spelar in på så sätt att hur en lever, i vilka områden och under vilka förhållanden har betydelse för utvecklandet av psykisk ohälsa. Vidare kan olika sociala problem, oberoende av om de bidragit till insjuknandet eller inte, inverka negativt på en persons möjligheter att uppnå förbättring och ta till sig behandling. Psykisk sjukdom och tillhörande symtom kan innebära en omöjlighet att studera, arbeta eller skapa och upprätthålla fungerande relationer och konsekvenserna är mest påtagliga för personer med långvariga psykiska problem. De generella kunskaperna om psykisk sjukdom är därtill överlag sämre än vid somatiska sjukdomar både bland allmänheten, sjukvårdspersonal, andra vårdgivare och socialtjänsten och personer med psykisk sjukdom blir stigmatiserade (ibid.).

Psykisk ohälsa har under de senaste 20 åren ökat i Sverige i större omfattning än i övriga Norden, speciellt bland barn och unga vuxna. Samtidigt som den psykiska ohälsan tilltar, ökar också användandet av receptbelagda läkemedel (Socialstyrelsen 2017b). Den ackumulerande förskrivningen av psykofarmaka är en konsekvens av att allt fler människor blir diagnostiserade med psykisk ohälsa. Barn med psykiatriska diagnoser behandlas i lägre grad med psykofarmaka än vuxna, där förskrivningen av psykofarmaka är större. 70-80 % av de som blir diagnostiserade med psykisk ohälsa blir förskrivna läkemedel och siffran har varit oförändrad de senaste tio åren. Socialstyrelsens rekommendationer är att sjukvården bör kunna erbjuda psykologisk behandling vid exempelvis depressioner och olika ångestsyndrom för att påverka behandlingspraxis på så sätt att läkemedelsförskrivningen minskar. Barn och unga vuxna som drabbas av psykisk ohälsa och diagnostiseras riskerar långvarig sjukdomstid med läkemedelsbehandling och psykiatrisk vård. Vidare tillkommer en förhöjd risk att bli suicidal och begå suicidförsök. Ökad kunskap och förståelse kring psykisk ohälsa, dess orsaker samt utvecklingen av den kan hjälpa aktörer inom vården och socialtjänsten att möta det behov som uppstår till följd av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2017b).

Eriksson och Ek (2017) talar om psykiatiseringen av vardagliga livshändelser. Exempelvis kan det innebära att en skolkande ungdom där skolan inte klarar av att få tillbaka denne till verksamheten kontaktar socialtjänsten, som i sin tur kontaktar psykiatrin om de inte kan hjälpa. Det psykiatriska sättet att tala om elevens problematiska situation dominerar i samverkan mellan socionom, lärare och psykolog och trots att socionomen ska ha ett mer systeminriktat sätt med fokus på relationer och familj tenderar socionomen att se elevens problematik utifrån en psykiatrisk diagnostisk förståelse. För att skolan ska kunna tillhandahålla rätt resurser till en elev krävs en psykiatrisk diagnos samtidigt som föräldrarna ofta gärna vill ha en utredning som resulterar i en diagnos och förskrivning av läkemedel. Diagnosen avlastar föräldrarna från skuld på så sätt att föräldrarna kan friskriva sig sitt ansvar för att de i sitt föräldraskap bidragit till barnets skolk. Eriksson och Ek (2017) belyser vikten i att problematisera denna typ av psykiatisering som innebär en allmän uppfattning om att människors svårigheter i livet ska lösas med en diagnos och läkemedel. I likhet med psykiatiseringen talar Isaksson, Lindqvist och Bergström (2010) om medikaliseringsprocessen, som innebär att personers svårigheter tenderar att förklaras i medicinska termer, vilket kan få både positiva och negativa resultat för den drabbade. Trots att en diagnos kan bidra till att stigmatiseringen för en individ minskar, kan den också innebära att sociala och organisatoriska faktorer samt den sociala situationen inom familjen hos den drabbade förbises. En diagnos kan dekontextualisera och individualisera faktorer som annars hade kunnat tolkas som kollektiva sociala problem (Isaksson, Lindqvist & Bergström (2010)). Sociala svårigheter och existentiellt lidande kan idag betraktas som avvikande beteende som sakteliga medikaliseras. Institutioner som jobbar med psykisk ohälsa har utvecklat ett beroende av den medicinska professionen och dess koppling till läkemedelsindustrin (Eriksson & Ek 2017).

En sjukdom är inte bara något som händer i den enskilda kroppen, utan kan också ses som ett bestämt register av språkliga konstruktioner, så kallade diagnoser, som avbildar medicinens samhällsställning och kunskapsläge vid ett givet tillfälle. Därtill är sjukdomen också en individuell identitet samt en social roll (Johannisson 2006). Diagnos innebär en maktposition, där den för den diagnostiserade företräder en bekräftelse gentemot omvärlden och det egna jaget. Att erhålla en diagnos kan ge mindre ångest, ansvar och skuld och kan fungera som en tröst och vinst men i kontrast även medföra stigmatisering, utanförskap och förlust. En diagnos innebär för läkaren en bekräftelse på den professionella kompetensen och dennes förmåga att spåra, tolka och klassificera specifika kännetecken till en diagnos. För den

professionelle och den diagnostiserade företräder diagnosen en orsaksförklaring, där diagnosen styr den förväntade utvecklingen och behandlingsformen (Johannisson 2006).

Diagnosen innebär en politisk kontext då den engagerar genom analyser och åtgärdsprogram när den enskilde diagnosen synliggörs genom en högt rapporterad sjuklighet. Den förbinder medicinska insatser, välfärdspolitik och individens egenansvar och fastställer normerna för vad som betecknas som frisk och sjukt, normalt och avvikande samt för vilka beteenden som ska vara förväntade eller accepterade (Johannisson 2006). Samtidigt namnger diagnosen ett lidande och synliggör det, vilket innebär en maktposition på så sätt att när diagnosen har skapats och synliggjorts drar den till sig bärare av den specifika symtombilden, vilket betyder att en individ kan införliva typiska symptom utifrån sin diagnos som denne inte hade innan (ibid.). Vad som ses som normalt och avvikande, friskt och sjukt är ständigt föränderligt. När en diagnos inte längre uppfattas som en sjukdom försvinner den eller implementeras i en annan diagnos. I kontrast kan företeelser som tidigare inte setts som en sjukdom plötsligt betraktas som en. Diagnosen kan därmed ses som en social konstruktion då de faktorer som karakteriserar en sjukdom aldrig är en neutral konsekvens av biologiska omständigheter (ibid.).

Bipolärt syndrom och emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) är två diagnoser som ökat i Sverige den senaste tiden. Dessa diagnoser är vanligare bland kvinnor än män och i fallet med emotionellt instabil personlighetsstörning är diagnosen fem gånger så vanlig bland kvinnor och antalet diagnostiserade fortsätter öka. Dock är det osäkert om ökningen innebär att fler insjuknar eller om det beror på ökad medvetenhet (Socialstyrelsen 2017b). Enligt läkemedelsverket uppskattas det att någonstans mellan 50 % och 92 % av de EIPS-diagnostiserade tar någon medicin i form av psykofarmaka och inte sällan rör det sig om en kombination av flera (Bäckström 2016). Studier kring effekter av denna behandlingsform är dock få och utvecklingen av kunskap kring det en trög process (ibid.).

Med utgångspunkten att diagnoser är socialt konstruerade och är avhängiga av vad som betecknas som normalt och avvikande, friskt och sjukt i den samhälleliga kontexten i en viss tid ämnar denna uppsats att belysa konstruktionen av diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning i den virtuella verkligheten. Förutsättningarna för uppsatsen grundar sig på att texter säger något om verkligheten, är konstruerade och samtidigt konstruerande (Börjesson & Palmblad 2007). Texter som finns tillgängliga offentligt finns i verkligheten,

samtidigt som de föreställer en verklighet (ibid.) och genom en diskursiv approach avser vi försöka tolka de språkliga föreställningar som finns om diagnosen och diagnosbärarna på internet.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka hur information på internet konstruerar diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) och dess bärarens identiteter.

- Hur konstrueras diagnosen EIPS?
- Hur konstrueras identiteten hos individer med EIPS?
- Hur konstrueras kön i relation till EIPS?

1.3 Kunskapsläget

Medicinering av EIPS

Rogers och Acton (2012) har i Storbritannien genomfört en studie kring EIPS och medicinering. Personer med EIPS är en grupp som är frekvent återkommande inom vårdapparaten och också en patientgrupp som fått ett rykte som svår att arbeta med (ibid.).

Det avråds från medicinering i syfte att behandla EIPS eller de symtom som uppstår till följd av den. Undantag kan dock behöva göras vid akut kris eller vid samsjuklighet. Trots att längre perioder av medicinering i regel inte rekommenderas skrivs mediciner ändå i högre utsträckning ut till personer med EIPS än till andra med eller utan annan diagnostiserad personlighetsstörning. EIPS utgör en komplex diagnosbild vilket också leder till osäkerhet kring behandling. Att medicinering kan vara att rekommendera vid kris gör också bedömningen svårare då det är en grupp som kan betraktas som återkommande försatta i ett tillstånd av kris. Även en mer allmän bristande kunskap om behandlingsalternativ vid EIPS kan påverka (ibid.).

Deltagande i studien vittnade om negativa attityder samt brist på kunskap om EIPS inom vården (Rogers & Acton 2012). De upplevde även sig vara försökskaniner på vilka medicin efter medicin testades till följd av detta. Mediciner skrevs också ut till dem utan att de för den sakens skull fick någon information om på vilket sätt de verkade. Medicin som behandlingsalternativ överbetonades också i förhållande till andra typer av behandlingar. Personerna vittnade därtill om att de inte i tillräckligt hög utsträckning involverats i beslut

kring sin egen behandling utan till största del bara informerats om vad som skulle komma att ske (ibid.).

Rogers och Acton (2012) menar att medicinering fortfarande är en primär form av intervention vid behandling av patientgruppen och menar att detta tyder på att den evidensbaserade praktiken inte följs. Istället används kryphål som de föreskrifter om att medicinering går att använda mot enskilda symtom utgör. Konsekvensen blir att en cocktail av mediciner ordineras individen. Vidare tycks vårdpersonal uppvisa mer negativa attityder gentemot denna grupp och äldre föreställningar om att berörd grupp inte är behandlingsbar lever kvar. Deltagarna i studien hade olika uppfattningar om huruvida medicinering var till hjälp för dem, men för samtliga var möjligheten att själv besluta om detta viktigt. Vården bör därmed bli bättre på att involvera patienten i beslutsfattande samt tillhandahålla tillräckligt med information och stöd (ibid.).

EIPS och könsmönster

Ända sedan 80-talet har det i DSM indikerats att EIPS är vanligare hos kvinnor än män (Sansone & Sansone 2011). Likväl har mer sentida forskning inte visat på detta utan könsfördelningen tycks vara jämn. Olika skäl till detta kan finnas, bland annat att det inom psykiatri finns en tendens att i högre grad tillskriva kvinnor diagnosen. Forskningen är dock inte entydig i detta avseende utan olika studier har visat på skilda resultat. En annan möjlig förklaring är att flertalet studier genomförts med blicken vänd mot vården och att fler kvinnor befinner sig inom den. Således kan det röra sig om ett samplingsproblem som leder till att resultaten inte speglar egentlig fördelning. Diagnosen skulle också till följd av kulturella förhållanden och förväntningar kunna uttryckas på olika sätt utav män och kvinnor. Män tycks i högre utsträckning uppvisa hett temperament och en benägenhet till utforskande beteende samtidigt som stark oro tycks vara vanligt (ibid.). Kvinnor verkar i lägre utsträckning uppvisa en sådan benägenhet till utforskande men graden av oro är hög även bland dem. Missbruk har vidare visats vara vanligare hos män med EIPS medan kvinnor med diagnosen oftare tycks ha ätstörningar, ångestproblematik och posttraumatisk stress. Detta skulle kunna vara en anledning att kvinnor med EIPS i högre utsträckning återfinns inom vårdapparaten (ibid.).

Vidare verkar omfattningen av undvikande och osjälvständiga personlighetsdrag snarlika oavsett kön (Sansone & Sansone 2011). Narcissistiska, passivt aggressiva, paranoida och

sadistiska drag tycks dock oftare förekommande hos män. Detsamma gäller också antisocial personlighetsstörning. En konsekvens av detta kan vara att män med EIPS i högre grad återfinns inom kriminalvården (ibid.). Vad gäller självskadebeteende har vissa könsskillnader nämnts ovan kring missbruk och ätstörningar. Emellertid gäller detsamma inte nödvändigtvis benägenheten att skära sig. Här finns forskning som visar på att detta förekommer i likvärdig grad oberoende av kön. Även funktionsförmåga i relation till upplevd emotionell smärta verkar jämbördig. Även om de som diagnostiserats med EIPS i allmänhet i hög grad nyttjar service vid vårdinstanser finns vissa skillnader. Män har oftare kontakt med beroendevård medan de inte lika ofta som kvinnor har farmakologisk eller psykoterapeutisk behandling (ibid.).

Diagnosen som en kultursjukdom

Johannisson (2008) argumenterar kring begreppet kultursjukdom och dess spridning. Begreppet definieras som tillstånd som uppfattas i ett visst tidsrum och som skapas och sprids i samverkan med föreställningar, normer och hotbilder (=kultur). Gemensamt för kultursjukdomar är att de försvinner när tillståndet inte längre betraktas som sjukligt eller implementeras i andra, nyttillkomna diagnoser. Johannisson (2008) menar att kultursjukdomen som begrepp fokuserar på varför och på vilket sätt en specifik sjukdomsbild får genomslag, hur den legitimeras och framställs i ett bestämt tidsrum. Allmänt belyser kultursjukdomarna hur sjukdomsbilder grundas på växelverkan mellan den biologiska verkligheten och de tolkningar som görs av en specifik erfarenhet av en sjukdom och därtill hur denna växelverkan formas av normer för vad som är friskt eller sjukt, normalt eller avvikande, manligt eller kvinnligt, farligt eller ofarligt. Johannisson (2008) belyser sjukdomsdiagnoser som sociala processer mellan olika aktörer i samhället där bland annat läkare, patienter, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, massmedier och läkemedelsindustri gemensamt omdefinierar vad som är sjukt eller inte. Genom detta finns det en aspekt i varje diagnos som kan ses som en social konstruktion, vilket innebär att en sjukdom inte kan betecknas som ett neutralt fenomen, utan skapas i samspel mellan olika aktörer, vilka legitimerar diagnosens existens. Det argumenteras för en viss problematik att se en diagnos som en social konstruktion då vissa symtombilder kan framstå som oförutsägbara etiketter på lidande som är upplevt men inte mätbart. Därtill uppstår ett maktförhållande, där ett beteende exkluderas genom att omvandla det till ett diagnoskriterium eller en diagnos. En ytterligare svårighet som framställs är att påståendet om diagnosen som en social konstruktion väcker provokation, då

läkare menar att deras kompetens blir ifrågasatt och patienter menar att deras sjukdomar ifrågasätts.

Johannisson (2008) resonerar om att den hetsiga debatten kring diagnoser saknar diskussioner om det kulturella sammanhanget, där bland annat kön, etnicitet, utanförskap och upplevda hotbilder kan bidra till ett meningsskapande sammanhang om sjukdomsbilden. "Svårigheten har varit att fokusera på själva relationen mellan biologisk händelse, hur patienten tolkar den och hur läkaren uppfattar och definierar den" (ibid. s 3130). Fördelarna med kultursjukdomarna är att de skapar en legitimitet och hemvist för upplevd ohälsa. Nackdelarna är att sjukdomsbegreppen ofta är subjektiva och riskerar att bortse från en djupare, bakomliggande problematik samtidigt som diagnoskriterierna tenderar att kategorisera och låsa in komplexa problem i små och isolerade diagnosfack. Det talas om att kultursjukdomar har en stor spridningseffekt i samhället där de, när de etablerats, drar till sig bärare med den specifika sjukdomsbilden. Smittan innebär att ett visst beteende eller en viss känsla sprids mellan individer inom en specifik grupp genom imitation av varandra. Det kan även innebära att en individ utvecklar beteenden och känslor genom tillgången till och närvaron av förebilder och medial exponering. Ju mer diagnosen uppmärksammas, ju mer sprids den bland grupper av människor på grund av dess synlighet. Johannisson (ibid.) talar vidare om diagnosen som en avgörande faktor för den egna förståelsen av den. Genom erhållandet av en diagnos säger den hur samhället ska uppfatta individen och hur individen ska uppfatta sig själv, vilket innebär att personer utvecklar känslor och beteenden beroende på kategoriseringen och att individen då blir sin egen diagnos. Därtill behandlas personen som sin diagnos utav omgivningen, vilket förstärker individens uppfattning och förståelse om sig själv.

Slutligen tar Johannisson (2008) upp kultursjukdomarna i relation till klass och kön. Det beskrivs att somliga diagnoser till en början ansågs drabba personer i de övre klasskikten och där majoriteten av de insjuknade var män. När sedan sjukdomsbilderna började sprida sig till de lägre klasssamhällena och till kvinnor förlorade diagnoserna sitt värde och efterhand uppmärksamhet.

Myten om det könskodade självskadebeteendet

Ståhl (2007) argumenterar kring självskadebeteendet och diskuterar kritiskt tidigare forskning som titulerat självskada som ett problem kopplat till kvinnor. Den vita, vackra och

framgångsrika tonårstjejen som självskadad är en stereotyp bild som hålls vid liv genom massmedier, forskning och populärvetenskap. Denna bild växte fram i psykiatrisk forskning under 60- och 70-talen och har sedan reproducerats genom oreflekterade studier som utgått från att den speglar verkligheten. Ståhl (ibid.) skildrar att femininitet kontra maskulinitet traditionellt förknippas med den kvinnliga respektive manliga kroppen, men att det finns en strävan att förskjuta begreppen från de biologiska könen och acceptera att femininitet och maskulinitet är något som finns både hos kvinnor och män. Han menar dock att oavsett om man diskuterar femininitet hos män och maskulinitet hos kvinnor är vissa egenskaper knutna till könstudelingen, vilket innebär att de generellt förknippas med män eller kvinnor, som i sin tur skapar normativa förväntningar om hur en kvinna eller man ska vara. När förväntningarna reproduceras konstrueras kön socialt, vilket är en process som är ständigt föränderlig.

Ståhl (2007) beskriver hur tjejer och killar får olika behandlingsinsatser då deras beteende tolkas olika. Killar tillskrivs sociala problem, medan tjejers problem överlag betraktas som psykiatriska. Killar ses dessutom mer som utåtagerande, medan tjejer är introverta och definieras genom psykiatriska diagnoser. Det finns könade förväntningar om tjejer att uppfattas som emotionella, vilket i sin tur tolkas som tecken på psykiska problem, som vidare innebär att tjejers problembild ses som mer allvarliga och komplexa. De självskadande tjejerna blir därtill också tilldelade vad som uppfattas som sexuell anomali, antingen som asexuella, promiskuösa, utsatta för sexuella övergrepp, homosexuella eller tituleras "pojkflickor". Ståhl (ibid.) belyser att tidigare forskning påvisar att män som självskadad ofta hamnar utanför statistiken på grund av att de uppkomna skadorna diagnosticeras som olycksfall i högre grad. Dock finns det indikationer på att manligt självskadabeteende förekommer i större omfattning än vad som antagits tidigare. Övergripande exkluderas män ur forskningen och de som inkluderas avviker genom att vara misstänkt homosexuella eller sexuellt förvirrade. Ståhl (ibid.) menar att det kan ha sitt ursprung i att de tolkningar som ges till kvinnors självskadabeteende utifrån den förtryckande kvinnorollen är svåra att applicera på män.

Ståhl (2007) tolkar hur självskadabeteendet studeras och ställer sig kritisk gentemot Socialstyrelsen som publicerat artiklar om självskadabeteende utifrån premisserna att det är ett tjejproblem, vilket exkluderar männen. Det skildras att forskningen kring självskada har blivit låst till den feminina diskursen, där männen är osynliga och ingen intresserar sig för

dem. Inkluderas män konstateras det att män kan självskada, men det förekommer inte några reflektioner kring hur beteendet skiljer sig mellan de båda könen. När självskada betraktas som feminint konstrueras kön och då männen inte uppfyller könskriteriet för självskadebeteende behöver män förhålla sig till idealtypen av en man, en bild av en utåtagerande och kriminell kille. Ståhl (ibid.) belyser att killar som självskadar står både utanför den feminina idealtypen och den maskulina. De upptäcks inte då de inte syns tillräckligt mycket, vilket innebär att normbrottet går obemärkt förbi. I motsats uppmärksammas tjejer när de begår normbrott från den idealiserade bilden av att vara tysta och osynliga till att synas och höras. Ståhl (ibid.) poängterar att det är av vikt att ha vetskap om att beteenden tolkas olika beroende på vilket kön som utövar det och att femininitet och maskulinitet främst är kopplat till folks uppfattningar om beteenden och inte till beteendena i sig självt. Slutligen beskrivs det att ingen egentligen vet hur könsfördelningen för självskadebeteende ser ut, men när majoriteten av forskningen och det som visas i media fortsätter konstruera självskadepersonen som en ung, skör tonårstjej får det konsekvenser för båda könen. För männen innebär exkluderingen att vårdutbudet fokuserar på kvinnor och insatser specifikt för kvinnor (ibid.).

Upplevelser av att bli diagnostiserad ur ett konstruktionistiskt perspektiv

Horn, Johnstone och Brooke (2007) har undersökt människors egna upplevelser av att deras svårigheter tillskrivs benämningen EIPS och vad det får för subjektiva konsekvenser. Att tillskrivas en diagnos upplevdes av deltagande på både positiva och negativa sätt. Diagnosen erbjuder bestämda verktyg för att förstå upplevda svårigheter och kan innebära en lättnad efter en lång tid av att inte passa in någonstans. Den innebär också tillträde till vissa former av hjälp. Samtidigt upplevdes diagnosen också som att vården backar och diagnosen blir en benämning som inte innebär något mer än att personen i fråga inte passar in någon annanstans. För vissa av deltagarna hade också upplevelser av att bli dömda som en konsekvens av diagnostisering, något som resulterade i låg självkänsla. För vissa var diagnosens innebörd förvirrande. Innebär den galenskap, kriminalitet eller att där inte är något som är fel alls (ibid.)?

Något som för samtliga deltagare var viktigt var relationer till andra som präglades av tillit och acceptans (Horn, Johnstone & Brooke 2007). För vissa utgjorde dessa också en motvikt mot den negativa självbild som diagnosen kunde medföra. Diagnos kunde medföra en känsla av permanens, av att situationen inte går att förändra, något som ledde till känslor av

hopplöshet. Också här fungerade stöttande relationer utgöra en motvikt. Andra upplevde att diagnosen och framför allt den hjälp som denna ledde till ingav nytt hopp. En genomgående trend var just att en diagnos endast var till hjälp när den resulterade i stöd, i annat fall upplevdes den som isolerande (ibid.). En konsekvens av att bli diagnostiserad var internaliserat stigma, detta genom att personerna tog till sig avfärdande och dömande attityder. Känslan av att bli avvisad i vårdsammanhang innebar ofta att personerna in sin tur också avvisade och utmanade vårdpersonal. Detta cementerar föreställningar om denna patientgrupp som svår och besvärlig (ibid.).

De upplevelser som av deltagarna rapporteras i form av att diagnosen har liten bakomliggande betydelse, bortsett från tillträde till viss hjälp, överensstämmer med tidigare kritik av diagnosen som ett sätt att placera en grupp som inte passar någonstans i ett fack, snarare än att det skulle finnas en faktisk underliggande sjukdom (Horn, Johnstone & Brooke 2007). Detta leder också till ifrågasättande kring om det är en diagnos som bör användas över huvud taget (ibid.).

1.4 EIPS som konstruktion i två manualer

ICD-10 och DSM-5 är internationella manualer där den första är en publikation utgiven av världshälsoorganisationen WHO, översatt av Socialstyrelsen. Publikationen innehåller internationell psykiatrisk klassifikation av hälsoproblem som, ifall en drabbas av någon av dem, kan innebära kontakt med sjukvården. ICD-10 är den manual som sägs användas i Sverige (Socialstyrelsen 2017a; Kindvall 2015). DSM-5 är framtaget av den amerikanska psykiatriska föreningen vilken i dagsläget inte är samstämmig med ICD-10. I skrivande stund befinner sig Sverige i en brytningstid, där det finns olika utredningsteam som använder ICD-10, medan andra använder DSM-5 eller gamla DSM-manualer. Kriterierna i respektive manual är under ständig revidering, där DSM-5 förnyades 2013 och ICD-10 beräknas bli reviderad till ICD-11 under 2018 (Kindvall 2015).

I konstruktionen av diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) använder sig psykiatrin av kännetecken, så kallade symtom. Dessa kännetecken för EIPS karaktäriseras enligt ICD-10 (Socialstyrelsen 2017a) av impulsivt agerande och oförmåga till konsekvenstänk. Affektutbrott är vanligt och humöret är föränderligt och oberäkneligt och åtföljs av oförmåga att kontrollera reaktionerna. En person med EIPS tenderar att söka konflikter, i

synnerhet då impulsiva handlingar hindras eller bromsas. Det finns två typer av EIPS; den impulsiva, vilken karaktäriseras av bristande impuls kontroll och emotionell instabilitet, samt borderlinetypen, vilken karaktäriseras av osäker självbild, otydliga mål i livet och inre val, en konstant tomhetskänsla, intensiva och instabila relationer och självdestruktivitet.

Borderline personlighetsstörning heter diagnosen enligt manualen DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) där konstruktionen av de kännetecken som för psykiatrin sägs utgöra en diagnos är liknande ICD-10. Kriterierna för diagnos enligt DSM-5 innebär att en individ frekvent försöker att undvika verklig eller inbillad övergivning, att personen tenderar att ha intensiva och instabila relationer som präglas av både extrem idealisering av sig själv och extrem nedvärdering. Vidare ska personen ha en markant och ihållande instabil självkänsla eller självbild och uppvisa impulsivitet i minst två av följande områden; oförmåga att hantera pengar, osäkert sex, missbruk, vårdslös körning och ätstörningsproblematik. Personen ska därtill ha återkommande suicidalbeteende genom gester, hot eller självskada. Personen ska ha känslomässig instabilitet genom att påtagligt och kraftigt växla i humöret och därtill en kronisk känsla av tomhet. Personen ska antingen uppvisa intensiv och påtaglig ilska vid olämpliga situationer eller inte ha förmåga att kontrollera den. Till sist ska personen ha övergående stressrelaterade paranoida idéer eller svåra symtom då hen avskärmar sig från verkligheten (ibid.).

1.5 Kritik mot diagnoser

Inom ramen för denna uppsats kommer ett kritiskt och inte sällan ifrågasättande angreppssätt gentemot diagnostik att framföras. Viktigt är då att skilja mellan diagnostik som samhällelig process samt individen och dennes upplevelser. EIPS som diagnos ämnar rama in ett sinnestillstånd som onekligen kan vara mycket tufft för den enskilde att hantera. På ingen mått bör individuella upplevelser av smärta undermineras. Istället ligger fokus på processer där vissa tankar och känslor kommer att separeras ut och förstås i diagnostiska termer medan andra inte gör det. Ytterligare ett ting att vara medveten om är att det kan vara en lättnad att få en diagnos. Den kan innebära tillhandahållandet av en förståelse för en själv som tidigare saknats. Den ger individen verktyg att tolka tidigare obegripliga tankar, känslor och beteenden, något som kan inge en större trygghet. Kritik mot diagnos som fenomen kan således utgöra ett hot mot denna trygghet och på så vis inte heller nödvändigtvis vara

välkommen alla gånger. Samtidigt kan en diagnos också innebära en stämpel kopplad till en risk för stigmatisering, varpå ett mer kritiskt synsätt kan vara önskvärt (Eriksson & Ek 2017).

2. Teori

2.1 Konstruktionistiskt perspektiv

Hacking (1999) menar med utgångspunkt i ett socialkonstruktionistiskt perspektiv att många diagnoser i de psykiatriska manualerna kan betraktas som en följd av medikalisering av beteenden som inte anses önskvärda, snarare än egentlig sjukdom. Han pekar på att psykiska sjukdomar på samhälls nivå är obeständiga i fråga om tid och plats, förslagsvis till följd av kulturella ramar. Omförhandling av verkligheten sker ständigt genom språklig utveckling och förändrade levnadsförhållanden, vilket får till följd att vår förståelse för psykisk sjukdom också den förändras (ibid.). Människor kan vara medvetna om hur de klassificeras och de interagerar med den kategori de tilldelas (ibid.). Det sker med andra ord en växelverkan mellan berörd individ (samt dennes omgivning) och diagnos. När en klassifikation tillskrivs en person kan detta förändra hur denne upplever sig själv, såväl som att det kan innebära ändringar i beteende just p.g.a. den specifika klassificeringen (ibid.). Hacking (1999 s 108) skriver "[...] self aware people who are the objects of the social sciences may understand how they are classified and rethink themselves accordingly". Men genom denna reaktion till och ändring av beteende utifrån kategorisk tilldelning omformas också klassifikationen ständigt (ibid.). "Because of looping effects, the targets of the social sciences are on the move" (ibid. s 108). Det sker alltså en växelverkan mellan att samhället/institutionerna konstruerar avvikelse och att individer som klassificeras som avvikande gör det samma (ibid.). Det är ett dynamiskt förhållande där en klassificerad person kan använda en etikett med eller emot sig (ibid.).

Hacking (1999) lyfter också det potentiella problemet kring att något parallellt kan betraktas som konstruerat och på riktigt. Även om ett tillstånd skulle ha en biologisk grund, finns också kring fenomenet en rad tidsbundna idéer, om exempelvis prototyper och terapier. På så vis finns också möjligheten att hävda att något är på riktigt och en social konstruktion på en och samma gång (ibid.).

2.2 Honneths erkännandeteori

Axel Honneth, socialfilosof, har utvecklat den kritiska teorins tradition med teorin om erkännande, vilken utgår från föreställningen människan är en social varelse som är beroende av andra för sin identitetsutveckling (Honneth 2003). Honneth menar att det finns tre former av erkännande utan inbördes rangordning som inte är avhängiga varandra. Som enskild individ behövs erkännande av känslomässigt understöd i nära relationer, att bli erkänd som en person vars behov är viktiga för en annan (kärlekens erkännande). Den andra formen av erkännande utgår från att en individ behöver ses som en rättsperson och samhällelig medborgare och därmed tillskrivas respekt och bli likabehandlad (rättsligt erkännande). Det statliga sedlighetserkännandet är den tredje formen av erkännande som inbegriper att en individ har förmågor som är av värde för en specifik gemenskap, till exempel arbetsplatsen, där individen visar solidaritet och lojalitet gentemot andra för att nå gemensamma mål och utveckla den samhälleliga ordningen. Det råder en konflikt mellan de olika erkännandeformerna då individen måste verka på olika sociala nivåer för att erhålla respekt och utveckla en god självbild (ibid.).

Erkännandet ska betraktas som en samverkan mellan individer, där människan bara kan uppnå en intakt självbild genom att bli bekräftad och samtidigt erkänna/bekräfta värdet i andra personers förmågor och rättigheter för att utveckla en motsvarig förståelse om sin egen person (Honneth 2003). Samtidigt går erkännandet hand i hand med den moraliska kränkningen, vilken innebär att en individ på olika sätt förvägras erkännande av värdet av sin person. Honneth (2003) beskriver kränkningen som en skadegörelse på den enskilde, där nivån av skadegörelse ger olika grader av psykisk skada, vilket förstör förutsättningarna för denne till positiv identitetsutveckling. Honneth delar upp kränkningen i tre olika klasser. Första klassens kränkning innebär fysisk skada på den enskilde genom att förvägra denne fysiskt välbefinnande. Andra klassens kränkning innebär att klassa någon som avvikare, vilket innebär att den enskilde degraderas till att ha dålig omdömesförmåga och inte vara tillräknelig. Tredje klassens kränkning går ut på att den enskilde genom bristande respekt och förödmjukning förvägras känslan att vara betydelsefull (ibid.).

Honneths erkännandeteori kan användas för att analysera på olika nivåer genom att se till de enskildas behov och ansvar, samtidigt som organisationer/institutioner eller samhället och deras behov och ansvar kan belysas i förhållande till erkännande och kränkning.

2.3 Becker - Kvinnlig socialisering och borderline

Becker (1997) riktar i sin bok *Through the looking glass* skarp kritik mot BPD (borderline personality disorder, den engelskspråkiga benämningen på EIPS). Hon undersöker synen på kvinnligt avvikande genom en historisk tillbakablick där hon visar på likheter mellan häxprocesser 1800-talets mentalvård och nutida diagnostisk. Den som anklagades för häxkonster menar Becker (ibid.) var en kvinna som uppvisade beteenden som utmanade patriarkatet, som exempelvis autonomi eller läkarkonst. Därmed ansågs de vara onda. När vetenskapen senare fick sitt genomslag omvandlades det teologiskt grundade konceptet ondska till idéer om galenskap. Den kontrollmekanism gentemot avvikande kvinnor som häxprocesserna utgjort övergick i diagnostisk kontroll. Under 1800-talet fick diagnosen hysteri stort genomslag. Den kvinnliga kroppen, särskilt de reproduktiva organen, vilka kvinnan ansågs dominerad av, och stereotypa kvinnliga egenskaper, som bräcklighet och emotionalitet, ansågs vara riskfaktorer för utvecklandet av hysteri, ett namn som härstammar just från grekiskans ord för livmoder. Liknande symtom hos män kom ofta att tolkas som något annat tillstånd. Det var en oklar diagnos med bred symtombild, något den har gemensamt med BPD. Vidare är de båda typiska kvinnodiagnoser och där går också att dra paralleller mellan diagnostiska kriterier.

Hysteri fick också genomslag i en tid präglad av en snäv kvinnoroll samtidigt som idén om moralisk galenskap också fick starkt fotfäste. Denna karaktäriserades just av övertramp av sociala normer. Detta kunde i sin tur resultera i konflikt då individen vuxit upp med och internaliserat en uppsättning normer som hon sedan inte kunde leva utefter. Denna konflikt menar Becker (1997) kvarstår och är högst relevant för förståelsen av BPD. Flickan uppfostras i högre grad än pojken till att betrakta sig själv genom omgivningens ögon, detta som ett resultat av att i större utsträckning objektifieras (ibid.). Hon internaliserar i högre grad andras blick och observerar därmed sig själv utifrån samtidigt som hon betraktar omgivningen inifrån. Hon förväntas också vara mer omhändertagande och empatisk gentemot andra och därmed ha ett större fokus på relationer. Hon lär sig att hon ska sätta andra först och därmed undertrycka de egna behoven, då de är sekundära till andras. Hon är klämd mellan den hon är och den hon anser att hon måste vara. Detta kan leda till känslor som ilska, en känsla som inte är kompatibel med den stereotypa bilden av hur en kvinna ska vara. Resultatet blir en vagare känsla av det egna jaget. Sammantaget utgör den kvinnliga socialiseringen därmed en risk att

utveckla vad som benämns BPD. Här menar Becker (ibid.) att den historiska kontexten, är av stor vikt för att förstå BPD. Detta gäller både den samhälleliga, där kvinnor på ett strukturellt plan haft ett mindre värde, och individuella. En uppväxt som präglats av bristande tillit eller omsorg eller till och med övergrepp, där barnet inte fått bekräftelse, utan kanske istället fått bekräfta föräldrar (minns att flickor i högre grad förväntas vara omhändertagande), vars känslomässiga engagemang bara går att uppnå genom undertryckandet av de egna behoven är mycket vanlig. Mot detta blir BPD en begriplig reaktion. Den grupp som diagnostiseras med BPD är heterogen och uppvisar inte sällan en diffus symtombild, vilken också överlappar en rad andra diagnoser. Utöver detta påpekar hon också att kvinnor som handlat på ett enligt rådande normer förkastligt sätt i högre utsträckning anses galna (ibid.). En man som mördar sin partner ska straffas för sitt brott medan en kvinna som gjort det samma måste vara galen. Kvinnor som döms har oftare större inslag av terapi i straffet. De finns alltså en benägenhet att i större grad medikalisera kvinnlig avvikelser. Skillnaden ligger i distinktionen mellan “mad women and bad men” (Becker 1997 s 29).

Sammanfattningsvis skriver Becker (1997 ss 158-159):

What would contribute substantially toward improved treatment of women called “borderline” would be the increasing ability of clinicians to understand the relationship between “borderline” symptoms and female socialization and to accept the “underlying normality” [...] of the affliction. So-called borderline women are more like us than they are different, and attempts by the psychiatric establishment to the contrary, we must attend to context, both interpersonal and historical.

3. Metod

3.1 Virtuellt dokumentstudie

Internet är ett förhållandevis nytt fenomen som allt fler människor i världen får tillgång till (Bryman 2011). Tillgängligheten innebär fler möjligheter att bedriva forskning i socialt arbete i en ny form av kontext (ibid.). Medborgare i ett samhälle utsätts dagligen för och influeras av texter, vilket gör dem centrala och viktiga. Texter hjälper till att forma människors uppfattningar om hur samhället är och borde vara (Boréus 2015). Förutom att influera samhällsmedborgarnas uppfattningar om sitt och andras samhällen och deras värderingar om

dessa, påverkar texter även relationen mellan människor. Genom text kan någon utöva inflytande på hur en annan ser på grupper av människor och således påverka inställningen till dessa. Genom valet att analysera texter på internet blir det dessutom genomförbart att studera vilka villkor som finns för att få tillhöra en specifik grupp och därtill vidmakthålla den identitet som skapas i och med grupptillhörigheten (ibid.). Materialet som utgör empirin är skapad för andra syften eller sammanhang än som föremål för kvalitativ forskning, vilket innebär att texterna är oberoende av den som läser materialet. Med detta som utgångspunkt är det därför intressant att analysera denna typ av texter. Materialet som utgör empirin har i sin ursprungsform inte påverkats av någon under framställningen, vilket vidare innebär att texterna är objektiva i förhållande till de som studerar texterna (Lind 2014).

3.2 Diskursanalys

Den analysmetod som tillämpas är inspirerad av Faircloughs (1995) kritiska diskursanalys. Fairclough (1995) förespråkar en modell för analys bestående av tre element. Beaktas bör dels rent lingvistiska element, dels den diskursiva praktik som både produktion och tolkning av text innebär och dels sociokulturella praktiker, dvs. samhälleliga och institutionella förhållanden. Dessa bör analyseras var för sig och som helhet. Målet för den kritiska diskursanalysen är se bortom det som ter sig som naturligt och på en mått avslöja det som något sprunget ur mellanmänsklig interaktion och inte något neutralt fenomen som existerar oavsett vår förståelse av det (ibid.). Centralt är också relationen mellan mikro- och makronivå. De båda beror av samt producerar varandra. Därmed kan de ena nivån inte analyseras utan att den andra beaktas. Precis som att samhälleliga strukturer påverkar hur människor handlar har också människors val av handling en effekt på strukturer. Det sker en växelverkan mellan dessa. Den kritiska diskursanalysen intresserar sig för språklig interaktion i relation till denna växelverkan. Hur interaktion tar sig uttryck beror också på förgivettagen bakgrundskunskap. I denna ingår ideologiskt laddade antaganden vilka ter sig som naturliga och självklara och i och med det som ett slags sunt förnuft (ibid.).

Fairclough (1995) betraktar sociala institutioner som en uppsättning av verbala interaktionen, ett organ med en egen språkrepertoar som har ett visst vis att beskriva företeelser såväl som de människor som på något sätt handlar inom ramen för institutionen. Institutioner utgör därmed så kallade diskursordningar. En institution tillhandahåller en ram för handling. Utan denna ram uppstår inte handling. Samtidigt är ramen tvingande på så vis att den dikterar att

handlande hålls innanför densamma (ibid.). Det finns alltså villkor för att en människa inom ett institutionellt sammanhang ska kvalificera sig för rollen som handlande subjekt (ibid.). Vidare ska dock understrykas att diskursordningar är heterogena och innefattar kompatibla och motsägelsefulla budskap. Detta kan exempelvis ta sig uttryck genom paradoxala ordval (ibid.). Det första steget i den följande analysen blir således att ringa in en diskursordning, alltså den institution genom vilken förståelse och handlande möjliggörs. Vidare kan det inom en och samma institution kan det vidare finnas flera olika synsätt och uppsättningar normer. Ofta är det möjligt att identifiera dominanta samt underliggande dominerade sådana. Mellan dem sker en kamp i syfte att antingen bibehålla eller undergräva och ersätta rådande ordning. En viss ordning är dock aldrig given (ibid.). Däremot kan en hög grad av dominans medföra att rådande normer kommer att betraktas som färdigheter och tekniker snarare än som synsätt (ibid.). Utifrån den i analysen identifierade diskursordningen kommer sedan motsägelsefulla uttalanden att ställas mot varandra för att belysa just denna kamp.

I all analys av interaktion är det enligt Fairclough (1995) viktigt att klargöra under vilka premisser interaktion sker, inte minst med avseende på fördelning och utövande av makt. Detta leder vidare till begreppet hegemoni (ibid.). Hegemoni syftar till en process där olika sociala krafter tillsammans bildar allianser. Istället för ett exklusivt utövande av dominans över underordnade kategorier integreras dessa istället i den dominerande ordningen. Därmed fungerar hegemoni också inskränkande genom att den begränsar vilka uttalanden som kommer till stånd (ibid.). Även denna process präglas dock av instabilitet eftersom dominans aldrig är total och alltid temporär (ibid.). Inom ramen för analysen undersöks därför om andra synsätt som framträder i texterna "sugs upp i" dominerande paradigm. Rådande normer kommer dock inte tvunget att på ett troget vis att reproduceras i människors sätt att handla, de intar sig inte nödvändigtvis den roll de tilldelas inom ramen för en institution. Förändring utgörs på så vis av normbrott (ibid.). Detta är också högst relevant för nedanstående analys. Vilka brott mot rådande normer eller synsätt framträder i texterna?

Fairclough (1995) berör också på ett mer direkt sätt analys av text. Han framhåller att meningsskapande inte bara produceras vid upprättandet av texten utan också vid läsning av den och olika läsare kommer att tolka samma text på olika sätt (ibid.). Därmed är det inte säkert att läsaren uppfattar de normer som den som producerar texten ämnar förmedla. Många tolkningsmöjligheter ligger alltså inbäddade i texter. Ändå kommer inte alla tolkningsmöjligheter att vara tillgängliga för läsaren då denne begränsas av rådande diskurser.

Reproduktion av diskursordningar sker därmed även genom tolkning (ibid.). Detta tål att tänkas på i förhållande till analys. I vilket syfte en text läses har med utgångspunkt i detta rimligtvis betydelse för hur den tolkas. Den som endast är ute efter information om ett fenomen och den som ämnar analysera det ser antagligen olika saker i en och samma text.

3.3 Urval

Empirin har samlats in via ett så kallat målstyrt urval (Bryman 2011) genom en google-sökning på “emotionellt instabil personlighetsstörning”. Det målstyrda urvalet möjliggör ett strategiskt val av empiri som är av relevans för studien (ibid.). Endast svenska sidor har valts ut och artiklar, onlinetest, text specifikt om neuroleptika, wikipedia samt PDF-filer har sorterats bort. Sidor med färre träffar som skulle kunnat vara relevanta faller utanför studien, då det endast är de mest besökta sidorna som inkluderats. De första nio träffarna av relevans utifrån det nedan nämnda utgör empirin som omfattar information från både statligt finansierade domäner och ideella sådana. Gällande huruvida det insamlade materialet har uppnått mättnad (ibid.) har avgränsningen skett genom att ta tidsspannet för uppsatsen i beaktning, samt efter diskussion ett ställningstagande där de nio domänerna har lyfts fram från de tre första uppslagen på Googles sökmotor, då tankegångarna har rört sig runt att då en individ söker information via en sökmotor går denne igenom det material som framkommer på de två-tre första uppslagen för att erhålla information. De tre första uppslagen i sökmotorn och de nio valda domänerna är med stor sannolikhet lättillgänglig för allmänheten och är viktig att införliva i studien, då det är de sidorna med information som en besökare tar till sig först vid en sökning. Då det insamlade materialet med stor sannolikhet innehåller majoriteten av den information som når informationssökarna ses materialet därför som mättat.

Empirin har erbjudit ett lätt och snabbt sätt att samla in data, då det är tillgängligt för allmänheten. Svårigheterna har varit frågan kring hur materialet skulle begränsas, men efter diskussion enligt ovanstående begränsades empirin utifrån förståelsen för hur personer tar till sig information på nätet.

3.4 Metodens tillförlitlighet

Sökmotorn Google menar vi är den primära för att navigera och finna information på nätet, då Google i sig är en erkänd portal med många användare. Då studien är begränsad utifrån inhämtandet av empiri från Google är det möjligt att annat material som hade kunnat vara

representativt för studien har uteslutits. Det kan tänkas att det är mer önskvärt att använda flera olika sökmotorer för att undvika skevheter (Bryman 2011), men samtidigt är Google den sökmotorn som vi menar är den mest kända, vilket motiverar beslutet att använda endast den. Den eventuella uppkomna skevheten i materialet kan därför i sig belysa den skevhet allmänheten tar till sig vid en sökning på EIPS, vilket är av relevans för studien.

Det finns svårigheter att bedöma hur representativ en webbplats för ett specifikt ändamål är då vem som helst kan skapa en webbsida. Åtta av nio domäner som valts ut till empiri är kända sidor, såsom Sahlgrenska (2015) och 1177 (2018), vilka anses autentiska och representativa i fråga om framställningen av diagnosbilden (Bryman 2011). Autenticiteten kring en av domänerna (Familjeband u.å.) kan ifrågasättas, då det är svårt att bedöma dess ursprung mer än till en gratis hemsida och utan författare. Domänen har trots detta använts, då den tillhör en av de domänerna som personer sannolikt går in på vid en sökning på EIPS. Vidare kan webbplatsen ses som en domän med representativt material för studiens syfte. Gällande materialets trovärdighet bedöms det efter genomläsning vara utan förvrängningar och felaktigheter (Bryman 2011). Det har funnits i åtanke att åtminstone en av domänerna använder sig av ett så kallat patient-wiki, vilket innebär att både vårdpersonal och patienter har möjlighet att förändra domänens innehåll. I dessa fallen har valet "visa endast faktagranskat material" använts för att öka dess trovärdighet. Gällande forskningsprocessen har den redovisats så tydligt som möjligt för att öka studiens trovärdighet

Vad gäller materialet som representativt för både de specifika forskningsfrågorna och diagnosbilden i sig, vill det påstås att samtliga domäner är skrivna på ett sådant sätt att det kan anses representativt för dem båda (Bryman 2011). Det bedöms vidare att materialet från samtliga domäner är lättbegripligt, tydligt och meningsfullt för studien (ibid.). Gällande generaliserbarhet är det möjligt att studien går att generalisera teoretiskt genom att studien exemplifierar hur en viss typ av diagnosbild kan tolkas av andra och individen själv (Svensson & Ahrne 2015). Internet är föränderligt, vilket innebär att webbsidor förändras, tillkommer eller försvinner. Under studiens gång finns en medvetenhet att en domän (Familjeband u.å.) har försvunnit, samt att det är möjligt att nya, representativa webbsidor som hade kunnat tillföra studien något kan ha tillkommit (Bryman 2011). Då studien bygger på ett dynamiskt material som är föränderligt är det av vikt att tydliggöra att all återgivning av empirin har skett korrekt och utan förvrängningar. Den insamlade empirin utgör ett relativt litet material på endast nio domäner. Dock menar vi att de valda domänerna ger en överblick

av det material som gemene man tillförskansar sig vid sökandet efter information om EIPS. De träffar som hamnar längst upp på sökmotorn Google är de mest besökta och därmed de mest relevanta att analysera, då vi är intresserade av det material som informationssökande troligast läser.

Den analyserade empirin kan inte säga något om hur läsaren av hemsidorna faktiskt tolkar texterna. Istället blir det upp till oss att i analysen försöka utröna eventuella tolkningsmöjligheter. Studien innefattar därmed viss subjektivitet då studiens resultat utgår från våra tolkningsramar och hade kunnat få ett annat utfall om någon annan gjort den samt om andra teorier appliceras på resultatet. Bryman (2011) belyser att kvalitativt material tolkas subjektivt i förhållande till forskarnas intressen.

Fairclough (1995) identifierar själv problemet med hur läsare av en text också kan vara immuna mot påverkan av de diskurser texten förmedlar. Det är främst genom tolkning som texten får en betydelse (ibid.). Denna subjektivitet som inbegrips i tolkning av text utgör självklart en viss problematik för den som avser studera och utvinna bakomliggande mening ur texter. Däremot dikterar också Faircloughs (ibid.) betoning av bakgrundskunskap att människor till följd av att de är sociala varelser som påverkar varandra har en tendens att tolka saker utifrån liknande ramar. Därmed blir en analys av text meningsfull.

Det råder otydlighet kring hur omfattande analysen av det sociala bör vara (Winther Jörgensen och Phillips 2000). Inom ramen för aktuell uppsats finns inte möjlighet till någon djupare analys av aktuell institution. Avsnittet om forskningsläget får därmed bidra med viss förståelse kring denna. Den kritiska diskursanalysen kan också sägas ha en något undermålig medvetenhet kring gruppbildning samt subjektet och dess förmåga till individuell handling. Även om Faircloughs uppmärksammande av att olika diskurser påverkar konstruktionen av identitet samt relationer mellan människor och därmed till viss del tagit hänsyn till socialpsykologiska processer menar Winther Jörgensen och Phillips (ibid.) att detta utgör Faircloughs svagaste länk. Utifrån detta finner vi det angeläget att inkorporera ett mer socialpsykologiskt perspektiv genom val av teorier.

Gällande bearbetning och kodning av empirin har detta skett utifrån de diskurser som uppmärksammats vid genomläsning. Alternativa diskurser och tolkningar finns i materialet. Vissa av dessa har uppmärksammats men valts bort. Andra har gått obemärkta. Kodning och

analys innefattar därmed också en subjektiv dimension. Genom att två personer skapat studien har detta möjliggjort att aktivt resonera kring olika aspekter i uppsatsen, vilket ger fler perspektiv och stärker således uppsatsens tillförlitlighet ytterligare.

3.5 Bearbetning av empiri

Empirin har lästs individuellt och anteckningar i marginalen kring fenomen som är återkommande eller intressanta som analysområden har gjorts för att kunna överskåda de diskurser som framkommer i materialet (Boréus 2015). Efter ytterligare genomläsning har kodning skett gemensamt. Följande är de kategorier som efter två gemensamma revideringar framkommit och använts i analysen. Ytterligare nya kategorier har framkommit under själva analysen och tillämpningen av teori och har efter gemensam diskussion tagits med. Sammantaget har revidering av koder skett vid fem diskussioner.

Konstruktionen av diagnosen

- Beteenden i konstruktionen av en diagnos. Vaghet i diagnoskriterierna. Beteendemönster i diagnoskriterierna.
- Terapeutisk kontra medicinsk diskurs. På vilket sätt ska uppfattat problem avhjälpas?
- Synen på diagnosen. Antagandet att det finns en konflikt mellan diagnos och beteendemönster samt medicinering och samsjuklighet.
- Orsaker. Bygger på att det finns olika teorier kring diagnosens uppkomst.

Konstruktionen av individens identitet

- Uppfostran. Den drabbade behandlas som ett barn och innehar egenskaper som härleds till barn ex. egoism, bristande mentaliseringsförmåga, våldsamhet och att agera i affekt.
- Rutiner och hälsosamma vanor och dess åverkan.
- Relationer med omgivningen. Personen bakom diagnosen är svårbegriplig för omgivningen och även personens handlingar.
- Bereoendepersonligheten - substans och socialt
- Impulsivitet och okontrollerbarhet
- Vagt själv/självbild

Konstruktionen av kön

- Könsstereotyper. Stereotypa föreställningar kring vad en man, respektive kvinna har för egenskaper.
- Könskodad problematik. Föreställningar kring vad en man, respektive kvinna gör/är.

Utöver detta har språkbruk och värdeladdade ord tagits i beaktande.

3.6 Arbetsfördelning

Insamlingen av empirin har skett individuellt efter förutbestämda sökkriterier som diskuterats fram. Materialet har därefter delats gemensamt och gått igenom för att sälla bort irrelevant information. Caroline har haft huvudansvaret för inledningens uppbyggnad, medan Sara har fokuserat på tidigare forskning. Vi har båda läst in oss i empirin och kodat tillsammans och därtill satt in oss i diskurser. Vi har gemensamt arbetat oss igenom metodavsnittet. I den diskursiva analysen har vi delat upp empirin mellan oss och korrekturläst varandras verk för att försäkra oss om samstämmighet. Med hjälp av Google DOCs har vi kunnat följa varandras processer, korrekturläst, kommenterat ändrat och diskuterat. De teoretiska utgångspunkterna har vi delat upp sinsemellan, men aktivt diskuterat under processens gång.

3.7 Forskningsetiska överväganden

Vår studie syftar till att ur ett diskursivt perspektiv generera mer kunskap och förståelse om en viss grupp av människors livsvillkor, vilket innebär att vi anser att vår studie uppfyller forskningskravet (Vetenskapsrådet u.å.). Då vi har genomfört en analys av offentligt, virtuellt material har vi valt att inte inhämta samtycke från sidorna där vald empiri inhämtats från. Detta då vi menar att informerat samtycke inte är etiskt nödvändigt, då det dels rör sig om offentlig information, samt att informationen som finns tillgänglig inte uppfattas som känslig (Svedmark 2012). Så kallade smygstudier på internet, där forskare använder slutna diskussionsgrupper betraktas negativt, men då informationen som utgår empirin är offentlig och lättillgänglig anser vi att det är etiskt försvarbart att använda den. Det har inte fordrats lösenord på webbsidorna för att erhålla information. Likaså har vi inte funnit några formuleringar på någon av sidorna som förbjuder att materialet används, vilket vi menar försvarar vårt beslut att använda dem (Bryman 2011).

Informationskravet dikterar att de som berörs av studien har rätt till information om dess syfte (Vetenskapsrådet, u.å.). Även premisser för medverkan ska tydliggöras. Medverkande ska

vara helt frivilligt samt får avbrytas när som helst (ibid.). Samtyckeskravet innebär att medverkandes samtycke till deltagande skall erhållas. Tredje principen är konfidentialitetskravet (ibid.). Enligt detta ska personuppgifter skyddas och personer aidentifieras. Inga aktiva deltagare finns i denna studie utan empirin utgörs av offentligt material. Även om textförfattare oftast är namngivna i empirin i sin ursprungsform fungerar de i sammanhanget som företrädare för en organisation, snarare än som privatpersoner. Eventuella avsteg från de tre ovan nämnda kraven har därmed bedömts vara försvarbara. Dock har vi med hänsyn till författarnas personliga integritet valt att citera materialet utifrån domännamnen. Den insamlade empirin är endast tilltänkt att användas i forskningsändamål för den aktuella studien. Då empirin inte innehåller insamlade uppgifter om enskilda personer har vi inte tagit hänsyn till nyttjandekravet i förhållande till den enskilde, men belyser ändå avsikten att inte tillhandahålla eller låna ut empirin för andra ändamål än aktuell studie (Vetenskapsrådet, u.å.).

4. Resultat och analys

Den dominerande diskursordningen som framträder i materialet, som enligt Fairclough (1995) bör identifieras inom ramen för analys, härrör från psykiatrin. Det är alltså främst en psykiatrisk förståelse som gör sig gällande. Flertalet texter är producerade inom stora vårdinstitutioner varvid detta knappast är förvånande. Dock förmedlas i hög grad samma syn på EIPS även på de hemsidor som inte är knutna till någon sådan institution. Detta tyder på en benägenhet att i allmänhet tolka det tillstånd som inom psykiatrin benämns EIPS utifrån ett psykiatriskt perspektiv.

4.1 Konstruktionen av diagnosen

Emotionellt instabil personlighetsstörning är enligt psykiatrin en diagnos som konstrueras av olika beteendemönster. En möjlig tolkning är att dessa beteendemönster är vardagliga svårigheter dragna till sin spets. Samtliga analyserade hemsidor konstruerar EIPS utifrån beteendemönster dragna till det extrema.

Diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning [...] är ett försök att beskriva ett beteendemönster. Det handlar om mönster av påtaglig impulsivitet och självdestruktivitet, instabilitet i sättet att förhålla sig till framförallt närstående, osäkerhet kring identitet och värderingar,

kraftiga pendlingar mellan olika känslolägen och ofta mycket starka känsloupplevelser samt ofta en tendens att skada sig själv som ett sätt att handskas med dessa känslor. (Familjeband u.å.).

Samtliga domäner påstår att EIPS beskriver ett mönster av beteenden och snabbt växlande känslolägen som är karaktäristiska för diagnosen. Ett mönster kan definieras som något som ständigt uppkommer i liknande form under liknande omständigheter. En möjlig tolkning är att genom mönster kan snarlika situationer förutspås. Det beskrivs mönster av påtaglig impulsivitet, där diagnoskriterierna belyser att det handlar om en impulsivitet som är mer märkbar än någon annan. Det förutsätts att ett visst mått av impulsivitet är socialt accepterat i den samhälleliga kontexten, men i detta fall är impulsiviteten tydligt märkbar och således avvikande. Genom användandet av värdeladdade ord insinueras det att det finns ett beteende eller en handling som betecknas som rätt och riktigt och en person som inte lever upp till detta blir således utesluten av samhället, till följd av normbrott (Ståhl 2007). Bland annat Psykiatristöd (2016) och Lätt att lära (2016) menar att de beteenden som en person med EIPS uppvisar ska ses i förhållande till den sociokulturella miljön och att utomstående ska tydliggöra att vissa beteenden inte är acceptabla, vilket innebär att diagnosen är en social konstruktion som endast existerar i en specifik samhällelig kontext (Hacking 1999). Det torde innebära att liknande egenskaper som betecknas som EIPS i en specifik samhällelig kontext kan vara normaliserade och socialt accepterade i andra sociokulturella sammanhang och således inga egenskaper som innebär en kategorisering som avvikande i förhållande till den sociala situationen. Enligt Johannisson (2008) glöms det kulturella sammanhanget oftast bort, vilket kan vara behjälpligt för att skapa en meningsfull kontext kring sjukdomsbilden.

Värdeladdade ord är återkommande i texten: *kraftiga* vredesutbrott, *kraftiga* pendlingar i känslolägen samt mycket starka känsloupplevelser samt metaforen *skräckartat stegras mot katastrof*. Det kan utläsas som ord som är av subjektiv innebörd för den som läser (Fairclough 1995). Vad är ett *kraftigt* vredesutbrott? Hur manifesteras det? Den diffusa beskrivningen lämnar läsaren tolkningsutrymme, vilket efterlämnar en vaghet i kriterierna för diagnosen och gör den svävande och svår att greppa. Genom att låsa fast diagnoser vid subjektiva begrepp tenderar djupare, bakomliggande problematik hamna i skymundan (Johannisson 2008).

Det finns en viss problematik med att diagnosticera personlighet med svävande kriterier.

Alla personlighetsstörningar är kontroversiella eftersom många forskare menar att det är mycket svårt att definiera vad personlighet är. Personligheten är ju inte något oföränderligt utan skapas ständigt genom en persons tankar, beteenden och vanor. (Familjeband u.å.).

I tidigare citat belyses diagnosen som en samling av tankar, beteenden och vanor, men i ovanstående verkar den införlivas i hela personen. En personlighet är inte konkret, den är inte mätbar och omskapas löpande. Därtill belyser Psykiatri nordväst (u.å.) att den diagnostiserade förmår att dölja känslor och beteenden för att passa in. Det skapar bilden av konkurrerande diskurser (Fairclough 1995): Å ena sidan är diagnossättningen beroende av de beteenden och känslor som uppvisas i den privata sfären, å andra sidan finns en förmåga att "hålla ihop" i den offentliga, sociala kontexten. Därtill uppkommer då frågan: Är EIPS individens personlighet, eller beteenden? Är individen sjuk, eller är beteendena sjuka? Var går gränsen? Det kan tänkas att det i diagnosens konstruktion råder en konflikt, vilken får konsekvenser för den enskilde. Erkänns diagnosen som en samling beteenden kan diagnosen tänkas ses som "icke-sjuklig", erkänns diagnosen som implementerad i hela individens väsen blir den enskilde sedd som moraliskt otillräcklig och därmed inte heller autonom (Honneth 2003). Genom att EIPS erkänts bland olika aktörer, såsom läkare, patienter, massmedia och läkemedelsindustri som något sjukt legitimeras diagnosens existens (Johannisson 2008), men samtidigt menar Rogers och Acton (2011) att erhållandet av diagnos inte tillför den drabbade någon hjälp, utan placerar människor i fack istället för att diagnosen betecknas som en egentlig sjukdom, något som leder till deras ifrågasättande om EIPS som diagnos bör användas.

Den terapeutiska diskursen verkar ha ett starkt fäste i synen på EIPS och dess behandling:

Psykologisk behandling har visat sig ha stor effekt såväl på förmågan att handskas med tillvaron, som mer specifikt för att minska antalet självdestruktiva handlingar och stabilisera stämningsläget. (Psykologiguiden 2016).

Olika behandlingsmetoder kan antas spegla olika syn på EIPS. Terapeutisk behandling framträder som central i materialet och kopplas samman med den drabbade individens oförmåga att hantera sitt beteende och förhållande till sin omgivning och sina känslor. Den terapeutiska behandlingen framställs som effektiv, vilket kan tolkas som att den är av betydelse för att den med diagnos ska bli frisk (enligt samhällets normer). Utan behandling

kommer individen fortsätta vara sjuk och avvikare. Domänerna belyser dock övervägande vikten av terapi för att ändra sitt förhållningssätt. I kontrast synliggör Rogers och Acton (2012) att medicinering är den primära behandlingen av EIPS ute på fältet och att vården använder sig av kryphål i föreskrifter för att fortsätta med detta, vilket skapar två konkurrerande diskurser (Fairclough 1995). Genom att visa forskningsbaserad statistik där patienter som genomgår behandling löper lägre risk för självmord, befäster Psykiatristöd (2016) det terapeutiska stödet som viktigt och gör det legitimt. Samtidigt erkänns den terapeutiska professionen som en institution vilken har ett konstruktivt värde för en specifik grupp av människor (Honneth 2003).

I kontrast till den terapeutiska diskursen står den medicinska, vilken sex hemsidor av nio belyser på olika sätt.

Farmakologisk behandling botar inte EIPS, men ibland kan antidepressiva eller stämningsstabiliserande och i vissa fall antipsykotiska läkemedel behövas för att må bättre och för en stabilisering av tillståndet. En del personer med EIPS mår bäst utan mediciner. (Sahlgrenska 2015).

Sex av nio hemsidor belyser farmakologisk behandling, varav fyra detta som ett alternativ för att lindra symtom. Fem är samstämmiga i att medikament inte är verksamt mot EIPS i sig självt. Lätt att lära (2016) skriver att specifika symtom kan lindras, exempelvis bristande impulskontroll och paranoidea tankegångar. En möjlig tolkning är att åtminstone två symtom är möjliga att minska, men beskrivningen betyder även att dessa symtom inte försvinner, utan istället minskar i omfattning eller i styrka. Vilken typ av läkemedel som är aktuella framgår inte, däremot kontrasterar texten till Sahlgrenska (2015), vilken istället fokuserar på läkemedelstyperna som kan användas för att stabilisera tillståndet och inte symtomen. Därtill belyses att somliga mår bäst utan mediciner.

Ses en medicinsk diskurs där fyra av sex som nämnt läkemedel och ser det som en möjlighet, uppstår en motsättning när en av domänerna som bejaktar läkemedelsbehandling framför följande kopplat till medicinering:

Du får pröva dig fram och se vad som passar dig bäst och vad du mår bäst av. (Borderline 2015).

Plötsligt framförs ett argument som kan tolkas som att det finns en osäkerhet i behandlingsformen innefattande läkemedel. Det är du som patient som ska veta vad som är bäst för dig, för det vet inte de professionella. Som tidigare nämnt angående den terapeutiska diskursen, påvisas terapi vara effektivt och evidensbaserat, men gällande att tillföra kroppen läkemedel så vet man inte, det är helt ok att vara försökskanin och se vad som händer. Det insinuerar att det inte finns någon verklig koppling mellan beprövad erfarenhet och forskning, vilket Rogers och Acton (2011) menar är fallet i Storbritannien. Enligt dem är farmakologisk behandling den primära vid behandling av EIPS på grund av okunskap i vården, vilket vidare innebär att en cocktail av mediciner ordineras individen för att behandla olika symtom (ibid.). Värt att notera är att Psykiatristöd (2016) är den enda domänen av nio som belyser att farmakologisk behandling bör ses som experimentell, då det saknas evidensbaserad forskning kring att medikament hjälper som behandling av samsjuklighet eller specifika symtom. Likadant är Borderline (2015) den enda domänen som hävdar att medicinering vid emotionellt instabil personlighetsstörning är frekvent förekommande, vilket resulterar i konkurrerande diskurser (Fairclough 1995). Dock finns medhåll i läkemedelsverkets rapport (Bäckström 2016) som belyser att upp till 92 % av EIPS-diagnostiserade får farmakologisk behandling. Fairclough (1995) menar att det är viktigt att även se till de institutionella förhållandena vid textanalys. Här framträder den terapeutiska diskursen som dominerande samtidigt som det i praktiken tycks mycket vanligt med medicinering (Rogers & Acton 2012; Bäckström 2016). Genomgående belyser domänerna terapin som den primära behandlingsformen, samtidigt som studier säger annorlunda. I och med att Sverige och Storbritannien är förhållandevis lika och eftersom det rör sig om en diagnos som är bred och ganska vag torde det inte vara en omöjlighet att tänka att den osäkerhet från vårdens sida som Roger och Acton (2011) visar på också kan vara aktuell inom en svensk kontext. De olika behandlingsformerna tycks spegla olika syn på diagnosen. Den terapeutiska som befäster bilden av diagnosen som en samling beteenden, som går att träna bort, och den medicinska som i högre grad porträtterar tillståndet som någonting inneboende sjukligt i individen.

Samtliga undersökta hemsidor refererar till diagnosen EIPS som en beteendestörning eller personlighetsstörning. Sahlgrenska (2015) beskriver dessutom att personer med EIPS ska ha uppvisat genomgående mönster av instabilitet i relation till andra och haft svårigheter med affektreglering sedan barndomen eller tidig vuxenålder. Som tidigare konstaterat sätts diagnos på beteende- och personlighetsgrunder som är samhälleligt avvikande (Hacking 1999). DBT

Scandinavia (2014) fastslår däriigenom att EIPS inte är en sjukdom, utan en samling av känslor, tankar och beteenden som skapar negativa konsekvenser för den psykiska hälsan och får konsekvenser för den drabbade och hens närståendes liv. Dock skriver Psykiatristöd (2016) följande:

Under de senaste 20 åren har flera effektiva behandlingar för EIPS tagits fram. Tidigare sågs EIPS som ett kroniskt tillstånd, men nu vet vi att EIPS går att behandla och att även personer som varit mycket sjuka kan tillfriskna och ha god livskvalitet. (Psykiatristöd 2016).

Den rådande diskursen säger att EIPS konstrueras på beteende- och känslomässiga grunder. Genom att utgå från detta antagande kan texten läsas som att avvikande beteenden och känslor tidigare har setts som konstanta och bestående. Nu kan behandlingar bidra till att beteendena och känslorna kan åtgärdas för att en person ska passa in i samhället. Dessutom gestaltas de avvikande beteendena och känslorna som en sjukdom som det går att tillfriskna från. Det går att bli frisk, dessutom kan personen må bra. På detta vis förutsätts det att den som avviker från den acceptabla sociokulturella miljön per automatik inte kan inneha någon god livskvalitet och måste vara sjuk.

Samtidigt som domänerna ihållande lyfter fram diagnosen EIPS som problematisk, besvärlig, dynamisk och dramatisk för både individ och samhälle och framställer diagnosen som ett existentiellt lidande för den drabbade är det just beteendet och känslorna som individen uppvisar som utgör grunderna för diagnostisering. Beteendena och känslorna omdefinieras till ett sjukdomstillstånd, till en sjukdom som inte är mätbar. Samtidigt kan konkurrerande diskurser anas: Du har en diagnos, du beter dig sjukt (avvikande), men du är inte sjuk på riktigt för sjukdomen är inte så stabil som det antagits innan. Diagnosen blir ett sätt att kategorisera en grupp som inte passar in någonstans, snarare än det skulle finnas en faktisk underliggande sjukdom (Horn, Johnstone & Brooke 2007).

Emotionellt instabil personlighetsstörning är ingen sjukdom eller egenskap som man antingen har eller inte har. Gränsen mellan sjukt och friskt flyter. Det har visat sig att de beteendemönster som utmärker personlighetsstörningen inte alls är så stabila som man först trodde. (Familjeband u.å.).

Familjeband (ibid.) är den enda domänen av nio som rakt ut belyser EIPS som en icke-sjukdom. Men genom att sex av nio domäner är förespråkare för beteendeterapi kan det antas att det finns en generell uppfattning om att diagnosen inte ses som en egentlig sjukdom, utan mer som ett tillstånd som man kan avhjälpa genom att "lära rätt". Diagnosen som sådan har erkänts via en psykiatrisk och samhällelig konsensus som existerande och samtidigt representerande en motsatsbild till vad som ska betraktas som normalt eller idealt för en människa. Den är kroppsligt osynlig men i allra högsta grad själsligt verklig för den drabbade. Men det är ingen sjukdom. Tvetydigheten mellan sjuk och icke sjuk kan förstås utifrån Faircloughs (1995) begrepp hegemoni. Här framträder motsägelsefulla diskurser som alla suggs upp i och förstås genom den psykiatriska diskursordningen. Denna ämnar inkorporera flera olika synsätt och därigenom vinna dominans. Johannisson (2008) menar att diagnosen skapar en legitimitet för diagnosen som sådan och ger den upplevda ohälsan en hemvist. Kränkningen i att bagatellisera ett tillstånd som betraktas som sjukligt, men inte är en sjukdom torde innebära en förvägran till erkännande i form av universell likabehandling, att den som är sjuk har rätt till adekvat vård (Honneth 2003).

Fyra av nio domäner nämner orsakerna till EIPS. Samtliga fyra som tar upp orsaksförhållandena kring EIPS betonar relationen mellan det genetiska arvet och den omgivande miljön.

Tvillingstudier har visat att EIPS tycks ha en särskilt stark genetisk komponent där de nedärvda dragen inkluderar impulsivitet, aggression och emotionell reaktivitet. Miljöfaktorer som ökar risken för att utveckla EIPS är en uppväxt präglad av missbruk, vanvård, fysiskt och/eller sexuellt våld och konfliktfyllda relationer till båda föräldrarna. (Psykiatristöd 2016).

Den rådande diskursen kan tolkas som att det finns en samstämmighet kring vilka faktorer som orsakar fenomenet EIPS. Det råder ett så kallat kausalt samband, där en person både ska ha en nedärvd komponent och en yttre faktor för att kunna erhålla diagnosen. Sahlgrenska (2015) belyser kombinationen av medfödd känslomässig sårbarhet och upplevelser. Den medfödda sårbarheten kan tolkas som ett genetiskt arv, vilket Psykiatristöd (2016) benämner och ger förslag på. Ett viktigt fenomen är kombinationen av arv och miljö. Miljöfaktorerna kan ses som avgörande för att utveckla EIPS, vilket kan vara rent subjektiva i form av upplevelser och objektiva i form av verkliga hot. Det självupplevda eller reella traumat är av betydelse.

Underförstått är att kombinationen som avgör "rättigheten" till diagnosen. En tolkningsmöjlighet är att miljön forcerar fram en symtombild, vilket skulle kunna innebära att en "genetiskt skör" individ som växer upp under gynnsamma förhållanden inte borde utveckla EIPS, då miljön är avgörande. Tvärtom skulle då en individ utan nedärvda, sköra egenskaper, trots trauma inte kunna utveckla EIPS. Förutsättningarna är att en individ behöver ärva egenskaper som är socialt avvikande *och* utsättas för upplevt lidande för att uppfylla teorin om arv och miljö. Diagnosen har erkänts i den samhälleliga kontexten (Hacking 1999), där kombinationen arv och miljö kan ses som beroende variabler. De beroende variablerna kan ses som ett medel för individen att erhålla erkännande för sin unika position i förhållande till andra, men kan också ses som statligt erkännande, där läkarprofessionen genom sin upptäckt av dessa legitimerat sin kunskap och styrkt diagnosen ytterligare i samhället (Honneth 2003). Fairclough (1995) menar att dominerande diskurser måste förstås utifrån maktrelationer, både på mikro- och makronivå. Psykiatrin har tilldelats ansvaret för den grupp som förstås vara drabbade av EIPS och har därmed tilldelats definitionsmakten.

Värt att nämna är att Sahlgrenska (2015) tar upp att det finns olika teorier om EIPS uppkomst. I empirin framkommer förbehållslöst endast teorin om arv och miljö eller ingen teori alls. Fyra av nio tar inte upp EIPS och dess orsaksförhållanden. Ska det tolkas som att orsakerna är mindre relevanta och att fokus ska läggas på det uppvisade beteendena, vilka ingår i de faktiska diagnoskriterierna? Eller råder det osäkerhet och kunskapsbrist om orsaker? Kan det rentav vara så att fokus ligger på beteendena, då dessa finns "här och nu" och går att förändra så att de passar in i det rådande samhällets normer och att arv och trauman är förhållanden som är oföränderliga och därför inte av vikt att reda upp?

4.2 Konstruktionen av individens identitet

Utmärkande i materialet är en genomgående konstruktion av den diagnostiserade som ett "barn", någon som inte tillhandahållit sig de egenskaper som vuxna enligt rådande samhälleliga normer ska besitta. Personen beskrivs återkommande som känslostyrd, impulsiv samt som någon som saknar kontrollförmåga och konsekvenstänk.

Impulsiva beteenden kan innebära att de närstående t.ex. köper ett husdjur på impuls, byter bostad, lånar ut pengar, handlar något de inte har råd med mm. Att köpa husdjuret kändes som det enda rätta, men

sedan har de inte tänkt på vem som ska ta hand om djuret när de kommer på att de vill börja gå en utbildning. (DBT Scandinavia 2014).

Konstruktionen av personen som barn återkommer också i delar av texterna där strategier för ett bättre mående framförs. Tonen är genomgående uppfostrande och antyder att de personer som diagnostiseras saknar vissa förmågor som vuxna människor har. Diagnosen blir ett verktyg för samhället som talar om hur individen ska uppfattas och förstås och även hur individen ska förstå sig själv (Johannisson 2008). Uppfattningen om avsaknandet av särskilda förmågor förstärks således genom att omgivningen erkänner och behandlar individen som utan dessa förmågor, vilket leder till att det blir den diagnostiserades uppfattning om sig själv (Johannisson 2008; Honneth 2003; Hacking 1999).

Vid borderline-personlighetssyndrom kan du behöva lära dig att hantera din känslighet på ett sätt som du mår bra av. [...] Ibland kan du behöva öva att ta timeout från situationer. Då får du tid att lugna dig och tänka efter innan du agerar. [...] Som närstående till någon med borderline-personlighetssyndrom blir det ofta viktigt att sätta gränser för vad du orkar med. (1177 2018).

En förklaring till det som framförs är bristande mentaliseringsförmåga och mentaliseringsbaserad terapi är också ett behandlingsalternativ som återkommande belyses i texterna. Exempelvis beskriver Psykologiguiden (2016) hur dessa svårigheter leder till en oförmåga att "se sin egen roll i en relation utan enbart uppfattar det som att andra är orättvisa, elaka eller fientliga", något som innebär ständiga uppbrott vad gäller relationer. Samtidigt gör en text ett försök att lyfta positiva konsekvenser av de egenskaper som personen anses inneha. Observera att *din närstående* här syftar på den person som diagnostiserats eller misstänks skulle kunna diagnostiseras med EIPS.

Den positiva aspekten av att ha en hög känslomässig instabilitet är att din närstående förmodligen är mer sensitiv och omtänksam mot andra personer och mot djur. (DBT Scandinavia 2014).

I och med detta framträder en något motsägelsefull bild, där personen å ena sida är oförmögen att sätta sig in i hur andra tänker och känner, men samtidigt har kapacitet till omtanke, en egenskap som i någon mån inbegriper en förmåga att förstå andras behov. Detta kan ses som att en alternativ diskurs framträder som utmanar den dominerande (Fairclough 1995).

Intressant är också att koppla detta till Horn, Johnstone och Brooke (2007) som just menar att nära relationer ofta är positiva då de fungerar som en motvikt till den negativa självbild som diagnostisering och möten med vården kan innebära. Genom nära och positiva relationer tolkar individen sig själv för att utveckla sin identitet. Med hjälp av ett utomstående känslomässigt understöd erkänns individen med egenskaper som är viktiga för andra (Honneth 2003).

Även beskrivningar av den behandling som rekommenderas präglas av en upplärande anda. Detta manifesteras främst genom språkbruk, med formuleringar som “lära dig”, “träna” (1177 2018) och “färdighetsträning” (Psykologiguiden 2016; Sahlgrenska 2015).

I de allra flesta fall kommer du att få terapi som behandling vilket har visat sig vara väldigt effektivt. Detta för att lära sig kontrollera tillvaron och minska självskadebeteenden. (Borderline 2015).

Detta skulle kunna förstås utifrån Faircloughs (1995) begrepp hegemoni. Formuleringarna antyder att lösningen på det som förstås som en psykisk problematik snarare bygger på en pedagogisk diskurs om inlärning som kommit att sugas upp i och inkorporeras i en psykiatrisk förståelse. Något som ytterligare befäster denna konstruktion (Hacking 1999) av personen som mindre vuxen är återkommande uppmaningar om rutiner.

För många är en regelbundenhet i vardagen viktig. Det är bra att komma igång med fasta rutiner, till exempel att äta regelbundet och sova tillräckligt många timmar. Känsligheten kan öka om du är hungrig, trött, törstig eller saknar rutiner. [...] Fysisk aktivitet på en lagom nivå är ett effektivt sätt för att minska ångest, nedstämdhet eller andra obehagliga känslor. Undvik däremot intensiv träning för att gå ner i vikt eller behålla en låg kroppsvikt. (1177 2018).

Anmärkningsvärt i detta stycke är även användningen av ordet *lagom*. Vad är lagom? Vidare riktar sig texten till personer som genomgående förstås som impulsiva och benägna till extrema känslouttryck och beteenden. Ändå antas innebörden av lagom vara glasklar. I och med detta framträder två konkurrerande diskurser (Fairclough 1995). En som dikterar att personen inte kan finna ett mellanläge och en som säger att en förståelse för vad som är lagom

finns hos densamma. Citatet vittnar vidare om idéer kring att ett visst sätt att leva utgör ett slags bot mot EIPS. Horn, Johnstone och Brooke (2007) beskriver i sin studie hur det finns en förvirring kring huruvida begreppet innebär att personer som tillskrivs diagnosen är galna, kriminella eller om det inte är något fel alls. Citatet bidrar till denna förvirring. Å ena sidan har personen av vården fått en diagnos men å andra sidan handlar det om livsstil. Denna tvetydighet återkommer också på fler ställen i materialet.

Att du har en känslomässig sårbarhet betyder inte att det är fel på dig.
Många människor är känslomässigt sårbara och lever ett bra liv ändå.
[...] För att minska sin känslomässiga sårbarhet gäller för alla
människor att ta hand om sig själva [...]. (Familjeband u.å.)

Texten motsätter sig själv, då den å ena sidan framhåller att det inte är något fel på att vara känslig, men å andra sidan ska denna sårbarhet behandlas, vilket underförstått kan tolkas som att den inte är socialt accepterad (Hacking 1999). Motsägelsefulla diskurser (Fairclough 1995) framträder då personen inte är nödvändigtvis är sjuk, men samtidigt behöver behandlas.

Vidare uppfattas personen som osjälvständig och därmed beroende av andra, någon som ytterligare bidrar till synen på personen som mindre vuxen och till följd av detta mindre autonom. Hemsidan Borderline (2015) beskriver exempelvis en intensiv oro inför ensamhet och en benägenhet att "bli beroende av andra människor". Den normativa idén om autonomi innebär att en person har en empirisk förmåga att på grund av sin psykiska mognad fritt bestämma över sitt liv (Honneth 2003). Genom denna degradering kan det ses som att individen uppfattas som opålitlig, vilket innebär att hen förvägras att bygga upp sin självrelation, vilken görs med hjälp av andra människor (ibid.). I kontrast till detta finns i flera delar av materialet påpekanden om rätten att påverka sin vård, att vara delaktig, en slags betoning av autonomi och självbestämmande (1177 2018; Psykiatristöd 2016).

DBT Scandinavia (2014) belyser hur det är vanligt både för anhöriga såväl som för personen som fått diagnosen att uppleva förvirring till följd av snabba ändringar i känsloläget. Personerna framstår kontinuerligt i materialet som svårbegripliga, både för sig själv, för anhöriga och för vårdpersonal och inte sällan heller som svåra att ha att göra med.

Vid EIPS är tillit till andra människor ofta kopplat med oro. Personens sätt att möta vårdpersonal kan variera på grund av de interpersonella svårigheterna och de snabbt växlande affekterna. Detta medför att en del vårdpersonal kan uppleva kontakten som oförutsägbar och ansträngande vilket i sin tur kan innebära bemötandeproblem. (Psykiatristöd 2016).

Den språkliga formuleringen får till följd att källan till problematiken i relationer ligger inneboende i personen som fått diagnosen. Horn, Johnstone och Brooke (2007) erbjuder en annan förklaring där patienter inom vården som fått diagnosen upplever sig avvisade och avvisar i sin tur vården, vilket får konsekvensen att personerna av vårdpersonal upplevs besvärliga. Här är roten till bemötandeproblematiken alltså inte lika självklart patienten.

Den relationsproblematik som genomsyrar texterna kan i sin tur kopplas till att personerna återkommande förstås ha en vag självbild, en bristande kontakt med sitt eget jag.

Du känner dig ofta osäker på vem du är och vad du har för värderingar. Det gör att du lätt kan påverkas av din omgivning vilket gör att du lätt tappar bort dig själv. (Borderline 2015).

För utvecklandet av sin självbild är en individ beroende av hjälp och bekräftande av andra människor (Honneth 2003). Med koppling till relationssvårigheterna som framställs tillsammans med den vaga självbilden insinueras det att relationerna som individen har i sin närmre krets inte förmår bekräfta individens egenskaper och värden, alternativt att individen uppfattar interaktionerna med de närmaste som ett försök av dem att påvisa att personen med EIPS saknar egen självförståelse, vilket innebär en kränkning av individens egenskaper (ibid.). Men denna uppfattning utmanas också på en hemsida och en konkurrerande diskurs som utmanar rådande normativa uppfattningar (Fairclough 1995) synliggörs därmed.

Har man en hög känslighet är det också högre sannolikhet att man agerar utifrån sina värderingar och det man vill att ens liv ska stå för. (DBT Scandinavia 2014).

Något annat som framträder i materialet är personen som fångad i ytterligheter. Detta markeras ofta på språkligt målande och metaforiska sätt. Exempel är att personen “åker en känslomässig berg-och dalbana” (DBT Scandinavia 2014), att hen “tenderar att se saker i svart eller vitt istället för i gråskalor” (Lätt att lära 2016) eller att hen kan “gå från jätteglad till jätteledsen på en sekund” (Borderline 2015). Det språk som används tycks inte sällan ändå mer fångat i ytterligheter än vad personerna det ämnar beskriva kan antas vara. Detta är tänkvärt utifrån Johannissons (2008) förståelse av hur diagnos bestämmer både hur samhället och individen ska uppfatta självet och att utvecklandet av vissa beteenden samt känslor i hög grad beror av kategorisering. Detta bör innebära att när texter framställer personer som fångade i dessa ytterligheter kommer individer att förstå sig själva på detta vis och därmed också leva upp till dessa förväntningar genom beteenden som överensstämmer med denna bild. Diagnosen blir ett erkännande om grupptillhörighet, där egenskaper kopplade till diagnoskriterierna blir en inkörsport för en gemenskap och där individen utifrån detta erkännande utvecklar sin självidentitet (Honneth 2003).

Personens relation till omgivningen står genomgående i fokus, inte minst sättet att fungera i nära relationer, men även personens sätt att fungera i skola och arbetsliv berörs.

I allmänhet lyckas du ändå dölja dina känslor och ändra dig för att passa in socialt. Därför går det oftast bra för dig i skolan eller i arbetslivet. (Psykiatri Nordväst u.å.).

Detta trots att personen kontinuerligt framställs som impulsiv och okontrollerad, någon som saknar självbehärskning och disciplin och som saknar de egenskaper som förväntas av en vuxen. I och med detta framträder alltså ytterligare en underordnad diskurs vilken utmanar den dominerande (Fairclough 1995).

Även socialt nätverk i allmänhet berörs. Anmärkningsvärt är att de två citaten nedan är hämtade från samma sida, men uttrycker motsägelser.

Personer med IPS hamnar lätt i konflikt med sin omgivning, konsekvensen blir att personen får ett litet socialt nätverk. (DBT Scandinavia 2014).

[...] personen som är impulsiv kan vara spontan, rolig att ha att göra med, vara villig att ta risker och utforskar nya saker [sic!]. Person [sic!] blir på så vis kreativ och det brukar vara en egenskap som är uppskattat hos andra. (DBT Scandinavia 2014).

De tycks delvis hemmahörande inom olika diskursordningar (Fairclough 1995). Den första har en psykiatrisk förståelse, med utgångspunkt i de diagnostiska kriterierna vilka dikterar problem i relationer, medan den andra snarare tycks vila på mer sociala grunder. Ytterligare en källa berör det sociala livet i allmänhet och inte bara nära relationer.

Ett annat socialt liv kan hjälpa dig att hantera känslor och relationer på ett annorlunda sätt. (1177 2018).

Ett annat än *vad*? Det framgår inte klart vad detta ord refererar till. Senare i samma stycke skrivs dock följande:

Undvik miljöer där missbruk förekommer som gör det svårare för den som har borderline att må bättre. (1177 2018).

Detta skulle kunna innebära att ett *annat* socialt liv syftar till ett annat än ett liv präglat av missbruk. Formuleringen pekar mot ett underliggande antagande om beroendeproblematik. Precis som att personen antas vara beroende av sin omgivning är annan typ av beroende förväntat. Missbruk berörs också på samtliga sidor och tycks vara väldigt hårt knutet till bilden av en person som fått diagnosen, som därigenom även kommer att konstrueras som någon som missbrukar (Hacking 1999).

Detta ger sammantaget en väldigt bred bild av den grupp som anses ha EIPS. Detta överensstämmer med Horn, Johnstone och Brooke (2007) som menar att det skulle kunna röra sig om en mycket heterogen grupp som inte passar i något fack, att EIPS är ett samlingsbegrepp för en uppfattad avvikelse som inte på annat sätt kan kategoriseras snarare än en diagnos. Fairclough (1995) menar också att maktförhållanden är viktiga att

uppmärksamma. I detta fall är det psykiatrin som tilldelats ansvaret att för den problematik som förstås som tecken på EIPS. Därmed har de också makten att definiera individen då de förstås ha den "rätta" kunskapen. Fairclough (1995) skriver också som ovan nämnt om bakgrundskunskap. I och med att psykiatrin har definitionsmakten är det inte heller otroligt att det är en psykiatriskt influerad förståelse som utgör bakgrundskunskap hos gemene man, alltså läsarna av texterna.

4.3 Konstruktionen av kön

I vissa delar av empirin benämns kön och könsskillnader direkt, men materialet förmedlar också normer kring kön genom att rådande stereotypa föreställningar kommer till uttryck mer indirekt. Medan Becker (1997) beskriver hur socialisering leder till att EIPS ses som en kvinnlig diagnos menar dock Sansone och Sansone (2011) att könsfördelningen antagligen är ganska jämn men att uppfattningen kring att fler kvinnor drabbas alltså hänger kvar. Denna tvetydighet syns också i vid läsning av de olika hemsidorna där det både framkommer att EIPS estimeras vara dubbelt så vanligt hos kvinnor (Familjeband u.å.) och att det verkar lika frekvent oavsett kön (Psykiatristöd 2016). Men vilken bild av den som tillskrivs EIPS kommer läsarna av hemsidorna att få?

Vid borderline-personlighetssyndrom kan du behöva lära dig att hantera din känslighet på ett sätt som du mår bra av. En bra början är att försöka acceptera känsligheten som en del av dig själv. (1177 2018).

Lingvistik, vilken enligt Fairclough (1995) är viktig att uppmärksamma, framhåller här att känslighet är en del av personen, en inneboende egenskap. Hos vem är denna egenskap förväntad och i större utsträckning accepterad? Personen porträtteras också som någon som har en benägenhet att handla utifrån sina emotioner (Familjeband u.å.). Bilden som i texterna målas upp av en individ som är känslig och känslöstörd befäster tanken om kvinnan som den som omtalas genom att de speglar stereotyper, vilka kan fungera som det som Fairclough (1995) benämner som bakgrundskunskap. Enligt Becker (1997) är dessa starkt förknippad med kvinnlighet och en följd av socialisering. Kvinnor definierar sig också i högre utsträckning genom andra och förväntas även vara omhändertagande, alltså ha ett fokus på relationer, något som får konsekvenser för självbilden (Becker 1997). Likartat menar Ståhl (2007) att kvinnor uppfattas som emotionella. Detta är också intressant i förhållande till de

rekommendationer kring typ av terapi som återkommer på hemsidorna. Är de präglade av idén att det är kvinnor som kommer att nyttja den?

Terapin handlar om att stärka upplevelsen av sig själv och utveckla förmågan att skapa trygga relationer. (Sahlgrenska 2015).

Enligt Ståhl (2007) får kvinnor och män olika behandlingsinsatser, då deras beteenden tolkas olika. Vidare tas även konsekvenser av den negativa självbilden tas upp.

Du tycker inte att du duger. Du har en negativ självuppfattning. Det kommer till uttryck genom exempelvis missbruk av sex, alkohol, droger eller mat, vårdslöshet i trafiken, slösaktighet med pengar eller självmisshandel, inklusive självmordsförsök. (Psykiatri Nordväst u.å.).

Självskadebeteende tas upp på runt tjugo ställen i materialet. Vem är det som förväntas självskada? Enligt Ståhl (2007) är den stereotypa bilden av någon som självskadar en vit, vacker tonårstjej, något som både media och forskning bidrar till, med konsekvensen att män exkluderas och deras skador bedöms i större utsträckning som orsakade av olycka. Vid läsning av informationen på hemsidorna bör det så frekvent omtalade självskadebeteendet rimligtvis bidra till läsarens bild av den berörda personen som en kvinna och därmed reproducera denna. Även ätstörningar återkommer ideligen, något som också fortfarande i störst utsträckning förknippas med kvinnor.

Undvik [...] intensiv träning för att gå ner i vikt eller behålla en låg kroppsvikt. (1177 2018).

Forskning har visat hur anorexia spreds bland flickor i slutna miljöer genom mimik av beteenden och sedan på grund av att sjukdomen utsattes för medial synlighet (Johannisson 2008). Kopplas ätstörningar ihop med erkännande kan problematiken ses som en självförvållad kränkning av den egna personen, där kvinnan genom sin ätstörning förvägrar sig själv rätten till fysiskt välbefinnande och därmed inte anser sig ha den rätten som alla andra. Ur ett större perspektiv blir hon, i samband med att hennes ätstörningar uppdagas för andra, en del av den gemenskap som tillskrivs henne som kvinna med ätproblematik och därför också erkänd (Honneth 2002). Enligt Sansone och Sansone (2011) tycks forskning också tyda på att det är vanligare med ätstörningar hos kvinnor som diagnostiserats med EIPS

än hos männen. Däremot tycks missbruk, som också nämns i citatet ovan, av alkohol och droger vanligare hos män (Sansone & Sansone 2011). Även om läsaren i större utsträckning skulle föreställa sig en man då missbruk omtalas motverkas detta rimligtvis av att det klumpas ihop med missbruk av andra saker, som mat och sex. Det sistnämnda återkommer också i materialet.

Personer med borderline är också mycket impulsiva vilket kan göra dem till en fara för sig själva och andra. Det kan handla om vårdslöshet i trafiken, sexuell äventyrlighet eller drogmissbruk. (Lätt att Lära 2016).

Sexuell äventyrlighet är en slående formulering. Hos vem är det acceptabelt? Sett till den moraliska galenskap som Becker (1997) skriver utvecklades under ett 1800-tal med restriktiva kvinnoideal och som fortfarande gör sig påmind inom ramen för kvinnlig socialisering torde detta beteende ses som mer problematiskt då det återfinns hos kvinnor. Den sexuella äventyrligheten som mer socialt accepterat handlande hos män än hos kvinnor kan enligt Honneth (2003) ses som en moralisk kränkning, där kvinnan i egenskap av att vara kvinna tillskrivs försämrade omdömesförmåga och inte anses tillförlitlig.

Något ytterligare som benämns är aggressivitet. Av vem förväntas den?

Du kan ha svårt att tygla känslor av ilska och kan ha problem med att du uttrycker dig aggressivt. (Familjeband u.å.).

Becker (1997) menar att kvinnor i större utsträckning undertrycker känslor av ilska till följd av att de fått lära sig att detta inte är ett acceptabelt uttryck. Ilska skulle därmed kunna ses som mer sjukligt hos kvinnor än män, något som utifrån detta citat skulle kunna bidra till konstruktionen av den omtalade som en kvinna (Hacking 1999). Samtidigt skriver Sansone och Sansone (2011) att män med diagnosen i större utsträckning beter sig aggressivt än kvinnor. Likartat belyser Ståhl (2011) förståelsen om den normativa och stereotypa mannen som utåtagerande och kriminell.

Det finns viss förhöjd våldsrisk vid EIPS. Framförallt kan EIPS i kombination med antisocial personlighetsstörning och missbruk eller beroende innebära en ökad risk att utöva våld, framförallt hos män. (Psykiatristöd 2016).

Sansone och Sansone (2011) menar att männen med diagnosen till större del befinner sig inom kriminalvård eller beroendevård medan kvinnorna finns inom psykiatrin. Detta berör också delvis en av hemsidorna genom att belysa att tre fjärdedelar av de patienter inom psykiatrin vilka har EIPS är kvinnor (Psykiatristöd 2016). Beckers (1997) slutsatser kring att kvinnor och män socialiseras på olika sätt skulle kunna förklara de skillnader i hur diagnosen tar sig uttryck som Sansone och Sansone (2011) pekar på. Om vi i högre utsträckning ser på avvikande kvinnor som handlat på ett sätt vi anser vara fel som galna, medan män som gjort detsamma ska straffas för en medveten men dålig handling (Becker 1997) är detta en rimlig konsekvens.

Sammantaget framträder en diskurs som ännu dikterar att det är kvinnor som drabbas, även om denna utmanas, kanske främst genom att män aktivt nämns. Enligt Fairclough (1995) är de ramar inom vilka texter produceras högs relevanta. Majoriteten av hemsidorna är kopplade till vårdapparaten. Om fler kvinnor befinner sig inom vården (Sansone & Sansone 2011; Psykiatristöd 2016) torde det rimligtvis påverka textproduktionen. Något annat som spelar roll för tolkning av text är bakgrundskunskap (Fairclough 1995). Till detta hör hur Becker (1997) och Ståhl (2011) visar på att kvinnlig avvikelse oftare än mäns psykiatriseras. Enbart den psykiatriska diskursordning som texterna vilar på skulle med utgångspunkt i detta alltså inbegripa könsskillnader. Becker (1997) visar genom sin historiska exposé på en maktfaktor (något som enligt Fairclough (1995) är centralt), där diagnos används i syfte att kontrollera normbrytande kvinnor, vilka utmanar patriarkatet. Strukturella skillnader påverkar därmed förståelsen av EIPS och kön genom att kvinnor förstås som sjukare. Bilden är dock inte samstämmig, utan som Fairclough (1995) menar finns alltid andra diskurser som utmanar den rådande vilka som ovan visats på olika sätt kommer till uttryck i texterna.

Johannisson (2008) menar att en sjukdoms status är beroende av kön. När en kultursjukdom byter kön och övergår från en manlig sjukdom till en kvinnlig tappar den status och senare även uppmärksamhet. Kan det vara så att synen på EIPS som en kvinnlig diagnos medfört ett ointresse som gjort att en svårgripbar diagnosbild, den från vårdens sida ambivalenta synen på behandling och de negativa attityderna mot denna patientgrupp som studerats av Horn, Johnstone och Brooke (2007) tillåtits förbli?

5. Diskussion

Diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning framträder ovan som svårtolkad både för individen själv och omgivningen. I relation till den egna personen tolkas en individ med EIPS både som osjälvständig och med oförmåga att hantera konsekvenser, samtidigt som autonomi och konsekvenstänk förutsätts i vissa fall. Personen framställs som någon som har förmåga att känna empati, men är i kontrast parallellt empatilös. Sammantaget framträder en bild där en vuxen person nedgraderas till att tolkas mer som ett barn. Genomgående betraktas personen som tillskrivs diagnosen som en avvikare, men som inte kan placeras in i något annat fack. Konstruktionen av diagnosbilderna genom subjektiva kriterier genererar vidare motsägelsefulla uppfattningar kring den EIPS-diagnostiserade personen i sig och själva diagnosen, vilket skapar en otydlig diagnosbild som får konsekvenser för individens och omgivningens förståelse för diagnosen. Gällande konstruktionen av EIPS kan den terapeutiska kontra medicinska diskursen påverka synen på diagnosen, genom att den terapeutiska befäster symtombilden som något möjligt att träna bort medan den medicinska påvisar att EIPS är ett mer sjukligt tillstånd. Det råder också en dissonans mellan tanken om störd person och störda beteenden. Konkurrerande diskurser framträder då terapi genomgående befästs som det mest effektiva, samtidigt som forskning visar att farmakologisk behandling används i hög utsträckning.

Vad gäller konstruktionen av kön belyses fenomenet att vissa beteenden som ingår i diagnosbilderna anses mer avvikande hos kvinnor. Detta får till följd att den EIPS-diagnostiserade i högre grad konstrueras som kvinna utifrån historiebundna normer om kön. Exempelvis belyses sexuell äventyrlighet, vilket utifrån en historiskt avhängig kvinnoroll betraktas som normativt avvikande, liknande den metaforiska horan och casanovan. Därtill, när en diagnos betraktas som kvinnlig torde detta rimligtvis innebära att män i högre grad förnekas tillträde till den, något som kan få konsekvenser för den hjälp de kommer att erbjudas. Om den hjälp som finns dessutom är könskodad genom att den ämnar lära ut kvinnligt kodade egenskaper som inte anses ingå i den manliga normen, exkluderas män ytterligare genom osynliggörande. Diagnosens konstruktion och de konsekvenser den eventuellt kan få leder oss till att ifrågasätta huruvida den borde bestå alls, eller i sin aktuella form. Det får inte innebära att det existentiella lidandet undermineras, då det i allra högsta grad är verkligt för den drabbade. Däremot menar vi att det nuvarande sättet att tolka och diagnostisera en uppsjö av upplevd problematik inte nödvändigtvis bidrar till förståelse för

personerna i fråga. Detta då det ur materialet sammantaget framträder en diffus bild av en individ som är sjuk, men inte på riktigt.

6. Referenser

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition, DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association

Becker, D. (1997). *Through the looking glass. Women and borderline personality disorder*. Oxford: West view Press

Boréus, K. (2015). Texter i vardag och samhälle. I Ahrne, G. & Svensson P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Bäckström, B. (2016). *Neuroleptika vid emotionellt instabil personlighetsstörning hos barn och ungdomar* (Rapport 4:2016). Uppsala: Läkemedelsverket

Börjesson M. & Palmblad E. (2007). Introduktion. I Börjesson M. & Palmblad E. (red.). *Diskursanalys i praktiken*. Stockholm: Liber

Eriksson, R. & Ek, H. (2017). Psykiatisering som kulturmönster. Ett utkast till sociokulturella studier av psykisk ohälsa. *Tidskrift for psykisk helsearbejd*, 14 (1): 54-65

Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Longman

Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge. Massachusetts och London: Harvard University Press

Honneth, A. (2003). *Erkännande*. Göteborg: Daidalos

Horn, N., Johnstone, L. & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of mental health*, 16 (2): 255-269

Isaksson, J., Lindqvist, R. & Bergström, E. (2010). Struggling for recognition and inclusion - parents' and pupils' experiences of special support measures in school. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (1): 4646, DOI: 10.3402/ghw.v5i1.4646

Johannisson K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I Hallerstedt (red.). *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos

Johannisson K. (2008). Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*, 105 (44): 3129-3132

Kindvall, K. (2015). *Diagnoskriterier i DSM-5*. <http://habilitering.se/autismforum/om-diagnoser/diagnoskriterier/diagnosmanualen-dsm-5> [2018-04-01]

Lind, R. (2014). *Vidga vetandet. En introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Rogers, B. & Acton, T. (2012). I think we're all guinea pigs really: a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19 (4): 341-347

Sansone, R. & Sansone L. (2011) Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8 (5): 16-20

Socialstyrelsen (2017a). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version 2017 (ICD-10-SE)*. (2017-4-2) Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2017b). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. (2017-12-29) Stockholm: Socialstyrelsen

Ståhl, C. (2007). Det mytologiska självskadebeteendet. Könade stereotyper och idealtypiska berättelser. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4: 280-292

Svedmark, E. (2012). Att skydda individen från skada. I Kalman, H. & Lövgren V. (red.). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups

Svensson P. & Ahrne G. (2016). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, G. & Svensson P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Vetenskapsrådet (u.å.) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2005). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Öjehagen, A. (2014). Socialt arbete och psykisk ohälsa. I Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur och kultur

7. Empiriskt material

Borderline (2015). *Vad är borderline?* <https://borderline.se> [2018-03-25]

DBT Scandinavia (2014). *Vad är emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning?* <http://dbt-scandinavia.se/for-patienter-och-anhoriga/vadar-emotionellt-instabilborderline-personlighetsstoring/> [2018-03-25]

1177 (2018). *Borderline-personlighetsyndrom*. <https://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Borderline-personlighetssyndrom/?ar=True> [2018-03-25]

Familjeband (u.å.). *IPS*. <https://familjeband.wordpress.com/ips/> [2018-03-25]

Lätt att lära (2016). *Borderline personlighetsstörning*. <https://lattattlara.com/klinisk-psykologi/personlighetsstoringar/borderline-personlighetsstoring/> [2018-03-25]

Psykatri Nordväst (u.å.). *Vad är emotionellt instabilt personlighetsyndrom?*

<https://psykiatrinordvast.se/vard-hos-oss/mottagningar/borderlineenheten/vad-ar-emotionellt-instabil-personlighetsstorning/?id=20099> [2018-03-25]

Psykiatristöd (2016). *Emotionellt instabilt personlighetsyndrom (EIPS)*.

<http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/EIPS-2/> [2018-03-25]

Psykologguiden (2016). *Emotionellt instabil*. <https://www.psykologguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/personlighetsstorningar/borderline>

[2018-03-25]

Sahlgrenska (2015). *Emotionellt instabil personlighetsstörning*.

<https://www.sahlgrenska.se/w/e/emotionellt-instabil-personlighetsstorning/> [2018-03-25]