



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykologer om PMDS

- beredskap att upptäcka, diagnostisera och behandla

Ulrika Vidlund

Psykologexamensuppsats 2018

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Erwin Apitzsch

Tack!

Till er som svarade på enkäten, som kommenterade och peppade, utan er hade den här uppsatsen inte funnits. Till Lars-Gunnar Lundh, min handledare, för ditt stöd, lugn och oändliga tålamod; för din förståelse för vad jag behövde och inte behövde höra. Till min mamma, pappa och bror som reste i skytteltrafik mellan Stockholm och Malmö för att göra vardagslogistiken möjlig. Till Sid och Rory, som fick ett annorlunda sommarlov och hjälpte mig att stå ut med det. Till Ed. Du är bäst.

Abstract

Swedish psychologists' preparedness and willingness to detect, diagnose, inform and treat patients diagnosed with premenstrual dysphoric syndrome (PMDD) was studied using a web-based survey answered by 123 people recruited via Facebook. The respondents answered questions about their knowledge, experience and attitude regarding PMDD, and their approach to diagnosis and treatment of PMDD. The results showed that the perceived knowledge of PMDD for the investigated group of psychologists was low, albeit higher among those who held private experiences of PMDD. While being overall positive towards the diagnosis, the views differed regarding which profession should treat patients with PMDD, and how. The clinical experience of diagnosis and treatment of PMDD described by respondents was very low. Based on the results, a potential risk was identified that PMDD patients might be misdiagnosed and not receive proper treatment. Suggestions for measures and further research were discussed.

Keywords: PMS, PMDD, DSM-5, psychologist, knowledge, attitudes, treatment, diagnosis

Sammanfattning

Svenska psykologers beredskap och vilja att upptäcka, diagnostisera, informera och behandla patienter med diagnosen premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) undersöktes genom en webbaserad enkätundersökning som besvarades av 123 personer rekryterade via internetforumet Facebook. Respondenterna svarade på frågor om sin upplevda kunskap, erfarenhet och attityd gällande PMDS, samt hur de förhöll sig till diagnostisering och behandling av PMDS. Resultatet visade att den upplevda kunskapen om PMDS för den undersökta gruppen psykologer var låg, om än högre hos dem som hade privata erfarenheter av PMDS. Attityden till diagnosen var övergripande positiv, medan åsikterna gick isär kring vilken yrkesgrupp som helst bör ta hand om patienter med PMDS, och på vilket sätt. Den kliniska erfarenheten av framförallt diagnostisering och behandling av PMDS som respondenterna beskrev var mycket låg. Utifrån resultatet identifierades en potentiell risk för att patienter med PMDS får ett sämre bemötande, feldiagnostiseras eller felbehandlas. Förslag till åtgärder samt vidare forskning diskuterades.

Nyckelord: PMS, PMDS, DSM-5, psykolog, kunskap, attityder, behandling, diagnos

Innehållsförteckning

Introduktion	6
Diagnosen PMDS	6
Prevalens.....	7
Etiologi	7
Behandling.....	8
Samband med psykologiska faktorer.....	10
Hormonpreparats påverkan.....	11
Vårdsökande vid PMDS	12
Kritik mot diagnosen	13
Syfte och frågeställning	15
Metod	15
Urval	15
Deltagare.....	16
Instrument.....	18
Procedur.....	18
Dataanalys	19
Etik.....	21
Resultat.....	21
Kunskap om PMS och PMDS	21
Attityder till PMDS	28
Vardagserfarenheter av PMS och PMDS	31
Kliniska erfarenheter av PMDS.....	32
Jämförelse mellan grupper.....	36
Diskussion	43
Begränsningar	45
Slutsatser.....	47
Fortsatt forskning.....	47
Referenser.....	48
Bilaga A.....	54

Introduktion

PMDS, premenstruellt dysforiskt syndrom, är en diagnos med hormonella förtecken, som har fått ta plats under egen rubrik i den diagnostiska och statistiska manualen DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013). Prevalensen uppskattas till 3–5% bland dem med aktiv menscykel (Timby et al., 2016).

Området är förhållandevis underutforskat och mycket är ännu oklart. Nedan följer en redogörelse för vad man hittills vet om PMDS kring prevalens, etiologi, behandling och samsjuklighet. Därefter följer en beskrivning av några av konsekvenserna för individer med PMDS samt några kritiska invändningar från dem som är emot PMDS som diagnos.

Diagnosen PMDS

PMDS är en svårare form av PMS, premenstruellt syndrom. Symtombilden är gemensam för de två syndromen, och inkluderar ett antal fysiska och psykiska besvär förknippade med de hormonella förändringar som sker under menscykeln, och som påtagligt påverkar relationer, arbetsliv och sociala funktioner för den drabbade (Halbreich, Borenstein, Pearlstein & Kahn, 2003; Wittchen, Becker, Lieb & Krause, 2002). Typ och antal symptom kan liksom svårighetsgrad variera mellan olika individer, och de kan pågå under några dagar upp till flera veckor. Besvären kan dessutom variera mellan olika perioder av livet, och förvärras ofta med åren. För att klassas som PMS-besvär ska dock symptomen förekomma under menscykelns lutealfas, d.v.s. mellan ägglossning och menstruation, för att försvinna i samband med menstruationen. Övriga faser i menscykeln ska vara symptomfria (Nevatte et al., 2013).

I förra utgåvan av Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV (APA, 1994), fanns diagnoskriterier för PMDS endast listade i ett appendix. I DSM-5 (APA, 2013) fanns PMDS med som egen diagnoskod, 625.4, i kategorin depressiva syndrom. Utifrån diagnoskriterierna i DSM-5 gäller att minst fem av följande elva symptom, därav minst ett av de fem första, ska förekomma under veckan före menstruation, samt vara minimala eller helt försvinna i samband med menstruation: 1) påtaglig affektlabilitet, 2) påtaglig irritabilitet eller argsinthet eller ökad konfliktbenägenhet, 3) påtaglig nedstämdhet, hopplöshetskänslor eller självnedvärderande tankar, 4) påtagligt höjd ångestnivå, anspändhet och/eller en känsla av att vara uppskruvad eller på helspänn, 5) minskat intresse för vardagliga aktiviteter, 6) koncentrationssvårigheter, 7) trötthet eller påtaglig energilöshet, 8) tydlig aptitförändring, 9) sömnstörning, 10) känsla av att vara överväldigad eller kontrollförlust, 11) kroppsliga symptom som ömma bröst, led- eller muskelsmär, känsla av att vara uppsvälld, eller viktuppgång (APA, 2013).

Symptomen ska vid PMDS ge ett kliniskt signifikant lidande och får inte enbart utgöras av en försämring av någon annan psykisk ohälsa, som depression eller paniksyndrom, men sjuklighet är vanligt. För att diagnos ska kunna ställas ska symptomen först beläggas med prospektiva dagliga skattningar under minst två menscykler. Symtomen ska inte kunna tillskrivas effekter av läkemedel eller något annat medicinskt tillstånd (APA, 2013).

Halbreich, Borenstein, Pearlstein och Kahn (2003) beskrev i en studie att PMDS kraftigt sänker livskvaliteten för de drabbade. Under menscykelns lutealfas lider kvinnor av betydande svårigheter i sina partner- och föräldraskap, lika omfattande som kvinnor med andra upprepade och kroniska kliniska depressioner. Påverkan på det sociala livet och fritidsaktiviteter är ännu större och gäller för vissa även under den follikulära fasen, trots att de inte rapporterar några symptom. Obehandlad PMDS uppskattas orsaka en minskning av QALY (quality-adjusted life year) med i medeltal 0,14 år (Yamada & Kamagata, 2017), och ju fler symptom, desto större inverkan på livets alla domäner (Robinson & Swindle, 2000).

Prevalens

I en sammanställning av publicerade studier på området konstaterade Halbreich et al. (2003) att högre prevalenssiffror för PMDS än de tidigare nämnda (3–5%) ofta förekommer, ända upp till 16%, och då i många fall på grund av att man räknat in individer med mycket svåra men inte tillräckligt många symptom för att uppfylla diagnoskriterierna. Forskarna menade att detta väcker frågan om det finns fler kvinnor med PMDS än vad studier baserade på DSM-kriterier visar, och att kravet på fem diagnoskriterier kan ifrågasättas. Om diagnosen istället hade baserats på klinisk relevans, grad av lidande och nedsatt fungerande hade prevalensen varit mycket högre.

Detta är något som även lyftes i granskningar av diagnoskriterierna inför DSM-5. Hartlage, Freels, Gotman och Yonkers (2012) menade att fyra symptom är en optimal gräns om man vill balansera diagnosens känslighet och specificitet, det vill säga att tillräckligt många, men inte alla, uppnår kriterierna. En sänkning av kriterierna från fem till fyra hade dock ökat prevalensen från 5% till 20% (Halbreich, 2008).

Etiologi

Etiologin till PMDS är oklar och relativt outforskad. Vad man vet är att PMDS förutsätter ägglossning. Eftersom symptomen uppstår i menscykelns lutealfas, då östrogen- och progesteronhalterna är höga, och försvinner när mensen kommer och halterna sjunker till låga, så tror man att här finns ett samband. Individer med PMDS har dock inte högre nivåer av

dessa i blodet, och därför tror man att det kan handla om en ökad känslighet hos vissa individer, för hormonerna och hormonsvängningarna i sig eller för ämnen involverade i processen (Nevatte et al., 2013).

Ett av de senaste forskningsspåren inkluderar teorin att det finns en ökad känslighet för nedbrytningsprodukten allopregnanolon hos PMDS-patienter, vilket ett svenskt forskarteam tror i sin tur kan ha samband med en förändrad funktion i GABA-systemet (gamma-aminobutyric acid). De hoppas på sikt kunna ta fram ett läkemedel som motverkar effekten av allopregnanolon, vilket i studier har visat sig minska PMDS-symptomen (Timby et al., 2016).

Behandling

Alla befintliga behandlingar inriktar sig på PMDS-symptomen och inte orsaken, eftersom man ännu vet för lite om den. The International Society for Premenstrual Disorders [ISPMD], en expertgrupp bestående av gynekologer, psykiatrer, psykologer och farmakologer, har utarbetat rekommendationer för behandling av PMDS utifrån befintlig forskning, och betonar att behandlingen ska vara evidensbaserad grundad på symptomens timing, svårighetsgrad och typ, samt patientens preferenser. Därutöver behöver man ta med i beräkningen hur svåra patientens besvär är, patientens planer på graviditet eller behov av preventivmedel, samt dennes reaktion på tidigare behandlingar (Nevatte et al., 2013).

Farmakologisk behandling. SSRI, selektiva serotoninåterupptagshämmare, har visat sig verksamma för behandling av PMDS-besvär. Dessa kan tas i låg dos kontinuerligt eller intermittent, det vill säga i 1–2 veckor före mens. Det sista är möjligt eftersom effekten kommer direkt vid PMDS och kan vara fördelaktigt då patienten slipper eventuella biverkningar resterande tid (Nevatte et al., 2013).

Kombinerade p-piller är också verksamma för vissa kvinnor, medan de tycks trigga PMS-besvär hos andra, känsligare individer. Ibland underlättar kontinuerlig behandling utan uppehåll, vilket för vissa mildrar hormonsvängningarna (Nevatte et al., 2013).

Spirolakton, en vätskedrivande substans som även visats mildra psykiska besvär, samt GnRH-agonister, som stoppar ägglossningen och försätter kroppen i ett kemiskt klimakterium, är andra möjliga farmakologiska behandlingar (Nevatte et al., 2013).

Psykologisk behandling. I de empiriska studier av psykologisk behandling för PMDS som finns har man huvudsakligen undersökt effekten av KBT. Då det inte finns några standardiserade, manualbaserade interventioner för PMDS så har man tagit utgångspunkt i den teoretiska grunden för hur man med KBT kan behandla andra affektiva och somatiska syndrom

som överlappar symptomen vid PMDS, som till exempel ångest eller smärta. I en metastudie av effekterna av KBT och SSRI konstaterade Kleinstäuber, Witthöft och Hiller (2012) att resultaten inte var tillfredsställande i avseendet att effektstorlekarna var små eller medelstora. De menade dock att SSRI framöver borde kunna ifrågasättas som den förstahandsbehandling den är idag, eftersom psykoterapi tycktes ha en mer långsiktig effekt. Samtidigt fann de det svårt att jämföra de studier som ingick i analysen eftersom förutsättningarna och tillvägagångssätten var så olika, och flera saknade uppföljningsmätningar.

Efter genomgång av sju RCT-studier rekommenderade Lustyk, Gerrish, Shaver och Keys (2009) att man i psykoterapeutisk behandling lägger mindre vikt vid förändring av tankar och beteenden, och istället mer på acceptans, mindfulness och värderingar. De menade att PMDS är unikt genom att påverka olika kvinnor på olika sätt och vara inkonsekvent i sin symptombild, medan den cykliska processen är förutsägbar, och att det därför borde vara mer hjälpsamt att lära sig acceptera och hantera hormonsvängningarna och vad de för med sig, istället för att upptäcka och förändra tankemönster.

Petersen et al. (2016) var inne på samma spår när de jämförde 18 kvinnor med PMDS med 18 kontrollpersoner och kom fram till att kvinnorna med PMDS visade signifikant högre impulsivitet och upplevd stress, samt större svårigheter med emotionsreglering och socio-emotionell funktion än kontrollpersonerna. Författarna drog slutsatsen att dessa kvinnor bör kunna dra fördel av att hitta copingstrategier för att hantera dessa områden bättre och menade att emotionsregleringsterapi och mindfulnessbaserade terapier borde vara hjälpsamma mot PMDS.

Även effekten av internetbaserad KBT har undersökts för PDMS med viss framgång; bland andra Kues, Janda, Kleinstäuber och Weise (2014) som i sin rapport lyfte utmaningen i att standardisera en behandling som därefter behöver anpassas och individualiseras. De försökte dessutom att i programmet motverka patologisering bland annat genom att tydligt definiera målgruppen och utforma behandlingen enbart för dem med kliniskt signifikant lidande.

Annan icke-farmakologisk behandling. Det finns även livsstilsförändringar som rekommenderas vid PMDS, där ökad motion, minskad stress och olika dietförändringar, exempelvis minskat intag av socker och salt, är vanliga. Forskningsstödet för dessa i relation till PMDS är dock lågt, även om det kan förbättra många allmänna hälsa. Tillskott av vitaminer och mineraler förespråkas också ibland, främst av B-vitamin, kalcium, magnesium och zink (Nevatte et al., 2013).

Det är viktigt att notera att vilken behandling som fungerar för PMDS är individuellt. Forskningsresultat visar vad som är effektivt på gruppnivå, men man vet att inte alla blir hjälpta av de farmakologiska behandlingar som i första hand erbjuds. Hormonella preventivmedel och SSRI förvärrar för vissa, då biverkningarna av såväl hormoner som SSRI-preparat kan upplevas värre än vinsterna, medan andra inte upplever någon skillnad.

Samband med psykologiska faktorer

Flera studier har konstaterat att det finns ett samband mellan PMDS och vissa psykologiska egenskaper, beteenden och psykiska sjukdomar:

Ångestkänslighet visade sig i en studie ha ett samband med premenstruella symptom genom den synergieffekt av försvårande symptom de båda tycks ha på PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Högre ångestkänslighet korrelerade också med flera premenstruella symptom. Ångestkänslighet definierades i studien som en rädsla för ångest och dess fysiska, psykologiska och sociala konsekvenser (Nilni, Berenz, Pineles, Coffey & Zvolensky, 2013).

Även ältande tycks ha ett samband med premenstruella besvär, men hur är inte klarlagt. I en studie konstaterade man dock att ältande kan bidra till utbrott och underhållande av premenstruell stress. Det var dock oklart om det är så att kvinnor ältade som svar på sina premenstruella symptom eller om ältande var en underliggande sårbarhetsfaktor som gjorde att de lättare upplevde affektiva förändringar. Studien mätte inte när under menscykeln som kvinnorna ältade, vilket eventuellt hade kunnat ge fler ledtrådar. Forskarna menade att ältande kan vara ett viktigt begrepp att ha med i beräkningen när man försöker förstå premenstruella syndrom (Craner, Sigmon, Martinson & McGillicuddy, 2014).

Minneskapaciteten tycks också kunna påverkas av PMDS. I ett arbetsminnestest kunde man konstatera att kvinnor med PMDS presterade signifikant sämre i lutealfasen än kvinnor utan PMDS, medan det inte fanns någon skillnad i follikelfasen (Yen et al., 2012).

Samsjuklighet. Positiva samband mellan PMDS och alkoholmissbruk, egentlig depression, PTSD, social fobi, specifik fobi och somatoforma syndrom, sömnsvårigheter och suicidalitet kunde tydligt och signifikant påvisas i en undersökning av Hong et al. (2012). Bland deltagarna med PMDS hade nära 60% en annan psykisk sjukdom, att jämföra med cirka 20% i kontrollgruppen.

Funktionsnedsättningen och den sänkta livskvaliteten som PMDS ger är jämförbar med den hos dystymi och är inte mycket lägre än den för egentlig depression, som också är en av de vanligaste samtidiga sjukdomarna (Halbreich, 2003). Ångestsyndrom är en annan

mycket vanlig åkomma samtidig med PMDS (Halbreich, 2003), liksom hetsätning och bulimi (Nobles et al., 2016). Fornaro & Perugi (2010) visade signifikanta samband mellan PMDS och förlossningsdepression, tvångssyndrom, BDD samt bipolär I och II.

I en undersökning av Wittchen et al. (2002) konstaterades att 26,5% av deltagarna med PMDS led av annan samtidig psykisk ohälsa. De hade signifikant högre sannolikhet att ha minst ytterligare en psykisk sjukdom. Högst samsjuklighet fanns med ångestsyndrom, och då främst social fobi och specifik fobi, alla affektiva störningar, inklusive bipolär I och II, PTSD, somatoforma syndrom och nikotinberoende. De med PMDS hade mindre risk att utveckla nya ångestsjukdomar men högre risk att utveckla nya depressiva episoder. I samma studie kunde man dessutom bland dem som drabbats av PMDS se ett starkt samband med att tidigare ha drabbats av ångestsyndrom, trauma eller PTSD. Efter att man hade fått PMDS fanns en minskad risk att drabbas av ångestsyndrom, trauma och PTSD, men en ökad incidens av depression och somatoforma syndrom.

En annan studie (Pilver, Levy, Libby & Desai, 2011) visade att trauma och PTSD oberoende av varandra kunde kopplas till PMDS och premenstruella symptom. Forskarna konstaterade att PTSD såg ut att vara en orsakande riskfaktor för att utveckla PMDS, att kvinnor med PMDS kunde ha större risk att utveckla PTSD efter en potentiellt traumatisk upplevelse, samt att samsjukligheten hos PTSD och PMDS, snarare än att visa ett underliggande kausalt samband, visade en predisposition för autonomt beteende och affektreglering, vilket kan ge en ökad sårbarhet för både PMDS och PTSD (Pilver et al., 2011).

Hormonpreparats påverkan

Hormoner generellt, som hormonella preventivmedel, påverkar det psykiska måendet, ofta med liknande symptom som vid PMS, dock ofta spridda över menscykeln. Olika kvinnor är olika känsliga och reagerar på olika vis, positivt såväl som negativt, och forskningen visar ingen entydig bild. En placebokontrollerad randomiserad svensk studie visade till exempel å ena sidan små signifikanta ökningar av ångest, irritabilitet och humörsvängningar mellan menstruationerna vid användning av p-piller, å andra sidan en signifikant förbättring av depression under den premenstruella fasen (Lundin et al., 2017).

Ytterligare en svensk studie på området, en registerstudie på över 800 000 kvinnor, visade ett signifikant samband mellan hormonella preventivmedel och förskrivningen av psykofarmaka hos tonåringar och unga kvinnor (Zettermark, Perez Vicente & Merlo, 2018). För

vuxna kvinnor fanns inte samma samband, men forskarna påpekade att det kan bero på selektionsbias där de som provat hormonella preventivmedel med negativ påverkan slutat och de med positiv påverkan fortsatt upp i vuxen ålder.

Det finns även forskning som visar att psykiatriska sjukdomar som depression och ångest är vanliga hos kvinnor som rapporterar negativa psykiska effekter av p-piller (Segeblad, Borgström, Odlind, Bixo & Sundström-Poromaa, 2009).

I många av studierna som presenterats finns dock information om att deltagarna ätit p-piller (exempelvis Pilver, 2011 och Wittchen, 2002), alternativt att de exkluderats ur studien (Petersen, 2016) utan att detta vidare kommenterats, vilket gör det svårt att bedöma resultatet.

Vårdsökande vid PMDS

Ju äldre man är och ju svårare PMS-symptom man har, desto större sannolikhet att man söker vård, var slutsatsen som drogs i en studie av Robinson och Swindle (2000). För dem som var mindre benägna att söka vård hade deras inställning till PMS stor betydelse. De tyckte i större utsträckning att det var pinsamt att prata om sina premenstruella symptom och såg dem som ett tecken på personlig svaghet. Studien visade även att samtliga deltagare tenderade att rapportera sina symptom som mildare än vad de egentligen var (Robinson & Swindle, 2000).

I ett examensarbete vid psykologprogrammet vid Lunds universitet vittnade deltagare i fokusgrupper om sina upplevelser av PMS. Flera deltagare beskrev att de inte hade insikt om orsaken till sina PMS-besvär när de var mitt uppe i dem, men förstod vad det handlade om när de började må bra igen, för att därefter glömma hur det hade varit tills nästa gång symptomen dök upp och återigen upplevdes som obegripliga. Forskarna menade att svårigheterna att identifiera symptomen kunde ha att göra med att de glömts bort mellan perioderna, eller att bristen på reflektion kring känslor och upplevelser under PMS-perioden omöjliggjorde inläring av vad det handlade om (Fisk & Skaghammar, 2016).

Wittchen (2002) visade att de som led av PMDS i högre grad än normalpopulationen sökte vård inom olika vårdinstanser, som psykiatri, primärvård, gynekologi, psykolog- och psykoterapeutmottagningar. Nästan 30% hade varit i kontakt med psykolog eller psykoterapeut.

För alla vårdsökande gäller att bemötandet hos vårdpersonalen är viktigt. Reiber (2012) menar att om patienten möts av misstro och är oense med behandlaren om diagnosen leder det till frustration, misstänksamhet och misstro för vårdinstansen och behandlaren, ökade kostnader och tid som ägnas åt alternativa bedömningar, samt minskat självförtroende

och ökat tvivel på sin egen förmåga. Detta kan i sin tur minska patientens benägenhet att söka fortsatt vård för sina besvär.

Eftersom många exkluderas, alternativt inte anmäler sig till studier så blir samplet inte representativt för vårdsökande på t ex gynekologmottagningar. Yonkers, Pearlstein och Rosenheck (2003) diskuterade i en preliminär rapport från en medicinsk behandlingsstudie frågan om hur representativt urvalet är i behandlingsstudier för PMDS. De menade att man inte kan veta hur empiriskt utprovade behandlingar faktiskt kommer att fungera på den typiska patienten som söker vård för svåra PMS-besvär, eftersom urvalet i kliniska studier inte är representativt. En av deras stora invändningar är att kliniska studier ofta utesluter individer med samsjuklighet eller självmordstankar, vilket forskarna menar gör att det saknas riktlinjer för hur just dessa patienter ska behandlas. Forskarna menade också att behandlingsstudier som bara pågår under ett fåtal menscykler samt i en kontext där deltagarna kontrolleras med täta intervaller är förutsättningar som inte överensstämmer med hur det vanligtvis fungerar i vården och att man därmed kan ifrågasätta om resultaten är överförbara till en verklig kontext (Yonkers et al., 2003). De lyfte bland annat fram att det har visat sig att diskrepansen mellan retrospektiva och prospektiva symptomskattningar kan vara så stor som en fjärdedel till en tredjedel som bekräftar ett PMS-mönster i sina symptom. Om skattningarna under två menscykler skiljer sig åt bör en tredje skattning göras för att bekräfta bilden, rekommenderar expertgruppen ISPMD (Nevatte et al., 2013). I många studier har man använt sig av retrospektiva skattningar eftersom det tar lång tid att få in prospektiva data, vilket gör att resultatet hos dessa bör ses som preliminärt.

Kritik mot diagnosen

Bristen på forskning var anledningen till att PMDS diagnoskriterier enbart fanns med i appendix i DSM-IV; arbetsgruppen menade att ytterligare forskning behövdes för att bekräfta dess särprägel, faktiska prevalens och specifika kriterier (Epperson et al., 2012).

Inför utarbetandet av DSM-5 fick en panel av experter på kvinnors hälsa uppdraget att 1) utvärdera de tidigare kriterierna för PMDS, 2) bedöma om det fanns tillräcklig empirisk evidens för att motivera att PMDS inkluderades som en egen diagnoskategori, och 3) kommentera hur väl de tidigare diagnostiska kriterierna stämde överens med vad forskningen kommit fram till sedan dess. Dessutom behövde diagnosen uppfylla de generella kraven som innebär att det finns tillräckligt empiriskt stöd för att syndromet i fråga är avgränsat från andra syndrom och att diagnoskriterierna kan valideras utifrån tre olika aspekter (Epperson et al., 2012).

Arbetsgruppen kom fram till att fördelarna med att inkludera PMDS i DSM-5 var stora, då man räknade med att forskningen på området, från epidemiologi, fenomenologi och patogenes till behandling, skulle ta fart samt öka trovärdigheten hos, och därmed även bemötandet av, kvinnor med svåra premenstruella besvär (Cirillo, Passos, López & Nardi, 2014; Epperson et al., 2012).

Beslutet kritiserades dock från olika håll. Allen Frances (2013), en av upphovsmännen till DSM-IV, är en stor kritiker till uppföljaren DSM-5 generellt. Han menade att diagnossystemet har utvecklats till en medikalisering av ibland fullt normala tillstånd, pådriven av läkemedelsindustrin som vill utöka marknaden för sina produkter. Frances upplever att det pågår en överdiagnostisering, övertestning och överbehandling, där man stör hjärnans egen förmåga att läka och hitta strategier för att komma vidare. Hans invändningar är inte riktade mot svåra psykiska sjukdomar som schizofreni, men diagnostiseringen av vad han kallar ”normal enough people”, däribland kvinnor med PMS.

Vad det gäller diagnosen PMDS specifikt så finns ett stort motstånd hos bland andra feministiska psykologer och forskare. Paula Caplan är en av dessa. Hon menar att medikaliseringen av kvinnors humörsvängningar handlar om könsmaktsordningen och ett sätt att se till att kvinnor inte får mer makt genom att framställa dem som otillräkneliga och potentiellt galna. Det faktum att erfarenheter av trauma, ångest och depressiva symptom så ofta förekommer i samband med PMS menar Caplan är en naturlig följd av den strukturella press som kvinnor lever under och därmed deras ilska och frustration likaså. Hon menar också att det är typiskt för kvinnor i den traditionella könsrollen att anamma indirekta, passiva och självklanderande copingstrategier vid stress (”Det är inte ditt fel, det är min PMS”) vilket lett till att många kvinnor varit positiva till diagnosen (Chrisler & Caplan, 2002). Jane Ussher är ett annat exempel, som menar att PMDS är att likställa med 1800-talets diagnos ”hysteri”, ämnad att tygla och begränsa obekväma, bråkiga kvinnor (Ussher, 2013).

Oavsett hur svenska psykologer ställer sig till diagnosen som sådan, så är den i och med införandet i DSM-5 ett faktum som de behöver förhålla sig till. En misstanke om att det kan finnas brister i kunskap och vaga föreställningar om vad PMDS kan innebära, ligger till grund för den här studien. Om det är så att psykologer har bristfällig kunskap om PMDS och/eller inte erkänner effekterna av syndromet, skulle det kunna betyda att det finns patienter som inte får rätt bedömning och behandling. Den höga samsjukligheten i kombination med patienternas egna svårigheter att beskriva sitt tillstånd utgör en särskild risk för att diagnostiseringen försvåras.

Genom att identifiera eventuella kunskapsluckor skulle studien kunna bilda underlag för en diskussion kring psykologers bemötande av dessa patienter samt eventuella behov av utbildning på området. En tidigare undersökning liknande denna har inte gått att hitta.

Syfte och frågeställning

Syftet med den här studien är att undersöka om svenska psykologer upplever att de har beredskap och vilja att upptäcka, diagnostisera, informera och behandla patienter med PMDS. Forskningsfrågan som uppsatsen ämnar besvara är: Vad upplever svenska psykologer att de har för kunskap, attityd och erfarenheter gällande PMDS, och hur förhåller de sig till diagnostisering och behandling av PMDS?

Metod

För att undersöka svenska psykologers syn på diagnosen PMDS med utgångspunkt i studiens formulerade syfte och frågeställning valdes en tvärsnittsdesign med kvantitativ forskningsansats. Detta bedömdes lämpligt då ambitionen var att de data som skulle samlas in i föreliggande studie, i form av attityder, kunskap och kliniska erfarenheter, skulle kunna mätas, beskriva en större grupp individer och jämföras i mindre undergrupper.

Urval

Med hjälp av en egenutformad, webbaserad enkät samlades data in via en grupp för psykologer på det sociala internetforumet Facebook; ett bekvämlighetsurval som bedömdes vara rimligt utifrån de tidsramar som studien hade att hålla sig till. För att bli medlem i Facebook-gruppen behövde man bli inbjuden av en annan medlem eller på annat sätt intyga att man är psykolog eller psykologstuderande. Forumet hade vid insamlingstillfället cirka 7 000 medlemmar, varav cirka 70% kvinnor. Detta motsvarade könsfördelningen för landets samlade psykologkår, enligt Socialstyrelsen (2018).

Inklusionskriterier för att delta i studien var att man skulle vara yrkesverksam psykolog, samt helst arbeta med eller ha erfarenhet av individuella kontakter för bedömning, utredning och behandling. I enkätens inledning välkomnades dock alla med en psykologexamen att svara utifrån sin förmåga. Denna avvägning gjordes med förhoppning om att därigenom öka svarsfrekvensen, vilket prioriterades. Målsättningen var att rekrytera minst 100 deltagare.

Deltagare

Totalt besvarade 123 personer enkäten. 91,1% av dessa beskrev sig som kvinnor (n=112), 7,3% som män (n=9), och 1,6 uppgav inget kön (n=2). Respondenternas ålder sträckte sig från 25 till 64 år, med en medelålder på 37,45 år (SD = 7,83), att jämföra med Socialstyrelsens siffror som uppger att de största åldersgrupperna bland psykologer var de mellan 30 och 44 år (Socialstyrelsen, 2016). 88,6% av respondenterna var legitimerade psykologer (n=109), 10,6% var ptp-psykologer (n=13), och 0,8% beskrev sig som examinerad psykolog (n=1). Antal år med patientkontakt i psykologyrket sträckte sig från 0 år till 30 år, med ett medelvärde på 7,20 år (SD = 5,81). 117 personer uppgav att de utöver detta hade ytterligare mellan 0 och 20 års erfarenhet av arbete i annat vårdande yrke, med ett medelvärde på 4,47 år (SD = 4,87). Antal patienter med livmoder som respondenterna uppskattade att de träffade i veckan sträckte sig från 0–30. Majoriteten (20,3%) uppgav 10 patienter (N=117, SD=5,84). I fritextfältet kommenterade ett flertal respondenter att de inte tog emot så många nybesök och mest arbetade med långvariga kontakter.

Vanligaste område som respondenterna var verksamma inom var vuxenpsykiatri (24,4%), följt av primärvård (20,3%), och barn- och ungdomspsykiatri (18,7%). Verksamhetsområdena presenteras vidare i Tabell 1.

Tabell 1. *Antal respondenter fördelat på verksamhetsområde.*

Var är du huvudsakligen verksam som psykolog?	N	%
Vuxenpsykiatri	30	24,4
Primärvård	25	20,3
Barn- och ungdomspsykiatri	23	18,7
Habilitering/rehabilitering	13	10,6
Psykoteraimottagning	10	8,1
Skola/förskola	8	6,5
Barn- och mödrahälsovård	6	4,9
Neuropsykiatrisk mottagning	6	4,9
Rättspsykiatri/kriminalvård	2	1,6
Totalt	123	100

95,1% av respondenterna hade studerat huvuddelen av sin utbildning på en av Sveriges psykologutbildningar (n=117) (alla universitet finns representerade, undantaget Karlstad

universitet, då ingen vid tiden för den här undersökningen hade hunnit examineras därifrån), medan 3,3% var utbildade utomlands (n=4). 1,6% uppgav ingen studieort (n=2). Respondenternas examensår sträckte sig från 1987 till 2018, med ett medel på 2010 (SD = 6,02).

88,6% av respondenterna uppgav att det ingick i deras arbetsuppgifter att ställa diagnoser (n=109), medan 11,4% uppgav att det inte gjorde det (n=14).

På frågan vilken terapeutisk inriktning som respondenten arbetade med svarade 67,5% KBT (n=83) och 12,2% PDT (n=15) medan 1,6% svarade annan inriktning än KBT eller PDT (n=2), och 17,1% att de inte föredrog någon terapeutisk inriktning före någon annan (n=21). Två personer valde att inte svara på frågan.

Som kan utläsas av Tabell 2 och 3 så uppgav 66 personer att de själva led av PMS eller PMDS (53,7%), medan 93 personer uppgav att de hade personer i sin närhet med PMS eller PMDS (74%).

Tabell 2. *Antal respondenter som själva hade PMS eller PMDS, med diagnos från vården eller som självdiagnostiserade.*

Vad stämmer bäst för dig?	N	%
Jag har själv PMS	43	35,0
Jag har själv PMDS	23	18,7
Jag har inget av ovanstående	55	44,7
Ej svar	2	1,6
Totalt	123	100

Tabell 3. *Antal respondenter med någon i sin närhet med PMS eller PMDS.*

Vad stämmer bäst för dig?	N	%
Någon i min närhet har PMS	64	52,0
Någon i min närhet har PMDS	27	22,0
Ingen i min närhet har PMS eller PMDS	28	22,8
Ej svar	2	1,6
Totalt	123	100

Instrument

Undersökningen genomfördes med hjälp av en egenutformad enkät (se Bilaga A) skapad i det digitala, webbaserade enkätverktyget Sunet Survey, vilket tillhandahålls av Lunds universitet för dess medarbetare och studenter. Enkäten var tillgänglig via webbläsare på såväl dator som smarttelefon.

Enkäten var uppdelad på fem separata webbsidor, som var och en avslutades med ett fritextfält öppet för tillägg, funderingar och kommentarer. Totalt omfattade enkäten 27 frågor, inklusive fritextfält, med sammanlagt 41 delfrågor och påståenden som deltagarna ombads ta ställning till. Frågorna var i sin tur internt uppdelade i fem teman, fritt fördelade över de fem enkätsidorna, enligt Tabell 4.

Tabell 4. *Frågornas interna indelning i teman.*

Tema	Fråga
Demografiska data	1–10, 23
Kunskap om PMS och PMDS	13, 16–18, 20:4–5, 20:9–12, 25:1–2, 26:1–2
Attityder till PMDS	20:1–3, 20:6–8
Vardagserfarenheter av PMS och PMDS	11–12
Kliniska erfarenheter av PMDS	15, 22–23
Fritextfält	14, 19, 21, 24, 27

Inga frågor gjordes obligatoriska, och det var möjligt att klicka sig framåt och bakåt mellan enkätens sidor. Enkäten uppskattades ta cirka 5–10 minuter att besvara.

Procedur

Arbetet inleddes med en genomgång av litteraturen, dels för att få en bild av det allmänna forskningsläget på området PMDS och hur det har förändrats historiskt, dels för att få information om hur behandlares attityd och kunskap till olika diagnoser generellt kan påverka patientens situation, samt vad som kan tänkas vara problematiskt i förhållande till diagnosen PMDS specifikt.

Litteratursökningarna gjordes huvudsakligen i Lunds universitets databas LUBSearch samt American Psychological Association's databas PsycINFO. Sökningarna begränsades till referentgranskade (peer reviewed) studier på svenska eller engelska, företrädesvis från 2000-talet. Sökord som användes i olika kombinationer var premenstrual, PMDD, CBT, therapist,

psychologist, practitioner, treatment, attitudes, knowledge, perceptions, comorbidity och differential diagnosis. Då relevanta artiklar hittades användes även databasens funktion ”find similar results” för att hitta liknande studier. Likaså granskades de funna artiklarnas referenslistor för ytterligare relevant material.

Parallellt med litteratursökningen observerades två olika stödgrupper på Facebook för personer med PMS och PMDS för att utforska vilka problem i förhållande till bemötande i vården, behandling och liknande som medlemmarna där upplevde.

Inga tidigare studier med samma frågeställning som denna hittades i litteratursökningen. Däremot hittades liknande studier som undersökte psykologers respektive sjuksköterskors kunskap, attityd och upplevelse av bland annat självskadebeteende och ätstörningar, vilka fick bidra med inspiration till utformning av denna undersökning (Gagnon & Hasking, 2012; Kane, Robinson & Leicht, 2005; McAllister, Creedy, Moyle & Farrugia, 2002; Wedding et al., 2007). Därefter formulerades enkätfrågorna utifrån de tänkbara problemområden kring PMDS som definierats.

Enkäten testades av två personer, vilka båda var studenter på psykologprogrammets sista termin. Efter synpunkter från dessa samt uppsatsens handledare gjordes ett fåtal justeringar och förtydliganden samt ändringar i frågornas ordningsföljd.

En länk till enkäten lades ut på det aktuella Facebook-forumet vid tre tillfällen: den 22 maj, 26 maj respektive 12 juni 2018. Då det efter första tillfället noterades att mycket få män hade svarat, bifogades inlägget därpå en särskild uppmaning till män att bidra. Detta påverkade märkbart andelen manliga respondenter. Trots detta upprepades inte uppmaningen vid det tredje tillfället på grund av en önskan att inte påverka resultatet i alltför stor utsträckning. Antalet svar vid de tre tillfällena var 50, 44 respektive 29 (varav män: 4%, 13% respektive 3%). Sammanlagt 22 personer påbörjade enkäten utan att fullfölja. Enkätverktyget medgav inte tillgång till dessa svar och de analyserades därmed inte.

Dataanalys

Studiens data hanterades och analyserades i programvaran IBM SPSS Statistics 25. Eftersom det huvudsakliga syftet med den här studien var att få en översiktlig bild av hur svenska psykologer förhåller sig till diagnosen PMDS, så är alla analyser som presenteras deskriptiva. Även det relativt låga svarsdeltagandet, skevt fördelat på olika grupper respondenter (kön, verksamhetsområde m. m.), bidrog till beslutet. Beräkningar av signifikanser bedömdes

därmed inte kunna ge några generaliserbara resultat. Frågeställningen i sig föranledde dessutom inte några hypotesprövningar.

Fördelningen av svaren på samtliga frågor presenteras procentuellt i stapeldiagram. De gruppjämförelser som trots allt gjordes presenteras i form av kumulativa stapeldiagram angett i procent.

Fritextkommentarer. 11 respondenter beskrev i fritextfält sitt verksamhetsområde som annat än de fördefinierade. Dessa kodades om till de fördefinierade områdena utifrån en bedömning av vad som var mest jämförbara patientgrupp (se Tabell 5).

Tabell 5. *Hur verksamhetsområden kodades om till fördefinierade alternativ.*

Respondentens beskrivning	Verksamhetsområde
Somatik, företagshälsovård	Primärvård
Konsult i klinisk psykologi, tvångsvård	Vuxenpsykiatri
SIS, ungdomsmottagning, första linjen, barn- och ungdomssjukvård	Barn- och ungdomspsykiatri
Arbetsförmedlingen	Habilitering/rehabilitering
Sexualmedicinsk mottagning	Psykoteraimottagning
Universitet	Skola/förskola

De kommentarer från fritextfälten längst ner på respektive enkätsida som inkluderades i resultatredovisningen valdes ut och sorterades enligt följande:

Kommentarer som enbart innebar förtydliganden av vad som redan sagts ströks, efter att ha kontrollerats mot de fördefinierade svaren. Så även information som låg utanför ramen för undersökningsområdet. Resterande kommentarer delades upp i 1) synpunkter på enkätens utformning och svarsalternativ och 2) tillägg och förbehåll som bidrog med information som ansågs relevant att diskutera i förhållande till frågeställningen. Dessa kopplades därefter till specifika enkätfrågor och redovisades intill dessa.

Etik

Studien kunde genomföras utan att genomgå etikprövning enligt lagen om etikprövning, då den utfördes inom ramen för högskoleutbildning (SOFS 2003:460), samt inte hantlade några känsliga personuppgifter som gick att knyta till någon specifik person, eller använde någon metod som syftade att påverka eller riskerade skada någon person fysiskt eller psykiskt.

I enkätens inledningstext beskrevs att deltagandet var helt frivilligt och anonymt, att man när som helst kunde välja att avbryta och att ingen enskild individ skulle gå att identifiera varken vid insamling av data eller i rapporten. I inledningen fanns även kontaktuppgifter samt upplysningar om studiens syfte, samt att den skulle utmynna i en rapport som skulle komma att publiceras i en digital uppsatsdatabas, tillgänglig för allmänheten. Endast uppsatsförfattaren hade tillgång till datafilen under arbetets gång.

Ingen i Facebook-gruppen kunde se om eller vad någon annan gruppmedlem svarat, om inte denne själv valt att delge sådan information via inläggets kommentarsfält eller annan kommunikationskanal.

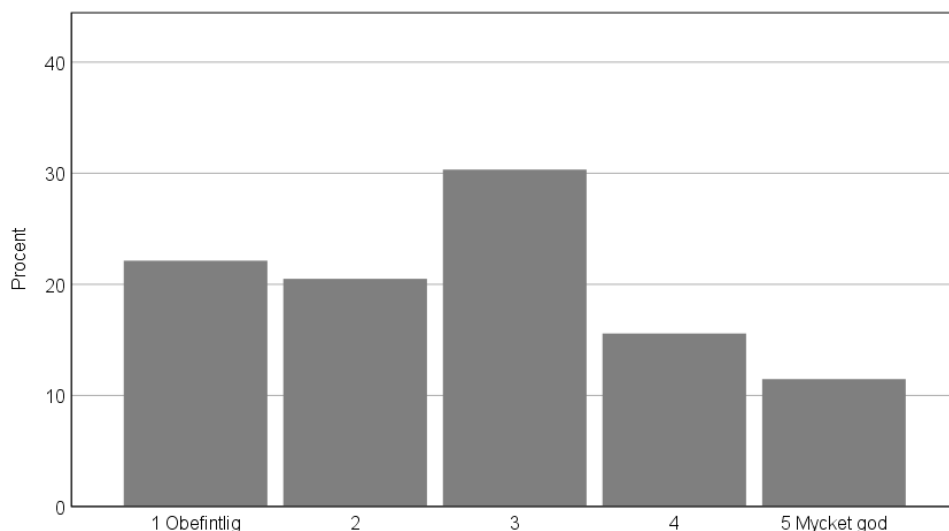
Studien kan anses uppfylla kravet på god forskningsetik i förhållande till de forskningsetiska principerna, som avvägningen risk–vinst, det vill säga att inte orsaka skada och samtidigt gynna gruppen genom ökad kunskap (Vetenskapsrådet, 2017).

Resultat

Svarsfrekvensen på respektive fråga presenteras i de kategorier som beskrivits under rubriken Instrument. Därefter följer ett antal jämförelser av svar från olika grupper av respondenter.

Kunskap om PMS och PMDS

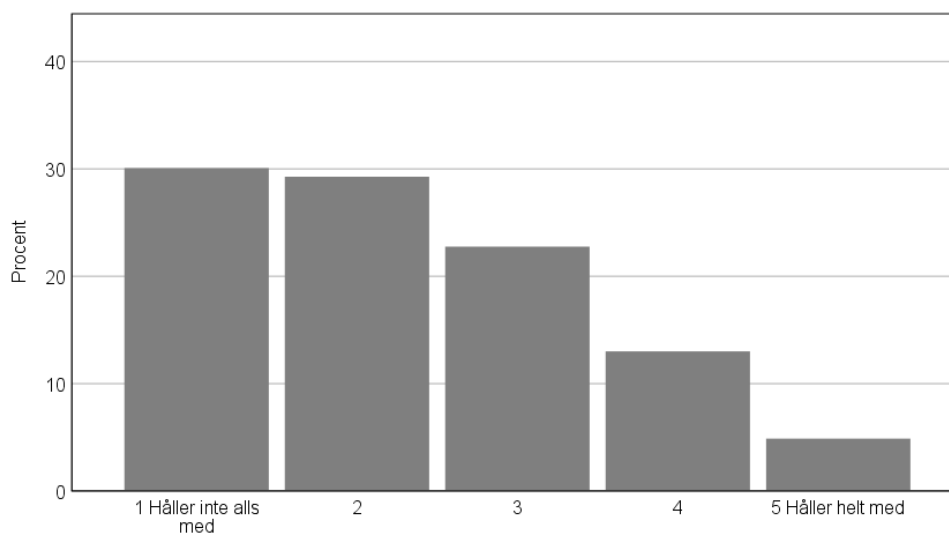
På frågan om hur de skulle beskriva sin kunskap om PMDS visade svaren en relativt jämn fördelning över svarsalternativen från 1–5 där 1=*obefintlig* och 5=*mycket god* (se Figur 1). Ett par av respondenterna kommenterade i fritextfältet att de upplevde att kollegor samt annan personal, bland andra läkare, har för låg kunskap om PMDS. Några påpekade värdet av att alltid söka kunskap om hormoner, generellt och gällande den specifika patienten, medan andra uttryckte att de inte kunde se varför just PMDS skulle få extra fokus jämfört med andra diagnoser där kunskapen också är låg.



Figur 1. Fördelning av svaren på frågan ”Hur skulle du beskriva din kunskap om PMDS?” (M=2,74, SD=1,28).

Skattningar av upplevd kunskap samt förmåga i yrkeskontext presenteras i figurerna som följer. Skattningarna gjordes i fem steg, från 1=*håller inte alls med* till 5=*håller helt med*.

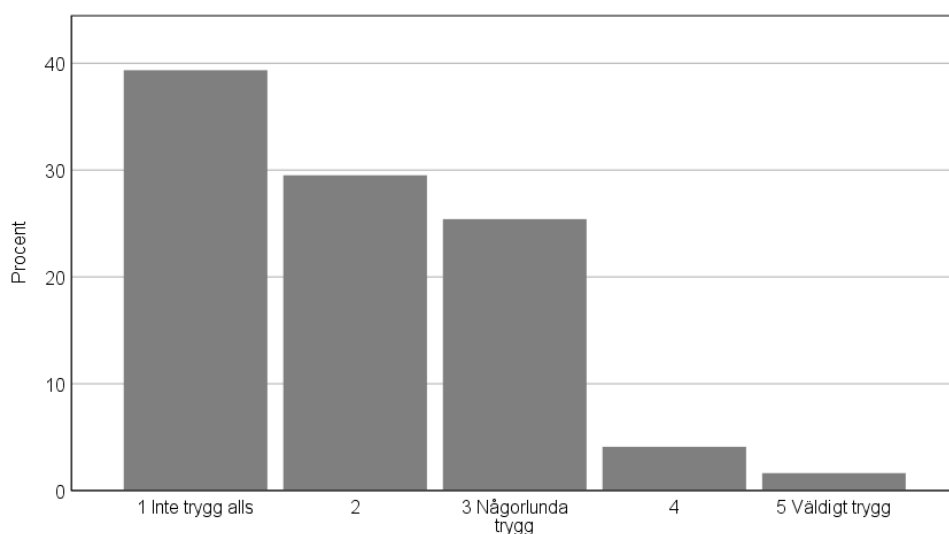
30,1% av respondenterna svarade *håller inte alls med* på påståendet att den kunskap de har om PMDS var tillräcklig i förhållande till sin yrkesutövning. 4,9% höll helt med om att deras kunskap var tillräcklig (M=2,33 SD=1,18) (se Figur 2).



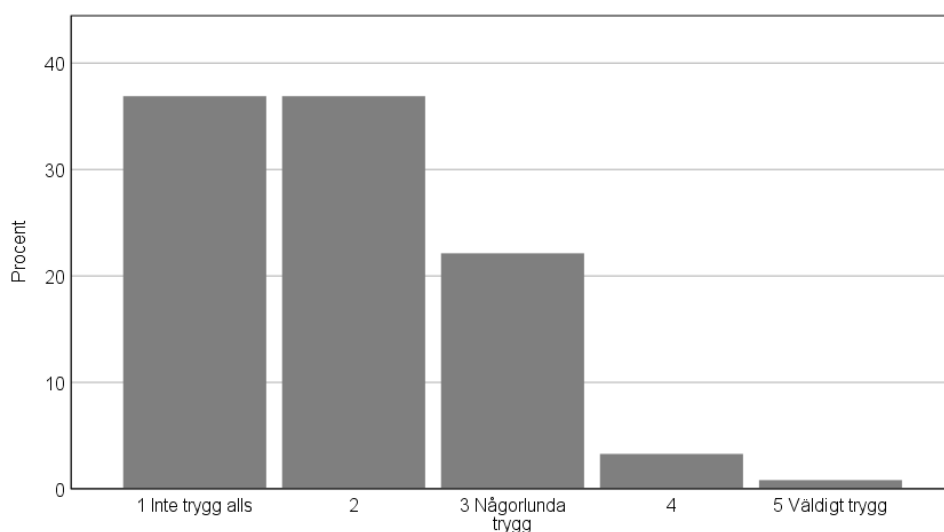
Figur 2. Fördelning av svaren på frågan ”Jag har tillräcklig kunskap om PMDS i förhållande till min yrkesutövning”.

Respondenterna fick gradera sin önskan att öka sin kunskap om PMDS. 69,9 % svarade att de helt höll med (5), 21,2% svarade 4, 5,7% svarade 3, 2,4% svarade 2, och 0,8% svarade 1, dvs att de inte alls höll med ($M=4,57$, $SD=0,78$).

Fortsatt fick respondenterna svara på hur trygga de upplevde sig vara i sin förmåga att ställa diagnosen PMDS (Figur 3) samt hur trygga de upplevde sig vara i sin förmåga att behandla en patient för PMDS (Figur 4). På båda frågorna blev svaret övervägande negativt. Nästan 70% kände sig otrygga (genom att skatta 1 eller 2) när det gäller att ställa diagnos, och vad gäller att behandla PMDS var andelen otrygga över 70%



Figur 3. Fördelning av svaren på frågan ”Hur trygg känner du dig i din förmåga att ställa diagnosen PMDS?” ($M=1,99$, $SD=0,98$).



Figur 4. Fördelning av svaren på frågan ”Hur trygg känner du dig i din förmåga att behandla en patient för PMDS?” ($M=1,94$, $SD=0,89$).

Gällande hur ofta som PMS-besvär berördes på psykologprogrammet svarade 63,4% respondenter aldrig (n=78), 34,1% svarade vid enstaka tillfällen (n=42) och 1,6% svarade särskilt seminarium/föreläsning (n=2). Inget enskilt lärosäte utmärkte sig genom att respondenterna upplevde att de hade haft fler eller färre undervisningstillfällen som berörde PMS.

8,1% uppgav att de hade gått annan utbildning som gett kunskap om premenstruella besvär, relevant för psykologyrket (n=10). I fritextfältet specificerades genusvetenskap, klinisk sexologi, läkarprogrammet, sjuksköterskeutbildning, forskning, samt psykoterapeututbildning som de utbildningar som gett ytterligare kunskap på området. Majoriteten av respondenterna uppgav att det skulle vara hjälpsamt med utbildning om PMDS i någon form, samt att få tillgång till kliniska riktlinjer för psykologer gällande PMDS (se Tabell 7).

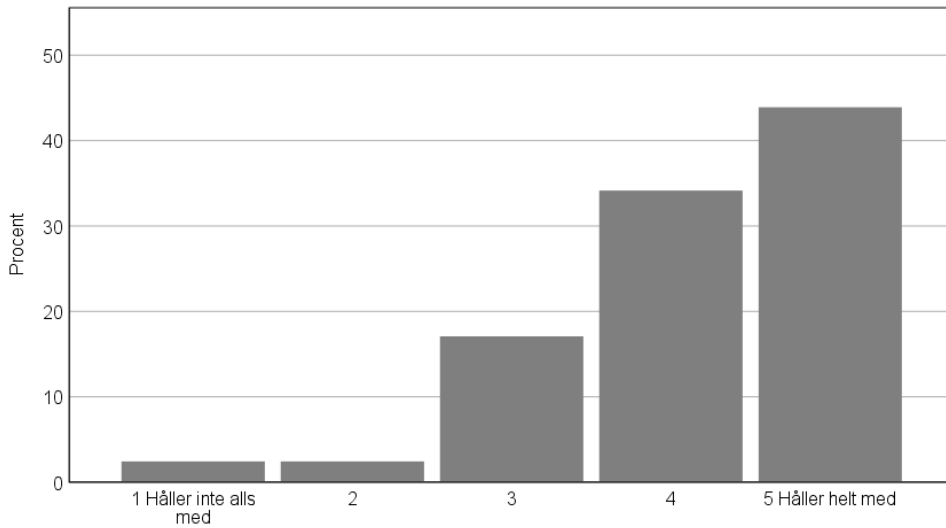
Tabell 7. *Fördelning av svar på frågor om kompletterande utbildning samt riktlinjer.*

	1	2	3	4	5	N	M	SD
Hur hjälpsamt skulle det vara om du fick tillgång till utbildning i form av föreläsning eller liknande om PMDS?	0,8%	9,8%	16,3%	30,1%	42,3%	122	4,04	1,03
Hur hjälpsamt skulle det vara om du fick tillgång till kliniska riktlinjer för psykologer gällande PMDS?	0,0%	4,1%	13,0%	27,6%	53,7%	121	4,33	0,86

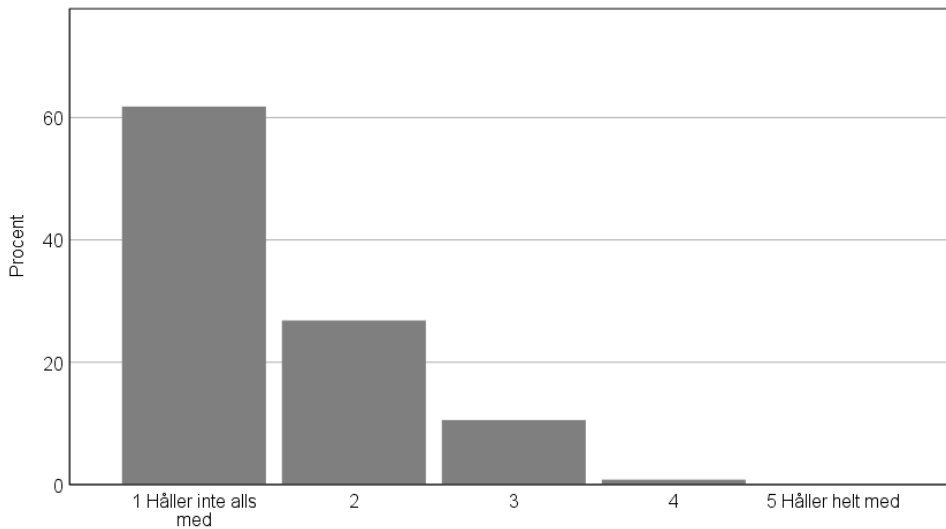
Not. Svartalternativ: 1=Håller inte alls med, 5= Håller helt med

Fortsatt följer redovisning av skattningar av hur respondenterna förhöll sig till olika påståenden om PMDS. Skattningarna gjordes i fem steg, från 1=*håller inte alls med* till 5=*håller helt med*. I fritextfältet i anknytning till dessa frågor var en återkommande synpunkt att man saknade svartalternativ ”vet ej”; flera gånger specifikt kopplat till frågan psykologisk behandling av PMDS.

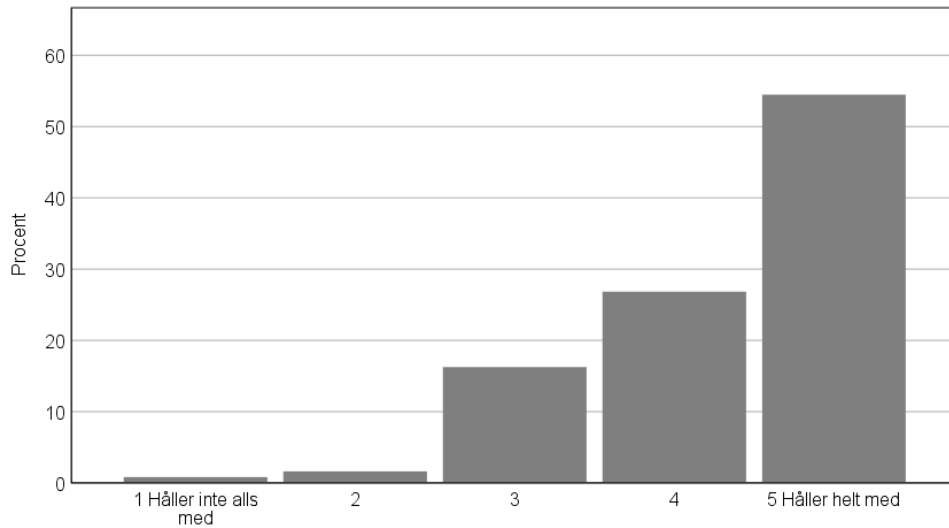
De fem första påståendena berörde PMDS i förhållande till annan psykisk ohälsa och social problematik, där respondenterna starkt höll med om vissa påståenden (t ex att PMDS tenderar att ge upphov till eller öka risken för annan psykisk hälsa) medan de inte alls höll med om andra påståenden (att PMDS-patienter alltid har annan psykisk ohälsa, och att PMDS-patienter har underliggande problem av social karaktär) (se Figur 5, 6, 7, 8 och 9). Det sjätte påståendet handlade om att det finns psykologisk behandling av PMDS och där skattade nära hälften (49,6%) 3, det vill säga mitten på skalan (se Figur 10).



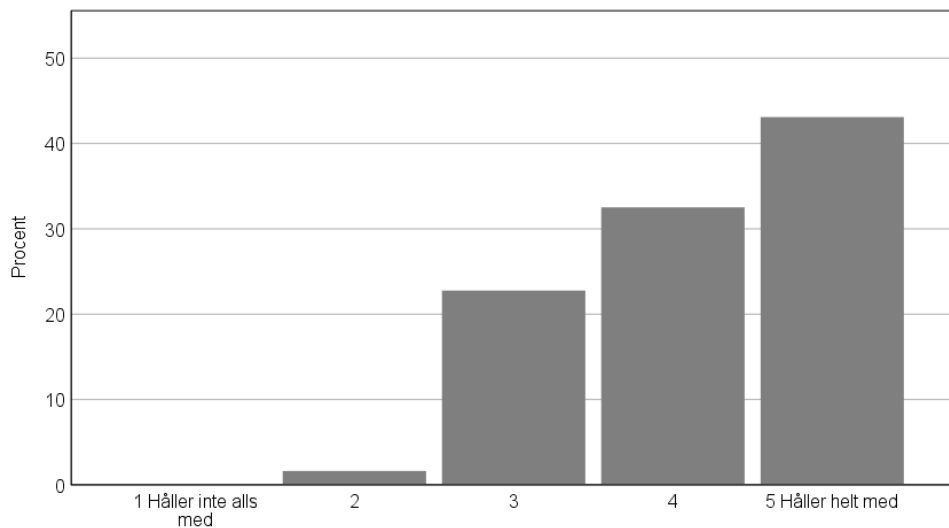
Figur 5. Fördelning av svaren på frågan ”PMDS kan i sig själv ge upphov till annan psykisk ohälsa” (M=4,15, SD=0,96).



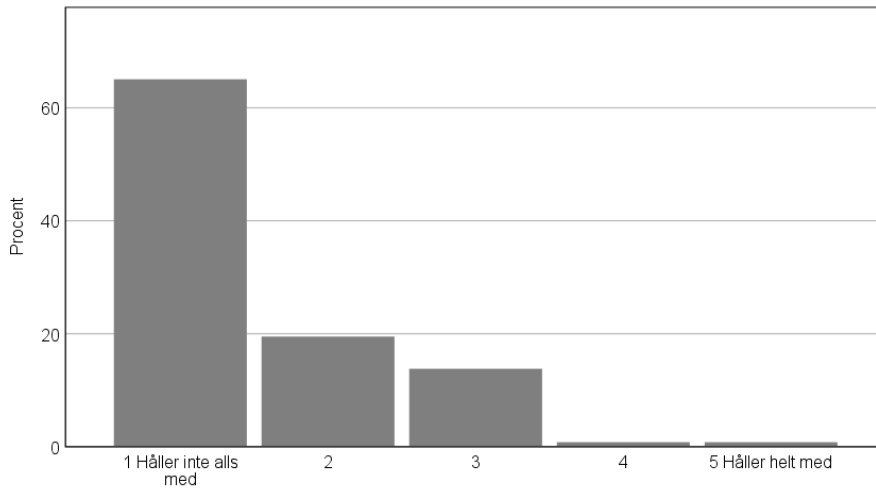
Figur 6. Fördelning av svaren på frågan ”Patienter med PMDS har alltid underliggande besvär av annan psykisk ohälsa” (M= 1,50, SD=0,72).



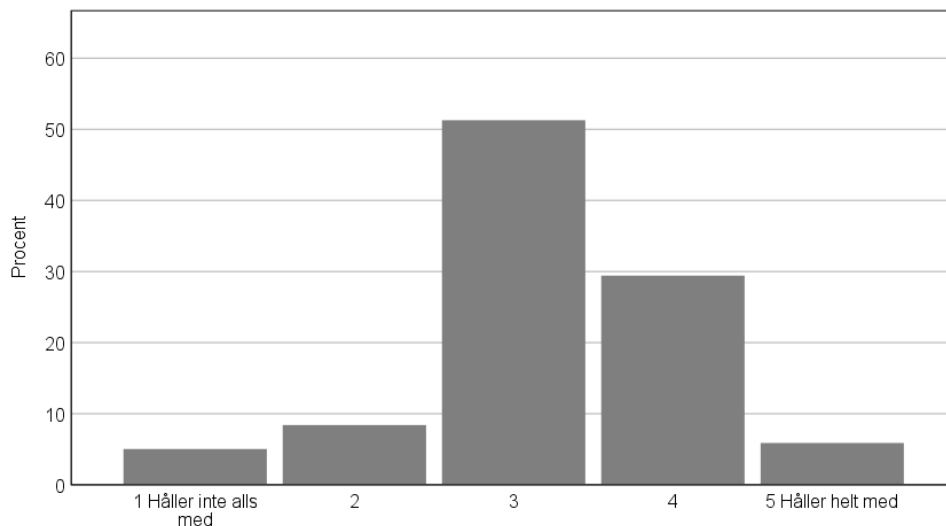
Figur 7. Fördelning av svaren på frågan ”PMDS kan påverka svårighetsgraden av underliggande psykisk ohälsa” (M=4,30, SD=0,86).



Figur 8. Fördelning av svaren på frågan ”Patienter med obehandlad PMDS har högre risk att drabbas av annan psykisk ohälsa” (M=4,17, SD=0,84).



Figur 9. Fördelning av svaren på frågan ”Patienter med PMDS har alltid underliggande problem av social karaktär, såsom stress, relationsproblem eller liknande” (M=1,53, SD=0,82).



Figur 10. Fördelning av svaren på frågan ”Det finns psykologisk behandling verksamt för PMDS” (M=3,23, SD=0,88).

I fritextkommentarerna som relaterade till det här avsnittet framkom att två av respondenterna uppfattade PMDS-besvär som enbart somatiska, i samband med att de förtydligade hur de menade att psykiska besvär och psykologisk behandling förhöll sig till PMDS.

Andra kommentarer berörde sambandet med annan psykisk ohälsa, som gick att koppla till ovanstående avsnitt. Nedan följer tre citat som får exemplifiera detta.

... patienter hamnar i sjukvården/i terapi för besvär som, enligt min mening, med mycket enkla medel skulle kunna avhjälpas, lindras, ges förståelse och erkännande för

samt höja livskvaliteten för patienten markant, med hjälp av intermittent medicinsk behandling. Parallell psykologisk behandling är dock alltid positivt, men dock inte lika nödvändigt för flertalet.

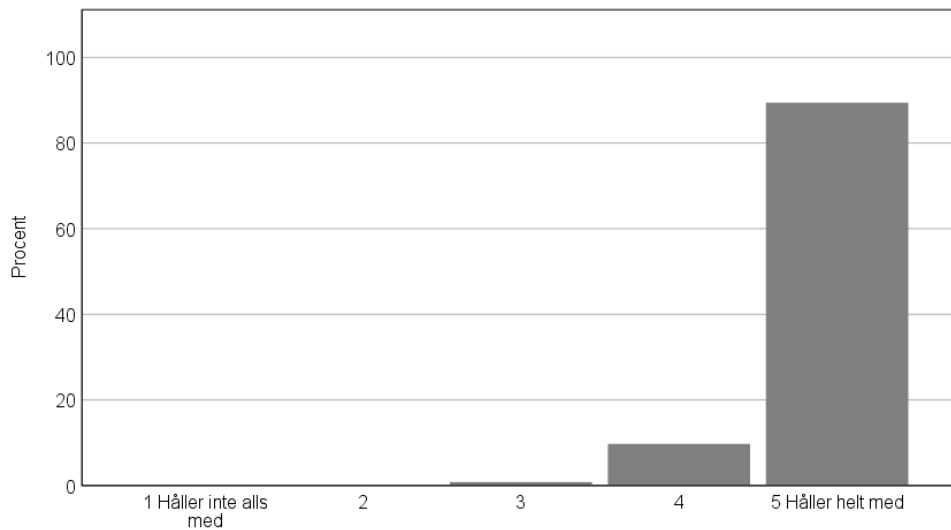
Arbetar med DBT-behandling för EIPS. Där blir PMDS för de som har det en tydlig sårbarhetsfaktor som loggas på veckokort och hanteras med olika strategier utifrån vad som fungerar för personen ifråga.

Rekommenderar patienter med bipolär sjukdom att kartlägga stämningsläge över tid och har där lagt till att kartlägga menscykeln samtidigt.

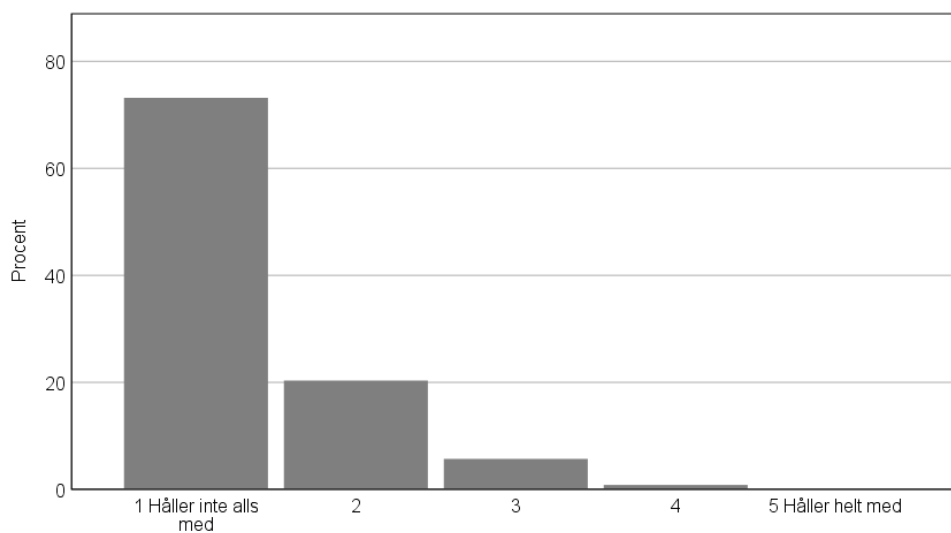
Attityder till PMDS

Skattningar av attityder till PMDS presenteras i figurerna nedan. Skattningarna gjordes på en 5-gradig skala, från 1=*håller inte alls med* till 5=*håller helt med*. Även här var en återkommande synpunkt i fritextfältet i anknytning till dessa frågor att man saknade svarsalternativ ”vet ej”.

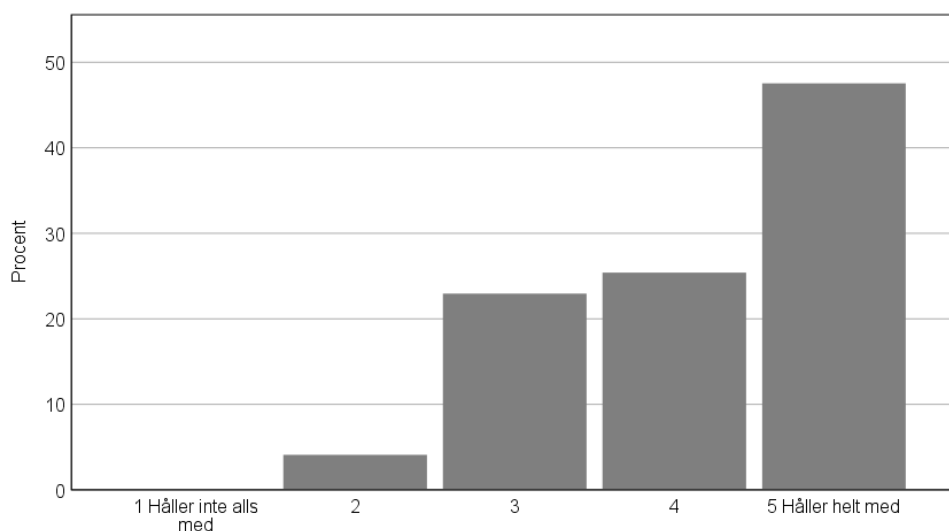
Den övervägande majoriteten av respondenterna (89,4%) svarade att de *håller helt med* om att det tillför något att känna till om patientens besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln ($M=4,89$, $SD=0,34$). De flesta (73,2%) avvisade påståendet att diagnosen PMDS är att patologisera något helt naturligt i onödan och svarade *håller inte alls med* ($M=1,34$, $SD=0,63$). I linje med detta svarade majoriteten (72,4%) att de tyckte att det är rimligt att PMDS utgör en självständig diagnos i DSM och skattade 4 eller 5 på den frågan ($M=4,16$, $SD=0,92$) (se Figur 11, 12 och 13).



Figur 11. Fördelning av svaren på frågan ”Det tillför något att veta om patientens psykiska besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln”.



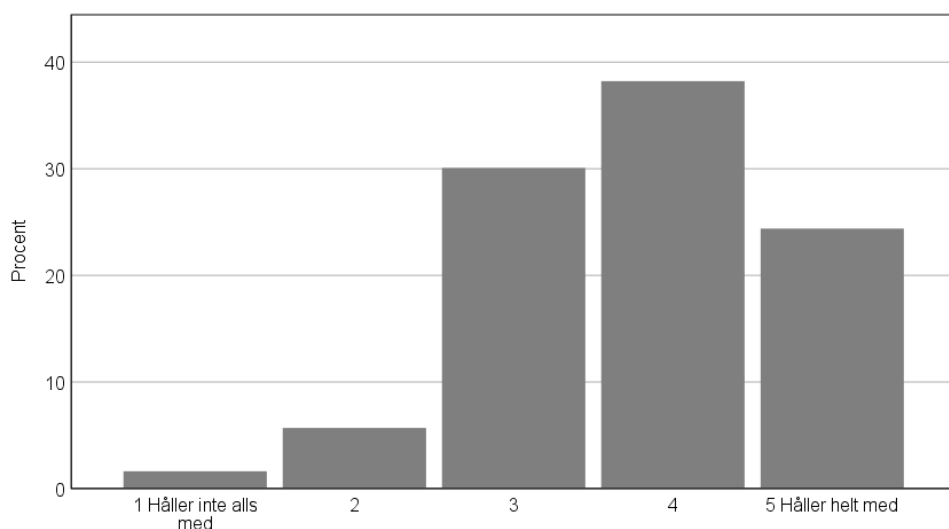
Figur 12. Fördelning av svaren på frågan ”Diagnosen PMDS är att patologisera något helt naturligt i onödan”.



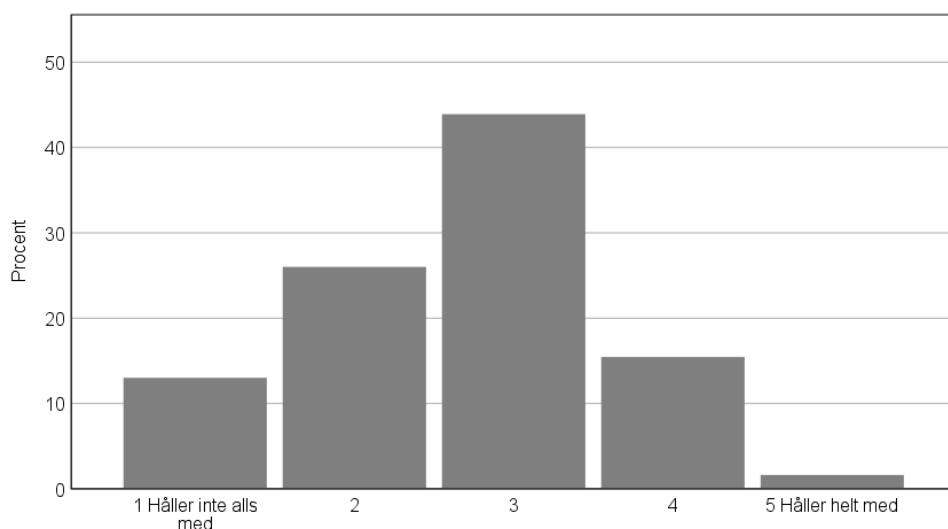
Figur 13. Fördelning av svaren på frågan ”Det är rimligt att PMDS utgör en självständig diagnos i DSM”.

Svaren på frågorna som berörde vem som bör utreda, diagnostisera och behandla en patient med PMDS visade att en klar majoritet ansåg att PMDS-patienter bör hänvisas till gynekolog/läkare för utredning (över 60% skattade 4 eller 5 på den frågan; se Figur 14), men att det inte alls ansågs lika självklart att diagnostiseringen skulle göras av denna yrkesgrupp (mindre än 20% skattade 4 eller 5 på den frågan; se Figur 15). På frågan om hormonell obalans ska behandlas farmakologiskt fördelades svaren symmetriskt kring det mittersta svarsalternativet (se Figur 16).

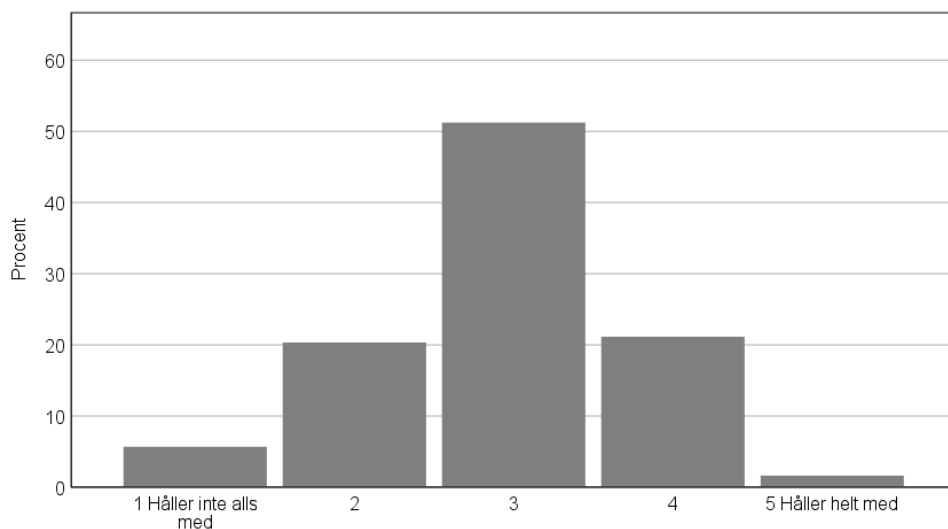
Tre respondenter underströk i fritextfältet sin åsikt att diagnos bör ställas i samarbete med läkare.



Figur 14. Fördelning av svaren på frågan ”Patienter med misstänkt PMDS bör hänvisas till gynekolog eller läkare för fortsatt utredning” (M=3,78, SD=0,94).



Figur 15. Fördelning av svaren på frågan ”PMDS bör diagnostiseras av annan yrkesgrupp, t ex läkare eller gynekolog” (M=2,67, SD=0,85).



Figur 16. Fördelning av svaren på frågan ”Symptom på hormonell obalans bör i första hand behandlas farmakologiskt” (M=2,93, SD=0,84).

Vardagserfarenheter av PMS och PMDS

En presentation av respondenternas samlade erfarenheter av PMS och PMDS, hos sig själva och människor i sin närhet, visas i Tabell 6. Av tabellen framgår att 53,7% av deltagarna uppgav att de själva hade PMS eller PMDS, och att ytterligare 30% uppgav att någon i deras närhet hade PMS/PMDS. Det innebär att enbart 16,3% av respondenterna saknade vardaglig erfarenhet av PMS/PMDS hos sig själv eller någon i sin närhet.

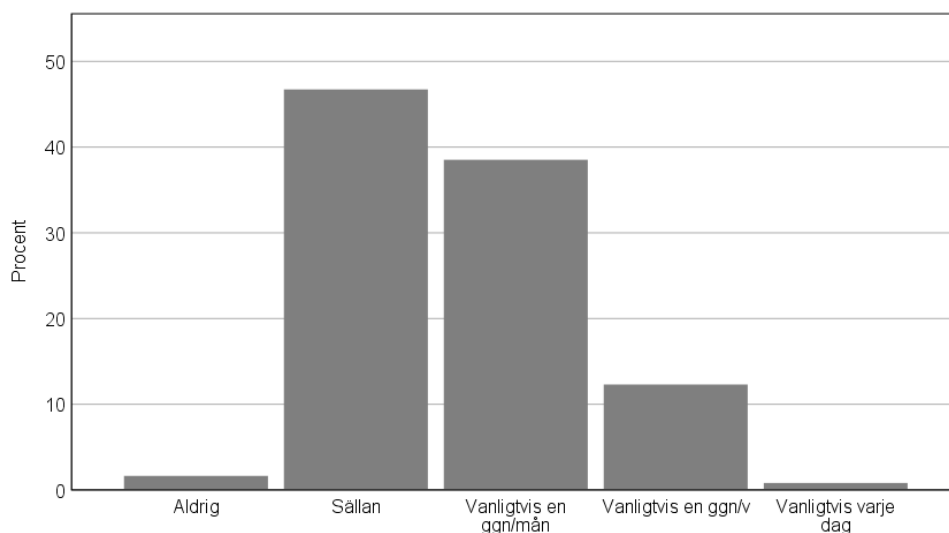
Tabell 6. Respondenternas erfarenhet av PMS eller PMDS hos sig själv eller i sin närhet.

Vad stämmer bäst för dig?	Någon i min närhet har PMS	Någon i min närhet har PMDS	Ingen i min närhet har PMS/PMDS	Ej svar	Totalt
Jag har själv PMS	20,3%	8,9%	4,9%	0,8%	35,0%
Jag har själv PMDS	9,8%	4,9%	2,4%	1,6%	18,7%
Jag har inte PMS/PMDS	21,1%	7,3%	15,4%	0,8%	44,7%
Ej svar	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	1,6%
Totalt	52,0%	22,0%	22,8%	3,3%	100,0%

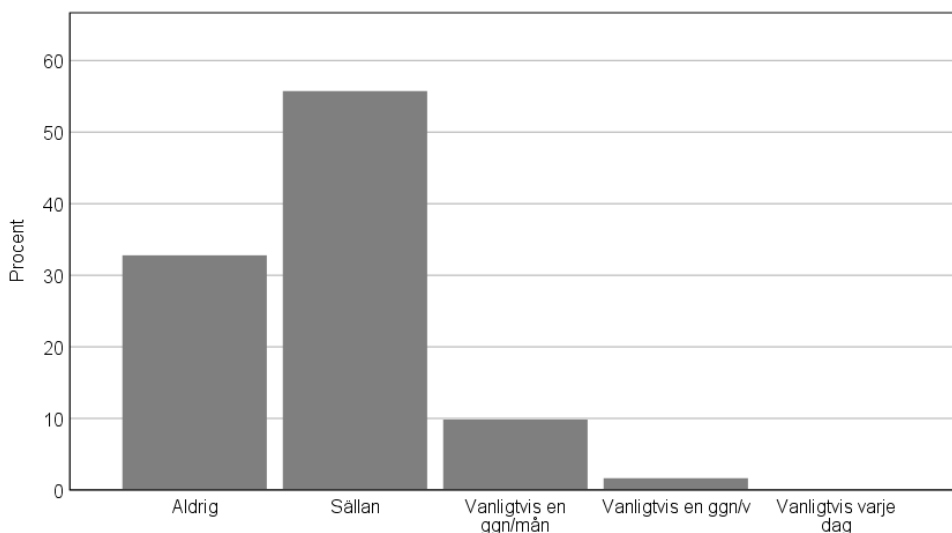
Kliniska erfarenheter av PMDS

Nedan presenteras resultatet på de sex frågor som berörde respondenternas kliniska erfarenhet av PMDS, där de skattade hur ofta de träffade på eller själva utförde vissa saker. Den som avsågs som patient i frågorna var en person med livmoder.

Som framgår av Figur 17 svarade nära hälften (47,9%) att de *sällan* eller *aldrig* mötte en patient som beskriver symptom som tyder på PMDS, medan den andra hälften uppgav att de gjorde det *vanligtvis en gång i månaden* (38,2%), *vanligtvis en gång i veckan* (12,2%) respektive *vanligtvis en gång om dagen* (0,8%). Majoriteten av respondenterna (87,8%) uppgav att PMDS *sällan* eller *aldrig* diskuterades på deras arbetsplats (se Figur 18).

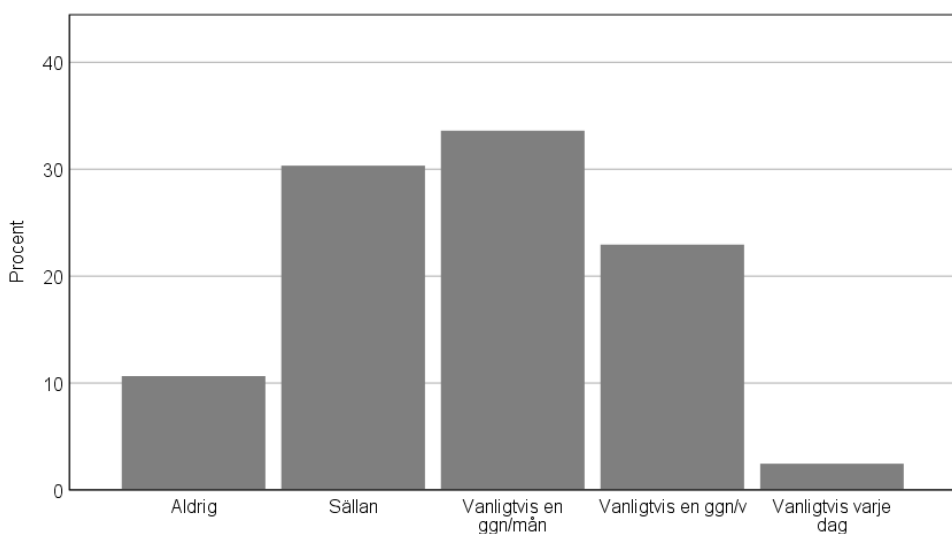


Figur 17. Fördelning av svaren på frågan ”Hur vanligt är det att de patienter som du möter beskriver symptom som tyder på PMDS?”.

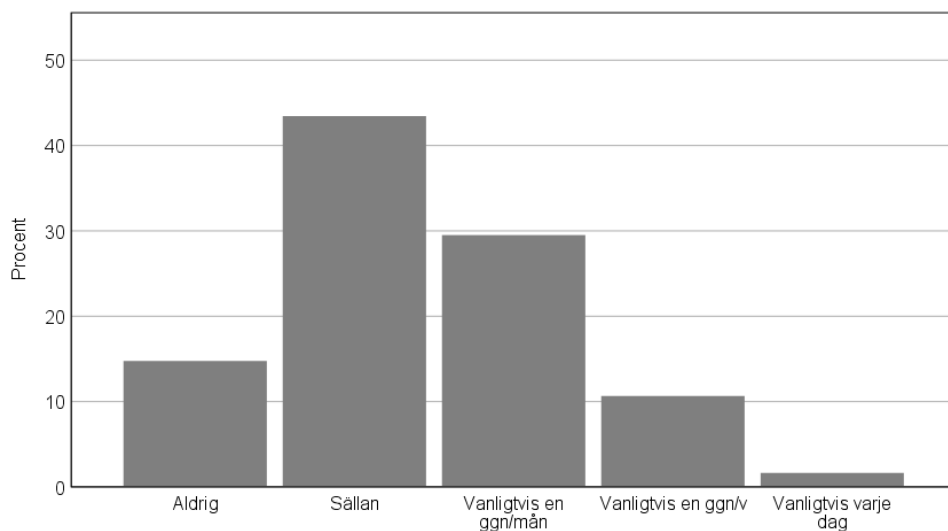


Figur 18. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta diskuteras PMDS på din arbetsplats?”

Avseende hur ofta respondenterna frågade sina patienter kring hur besvären kunde kopplas till menscykeln svarade majoriteten *sällan* eller *vanligtvis en gång i månaden* (63,4%). Majoriteten av respondenterna uppgav även att de *sällan* eller *aldrig* bad patienterna att kartlägga sina besvär i relation till menscykeln (över 50%) (se Figur 19 och 20).

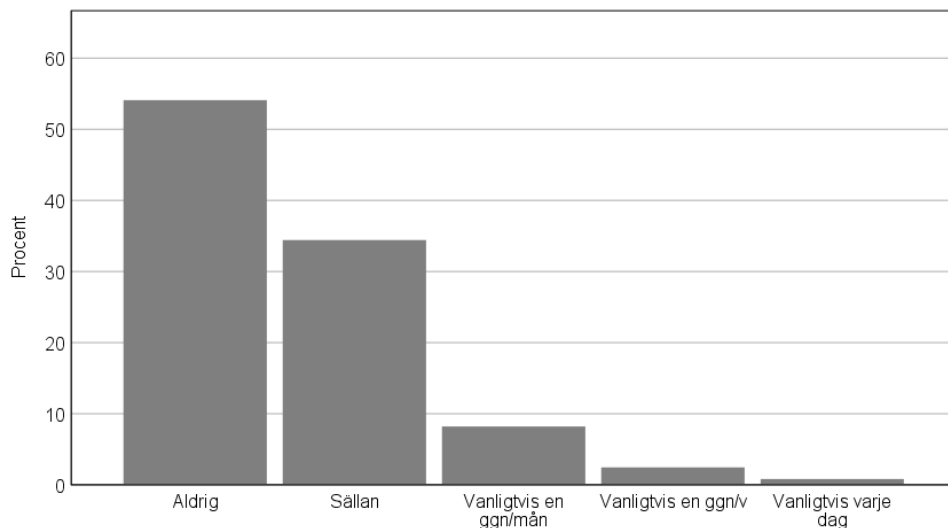


Figur 19. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta frågar du en patient om dennes besvär samvarierar med menscykeln?”.

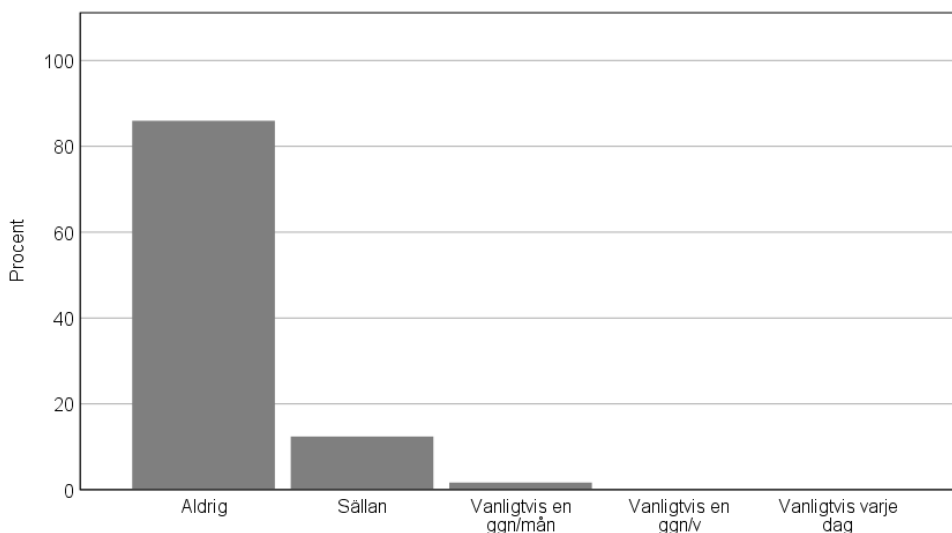


Figur 20. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta uppmanar du en patient att kartlägga sina besvär i relation till menscykeln?”.

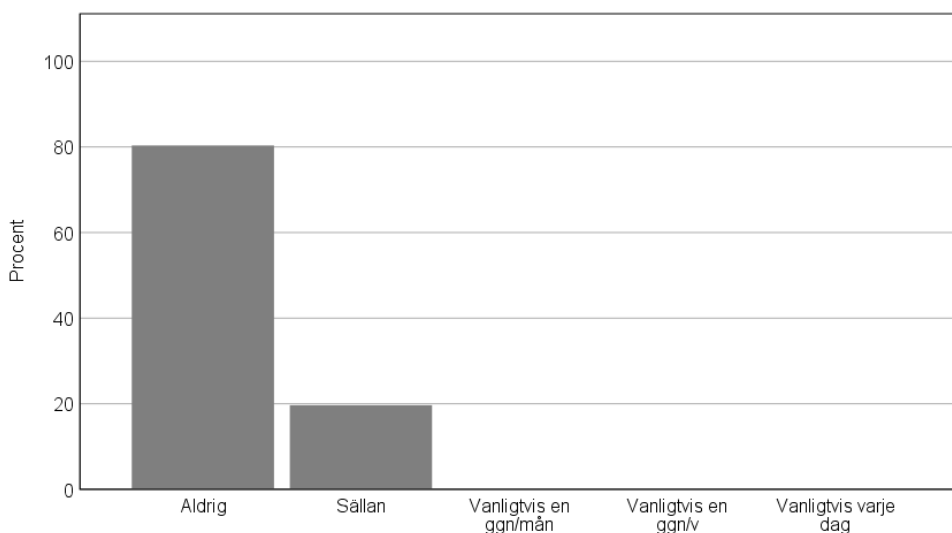
Resultaten på frågorna som rörde bedömning och diagnostisering visade att en övervägande majoritet svarade att de *sällan* eller *aldrig* använde sig av screening specifikt för PMDS, särskilda skattningsskalor eller ställde diagnosen PMDS (se Figur 21, 22 och 23).



Figur 21. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta screenar du patienter specifikt för PMDS?”.

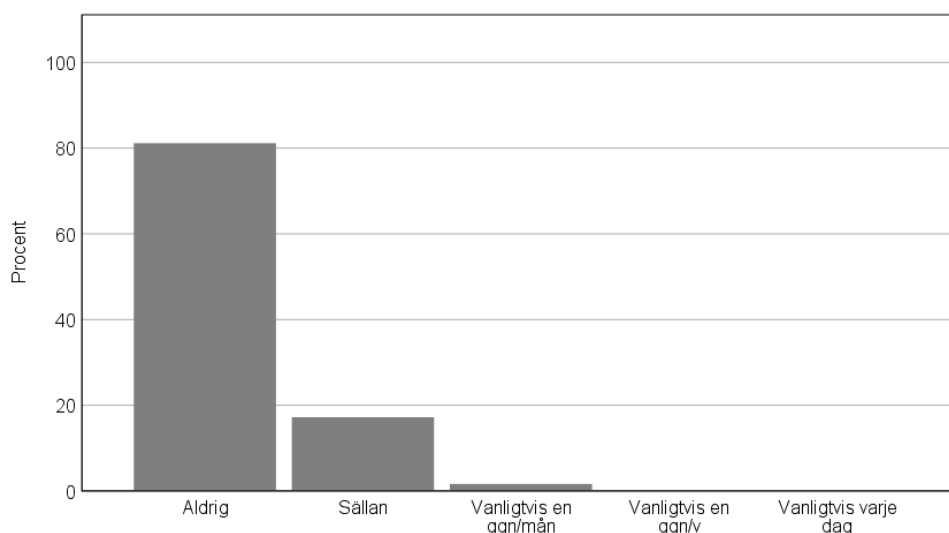


Figur 22. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta använder du en därför utarbetad självskattningsskala för att identifiera patienter med PMDS?”.



Figur 23. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta ställer du diagnosen PMDS?”.

Slutligen uppgav 80,5% av respondenterna att de *aldrig* hade påbörjat en behandling specifikt för en patients PMDS-symptom (n=99), medan 17,1% svarade att de *sällan* hade gjort det (n=21) (Figur 24.)

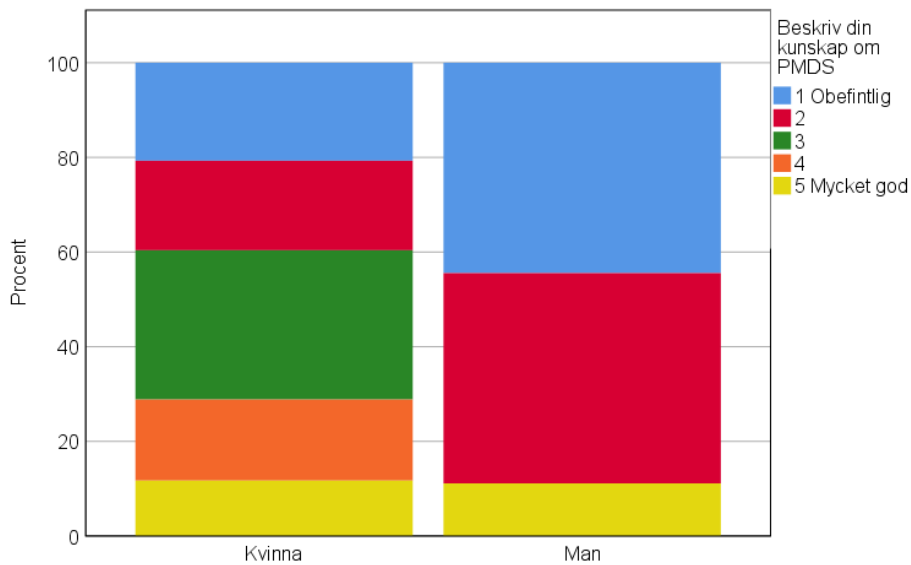


Figur 24. Fördelning av svaren på frågan ”Hur ofta har du påbörjat en behandling specifikt för en patients PMDS-symptom?”.

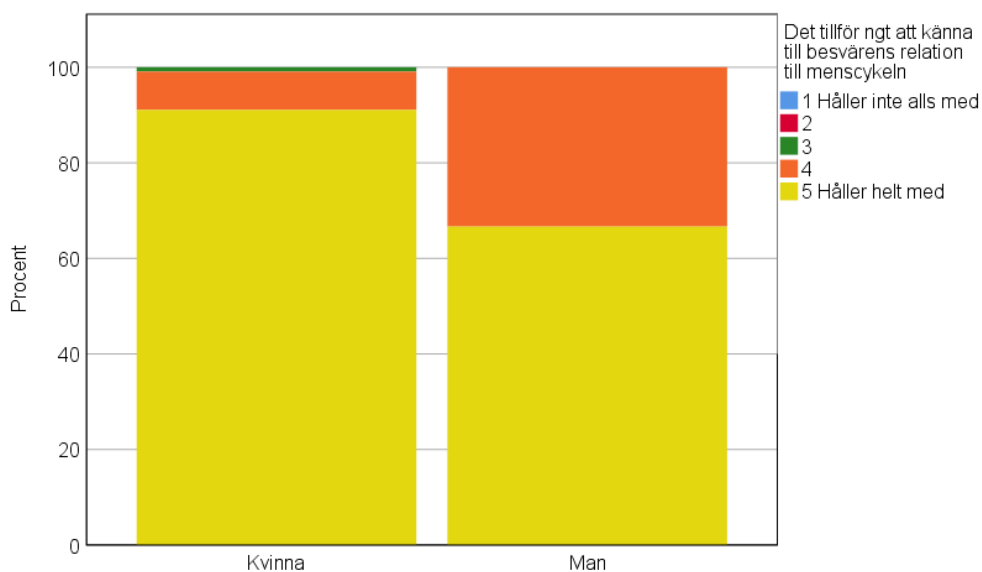
Jämförelse mellan grupper

Nedan presenteras ett antal jämförelser mellan olika grupper av respondenter i förhållande till vissa specifika enkätfrågor.

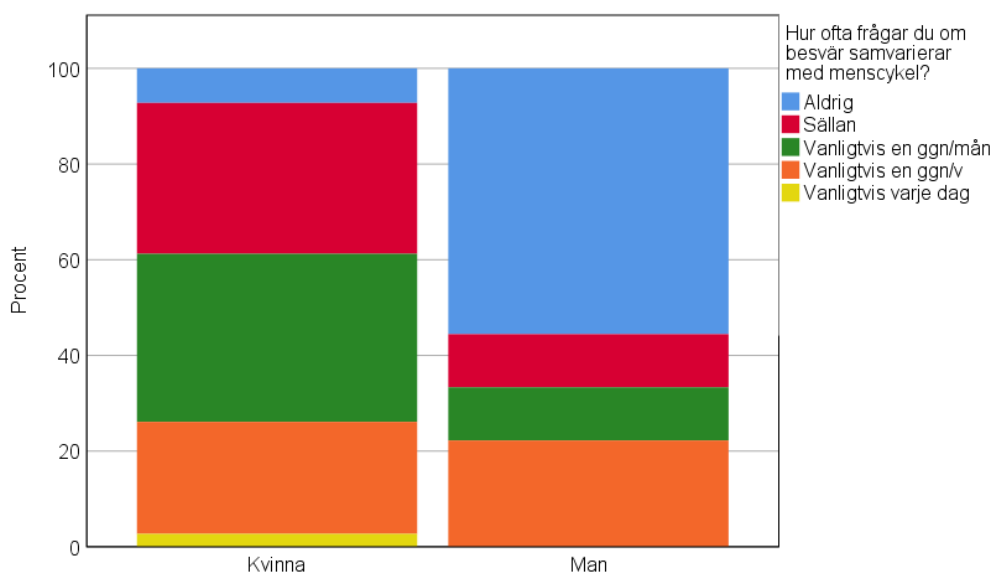
Skillnader mellan könen. En jämförelse av hur kvinnor och män beskriver sin kunskap om PMDS visade att kvinnor upplever att de har bättre kunskaper om syndromet än män (Figur 25). Både män och kvinnor höll med om att det tillför något att veta om patientens psykiska besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln (Figur 26). Däremot visade sig en skillnad i förhållande till hur män och kvinnor undersöker detta. Cirka 60% av kvinnorna uppgav att de regelbundet frågade sina patienter om deras besvär samvarierar med menscykeln, medan ca 40% av männen gjorde det. Cirka 5% av kvinnorna uppgav att de aldrig frågade patienterna detta, medan motsvarande siffra hos männen var närmare 40% (Figur 27).



Figur 25. Fördelning av svaren mellan könen på frågan ”Hur skulle du beskriva din kunskap om PMDS?”.

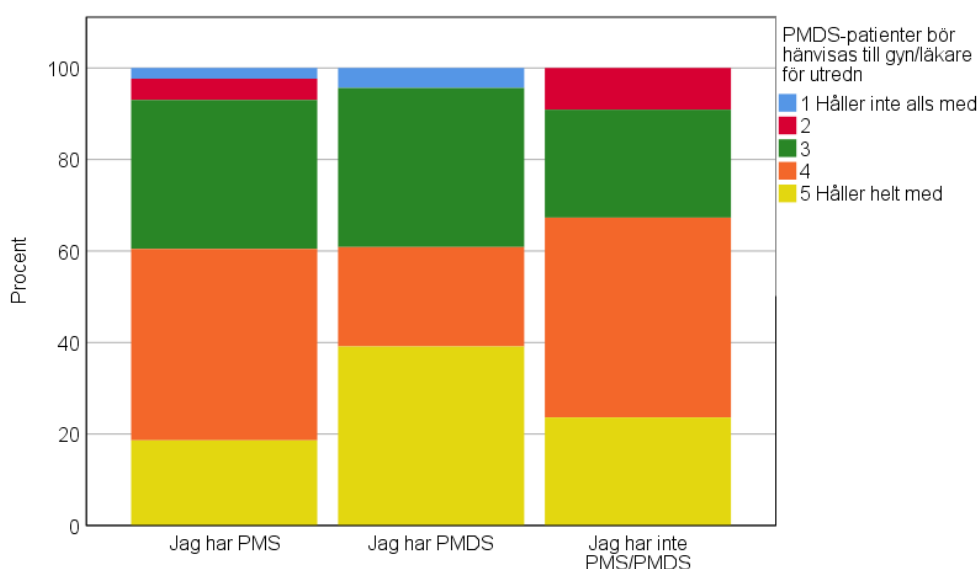


Figur 26. Fördelning av svaren mellan könen på frågan ”Det tillför något att veta om patientens psykiska besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln”.

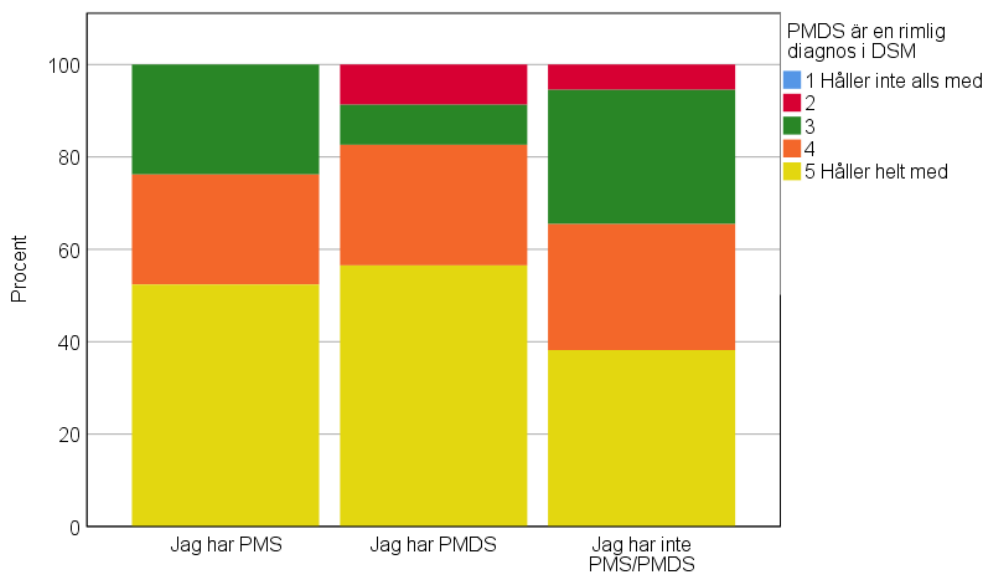


Figur 27. Fördelning av svaren mellan könen på frågan ”Hur ofta frågar du en patient om dennes besvär samvarierar med menscykeln?”.

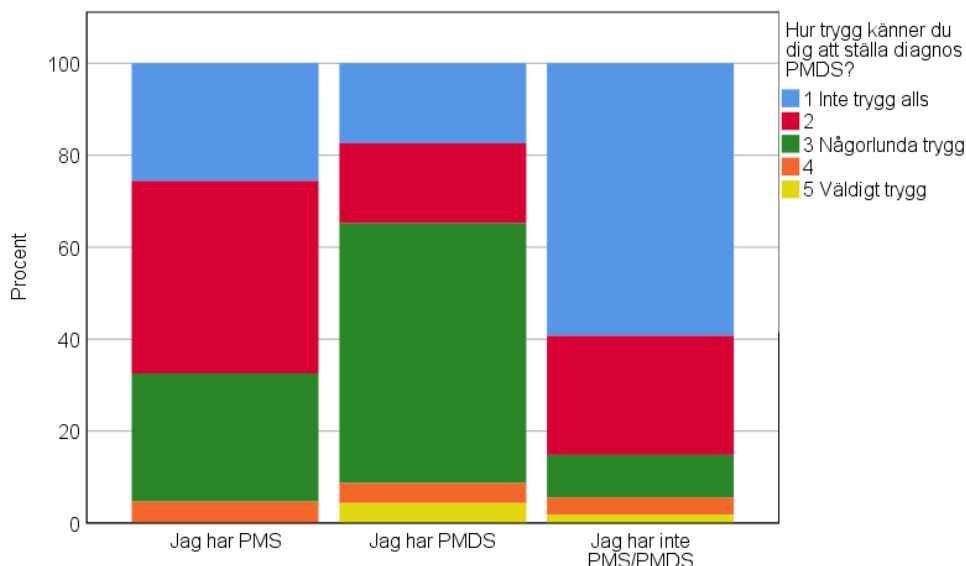
Respondenter med eller utan PMS/PMDS. En jämförelse mellan hur respondenter med PMS eller PMDS och respondenter utan svarade visade inte på några stora skillnader vad det gäller hur de förhöll sig till hänvisning av patienter (Figur 28) eller synen på diagnosen i DSM-5 (Figur 29). Däremot visade den att respondenterna med PMDS upplevde en större trygghet i förmågan att diagnostisera PMDS, något större än respondenterna med PMS och betydligt större än respondenterna utan PMS eller PMDS (se Figur 30).



Figur 28. Fördelning av svaren på frågan ”Patienter med misstänkt PMDS bör hänvisas till gynekolog eller läkare för fortsatt utredning” från dem med eller utan PMS/PMDS.

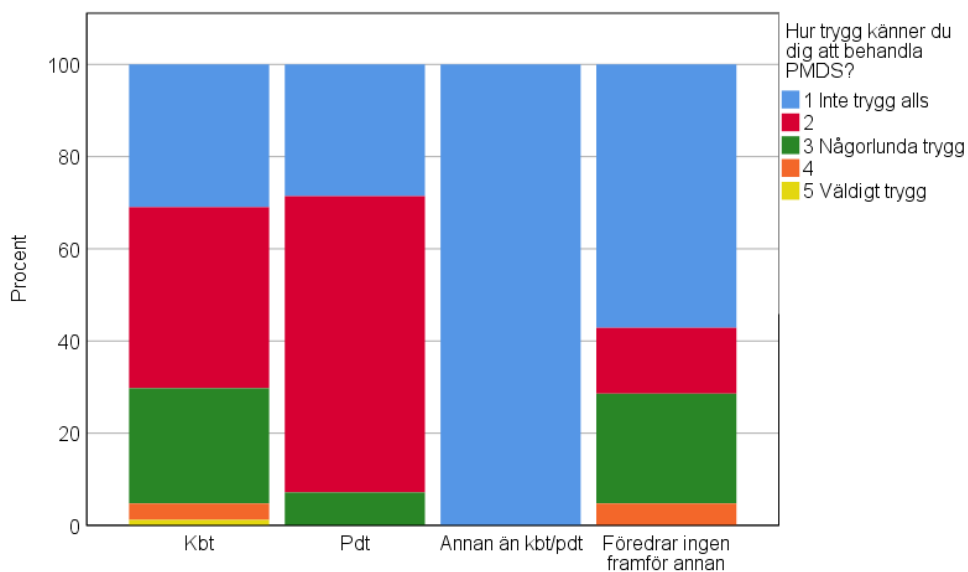


Figur 29. Fördelning av svaren på frågan ”Det är rimligt att PMDS utgör en självständig diagnos i DSM” från dem med eller utan PMS/PMDS.



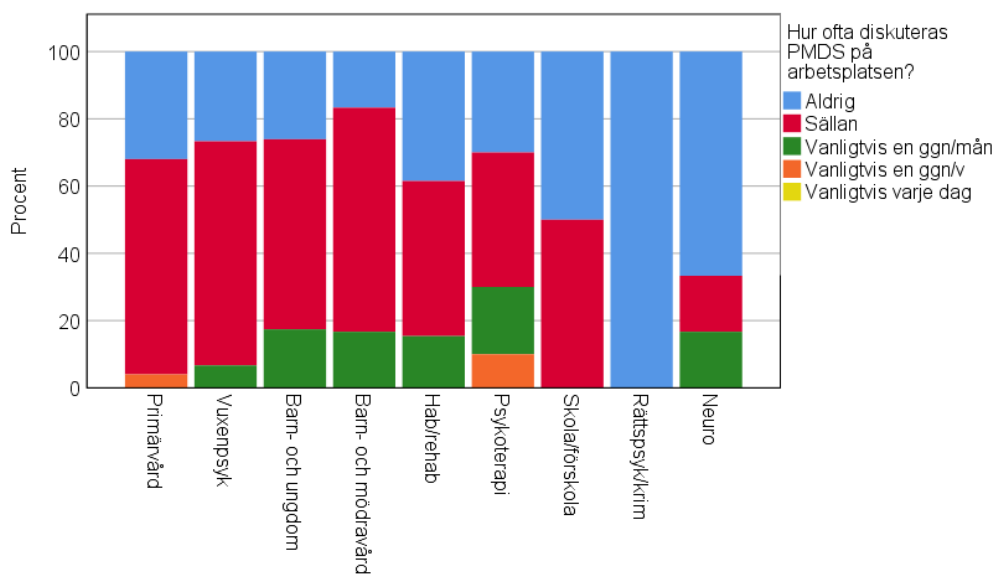
Figur 30. Fördelning av svaren på frågan ”Hur trygg känner du dig i din förmåga att ställa diagnosen PMDS?” från dem med eller utan PMS/PMDS.

Olika terapeutiska inriktningar. Resultatet på frågan hur trygg man känner sig i sin förmåga att behandla PMDS visade inga större skillnader mellan inriktningarna KBT och PDT. Resultatet för övriga inriktningar visade på en större osäkerhet (Figur 31).

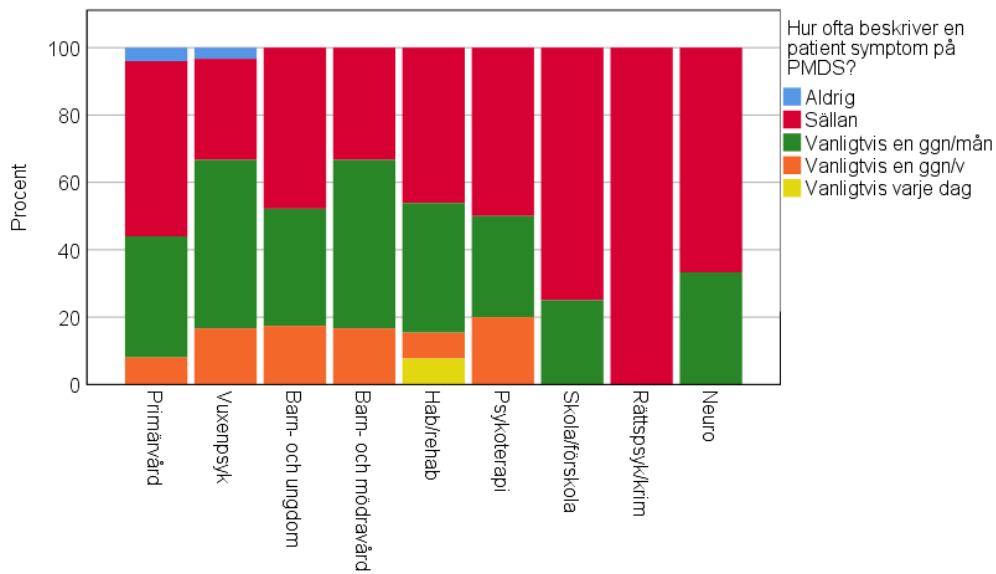


Figur 31. Fördelning av svaren mellan verksamhetsområden på frågan ”Hur trygg känner du dig i din förmåga att behandla en patient för PMDS?”.

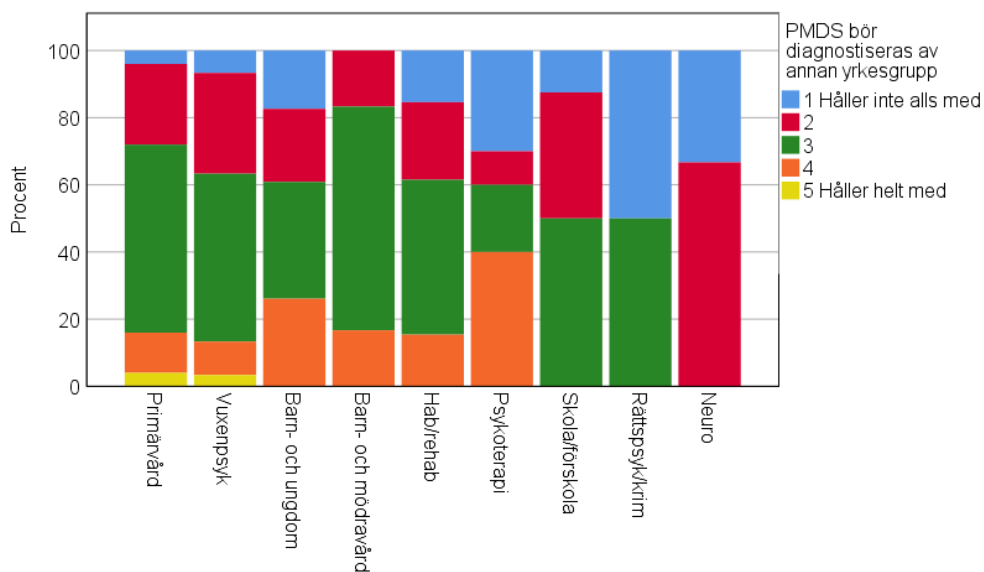
Jämförelse av verksamhetsområde. Nedan redovisas resultaten på fyra frågor fördelat på verksamhetsområde.



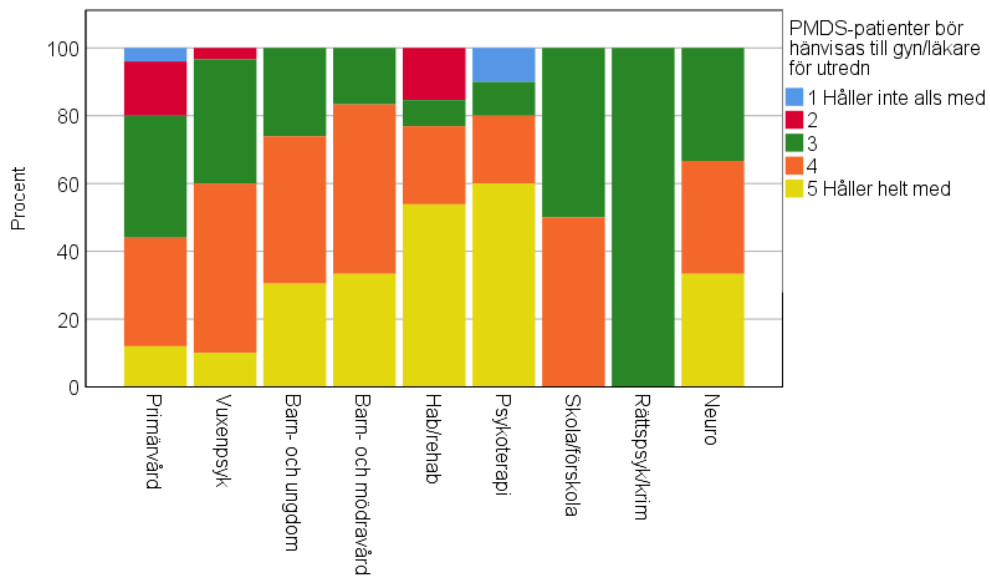
Figur 32. Fördelning av svaren mellan verksamhetsområden på frågan ”Hur ofta diskuteras PMDS på din arbetsplats?”.



Figur 33. Fördelning av svaren mellan verksamhetsområden på frågan ”Hur vanligt är det att de patienter med livmoder som du möter beskriver symptom som tyder på PMDS?”.



Figur 34. Fördelning av svaren mellan verksamhetsområden på frågan ”PMDS bör diagnostiseras av annan yrkesgrupp, t ex läkare eller gynekolog?”.



Figur 35. Fördelning av svaren mellan verksamhetsområden på frågan ”Patienter med misstänkt PMDS bör hänvisas till gynekolog eller läkare för fortsatt utredning”.

Diskussion

Föreliggande studie söker besvara frågan vad svenska psykologer upplever att de har för kunskap, erfarenhet och attityd gällande PMDS, och hur de förhåller sig till diagnostisering och behandling av PMDS. Resultatet visar sammantaget att den upplevda kunskapen om PMDS för gruppen psykologer kan beskrivas som låg, även om ett flertal kunskapsfrågor visar att den är ganska god på specifika punkter. Attityden till diagnosen är övergripande positiv, medan åsikterna går isär kring vilken yrkesgrupp som helst bör ta hand om patienter med PMDS, och på vilket sätt. Den kliniska erfarenheten av framför allt diagnostisering och behandling av PMDS som respondenterna beskriver är mycket låg.

Kunskap om PMS och PMDS. 11% av respondenterna beskrev sin kunskap om PMDS som *mycket god*, det vill säga de skattade 5, vilket var det högsta möjliga värdet på skalan. Trots detta skattade bara 4% högst (5) på påståendet att de har tillräcklig kunskap om PMDS i förhållande till sitt yrke. Här uppstod en diskrepans på sju procentenheter som kanske skulle kunna ha sin förklaring i att frågorna låg tidigt respektive sent i enkäten, det vill säga att respondenterna med hjälp av enkätfrågorna däremellan insåg att det finns fler aspekter att förhålla sig till än vad de var medvetna om från början, särskilt i förhållande till sin yrkesutövning. Det skulle kunna tolkas som att respondenterna noterat skillnaden mellan privata kunskaper och yrkeskunskaper på det här området.

Att respondenter som hade erfarenhet av PMS eller PMDS hos sig själva eller någon i sin omgivning upplevde sig ha mer kunskap än de som inte hade det, är inte överraskande, delvis utifrån ovanstående resonemang. Inte heller att männen beskriver sin kunskap som lägre än kvinnornas. Detta indikerar dock att man tillägnat sig sin kunskap privat och inte i sin profession. Det kan med andra ord tänkas vara naturligt att kvinnor privat har en större medvetenhet om sådant som enbart rör kroppar med en aktiv menscykel än vad män har, medan den skillnaden sannolikt hade jämnats ut om samtliga hade utbildats om PMDS i relation till sin yrkesutövning som psykolog. Det ger också en tydlig signal om att de tillfrågade psykologerna och deras patienter hade varit betjänta av att psykologerna i större utsträckning utbildats i ämnet i förhållande till sin profession, för att psykologerna ska kunna göra bedömningar utifrån en gemensam och jämställd utgångspunkt. Det hade kunnat handla om att lära sig vad man kan behöva beakta i samband med olika psykiatriska diagnoser som ofta förekommer med PMDS, eller hur man ska tolka prognostiska symtomskattningar. Positivt i sammanhanget är att respondenterna i stor utsträckning visade sig intresserade av såväl utbildning som eventuella riktlinjer på området.

Den upplevda tryggheten i förmåga att diagnostisera och behandla var uppenbart låg hos majoriteten av respondenterna. Detta till trots svarade de flesta rätt på de påståenden som gällde

PMDS i förhållande till annan psykisk ohälsa. En majoritet av respondenterna svarade till exempel att de höll med om att PMDS kan påverka svårighetsgraden av underliggande psykisk ohälsa, och att patienter med obehandlad PMDS har högre risk att drabbas av annan psykisk ohälsa, vilket forskningen också i många fall bekräftat (Fornarno & Perugi, 2010; Halbreich, 2003; Hong et al., 2012; Pilver, 2011; Wittchen et al., 2002). Detta tyder på en förståelse för och ett erkännande av effekterna av PMDS, på bland annat annan psykisk ohälsa.

Först vid påståendet att det finns psykologisk behandling för PMDS blev det uppenbart svårt för respondenterna att svara. Många kommenterade i fritextfältet att de hade svarat ”*vet ej*” om det alternativet funnits, och att deras skattning (3) skulle tolkas därefter. Mer än hälften skattade just i mitten, vilket kan betyda flera saker: dels att respondenterna helt enkelt inte vet om det finns psykologisk behandling för PMDS, dels att de vet att det finns, men att de tagit med i beräkningen att det inte fungerar för alla, vilket överensstämmer med tillgänglig forskning (Nevatte, 2013). Det kan också betyda en osäkerhet kring vilken sorts behandling som finns över huvud taget, och vilken som i så fall fungerar bäst. Något som stödjer det sistnämnda är att svarsfördelningen ser nästan likadan ut på påståendet ”Symptom på hormonell obalans bör i första hand behandlas farmakologiskt”. Den frågan finns dock inget rätt eller fel svar på; det varierar vad som fungerar för olika individer. Viktigt är att notera att här finns en risk för såväl felbedömning som felbehandling, om man som behandlare inte tar med eventuella PMS-besvär i bedömningen.

Attityder till PMDS. Det framgår med stor tydlighet att respondenterna tycker att det är viktigt att känna till om patientens besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln. 40 % av respondenterna svarade trots detta att de *aldrig* eller *sällan* efterfrågar den informationen. Lika stor andel av männen, 40 %, svarade att de *aldrig* frågar om detta. Enkäten ger dock inget svar på frågan varför detta inte görs i större utsträckning. Kanske finns ett samband med de spridda åsikter som tycks finnas kring vem som bör utreda, diagnostisera och behandla PMDS. Svaren på de frågorna varierar, men många vill lägga ansvaret på andra yrkesgrupper. Oberoende av orsaken ger resultatet därmed också ett nedslående svar på frågeställningen om psykologers beredskap och vilja att upptäcka och diagnostisera PMDS, då det inte kan anses tillfredsställande att så många låter bli att ställa frågan om menscykeln till patienten, särskilt inte som tidigare studier visar att kvinnorna själva kan ha svårt att beskriva och koppla sitt tillstånd till menscykeln (Fisk & Skaghammar, 2016).

Kliniska erfarenheter av PMDS. Frågorna som berör kliniska erfarenheter av PMDS är alla uppbyggda enligt modellen ”Hur ofta ...”. Dessa frågor har en metodologisk problematik som diskuteras vidare nedan, och som gör att endast resultatet på ett par av frågorna är intressanta. Mest intressant kan tyckas vara att en överväldigande majoritet av respondenterna sällan eller aldrig varken ställer diagnosen PMDS eller inleder en behandling för en patients PMDS-besvär. Att

en psykolog screenar specifikt för PMDS eller låter en patient skatta sina symptom i en självskattningsskala framstår också som väldigt ovanligt.

Begränsningar

Ingen tidigare studie liknande denna har påträffats, vilket gör att den genererat ny kunskap på området om svenska psykologers relation till PMDS. Av enkätsvaren att döma tycks studien även ha väckt ett intresse och ökat medvetenheten kring PMDS hos de tillfrågade psykologerna, vilket får ses som en positiv bieffekt. I sin utformning har dock undersökningen ett antal metodologiska brister och begränsningar.

Urval. En begränsning i den här studien är det lilla samplet, vilket i sig hotar den externa validiteten. Endast 2% av det totala antalet medlemmar i Facebook-gruppen svarade på enkäten. Med det sagt är det okänt hur många av gruppens medlemmar som är aktiva medlemmar, som tagit del av inläggen och hur många som aktivt valt att inte svara. Det innebär att svarsprocenten utifrån de förutsättningarna kan vara högre, beroende på hur många som de facto är inne på sidan regelbundet. Oavsett ovanstående resonemang får man också betrakta samplet som ett så kallat bekvämlighetsurval, vilket ökar risken för selektionsbias och gör det svårt att generalisera svaren till den större gruppen (Bryman, 2011).

Det valda tillvägagångssättet ger å ena sidan möjlighet att snabbt och enkelt nå ut till många, och som tidigare nämnts motsvarar sammansättningen i den aktuella gruppen i stor utsträckning den svenska psykologkåren (Socialstyrelsen, 2016). Å andra sidan går det inte att kontrollera vilka som inläggen visas för, och beroende på vilka som kommenterat eller gillat inläggen styr Facebooks algoritmer i vilka användares flöden som det fortsatt visas i.

Att demografiska data visar att över 80% av respondenterna antingen har erfarenhet av PMS eller PMDS hos sig själva eller någon i sin närhet, indikerar att de som valde att medverka har ett särskilt intresse för ämnesområdet. En sannolik följd av detta är att respondenternas kunskapsnivå är högre hos respondenterna än hos den stora gruppen.

En anmärkningsvärt låg andel män svarade på enkäten, 7,3% mot uppskattningsvis 30% i hela gruppen. Det går inte att utgå ifrån att hela bortfallet av män har att göra med att de inte upplever ämnet som relevant för dem, men till viss del bör bortfallet kunna tillskrivas detta faktum, precis som för övriga gruppmedlemmar som valde att inte svara.

Begrepp. En svaghet hos studien är att den i sina instruktioner inte definierar begreppet PMDS. Respondenternas förförståelse av begreppet kontrollerades inte heller med rena faktafrågor om PMDS. Denna bedömning gjordes utifrån resonemanget att svaren på sådana frågor lätt skulle kunna uppsökas av respondenten i diagnosmanualer eller via internet, och

därmed inte säga så mycket om dennes faktiska kunskap. Bland fritextsvaren upptäcktes dock minst två tydliga indikationer på att respondenterna hade en annan uppfattning om vad PMDS innebar, nämligen enbart fysiska symptom, vilket visar att det hade varit önskvärt med ett förtydligande i någon form. Nu föreligger istället ett hot mot begreppsvaliditeten i och med detta.

Ett annat begrepp som inte definieras närmare är ”någon i min närhet” i svarsalternativen ”någon i min närhet har PMS”, ”någon i min närhet har PMDS” och ”ingen i min närhet har PMS eller PMDS ...”. I första hand åsyftades en familjemedlem, vän eller kollega, men då detta inte uttryckligen beskrivs är det möjligt att personer från andra kategorier har räknats in här, bland annat patienter, vilket gör att man kan ifrågasätta om resultatet på den frågan verkligen visar ett mått på vardagserfarenheter.

Ytterligare en otydlighet berör frågorna som inleds med ”Hur ofta ...?”. Resultatet på dessa är svårtolkade, då respondenternas antal nybesök i veckan varierade stort. Det innebär att exempelvis svarsalternativet ”*vanligtvis en gång i månaden*” innebär *sällan* för någon med 10 nybesök i veckan, medan det betyder i princip *alltid* för någon med ett nybesök var fjärde vecka. I ett försök att kontrollera för detta ställdes den kompletterande frågan hur många patienter som respondenterna träffade i veckan. För att få vägledning av en sådan fråga borde den dock ha frågat om nybesök. Försök till tolkning av dessa frågor är därmed av mindre intresse och har inte fått något utrymme i den här rapporten.

En fjärde begrepsförvirring gäller definitionen av ”patient” i anslutning till vissa frågor då den beskrivs som en person ”med livmoder”. Detta refererar dock till en bredare patientgrupp än avsett, då formuleringen borde ha varit patient ”med aktiv menscykel”. Detta gällde dock huvudsakligen frågorna ”Hur ofta ...?”, som redan delvis uteslutits från analysen.

Studien får anses ge en översiktlig bild av läget. Den gör inga anspråk på kausalitet, omfattar inga signifikansberäkningar, och resultaten går inte att generalisera till alla psykologer; främst på grund av det lilla och sannolikt skeva samplet.

Trots möjligheten till fria tillägg, funderingar och kommentarer i enkäten har inte framkommit några ställningstaganden eller andra starka åsikter kring diagnosen PMDS som anspelar på exempelvis strukturella förhållanden i samhället, som skulle kunna hjälpa till att tolka resultatet. Det kan betyda att intresset för frågan är lågt, men också på social önskvärdhet där respondenterna har velat vara till lags och inte vara besvärliga. Däremot framkom i fritextsvaren att många respondenter uppskattade att ämnet togs upp i den här studien, och flera ville delge mer information om sina specifika erfarenheter. Det fanns även de som lyfte att de själva gärna ville sprida kunskap och medvetenhet till om PMDS till sina kollegor. Detta positiva gensvar får betraktas som värdefullt.

Slutsatser

Resultatet av den här undersökningen indikerar att det finns en risk att patienter med PMDS får ett sämre bemötande, feldiagnostiseras, felbehandlas, eller lider mer av en annan primär psykiatrisk diagnos än vad de hade behövt om de hade fått hjälp att upptäcka detta.

Fortsatt forskning

En liknande frågeställning som i denna studie skulle kunna vara intressant att undersöka med en kvalitativ ansats för mer uttömmande svar. Då hade respondenterna i större utsträckning kunna motivera sina svar och resonera kring frågan varför de tänker och agerar så som de gör. En möjlighet hade också varit att bredda frågeställningen till att inkludera en jämförelse med hur psykologer förhåller sig till flera orsaker till kvinnors hormonella svängningar, såsom exempelvis p-piller och klimakteriet.

Inga studier som undersöker PMDS-patienters upplevelse av mötet med psykologen hittades inför arbetet med den här rapporten, vilket därmed hade varit ett naturligt spår för fortsatt forskning. Hur uppfattas psykologens bemötande och bedömning i förhållande till olika PMDS-patienters unika besvär och önskemål? Sådan kunskap hade kunnat bidra till att minska riskerna för att patienten inte får rätt behandling.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.: The Association.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington: American Psychiatric Association.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Chrisler, J. C., & Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research, 13*(1), 274.
- Cirillo, P. C., Passos, R. B., López, J. R., & Nardi, A. E. (2014). Will the DSM-5 changes in criteria for premenstrual dysphoric disorder impact clinical practice?. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 36*(3), 271. doi:10.1590/1516-4446-2013-1332
- Craner, J. R., Sigmon, S. T., Martinson, A. A., & McGillicuddy, M. L. (2014). Premenstrual disorders and rumination. *Journal of Clinical Psychology, 70*(1), 32-47. doi:10.1002/jclp.22007
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A., (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *The American journal of psychiatry, 169*(5), 465. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11081302
- Fisk, M., & Skaghammar, I. (2016). *Ett annat sätt att vara. Kvinnors upplevelser och hantering av PMS* (Psykologexamensarbete), Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Fornaro, M., & Perugi, G. (2010). The impact of premenstrual dysphoric disorder among 92 bipolar patients. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 25*(8), 450-454. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.11.010

- Frances, A. (2013). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. (1st ed.) New York: William Morrow.
- Gagnon, J., & Hasking, P. A. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, *64*(2), 75-82. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x
- Halbreich, U. (2008). Selective serotonin reuptake inhibitors and initial oral contraceptives for the treatment of PMDD: effective but not enough. *CNS Spectr*. *13*:566-72.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. S. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, *28* (Supplement 3), 1-23. doi:10.1016/S0306-4530(03)00098-2
- Hartlage, S. A., Freels, S., Gotman, N., & Yonkers, K. (2012). Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Archives of General Psychiatry*, *69*(3), 300-305. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1368
- Hong, J., Park, S., Wang, H., Chang, S., Sohn, J., Jeon, H., & ... Cho, M. (2012). Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*(12), 1937-1945. doi:10.1007/s00127-012-0509-6
- Kane, M., Robinson, A., & Leicht, S. (2005). Psychologists' perceptions of occupational therapy in the treatment of eating disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, *21*(2), 39-53.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2012). Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *19*(3), 308-319. doi:10.1007/s10880-012-9299-y

- Kues, J. N., Janda, C., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2014). Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, (472), doi:10.1186/1745-6215-15-472
- Lundin, C., Danielsson, K. G., Bixo, M., Moby, L., Bengtsdotter, H., Jawad, I., & ... Sundström-Poromaa, I. (2017). Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle-A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, 76135-143. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.11.033
- Lustyk, M. K., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 12(2), 85-96. doi:10.1007/s00737-009-0052-y
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x
- Nevatte, T., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., Epperson, C., ... Sundström-Poromaa, I. (2013). ISPMDD consensus on the management of premenstrual disorders. *Archives of Women's Mental Health*, (4), 279. doi:10.1007/s00737-013-0346-y
- Nillni, Y. I., Berenz, E. C., Pineles, S. L., Coffey, S. F., & Zvolensky, M. J. (2014). Anxiety sensitivity as a moderator of the association between premenstrual symptoms and post-traumatic stress disorder symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 6(2), 167-175. doi:10.1037/a0032087
- Nobles, C. J., Thomas, J. J., Valentine, S. E., Gerber, M. W., Vaewsorn, A. S., & Marques, L. (2016). Association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with bulimia nervosa and binge-eating disorder in a nationally representative epidemiological sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 641-650. doi:10.1002/eat.22539

- Petersen, N., London, E., Liang, L., Ghahremani, D., Gerards, R., Goldman, L., & Rapkin, A. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 891-898. doi:10.1007/s00737-016-0634-4
- Pilver, C. E., Levy, B. R., Libby, D. J., & Desai, R. A. (2011). Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health, 14*(5), 383-393. doi:10.1007/s00737-011-0232-4
- Reiber, C. (2012). Evolution and medicine: reducing diagnostic discordance in women's health issues. *Journal of Social, Evolutionary & Cultural Psychology, 6*(4), 427.
- Robinson, R., & Swindle, R. (2000). Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(7), 757-768.
- Segebladh, B., Borgström, A., Odland, V., Bixo, M. & Sundström-Poromaa, I. (2009). Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives. *Contraception, 1*(1), 50. doi:10.1016/j.contraception.2008.08.001
- Socialstyrelsen. (2018). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård*. Hämtad 7 juli 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-23/>
- SOFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad den 7 juli 2018 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Timby, E., Bäckström, T., Nyberg, S., Stenlund, H., Wihlbäck, A., & Bixo, M. (2016). Women with premenstrual dysphoric disorder have altered sensitivity to allopregnanolone over the menstrual cycle compared to controls—a pilot study. *Psychopharmacology, 233*(11), 2109-2117. doi:10.1007/s00213-016-4258-1

- Ussher, J. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism and Psychology, 23*(1), 63-69.
doi:10.1177/0959353512467968
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad den 7 juli 2018 från <https://vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Wedding, D., Kohout, J., Mengel, M. B., Ohlemiller, M., Ulione, M., Cook, K., & ... Braddock, S. (2007). Psychologists' knowledge and attitudes about fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorders, and alcohol use during pregnancy. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(2), 208-213. doi:10.1037/0735-7028.38.2.208
- Wittchen, H., Becker, E., Lieb, R., & Krause, P. (2002). Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychological Medicine, 32*(1), 119-132. doi:10.1017/S0033291701004925
- Yamada, K., & Kamagata, E. (2017). Reduction of quality-adjusted life years (QALYs) in patients with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Quality of Life Research, 26*(11), 3069-3073. doi:10.1007/s11136-017-1642-1
- Yen, J., Chang, S., Long, C., Tang, T., Chen, C., & Yen, C. (2012). Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. *Comprehensive Psychiatry, 53*540-545.
doi:10.1016/j.comppsy.2011.05.016
- Yonkers, K. A., Pearlstein, T., & Rosenheck, R. A. (2003). Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Archives of Women's Mental Health, 6*(4), 287-292.
doi:10.1007/s00737-003-0026-4

Zettermark, S., Perez Vicente, R., & Merlo, J. (2018). Hormonal contraception increases the risk of psychotropic drug use in adolescent girls but not in adults: A pharmacoepidemiological study on 800 000 Swedish women. *Plos ONE*, *13*(3), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0194773

Bilaga A

Enkät

Studie för psykologer – om diagnosen PMDS

I den här studien undersöker jag psykologers kunskap, erfarenhet och attityder gällande diagnosen PMDS, premenstruellt dysforiskt syndrom. Din medverkan har stor betydelse för mig!

Enkäten vänder sig främst till yrkesverksamma psykologer som, helt eller delvis, arbetar med eller har erfarenhet av individuella kontakter för bedömning, utredning och behandling, men alla är välkomna att svara utifrån sina förutsättningar. **Det tar ca 5–10 minuter att genomföra enkäten.**

Resultaten kommer att presenteras på gruppnivå i en examensuppsats, och ingen individ kommer gå att identifiera varken vid datainsamling eller sammanställning av data. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan genom att stänga ner enkätfönstret.

Om du har några frågor, kommentarer eller önskar ta del av undersökningens resultat är du välkommen att kontakta mig.

Ulrika Widlund

Tel: 0708-19 48 18

E-post: ulrika.widlund@gmail.com

Handledare: Lars-Gunnar Lundh,
professor vid Institutionen för psykologi,
Lunds universitet, lars-gunnar.lundh@psy.lu.se

(Jag har gjorts uppmärksam på att Linnéuniversitetet fallit bort som svarsalternativ; vänligen skriv i fältet för utländsk utbildning om aktuellt för dig.)

1. Den här enkäten vänder sig till yrkesverksamma psykologer, vänligen specificera vilket du är:

- Leg psykolog
- PTP-psykolog
- Examinerad psykolog

2. Var är du huvudsakligen verksam som psykolog?

- Primärvård
- Vuxenpsykiatri
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Barn- och mödrahälsovård
- Habilitering/rehabilitering
- Psykoterapimottagning
- Neuropsykiatrisk mottagning
- Skola/förskola
- Rättspsykiatri/kriminalvård

Annat, nämligen:

3. Vid vilket lärosäte läste du din psykologutbildning? Om fler, ange det du varit vid längst.

Göteborgs universitet	○
Karlstads universitet	
Karolinska institutet	
Linköpings universitet	▲
Lunds universitet	▼

Utbildad i annat land, nämligen:

4. Vilket år tog du psykologexamen?

5. Hur länge har du arbetat som psykolog med individuella kontakter? Antal år:

6. Hur lång erfarenhet har du från arbete i vårdande yrken, utöver dem som psykolog? Antal år:

7. Ingår det i ditt arbete att ställa diagnoser?

- Ja
 Nej

8. Terapeutisk inriktning

- Min terapeutiska inriktning är kbt
 Min terapeutiska inriktning är pdt
 Jag föredrar ingen terapeutisk inriktning före någon annan
 Min terapeutiska inriktning är annan än ovanstående, nämligen:

9. Födelseår:

10. Kön:

11. Vad stämmer bäst för dig?

- Jag har själv PMS (diagnos i vården eller självdiagnostiserad)
- Jag har själv PMDS (diagnos i vården eller självdiagnostiserad)
- Jag har inget av ovanstående

12. Vad stämmer bäst för dig?

- Någon i min närhet har PMS
- Någon i min närhet har PMDS
- Ingen i min närhet har PMS eller PMDS så vitt jag känner till

13. Hur skulle du beskriva din kunskap om PMDS?

Obefintlig Mycket god

14. Lämna gärna tillägg, funderingar eller kommentarer här:

Nu följer några frågor som gäller din erfarenhet, utbildning och övrig kunskapsinhämtning kring PMDS.

För att underlätta utformningen av den här enkäten har jag valt att genomgående använda benämningen *patient*; i den inkluderas benämningar som du eventuellt tycker passar bättre för din aktuella verksamhet, exempelvis *klient*.

15. Ange hur vanligt du tror följande är:

	Aldrig	Sällan	Vanligtvis en gång i månaden	Vanligtvis en gång i veckan	Vanligtvis varje dag
Hur vanligt är det att de patienter med livmoder som du möter beskriver symptom som tyder på PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta diskuteras PMDS på din arbetsplats?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Hur ofta berörde utbildningen premenstruella besvär när du gick psykologprogrammet?

	Aldrig	Nämndes/enstaka tillfällen	Särskilt seminarium/föreläsning	Berördes återkommande under hela utbildningen
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Har du annan utbildning som har gett kunskap om premenstruella besvär relevant för psykologyrket?

- Ja
 Nej

Om ja, beskriv gärna typ och omfattning.

18. Skatta din uppfattning om följande:

	Inte hjälpsamt alls 1	2	3	4	Mycket hjälpsamt 5

Hur hjälpsamt skulle det vara om du fick tillgång till utbildning i form av föreläsning eller liknande om PMDS?

Hur hjälpsamt skulle det vara om du fick tillgång till kliniska riktlinjer för psykologer gällande PMDS?

19. Lämna gärna tillägg, funderingar eller kommentarer här:

Nedan följer ett antal påståenden relaterade till PMDS.

20. Skatta hur väl påståendena stämmer överens med dina uppfattningar och erfarenheter.

	Håller inte alls med 1	2	3	4	Håller helt med 5
Det tillför något att veta om patientens psykiska besvär påverkas eller orsakas av hormonsvängningar kopplade till menscykeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMDS bör diagnostiseras av annan yrkesgrupp, t ex läkare eller gynekolog.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnosen PMDS är att patologisera något helt naturligt i onödan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMDS kan i sig själv ge upphov till annan psykisk ohälsa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienter med PMDS har alltid underliggande besvär av annan psykisk ohälsa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienter med misstänkt PMDS bör hänvisas till gynekolog eller läkare för fortsatt utredning.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Symptom på hormonell obalans bör i första hand behandlas farmakologiskt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det är rimligt att PMDS utgör en självständig diagnos i DSM.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienter med obehandlad PMDS har högre risk att drabbas av annan psykisk ohälsa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienter med PMDS har alltid underliggande problem av social karaktär, såsom stress, relationsproblem eller liknande.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det finns psykologisk behandling verksam för PMDS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMDS kan påverka svårighetsgraden av underliggande psykisk ohälsa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Lämna gärna tillägg, funderingar eller kommentarer här:



Nedan följer några frågor som gäller dina erfarenheter av bedömning, diagnos och behandling av PMDS.

22. Skatta hur väl påståendena nedan stämmer överens med dina erfarenheter. *Observera att de patienter som avses nedan är personer med livmoder.

	Aldrig	Sällan	Vanligtvis en gång i månaden	Vanligtvis en gång i veckan	Vanligtvis varje dag
Hur ofta frågar du en patient* om dennes besvär samvarierar med menscykeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta uppmanar du en patient* att kartlägga sina besvär i relation till menscykeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta screenar du patienter* specifikt för PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta använder du en därför utarbetad självskattningsskala för att identifiera patienter* med PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta ställer du diagnosen PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur ofta har du påbörjat en behandling specifikt för en patients PMDS-symptom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Ungefär hur många patienter med livmoder uppskattar du att du träffar i veckan? Ange antal:

24. Lämna gärna tillägg, funderingar eller kommentarer här:

Nedan följer ett par sista frågor samt möjlighet att lämna kommentarer i fritext.

25. Skatta hur följande påståenden stämmer överens med din uppfattning.

	Håller inte alls med 1	2	3	4	Håller helt med 5
Jag har tillräcklig kunskap om PMDS i förhållande till min yrkesutövning.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag skulle vilja öka min kunskap om PMDS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Skatta din upplevda förmåga på följande punkter:

	Inte trygg alls 1	2	Någorunda trygg 3	4	Väldigt trygg 5
Hur trygg känner du dig i din förmåga att ställa diagnosen PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hur trygg känner du dig i din förmåga att behandla en patient för PMDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Lämna gärna tillägg, funderingar eller kommentarer här:

Tack så mycket för din tid och medverkan!

Klicka på knappen nedan för att skicka in dina svar.

Ulrika Widlund

ulrika.widlund@gmail.com