



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
**Hälsa och samhälle**

# **BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING – EN KVINNLIG DIAGNOS?**

SUNDBERG, MARIA  
WETTEMARK, SARA

Examensarbete i socialt arbete  
15 Hp  
Socionomprogrammet

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö

Maj 2010

# **BORDERLINE PERSONALITIY DISORDER – A FEMALE DIAGNOSIS?**

## **Abstrakt**

Vårt syfte med denna studie är att undersöka varför diagnosen Borderline personlighetsstörning till 80 % bärs av kvinnor och om detta kan ha en socialkonstruktivistisk förklaring? Studien bygger på ett antal tryckta litterära verk som berör ämnet. Vi har undersökt könsrollernas inverkan på den höga frekvensen av BPS diagnostisering av kvinnor. Genom att titta på kvinnans sjukdomshistoria genom tiderna ser vi hur kvinnan framställts som avvikande i förhållande till mannen. Vi frågar oss om detta kan vara en av förklaringarna till antalet BPS diagnoser idag. En central fråga är hur stor betydelse den kvinnliga könsrollen har för dagens diagnostiseringar av Borderlinepatienter? Resultatet visar att kvinnan inte löper en större risk att utveckla tillståndet än en man, men att kvinnan setts som skör och bräcklig utav samhället och konstant blivit jämförd i förhållande till den manliga normen.

Nyckelord: Borderline- personlighetsstörning, kvinnans sjukdomshistoria, könsroller, objektrelationsteori, socialkonstruktivism

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD	6
Avgränsning	7
Etiska överväganden	7
Validitetssäkring	7
BORDERLINE PERSONLIGHETSSTÖRNING (BPS)	7
Diagnossättning DSM- IV- RV och ICD-10	8
Olika perspektiv på BPS- en kortfattad översikt	9
Kognitivt	9
Psykodynamiskt	9
Inläringsteoretiskt	9
Genetiskt	10
Empiriskt	10
OLIKA ORSAKER TILL BPS	10
Den psykoanalytiska utvecklingspsykologiska teorin	10
Den biosociala teorin	12
Den biopsykosociala teorin	13
POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM (PTSD) OCH BPS	13
KVINNANS SJUKDOMSHISTORIA	14
Sjukdomar	15
Huvudvärk, migrän	15
Kloros	16
Anorexia nervosa	16
Neurasteni	16
Hysteri	17
Galenskap	18
Patientrollen	19
Sjukrollen	19
TEORI	20
Coping och Locus of control	20
Self-efficacy	21
Socialkonstruktivism	21
Feminism	22
Feministisk psykologi	23
Könsroller	23
Genussystemet	23
Stereotypa könsroller och dess innebörd för diagnostiseringar	24
Kvinnors beroende	25
Den aggressiva kvinnan	25
Olika reaktionsmönster för män och kvinnor	26
Personlighetsdrag och normer	26
INNEBÖRDEN AV EN DIAGNOS	27

Diagnos som identitet	27
Diagnosen som social konstruktion?	27
SAMMANFATTANDE DISKUSSION	28
Våra tankar om aggressioner hos kvinnor	28
Finns den gynekologiska förklaringen kvar?	29
Samhällsvinst?	29
Våra tankar om några befintliga förklaringsmodeller	30
Samma symtom, olika diagnoser?	30
Läkare – patient	31
Sjukdomsvinsten	31
Beroendeställning	32
ANALYS OCH SLUTSATS	33
KÄLLFÖRTECKNING	36

## Inledning

Det finns många personer som idag lider av Borderline personlighetsstörning (hädanefter förkortat BPS). I Sverige uppskattas antalet till cirka 90 000 personer med diagnosen och av dessa är 70 - 80% kvinnor Näslund (1998). Vi är intresserade av förklaringen till dessa höga siffror och överrepresentationen av kvinnor till denna diagnos då vi inte fann någon författare eller källa som specifikt undersökt hur detta kommer sig. De orsaker vi funnit i litteraturen till att vissa individer drabbas av BPS, visar att pojkar och flickor i lika stor grad löper risk att utveckla tillståndet, trots detta faktum drabbas fler kvinnor än män. Syftet och innebörden i vår studie är i huvudsak om det finns socialkonstruktivistiska idéer som ligger till grund för diagnossättningen – alltså, finns det något samband mellan kvinnans sjukdomshistoria och den socialt konstruerade könsrollen med dagens överrepresentation av kvinnliga BPS patienter?

Vi har studerat ett mindre urval av litterära verk som beskriver BPS och dess orsaksförklaringar samt kvinnors sjukdomshistoria i Sverige från 1800-talet och framåt. Kan man urskilja några mönster i kvinnlig ohälsa då och nu? Kvinnan har genom tiderna setts som bräcklig, svag och avvikande i förhållande till mannen. Hon led bland annat av blodbrist, dåliga nerver och hysteri vilket kunde leda till att hon tillbringade månader i sängvila. Som Freud uttryckte det; ” hon är en gåta”. Den sjuka kvinnan fick stor plats framförallt i medel- och överklassen. Idag står kvinnor fortfarande för majoriteten av psykiatriska och kroniska diagnoser.

Vi vill undersöka om det finns samband mellan diagnosen *borderline*, då vi riktar in oss på dess symtom och kriterier som krävs för att få diagnosen, *kvinnlighet*, det vill säga stereotypa könsroller, samt *samhällets syn* på kvinnan. Är det så att män och kvinnor behandlas olika för samma symtom?

Av vikt att nämna är att vi inte avser att förkasta diagnosen eller påstå att den inte existerar. Det vet vi att den gör, vi frågar oss dock om det är rimligt att så många kvinnor får den här diagnosen medan män med samma symtom får andra diagnoser eller rent av inte sjukdomsförklaras över huvudtaget. Vi vill genom ett socialkonstruktivistiskt och feministiskt perspektiv se hur kvinnors sjukdomar genom tiderna kommit och gått och även försöka förstå hur det kommer sig att diagnossättningarna är så pass komplexa och kontextbundna som de verkar vara för denna relativt diffusa diagnos. Vi vill även tillägga att de beskrivningar av beteenden vi tagit upp inte menar att generalisera personer med denna diagnos. Vi är medvetna om att det kan skilja sig markant åt och ingen med denna diagnos är någon annan lik. Just därför finner vi tillståndet intressant och vill forska vidare i ämnet.

Det kan finnas många andra förklaringsmodeller för vår tes än dem vi tar upp men vi har valt denna ansats för vår studie.

## Syfte och frågeställningar

Vi vill undersöka hur stor betydelse den kvinnliga könsrollen har för dagens diagnostiseringar av Borderlinepatienter. Våra frågeställningar lyder:

1. Hur ser bedömningskriterierna för Borderline personlighetsstörning ut?
2. Vilka orsaksförklaringar till tillståndet finns?
3. Hur har kvinnans beteende och fysiska åkommor betraktats av samhället rent historiskt sett och kan detta kopplas till dagens klassifikation av diagnosen Borderline personlighetsstörning?
4. Finns det något samband mellan kvinnans sjukdomshistoria och den socialt konstruerade könsrollen, med dagens överrepresentation av kvinnliga Borderlinepatienter?

## Metod

I denna litteraturstudie utgår vi ifrån ett explorativt perspektiv där vi undersöker orsaker till borderline och varför majoriteten av diagnosbärare är kvinnor. Vi har studerat ett mindre urval av litterära verk som beskriver borderline samt kvinnors sjukdomshistoria i Sverige från 1800-talet och framåt. Studien är av explorativ art eftersom vi vill undersöka om det finns samband mellan diagnosen borderline, kvinnlighet och samhällets syn på kvinnan. Anledningen till att vi använder oss av ett så pass begränsat utbud av litterära verk, är att vårt syfte inte är att finna sanningen om ett befintligt fenomen, utan att undersöka eventuella paralleller man kan dra utifrån hur kvinnan framställts som avvikande av samhället. Kan detta möjligtvis ligga till grund för antalet diagnostiseringar idag? Att göra en kritisk granskning av den litteratur vi valt och att göra en kvalitativ textanalys av materialet anser vi vara en lämplig metod eftersom vi är intresserade av att tillgodogöra oss generell beskrivning av fenomenet och finna samband mellan det socialt konstruerade kvinnliga könet och symtomen för BPS.

Vi lät vårt explorativa syfte styra oss i vårt val av litteratur. Vi sökte dels efter expertutlåtande från dels psykiatriker, psykologer och WHO:s definition av BPS, dels av professorer inom idé- och kultur historia, som specialiserat sig på kvinnans sjukdomshistoria. Vi är dock medvetna om de subjektiva värderingar som kan präglade en författares verk (Rosengren & Arvidsson 2002).

Efter att vi läst in oss på områdena vi har för avsikt att undersöka fann vi två författare som dominerade i debatten som vårt syfte berör. Karin Johannisson, svensk professor i svensk idé- och lärdoms historia, vars verk har legat till grund för stor del av vårt historiska kapitel. Den författare som vi utgått ifrån mest när vi sökt information om diagnosen BPS heter Görel Kristina Näslund och är författare, journalist, psykolog och medicine doktor.

## **Avgränsning**

I uppsatsen har vi valt att inte ta med BPS patienters subjektiva upplevelser av att leva med diagnosen. Detta för att det inte var lämpligt för vårt syfte med denna studie. Vi kommer inte heller fokusera på män med BPS eftersom vi inte anser det finnas något utrymme för detta. Det viktigaste för den här studien var att hitta så tillförlitliga källor som möjligt, därav har vi använt oss av erkända författare som återkommit under vår litteraturgenomgång inför uppsatsen och inte av internetkällor.

## **Etiska överväganden**

Eftersom denna uppsats baseras på litteraturstudier medför detta att vi inte riskerar att hamna i etiska dilemman genom att till exempel omedvetet medföra obehag för en informant eller misstolka någons uttalande.

## **Validitetssäkring**

### *Sekundärt beskrivande validitet*

Att genomföra en litteraturstudie innebär en viss svårighet att styrka validiteten i materialet och resultaten vi finner då vi i denna studie bygger vår förståelse på andras iakttagelser. Sekundärt beskrivande validitet innebär att vi i denna uppsats bygger vår studie på tolkningar av andras iakttagelser och slutsatser. Vi har därav lagt vikt vid att välja litteratur vi anser vara tillförlitlig och att författarna till denna litteratur skulle ha hämtat sin information från andra forskare som lagt sitt intresse inom det valda området (BPS och kvinnans sjukdomshistoria) (Boolsen 2007). Att helt komma ifrån tolkningar av material dels från oss som forskare dels från författares beskrivning av annan forskning är oundvikligt. Vi utgår ifrån att det ligger i valda författares högsta intresse att återge annan forskning på ett objektivt och tillförlitligt sätt (Svensson 1996).

Vi har begränsat datainsamlingen till att enbart använda oss av tryckta litterära verk och således inte av internet, vi menar däremot inte att dessa källor inte kan vara av vikt. Orsaken till vår dataavgränsning är även att vi funnit och tillgodogjort oss en tillräcklig översikt och inblick inom våra valda områden genom tryckt litteratur. Omfattningen av att gå igenom fler källor hade blivit för stor för denna c-uppsats och vi anser inte detta nödvändigt för att nå vårt syfte med denna studie.

## **Borderline personlighetsstörning (BPS)**

Före 1980 ansåg man att BPS, även benämnd emotionellt instabil personlighetsstörning (hädanefter förkortat IPS), var ett tillstånd mellan psykos och neuros, uppfattningarna genom åren är skilda ifråga om vad BPS egentligen är, ter sig som och ska kallas för. Orsaken till meningsskiljaktigheter angående diagnos och benämning genom åren förklaras genom att ingen annan form av psykisk ohälsa är lika komplex och svårfångad. Tillståndet och upplevelsen av tillståndet är förutom det mycket individuellt.

Den engelske 1700-tals läkaren Thomas Sydenham kallade tillståndet för Hystericks och han menade att dessa människor

” älskar gränslöst de människor som de mycket snart kommer att hata lika måttlöst” Kreisman *I hate you dont leave me* (1989) i Näslund *Borderline personlighetsstörning* s.19 (1998)

I början av 1900-talet talade man om latent schizofreni och några decennier senare om ambulatorisk schizofreni.

Termen Borderline (Gränslinje) myntades år 1938 av psykoanalytikern Adolph Stern och så småningom blev denna term den vanligast förekommande benämningen på tillståndet som alltså ansågs ligga på gränsen mellan neuros och psykos.

### Diagnossättning DSM-IV-RV och ICD-10

För att ställa den psykiatriska diagnosen BPS används två steg i diagnostiseringen. Generalindikationen för personlighetsstörning måste först uppfyllas för att få reda på om individen i fråga över huvud taget har en personlighetsstörning. Om individen uppfyller alla kriterier går man vidare till de nio allmänna kriterier som används vid misstanke om BPS. Individen måste inneha fem av de nio kriterier för att erhålla diagnosen. Systemet medför ett otal kombinationer av beteenden som medför att två olika individer kan få diagnosen BPS men ändå inte behöver ha mer än ett gemensamt kriterium (Kåver & Nilsson 2002).

Kriterierna för Borderline personlighetsstörning finns i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4:e bearbetningen reviderad version)* (DSM-IV-RV) En svensk översättning med kriterier för BPS står att finna i *Mini-D-IV* (Näslund 1998).

Idag förklaras BPS enligt DSM-IV-RV som en samling psykiska symtom som kännetecknas av kraftig instabilitet i känslor, beteende, identitet och relationer. För att diagnostiseras som BPS enligt DSM-IV-RV måste patienten kännetecknas av minst 5 av följande 9 kriterier:

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller inbillade separationer. Observera: Självmonds- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer med andra människor som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
3. Uppvisar identitetsstörning: påtaglig och varaktig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Observera: Självmonds- eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5 räknas inte in här.
5. Uppvisar upprepat självmondsbeteende med gester, hot eller självstympande handlingar



6. Affektiv instabilitet som kommer av en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv, episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar några timmar och endast i enstaka fall längre än några dagar).
7. Kronisk tomhets känsla.
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller svårighet att kontrollera ilska (t ex ofta förekommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symptom.

Kriterierna för Emotionellt instabil personlighetsstörning återfinns i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision (ICD-10)* (Kåver & Nilsonne 2002)

*En personlighetsstörning som karakteriseras av en uttalad tendens att agera impulsivt och utan att betänka eventuella konsekvenser. Humöret är oberäkneligt och föränderligt. Det är vanligt med affektutbrott och en oförmåga att kontrollera de våldsamma reaktionerna. Det finns en tendens till grälsjukt och konfliktsökande beteende, speciellt då impulsiva handlingar bromsas eller hindras. Två typer av personlighetsstörningar kan urskiljas: den impulsiva typen som främst karakteriseras av emotionell instabilitet och brist på impuls kontroll och borderline typen som karakteriseras av osäkerhet vad beträffar självuppfattning, livsmål och inre val, en kronisk känsla av inre tomhet, intensiva och instabila interpersonella relationer samt en tendens till självdestruktivt beteende inklusive suicidhandlingar och suicidförsök.*

### **Olika perspektiv på BPS - en kortfattad översikt**

Nedan följer en kortfattad översikt över hur BPS förklaras enligt kända teoretiska synsätt. Vi nämner dessa för att ge en utgångspunkt inför befintliga förklaringsmodeller som sedan följer.

#### *Kognitivt*

Dikotomt tänkande, det vill säga tänkande i form av antingen-eller alternativt svart-vitt-tänkande, är enligt det kognitiva perspektivet det typiska för BPS. Här anses störningar enligt anknytningsteorin ligga till grund för BPS i den mån att en tidig och otrygg anknytning upprättats till en opålitlig vårdnadshavare som enligt barnet setts som samtidigt farlig, samtidigt beskyddande (Kåver & Nilsonne 2002).

#### *Psykodynamiskt*

När psykoanalytikern Adolph Stern myntade begreppet borderline 1938 beskrev han patienter där graden av störning varierade från normal, överneurotisk och psykotisk. Patienterna han behandlade passade inte in i någon av dessa grupper utan hamnade i gränsen mellan neuros och psykos (Kåver & Nilsonne 2002).

#### *Inlärningsteoretiskt*

Man har kartlagt BPS-individens färdighetsbrister och placerat dessa under fyra huvudrubriker;

*”svårigheter att reglera känslor, att skapa och upprätthålla goda relationer, att stå ut i svåra situationer samt vara fokuserad på här och nu” (Kåver & Nilsonne  
”Dialektisk Beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning” s. 23  
2002)*

De menar att individer idag utsätts för olika norm - och värderingssystem vilket gör dels skapandet av en stabil självbild svår dels att lära sig fungera i omgivande miljöer

### *Genetiskt*

Det förekommer ofta släktingar med affektiva störningar till BPS-individer. Detta kan genetiskt sammanföras med sårbarhetsmodellen där individer från födseln bär på en ökad risk att drabbas av psykiska besvär och en ökad känslighet för uppväxtmiljö. Svårigheter med att urskilja huruvida BPS är genetiskt eller socialt orsakat finns. Bär barnet på en medfödd sårbarhet från sina föräldrar eller växer ett barn med goda psykiska förutsättningar upp i en psykiskt utsatt familj? ( Kåver & Nilsonne 2002).

### *Empiriskt*

1999 genomfördes en empirisk studie av Drew Westen och Jonathan Shedler för att undersöka diagnostiseringen av BPS. 496 erfarna kliniker fick dels skapa och beskriva påhittade individer med personlighetsstörning utifrån rådande diagnostiska kategorier och dels beskriva verkliga patienter. Verkliga patienter jämfördes sedan med de påhittade. Resultatet av denna undersökning blev att BPS-gruppen, de personer som borde ha diagnostiserats med BPS, försvann. Dessa individer placerades i andra kategorier framför allt i en ny kategori som Westen kom att kalla dysforisk personlighetsstörning som framför allt kännetecknas av nedstämdhet. Detta visar att BPS-diagnosen och dess kriterier ännu inte är uttömmande och säker utan relativt lätt kan försvinna och att imaginära BPS-patienter placeras inom andra kategorier (Kåver & Nilsonne 2002).

## **Olika orsaker till BPS**

Det finns flera orsaker till att en person drabbas av BPS och det finns i nuläget inget säkert sätt att fastställa vilken orsak som framkallat tillståndet hos en specifik individ. En rad olika förhållanden kan bidra till eller utlösa störningen. Nedan följer tre vanliga teorier som används för att förklara störningens uppkomst;

### *Den psykoanalytiska utvecklingspsykologiska teorin - anknytning*

BPS grundläggs till följd av brister i ett barns kontakt med sin mor (eller annan vårdare som träder in som ersättare) Näslund tar upp Margaret Mahler eftersom teorin förespråkas av henne. Utvecklingsteori även kallad objektrelationsteori som utformats genom studier av mor och barn under barnets 3 första levnadsår. Vi vill här kommentera att Mahlers användning av ”mor” enligt oss kan synonymiseras med ”vårdnadshavare” eller ”far”, könet på personen har ingen betydelse för barnets anknytning (Näslund 1998).

Anledningen till att vi använder Margaret Mahlers objektrelationsteori och inte den något senare anknytningsteorin enligt John Bowlby, är att förstnämnda tas

upp av Näslund. Både Mahler och Bowlby var psykoanalytiker och deras teorier skiljer sig inte nämnvärt för att förklara anknytningen mellan vårdare och barn för denna studies syfte. Båda var verksamma under samma tid vilket inte ger skillnad i fråga om forskningens färskhet.

Barnets utveckling under denna tid har delats in i olika faser efter hur barnet ser på omvärlden och sig själv.

#### *Autistiska fasen*

Under den första månaden i ett barns liv lever barnet i den autistiska fasen tätt inpå sin mor och är helt beroende av denna och besitter ingen direkt uppfattning av världen utanför sig själv. Förutsättningen för att barnet ska kunna fortsätta in i övriga faser är att föregående fas genomlevs utan störning.

#### *Symbiotiska fasen*

Denna fas inleds då barnet är mellan 1-5 månader innebär att barnet blir uppmärksam på sin mor och börjar utveckla mänskliga band. Det är under denna fas som grundtryggheten skapas vilket hjälper barnet att känna tillit och trygghet i möte med sin mor och andra individer.

#### *Differentieringsfasen*

Differentieringsfasen eller differentieringsstadiet som kommer när barnet är 5-10 månader innebär att barnet mognar och får ett utökat intresse för omvärlden och sin mor. Vid denna ålder kan man se tecken på separationsångest hos barnet som vill försäkra sig om sin mors närvaro när barnet inte är nära modern. Barnets trygghetssökande beteende är en del av vad som försiggått i den tidigare fasen då modern varit den trygga basen för barnet.

#### *Övningsfas*

Nästa fas inträffar vid 10-16 månader och benämns övningsfas eller övningsstadium. Under denna tid lär sig barnet en rad olika saker och har en känsla av att kunna klara av allting själv. Vid denna tid brukar barnet bland annat lära sig att gå. Viktigt under denna fas är att modern är närvarande och uppmuntrar och berömmar barnets framsteg för att bygga på barnets självtillit och känsla av trygghet.

#### *Närmandefasen*

Närmandefasen som inleds då barnet är mellan 20-36 månader är tiden då barnet måste lära sig sambandet mellan gott och ont, behagligt och obehagligt och starkt med svagt. Barnet måste få förståelse för att modern är god när den berömmar och smeker barnet men att modern samtidigt kan vara ond när den hindrar barnet från att göra fel, till exempel slå ett annat barn. Att förstå att en person besitter olika egenskaper och att se två sidor av samma person är för barnet svårt under denna fas. Om denna tid genomgås på ett lyckligt sätt har barnet en balanserad bild av andra individer och sig själv och förstår att människor har olika sidor, barnet har utvecklat konstanta bilder av människor och förstår att alla har "goda" och "onda" sidor. Genom den insikten är barnet rustat för att uthärda besvikelse, sorg och smärta och får en stabilitet som främjar kommande relationer med andra människor.

Enligt objektrelationsteorin är det under närmandefasen som det för personer med BPS har uppstått störningar. Personer med BPS tenderar att se individer som enbart onda eller enbart goda vilket kan vittna om bakomliggande störningar under närmandefasen. Om fasen gått igenom utan störning har barnet konstanta bilder av människor, det vill säga att de då förstått att människor har både positiva och negativa sidor. Personer med BPS har inte dessa konstanta bilder utan ser på andra individer som antingen "goda" eller "onda" (Näslund 1998).

Psykodynamiker menar att barn som fått genomgå närmandefasen utan tillräckligt stöd från modern kan utveckla BPS eftersom barnet aldrig fick lära sig att människor innehar olika egenskaper. Dessa barn kommer att växa upp med en bild av omvärlden där de växlar mellan att idealisera alternativt totalt nedvärdera människor i sin omgivning på grund av deras oförmåga att se skiftningarna (Näslund 1998).

### *Den biosociala teorin - samverkan mellan temperament och miljö*

BPS uppstår enligt denna teori när en känslomässigt sårbar individ växer upp i en miljö som är otillräcklig för att individen ska kunna lära sig att hantera sina känslor. Med begreppet *känslomässigt sårbar* avses att en individ reagerar känslomässigt starkt och mycket intensivt på relativt svaga stimuli, styrkan i reaktionen är hög i förhållande till det som utlöste känslan och individen har en långsam återgång till neutralläget efteråt. Tillståndet har således sin grund i biologiska avvikelser som dessutom förstärks av negativa händelser under uppväxtåren (Kåver & Nilsson 2002).

Borderlineexperter menar att defekter i det limbiska systemet (från limbiska systemet styrs bland annat känslorna) kan vara en orsak. Vidare menar hon att ärftliga faktorer, uppväxtmiljö, negativ påverkan på hjärnan och nervsystemet under spädbarnsåldern samt stark stress för modern under fostertiden kan vara bidragande faktorer till tillståndet (Näslund 1998).

En icke bekräftande uppväxtmiljö kan leda till att barnet får en störd utveckling. Med detta avses återkommande tillfällen under uppväxten då vårdnadshavaren inte godkänner eller ger barnet bekräftelse för sina känslor, positiva som negativa. Barnet möter inget gehör för sina upplevelser och får därmed inte bekräftat att känslan är normal, befogad eller tillåten. När ett barn nonchaleras och inte får hjälp att lösa problem kommer det inte att lära sig att stå ut med känslor som sorg och besvikelser. Om barnet inte heller får lära sig hur det ska uttrycka sina känslor för att få gehör från vuxna kommer det ta till metoder som senare kommer anses abnorma i vuxenlivet (a a)

Somliga barn behöver uttrycka sina känslor extremt starkt för att vårdnadshavaren ska reagera alternativt stänga inne sina känslor för att vårdnadshavaren ska ge barnet uppmärksamhet. Dessa barn kan utveckla BPS och därmed växla mellan att stänga inne sina känslor och att utagera dem på extrema och dramatiska sätt. Ett barn som inte får lära sig att en känsla är adekvat kommer att använda sig av sin omvärld för att få veta när ett beteende är passande. På så sätt utvecklas inte barnets förståelse för när och hur det är adekvat att reagera, känna eller bete sig.

Det har uppmärksammats tre typer av familjemiljöer som kan bli invaliderande och leda till att BPS utvecklas. Dessa typer av familjer är; Den kaotiska, den typiska och den perfekta familjen. I den kaotiska familjen förekommer missbruk, ekonomiska problem, frånvarande föräldrar och barnen lider av omvårdnadsbrist. Barnen får ingen uppmärksamhet på grund utav föräldrarnas egna problem och deras oförmåga att se till både sina egna och sina barns behov. Reaktionerna från föräldrar till barn karaktäriseras av inkonsekvens och oförutsägbarhet. Den typiska familjen karaktäriseras av kontroll över känslor, föräldrarna eller vårdnadshavarna är inriktade på framgång och lämnar litet utrymme för barnets

verkliga känslor och upplevelser. Denna familj anses vara en produkt av västvärldens höga värdering av prestation och framgång och familjetypen medför att emotionell mognad hamnar i skymundan. I den perfekta familjen godtar föräldrarna inte barnets negativa känslouttryck utan lämnar barnet utan uppmärksamhet då det visar ilska, frustration eller upprördhet. Barnet i den perfekta familjen blir bara synligt då det uppför sig ”positivt” (Näslund 1998)

Att växa upp i någon av dessa familjetyper leder till att individen kommer att underkänna sina egna känslor och behöva söka svar hos andra för att förstå situationer och inse vilken känsla som torde vara adekvat. Individen som utvecklat BPS bland annat genom sin uppväxt i en dysfunktionell familj bär på en känslomässig sårbarhet och en oförmåga att styra sina känslor (a a).

### *Den biopsykosociala teorin – trauma, miljö, personlighetsdrag*

En kombination av biologiska, psykologiska och sociala orsaker är det som tillsammans leder till att en individ utvecklar BPS. De psykologiska orsakerna beskriver Näslund som traumatiska händelser som inträffat under barndomen. Hit räknas misshandel, övergrepp, förlust av en eller båda föräldrarna samt föräldrar med störda beteenden. De sociala faktorer som kan utlösa BPS beskriver Näslund att Marsha Linehan påstår är; snabba sociala förändringar av sociala strukturer i samhället. Detta kan leda till splittrade familjer och en ovisshet om vilka sociala roller som gäller vilket medför att individer utsätts för otrygghet och blir utlämnade till vad som sker inom kärnfamiljen (Näslund 1998).

En annan orsak som kan ha betydelse för utvecklandet av BPS är en individs personlighetsdrag och på vilket sätt man hanterar olika problem. Det är en persons personlighet som kan komma att bestämma vilken typ av personlighetsstörning som kommer utvecklas. Personlighetsdrag hos BPS-individer kan antas vara impulsivitet vilket leder till att en person, för att hantera en depression till exempel, börjar missbruka droger eller engagerar sig i kaotiska relationer för att döva sina känslor. Dessa impulsiva handlingar som tas till i jakt på att slippa undan depressionens känslor kommer troligtvis leda till djupare depression som leder till fler impulsiva beteenden och scenariot börjar likna BPS.

Näslund vidareutvecklar detta genom att hävda att det ofta återfinns personlighetsdrag hos BPS-patienters släktingar som överensstämmer med de viktigaste personlighetsdragen som BPS-diagnosen medför (a a).

### **Något om Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och BPS**

Det finns somliga läkare och forskare som påstår att alla BPS-patienter är feldiagnostiserade fall av PTSD (Näslund 1998). Även om en tredjedel av patienter med BPS även uppfyller kriterierna för PTSD så är de fullständiga diagnoserna ändå olika. PTSD kan drabba en individ som varit utsatt för extrem stress i samband med traumatiska händelser som till exempel våldtäkt, krigshändelser, bankrån, bilolycka eller annat som vanligen inte sker. Individer som drabbas har ofta tidigare varit utsatta för svår stress eller har växt upp under störda familjeförhållanden. Symtomen vid PTSD liknar i viss grad symtomen vid BPS men det är två helt skilda tillstånd som kan uppträda samtidigt, ibland till följd av varandra (a a).

## Kvinnans sjukdomshistoria

Man kan urskilja två viktiga bilder utav kvinnan under 1800 talet; den farliga, starka och smittsamma underklasskvinnan och den ömtåliga, svaga och sjuka överklasskvinnan. Dessa två bilder hängde samman med ett förändrat samhälle. Människor förflyttade sig ifrån landsbygden till städerna, agrarsamhälle blev ett industrisamhälle, de ekonomiska förhållandena förändrades och det växte fram större klasskillnader. I samband med de ökade klassklyftorna så förflyttades medel- och överklasskvinnorna in i en alltmer marginaliserad hemmavärld (Johannisson 1994). Medelklassen kom att utgöra normen i takt med dess tillväxt och på så sätt upprätthålla det så kallade tolkningsföreträdet. En av konsekvenserna av detta var att den kvinnosyn som kom att dominera var hårt präglad av borgerliga värderingar. Enligt dessa var de båda könen roller markant olika;

*”Kvinnans styrka är omsorg och känslor, mannens handling och förnuft. Därför är mannen skapad för samhället och produktionen, kvinnan för hemmets och familjelivets stilla omsorger”* Johannisson *Den mörka kontinenten*, s 17(1994)

Underförstått, mannen producerar och kvinnan reproducerar. Sysslor som amning, barnafödande och omhändertagande av barn har inneburit att det funnits tankar om att den kvinnliga intelligensen ser annorlunda ut än mannens, den har en annan riktning, inriktat mer mot omvårdnad och nära relationer (Hamberg 2004). De biologiska förklaringarna till vad som skilde könen åt växte sig starkare under 1800talets mitt (Johannisson 1994). En teori som fick stort fäste var evolutionsläran, grundad av Darwin. Det var ”naturligt” att det fanns skillnader mellan människor och de som besatt makt och hade ekonomiska resurser befann sig där som ett resultat av evolutionen. Det hela handlade om ett naturligt urval och skulle därmed inte ifrågasättas (Hamberg 2004).

Kvinnan börjar mer och mer ses som avvikande i förhållande till mannen, en svagare varelse, styrd av sin kropp och framförallt sitt underliv. Hon hade dessutom fragila nerv - och själssystem och med dessa fakta underlättade det att framställa henne som olämplig i det offentliga rummet (Johannisson1994). För att kunna förstå kvinnans natur använde man sig av tre olika tolkningsmodeller, de kom både att samverka och avlösa varandra.

1. Den anatomisk-fysiologiska modellen som kortfattat stod för att kvinnan stannat på en lägre nivå i den evolutionistiska växten. I denna modell använde man sig även utav den så kallade reflexteorin, vilken byggde på att ett irriterat organ, autonomt i förhållande till hjärnan, kunde påverka andra organ i kroppen. Livmodern ansågs befinna sig i ett kroniskt irritationstillstånd, vilket gjorde att kvinna passade ypperligt in i denna irritabilitetsteori (a a).
2. Den gynekologiska modellen fick stort genomslag mellan 1870-1890. Kvinnan klassades som definitionsmässigt instabil, detta mot bakgrund av att hon inte kunde kontrollera sin egen kropp på samma vis som mannen. De flesta åkommor som drabbade kvinnor kunde enkelt reduceras till hennes livmoder och andra underlivsorgan genom reflexöverföring. Teorin kom att kallas gynekologisering av kvinnan (a a).

3. Omkring 1890 kom den neurologiska modellen att ta över den gynekologiska. Nya rön visade att det som gjorde kvinnan mer ömtålig och svag var inte hennes livmoder utan hennes nervsystem. Johannisson beskriver att en av förklaringarna till modellens framgång var just att den kunde förklara tämligen vaga symtom och subjektiva lidanden i form av objektiv sjukdom. Nya termer utvecklades, så som neurasteni, nervositet och neuros (a a).

Patologiseringen av kvinnan kunde man urskilja på flera olika plan. Socialt, på det sättet att sjukdom ansågs vara mer naturligt för kvinnan än för mannen, terapeutiskt, eftersom kvinnorna krävde andra behandlingar än männen och även teoretiskt genom att kvinnosjukdomarna hade andra förlopp och orsaker (a a).

## Sjukdomar

Vi tänkte relativt kortfattat ta upp några av de vanligaste sjukdomarna under 1800-talet och början på 1900-talet. De sjukdomar vi valt att ta upp nämner vi för att visa att kvinnan setts som avvikande i förhållande till mannen och vi kommer därmed inte att analysera dessa närmare. Kvinnans symtom och sjukdomar har förklarats genom gynekologi, anatomisk fysiologi och neurologi. Genom att ta upp en del av kvinnans sjukdomshistoria och hur samhället genom tiderna har placerat henne i sjukrollen har vi detta som utgångsläge för att undersöka kvinnans överrepresentation för diagnosen BPS idag.

Johannisson har undersökt kvinnors ohälsa, delvis baserat på dödsorsaksstatistik, sjukdomsstatistik men även på hälsoundersökningar. Man får dessvärre enbart tillgång till ett begränsat antal patienters historia på offentliga sjukhus eftersom det framförallt var de lägre samhällsklasserna som gått dit. Över- och medelklassen använde sig i större utsträckning av privata läkare.

### *Huvudvärk, Migrän*

Huvudvärk var en vanlig åkomma i slutet på 1800 talet, främst bland flickskoleelever. Drygt 36 % led av återkommande huvudvärk och det klassades därmed som ett av de vanligaste kvinnosymtomen. Huvudvärken fångade upp många symtom med psykosomatiska inslag. Fenomenet var diffust och kunde ingå i många andra diagnoser så som kloros, neurasteni och hysteri. Migrän kunde beskrivas som den ”hysteriska spiken”, vilket kunde driva patienten till vansinne av den ihärdiga smärtan. Johannisson (1994)

*”den hos kvinnokönet så välbekanta ensidiga hufvudvärken, som ofta åtföljes af illamående, uppkastningar och stark känsla af elände...”*

(Johannisson 1994 s 126)

Vad som är av vikt att nämna är också att huvudvärken använts i århundrade av kvinnan för att ”slippa undan” vissa sysslor, äktenskap, familj och alla de krav som hör till. Den var på så vis, och är fortfarande, en socialt accepterad åkomma. (a a)

## *Kloros*

Kloros eller Bleksot som det även heter, var en folksjukdom som senare kom att bli en kvinno- och flicksjukdom. Den hade starkt fäste från 1800 talets mitt men kom sedan dramatiskt och mystiskt att försvinna under början på 1900 talet Johannisson(1994). Bakgrunden till kloros var reducerad hemoglobionhalt och minskat antal röda blodkroppar. Diagnosen likställdes inte med anemi, utan underordnades denna. Förklaringarna till kloros var många, men dominerade gjorde den moraliska, konstitutionella och den miljöpåverkade. För underklassens kvinnor berodde det på dålig kost och hygien, för medelklassens kvinnor antogs studier vara den största orsaken. För den övre klassens kvinna var en bidragande faktor att hon suttit för mycket i dunkla rum med dålig ventilation, men även diagnosen anorexia nervosa sågs som en bakomliggande orsak för överklassen (Johannisson 1994).

Kloros kom även att klassas som en kultursjukdom som en konsekvens av en för snabbt växande civilisation med alla dess krav och hets. Fick man diagnosen kronisk kloros så kunde detta leda till fler sjukdomar som till exempel hysteri, sinnesjukdom, underlivssjukdomar, lungsot och nervsjukdomar. Bleksoten hade även en annan effekt, nämligen utseendet ansågs vara attraktivt. Blekhet och skörhet sågs som egenskaper som för en kvinna var värda att eftersträva. Johannisson refererar till Joan Jacobs Brumberg som beskriver en ”klorotisk generation” vilket bestod av yngre kvinnor och en ”neurastenisk generation” som då omfattade de äldre kvinnorna. Detta kopplade han till det rådande kvinnoidealet kring sekelskiftet, då en svag kvinna var eftersträvad och klassad som mer kvinnlig (a a).

## **Anorexia Nervosa**

Denna sjukdom tycks ha funnits i en längre tid om man tittar tillbaka i historien. I dagens samhälle har diagnosen fått väldigt mycket uppmärksamhet och den anses framförallt vara kulturellt och biologiskt orsakad. Sjukdomen namngavs redan 1870 men fick inte något större fäste förrän på 1970- talet och framåt. Muntligen har det framkommit en del fall på 1800- talet av ett par olika läkare. En av dem hette William Gull och beskrev sjukdomen som aptitlöshet, framförallt när det kom till animalisk föda. Enligt Gull insjuknade flest unga kvinnor mellan 15-20 år gamla, orsaken tycktes ligga i kvinnans psyke och det var således inget fel på hennes organ. Freud kopplade samman sjukdomen med hysteri. Anorexia Nervosa kopplades senare ihop med ett kluvet kvinnoideal, kvinnorna kunde agera ut sin kvinnovägran genom att helt enkelt sluta äta. På det viset kunde man se Kloros som sjukdomens systerdiagnos, där patienterna strävade efter det utseende som följde med diagnosen (Johannisson 1994).

## *Neurasteni*

Beskrevs även den som en kultursjukdom, en reaktion på hur samhället snabbt förändrats. Symtomen varierade, allt från fobiska beteenden, onaturlig trötthet, koncentrationssvårigheter, huvudvärk, sömnlöshet, hjärtklappning och obestämda smärtförmimmelser (Johannisson 1994). Neurologen George Beard namngav sjukdomen kring 1880- talet och beskrev den som en samling nervösa besvär, men inte heller här kunde man hitta något specifikt fysiskt fel. Neurasteni fick ett stort genombrott eftersom många olika och tämligen diffusa symtom nu kunde diagnostiseras. Den gick att hitta bland alla samhällsklasser och den kunde behandlas i hemmet istället för på sinnessjukhus. Kvinnor tenderade att insjukna oftare än män, i snitt var den manliga sjukligheten en tredjedel lägre än hos



kvinnorna. Det rådde delade meningar om hur man skulle förklara diagnosen. Neurologi, psykiatri och gynekologi hade alla sitt eget sätt att se på sjukdomens orsaker. Med neurasteni följde en del andra sjukdomstillstånd, bland annat nervositet, nervsvaghet och neuros. Människor som blev klassade som nervsvaga var framförallt kvinnor. Symtomen omfattade ryckningar, kramper, darrningar och gråt (a a).

Neuros kunde inte bevisa någon direkt patologi, men den fångade upp olika störningar i nervsystemet och blev därmed en psykiatrisk diagnos (psykoneuros). Den var nära belägen hysterin och dess symtom och olika begrepp som kvinnlighet, kvinna och kvinnopsyke var starkt förknippade med denna diagnos. Kvinnor stod fortfarande för cirka två tredjedelar av alla neurosdiagnoser i slutet på 1900 talet (a a).

### *Hysteri*

*”angriper fruntimer, som setat stilla och lefwat wäl, allmännast efter 30 års ålder, eller ock vid den tiden, då reglerna upphöra”*

(Johannisson 1994, s 149 )

Ordet härstammar från grekiskan och betyder livmoder, därmed ansågs den vara nära sammankopplad med kvinnlighetens kärna. Diagnosen och egenskapen ”hysterisk” kom nästan att likställas med ordet ”kvinna” Busfield (1996).

Livmodermodeller var en av förklaringarna under antiken, två av dessa var *Vandrande livmoder*, vilket syftade till livmoderns läge, och *Otillfredsställd sexualitet*, tydde på att blod och kvinnlig säd inte hade kommit ut (Johannisson 1994).

Symtom som utbrott, överdriven sexuell aptit, kvävningssanfäll, svimningar, skatt och krampanfall och snyftningar var vanliga, men det förekom även tyngdkänsla, nervös värk i ansikte och tänder och dessutom syn-, hörsel- och smakrubbingar. Diagnosen var allmänt uppskattad bland läkare på 1800 talet eftersom den inkluderade så pass många expertområden. Kirurgiska ingrepp var en accepterad åtgärd för att bota, men symtomen kunde även avfärdas som ren inbillning hos patienten. Sjukdomen krävde en hel del aggressiva behandlingstekniker så som slag och starka tryck, kallt vatten, lavemang och en mängd narkotiska medel. Intressant är att hysterin även beskriver en del personliga egenskaper som symtom, till exempel lögnaktighet, egoism, överdriven känslomhet och benägenhet för intriger. Dessa egenskaper var ett bevis på att hysterin tog fram det allra sämsta ur kvinnan och kvinnligheten enligt Bror Gadelius, psykiatriker under sekelskiftet (a a).

Från början ansågs sjukdomen inte kunna drabba män, utan om samma symtom uppstod, fick de en annan diagnos, exempelvis hypokondri eller neurasteni. Från 1870- talet uppstod det en förvirring eftersom behandlingarna inte tycktes hjälpa, utan sjukdomen fortsatte sprida sig. Diagnosen spred sig till alla samhällsklasser och i vissa avseenden antog man att kvinnan simulerade sina symtom, återigen som en väg att ”slippa” (a a).

En Hysteriklinik skapades av Jean Martin Charcot under 1880 talet och hysterin sågs ur ett annat ljus. Charcot ville bevisa att symtomen var äkta och de hade en biologisk förklaring. Han menade att man genom hypnos (hypnotisk suggestion) kunde framkalla hysterins symtom och använde sig av kvinnor i sina laboratorier och föreläsningssalar. Detta lockade många läkare som Freud och Strindberg, där Charcot näst intill förvandlade sina föreläsningar till en show. Detta ledde enligt Johannisson till att kvinnan blev bekräftad och stärktes i sin sjukdomsroll. Kvinnan gjorde vad som förväntades samtidigt som Charcot förväntade sig exakt vad kvinnorna visade (a a)

Denna teori blev dock inte särskilt långvarig efter Charcots död utan Freud tog över med sin psykoanalys. Kvinnan var enligt Freud fortfarande fragil och emotionellt utsatt, därmed fanns förklaringarna i hennes psyke. Omedvetna psykiska konflikter och störningar i sexuallivet kunde utvecklas till hysteri (a a). Freud publicerade år 1896 otaliga teorier om orsaken till hysteri. En av dem var förförelseteorin, vilket innebar att barnet i tidig ålder utsatts för övergrepp av sexuell karaktär, men att detta minne trängts bort. Senare i livet kan människan komma i kontakt med minnet till sin tidiga traumatiska upplevelse och på så vis kan hysteri utvecklas Magnusson(2003). Koden var att lyssna på kvinnan och hitta hennes hemligheter, och fokus låg på bortträngda minnen. Freud blev kritiserad för denna teori och kom själv att senare ifrågasätta den, eftersom antalet hysterifall var så pass höga. Han kom att ersätta denna med teorin om den infantila sexualiteten, vilken stod för att dessa ”minnen” som patienterna talade om i själva verket utgjorde sexuella önskningar och fantasier (a a).

Johannisson problematiserar diagnosen genom att se hysterin som ett sätt för kvinnan att ta sig ut ur den förväntade kvinnorollen, ett beteende som svarar på frustration och psykisk stress. Den hysteriska kvinnan balanserar mellan förväntat och avvikande kvinnobeteende och på det viset lyckas hon kanske få mer makt i till exempel hemmet. I samhället sågs hon däremot som irrationell, emotionell, opålitlig och oförutsägbar (a a).

### *Galenskap*

Galenskap har ofta kopplats ihop med kvinnan. Som tidigare nämnts ansågs hon vara närmare naturen och hade sämre kontroll över sin kropp och sina behov. Kvinnan tenderade att skada sig själv i större utsträckning än mannen och sinnesjukdom låg henne närmre eftersom hon var mer sårbar. I Sverige fanns det dock bara en liten skillnad i antal mellan män och kvinnor som togs in på sinnesjukhusen. Men diagnosen kunde skilja sig åt och kvinnor var överrepresenterade när det gällde ursinne (mania) och tungsinne (melancholia). Ursinne kom att dominera bland de intagna kvinnorna under 1870 - 1900 talet. Föregångarna till Schizofreni och Manodepressivitet, kallade periodisk sinnesjukdom respektive degenerativ sinnesjukdom, kom sedan att dominera på de svenska sinnesjukhusen. De kom, som många andra kvinnosjukdomar, att täcka ett antal vaga symtom. Orsakerna till sinnesrubbnings kunde se olika ut, i statistiken kunde man finna förklaringar som husliga bekymmer, kärlek, ärftlig belastning, olyckor och motgångar, häftig sinnesrörelse samt självbefläckelse (Johannisson 1994).

### *Patientrollen*

Kvinnans egen identitet fick inte särskilt stort utrymme under 1800 talet. Johannisson skriver att kvinnlighet som personlighetsmönster utvecklades till en anpassningsstrategi. Läkare under denna tid hade ett enormt inflytande i samhället och de besatt makten att bestämma vad som var avvikande respektive accepterat. I avsaknad av egen identitet kunde sjukrollen träda in som ett substitut, med denna blev hon någon, nämligen en patient. Kvinnan kunde på ett legitimt sätt söka vård omsorg och beskydd. Weir Mitchell påstod att kvinnan var en bättre patient än mannen, hon var mer anpassningsbar i den bemärkelsen att hon lyssnade och var mer mottaglig för förändring och läkarens argument (Johannisson 1994). Kvinnan beskrevs även som överraskande mottaglig för diverse kurer och relativt radikala behandlingsmetoder.

Inte bara kvinnan och läkaren fick ut något av hennes sjukdomstillstånd, samhället fick en ekonomisk vinst i form av alla dess läkemedel som nu behövde produceras och uppfinnas. Johannisson beskriver olika förhållningssätt till kvinnopatienten. Läkaren kunde göra kvinnan sjukare än vad hon egentligen var genom ett så kallat sjukliggörande. Motsatsen var att osynligöra symtomen om det inte fanns några vetenskapliga belägg för symtomen. Det vanligaste perspektivet var att utgå från att kvinnan överdrev sina symtom, eller till och med simulerade dem. Detta misstänkliggörande växte sig starkare efter hysterins och andra nervösa sjukdomars kännedom. En speciell form av detta förhållningssätt var det moraliserande, där man angrep kvinnans livsstil, brist på vilja eller extrem njutningslusta. Ett mer förståeligt perspektiv fanns också att urskilja där läkare belyste vikten av den subjektiva upplevelsen till sjukdom. Att lyssna och förstå var kärnan (a a)

Hypnosen blev en kontroversiell metod, den gav makt till terapeuten som hade den svaga kvinnan i sitt våld. Patienten kunde ses som besvärlig om det visade sig att hon visste mer än läkaren, Johannisson tar här upp den hysteriska och den anorektiska som exempel. Rykten var vanligt inom sjukvården och den kvinnliga patienten var omtalad och diskuterad. I litteraturen kunde man läsa om kvinnor som sökte vård enbart för att förföra, hon klär sig i exklusiva underkläder och förälskar sig i sin läkare eller terapeut (a a).

### *Sjukrollen*

Johannisson nämner Talcott Parson eftersom han beskriver sjukrollen som en social roll, den tar över andra sociala roller så som mor, maka eller dotter, genom att den befriar från krav, förväntningar och ansvar. Sjukrollen kunde innebära både medvetna och omedvetna sjukdomsvinster. Eventuellt kunde sjukdom ha varit ett slags tidigt preventivmedel för kvinnor under 1800- talet (Johannisson 1994).

Johannisson tar upp David Mechanic som exempel och han problematiserar detta ytterligare. Han menar på att inte vem som helst tar sig tiden att bli sjuk och tar på sig en sjukroll. Faktorer som etnicitet, religion, klass och kön spelar en väsentlig roll. De lägre klasserna har helt enkelt inte råd i samma utsträckning att avstå från

arbete. Innebär det däremot inget större lidande för sin omgivning att man avsäger sig sitt ansvar, kan man i högre utsträckning ta på sig sjukdomsrollen och bejaka sjukdomskänslan. Mechanics tes styrks genom att man både historiskt och i modern tid kan urskilja vissa mönster. Övre klasser söker mer vård än de lägre, sekulariserade samhällen mer än troende och kvinnor mer än män (a a). Att sjukdom är bundet till en kulturell kontext hyser det inga tvivel om. Symtomen kommer och går. Detta fenomen kanske delvis kan förklaras med begrepp som ”psykosomatiska besvär”. Johannisson beskriver detta som en nyckel till den kvinnliga sjukrollen. Symtomen är även kopplade till och styrda av vad som erbjuds på marknaden just då. När läkare och forskare bytte förklaringsmodeller för vissa åkommor så ändrade patienterna sina symtom så att de skulle bli legitimerade och accepterade av den vetenskap som fanns tillgänglig. Sjukdomsvinsterna blev dock färre med tiden, från 1900- talets början och framåt accepterades inte längre någon sängvila från samhället. Nya krav ställdes och kvinnan skulle vara till arbetsmarknadens förfogande. Diagnosen som senare kom att dominera var depression. I litteraturen under mitten av 1900-talet beskrivs kvinnan uppleva tomhet, svag jagkänsla och passivitet (a a).

## Teori

Vi har valt att ta upp teorier som behandlar coping, Self- efficacy, socialkonstruktivism, feminism och könsroller eftersom dessa hjälper oss när vi resonerar oss fram till vårt resultat. Dessa teorier behandlas inte för sig själva i analysen utan ligger mer som en grund för i vilka banor vi tänker.

### Coping och Locus of control

Julian Rotter, amerikansk psykolog, utvecklade teorin ”locus of control” som ingår i coping. Coping är en psykologisk term som grundades av Richard S. Lazarus och handlar om *en persons förmåga* att hantera stress och känslomässigt krävande situationer. Detta kan man mäta bland annat på hur man känslomässigt reagerar när man upptäcker att situationen kräver mer än de tillgängliga resurserna man har (Ahmadi 2008) En annan förklaring av ordet är, en process där människor försöker förstå och hantera betydelsefulla krav och förväntningar i deras liv (a a). Ahmadi beskriver begreppet coping som

*”ansträngningar, både handlingsorienterade och intrapsykiska, för att handskas med miljöbetingade och interna krav och konflikterna mellan dessa, som frestar på eller överskrider personens förmåga (resurser)”*

(Ahmadi, 2008 s 81)

Locus of control beskriver hur en individ *upplever sin förmåga* att styra sitt liv i önskad riktning och på vad eller vem de lägger detta ansvar. Det finns två typer av locus of control, inre och yttre:

Inre locus of control innebär att en individ upplever sig ha stora möjligheter att själv påverka sin tillvaro och ansvaret för detta ligger hos individen själv. En känsla av att man styr omständigheterna. Detta kan oftast ses som positivt såvida denna känsla av att ”klara allting själv” inte blir övermäktig och individen tyngs av ett alltför stort ansvar.

Yttre locus of control innebär att en individ ser på sitt liv och sin tillvaro med uppfattningen av att själv inte kunna styra och påverka den utan lägger ansvaret för allt som sker på yttre omständigheter och på andra människor. Ett slags offertänkande som har en passiviserande inverkan på personen i fråga. (Lazarus, Folkman 1984).

### **Self-efficacy**

Bandura (1997) beskriver en individs tro på sin egen förmåga och klassar denna tro som antingen hög eller låg self-efficacy. En individ med hög self-efficacy har stor tillit till sin egen förmåga och en tro på att själv kunna påverka olika situationer i livet. Hög self-efficacy har sannolikt uppkommit av att individen gradvis tidigare klarat av olika situationer och därmed fått bekräftat att hon är kapabel att förändra något i sin tillvaro. Detta leder i sin tur till att öka tilliten ytterligare inför sin egen förmåga och gör att man vågar anta fler utmaningar. Bandura påtalar även innebörden av att höra från andra personer att man kan och är duktig då detta ökar ens self-efficacy och därmed ökar chanserna att verkligen klara av det man företagit sig. Tvärt om kommer graden av self-efficacy att minska om en individ upplever misstro från sin omgivning vilket kan resultera i att situationen faktiskt inte går så bra som individen från början trott. Denna själv effektivitet kan man även förvärva genom att se på andra som klarar av en situation och att man imiterar detta beteende, så kallad modellinlärning (Karlsson 2001).

Teorin beskriver hur förväntningar på individer speglar ens egen själv tillit och har inverkan på hur vi tar oss igenom olika situationer. En individs self-efficacy påverkas också negativt om någon man identifierar sig med upplever nederlag eller talar negativt om något som påminner om ens egen tillvaro. Graden av self-efficacy påverkas i hög grad av en människas omgivning.

### **Socialkonstruktivism**

Att förklara varför majoriteten av diagnosbärarna av BPS är kvinnor, enbart ur ett biologiskt perspektiv, anser vi vara riskabelt och kan lätt bli missvisande eller rent av felaktigt. En teori som därför kompletterar med är den socialkonstruktivistiska teorin och därför redovisar vi en kort sammanfattning av teorin.

Den verklighet vi lever i är skapad mellan grupper och individer i det sociala samspelet. Det som anses vara givna sanningar, det vill säga det som vi tar för givet som sant, är oerhört kontextbundet och kan se mycket olika ut i olika kulturer och mellan olika grupper (Giddens 2007). Några viktiga punkter inom den socialkonstruktivistiska teorin är:

1. Att inta en kritisk hållning till kunskap. Genom att förstå att kunskapen är socialt konstruerad är den även möjlig att gruppera. Man lägger vikt vid hur man kan använda språket, då vissa ord har en negativ klang och andra en positiv. Därefter är det möjligt att gruppera människor i dessa grupper.

2. Att se till kunskapens kontextområde, det vill säga att den kan vara påverkad av historia, kultur och att den kan vara områdesspecifik. Man bör inse att all sorts kunskap inte lämpar sig överallt i världen, det finns ingen relativ sanning som går att applicera på hela världen.
3. Sociala processer skapar och upprätthåller kunskap. Diskursen är av stor vikt kring ett kunskapsområde. Tankar som är knutna till denna punkt kan vara att man frågar sig varför denna kunskap, varför här och varför nu?
4. Att förstå att kunskap implicerar handling innebär att man ska vara medveten om att denna kunskap kan användas mot eller för vissa människor. Vad förespråkar den och vad kan den eventuellt förhindra? Kan vissa specifika handlingar legitimeras på grund av den nyfunna kunskapen? Den kan få konsekvenser för människors liv.

Några av de mest kända författarna som introducerade ett socialkonstruktivistiskt perspektiv var Berger & Luckmanns (Stainton Rogers & Stainton Rogers 2002). De presenterade tre moment varigenom verkligheten konstruerades: Externalisering innefattar just detta att olika kulturer och samhällen bygger upp olika sanningar och versioner av verkligheten. Objektivisering innebär en realisering av dessa konstruerade verkligheter. Internalisering bygger på att man som människa i ett samhälle socialiseras och kulturaliseras in i denna ”verklighet” och ser och förstår resten av världen genom dessa ögon (a a).

## **Feminism**

Vi har valt att kortfattat beskriva feminismen som ideologi, eftersom vi i vår diskussion och analys ifrågasätter antalet BPS- diagnoser för kvinnor och undrar om det patriarkala samhället kan haft någon inverkan. Vilken kunskap lutar man sig emot när man undersöker och sedan ställer diagnosen och vem har tagit fram den kunskapen? Har det manliga tolkningsföreträdet förr och idag haft någon påverkan på synen på kvinnan och vad som anses var friskt respektive sjukt?

Ordet feminism beskrivs i den svenska akademins ordlista som en intellektuell politisk rörelse för kvinnans fulla ekonomiska, sociala och politiska likställighet med mannen (Svenska Akademiens Ordlista 2006). Idag kan man urskilja många olika inriktningar inom feminismen, för att nämna några; liberalfeminism, socialistisk/marxistisk, radikal och så kallad black feminism (Giddens 2007). Den västerländska feminismen uppstod i samband med att män gjorde kampanjer för medborgerliga rättigheter och ifrågasatte dåvarande maktsystem. Detta skedde kring den franska och den amerikanska revolutionen (Stainton Rogers & Stainton Rogers 2002).

Det talas om en första och andra vågens feminism. Kortfattat innebar den första vågen att man arbetar för att förbättra de materiella förhållandena i kvinnors liv. Kvinnor ville ha rösträtt och lika medborgerliga rättigheter som mannen (a a). Den andra vågen omfattar frågor rörande preventivmedel, fri abort, och frågor som anses att den förväntade kvinnorollen begränsar henne. Våld och sexuell våld i hemmet lyftes fram som ett problem, kvinnans egna sexliv skulle bejakas och hon ska inte längre enbart tillfredsställa mannens behov. Frågor kring om det

heteronormativa samhället socialiserade sina medborgare till heterosexualitet samt att objektifieringen av kvinnan ifrågasattes. Det var inte så att den andra vågen avlöste den första utan den tog helt enkelt en annan riktning. Som paret Stainton Rogers beskriver det, växades betoningen från att kvinnor är lika män, till att man börjar lägga vikten vid deras olikheter istället.

### *Feministisk psykologi*

Kriterierna för vad som är anses som psykisk sjukdom har ifrågasatts av feminister inom psykologin, man hävdar att man genom undersökningar kommit fram till att vara "sund" eller mentalt frisk oftast förknippas, eller till och med likställs med att vara man. Ska man klassas som frisk kvinna eller sund kvinna så vägs även kvinnliga drag och egenskaper in. En riktig kvinna bör inte ha alltför många maskulina drag (Stainton Rogers & Stainton Rogers 2002). Psykologin och dess kunskap ansågs vara androcentrisk i den meningen att allt sågs med manliga ögon och kvinnan behandlades som underlägsen männen. Försök gjordes att inkludera kvinnor mer och inte enbart utgå från manliga erfarenheter. Detta visade sig bli komplicerat, kvinnoforskare som exempelvis Ussher, fick ämnet som menstruation ogiltigförklarat och skulle inte räknas som "riktig" psykologi. Författarna tar upp vissa punkter som feministisk psykologi riktade kritik emot: utmaningar mot psykologins kunskapssteori, då man ifrågasatte antaganden om vad som utgör kunskap. Undersökningsmetoder granskades och man kritiserade de infallsvinklar som psykologer använder då de finner empiriska belegg, samt ifrågasätter det traditionella psykologiämnet, de frågor och teman det berör (a a).

### **Könsroller**

Begreppet könsroll syftar till de socialt inlärdade beteenden som följer med det biologiska könet. Detta innebär att man som man och kvinna blir tillskriven vissa specifika egenskaper som anses vara socialt accepterade i den kontext man lever i. Termen könsroll innebär de sociala och kulturella skillnaderna mellan män och kvinnor. Skillnaderna berör beteende, värderingar, status och normer. I samhället har man bestämda uppfattningar om vad som anses vara manligt respektive kvinnligt beteende (Hirdman 2003).

### *Genussystemet*

Yvonne Hirdman myntade begreppet genusystem 1988 för att påvisa maktrelationen och ordningsstrukturen mellan könen. Kvinnliga och manliga beteenden är genom denna teori varandras motsatser och mannens beteende utgör normen medan kvinnans beteenden blir avvikande. Hirdman menar att man föds med ett kön och formas till ett genus och talar även om en grundläggande ordning som är baserad på två olika logiker; isärhållandets tabu och hierarkins logik. Isärhållandet innebär att män och kvinnor är varandras motsatser och hierarkin bygger på att män värderas högre än kvinnor. Hon talar om män som A och kvinnor som B där A utgör normen, det normala och allmängiltiga och B som undantaget, det som avviker och inte är lika bra. Det här synsättet där män och kvinnor åtskiljs och där detta fenomen upprätthålls både av individer och av samhället kallar Hirdman för genuskontraktet. Att detta genuskontrakt

reproduceras och har funnits sedan långt tillbaka i tiden visar på att alla individer strävar efter normen och att ingen vill ses som avvikande (Hirdman 2003)

### *Stereotypa könsroller och dess innebörd för diagnostiseringar*

Enligt Goldhor-Lerner uppmuntras kvinnor ända från födseln till att bli beroende varelser. En hjälplös och vilsen kvinna utan en man vid sin sida är enligt denna syn inte särskilt märklig. Utan en intelligent man vid sin sida kommer den emotionella kvinnan inte klara sig (Goldhor-Lerner 1995). Att vara hjälplös, beroende och i behov av stöd av andra har sedan långt tillbaka uppfattats som en del av den kvinnliga rollen. Män å andra sidan får inte bete sig hjälplöst och ska enligt stereotypen mansroll inte vara beroende av andra för att klara sig genom livet. En stereotyp uppfattning av kvinnan finns där hon beskrivs som ett hjälplöst och passivt offer för sina känslor som hon inte kan reglera, hon är i behov av stöd från andra för att klara sig, kan inte tänka på andra sätt än subjektivt, irrationellt och är oförmögen att skilja sina känslor från sina tankar. Mannen betraktas som objektiv, rationell, stark och handlingskraftig, i allmänhet mer livsduglig än kvinnan.

*”För mycket känslor leder till neurotiskt beteende, kvinnor får oftare diagnosen neuros, alltså är kvinnor mer emotionella än män” (s. 80 Nicholson, 1986)*

Nicholson talar om den förväntan som läkare har på kvinnor respektive män och vilka konsekvenser detta får för diagnostiseringar. Liknande symtom hos en man och en kvinna ger olika diagnoser. Kvinnor tenderar att ofta få psykosomatiska förklaringar till symtomen medan män antas ha verkliga kroppsliga ursprung till sina symtom. Vidare anför han att det som klassas som normalt och förväntat beteende hos en kvinna överensstämmer med kriterierna för en klinisk depression! Läkares förutfattade tankar om förväntat beteende spelar alltså roll angående diagnosättning men studier visar även att sättet män och kvinnor hanterar stress på skiljer sig åt. Dock finns studier som behandlar dessa olika strategier för stresshantering där män tenderar att hamna i alkoholism medan kvinnor tenderar att få en psykisk diagnos (Goldhor- Lerner 1995).

Kvinnor reagerar mer på andras känslor än vad män gör, kvinnor innehar oftast större empati än män, detta är också ett förväntade beteende som medföljer könsrollerna. Enligt Goldhor-Lerner uppmuntras kvinnor att även i vuxen ålder bevara de beteenden som egentligen hör till barndomen, något som inte män uppmuntras till. Små flickors gråt, manipulationer, gnäll och lockelser för att nå dit de vill och få det de vill ha är accepterade beteenden även i vuxen ålder då dessa sätt betraktas som kvinnliga. Att använda sig av dessa beteenden kan i extrema former vara typsikt för vissa kvinnor med BPS. Män å andra sidan får främst höra att de ska hävda sig på ”manliga sätt” och absolut inte gråta, visa känslor eller uppföra sig hjälplöst och gnälligt. Med dessa accepterade beteenden hos kvinnor dras parallellen till ”den hysteriska, neurotiska och överkänsliga kvinnan, som:

*”hålls i schack av sin beslutsamme man som styrs av logikens lagar och det kyliga förnuftet” (Goldhor- Lerner s 41 1995)*



### *Kvinnors beroende*

Ordet beroende och passivitet är oftare förknippat med kvinnlighet än med manlighet. Kvinnor visar mer öppet osjälvständiga beteenden och uttrycker önskningsar om att bli ompysslade, omhändertagna, hjälpta och vägleda samt har lättare att uttrycka sina känslor och har en högre empatisk förmåga. Ur ett perspektiv kan detta ses som ganska positivt men det finns en annan sida av detta, sidan då kvinnans beroende blir till ett patologiskt beroende. Något som kan återfinnas hos kvinnor med BPS. I sådana fall karaktäriseras kvinnan av passivitet, hjälplöshet, en ovilja/oförmåga att ta tag i sina problem och bekymmer, hon lever med ett offertänkande och verkar helt utlämnad till andra. Teorier som stöds av Bardwick i Goldhor-Lerner (1995) säger att kvinnor uppfostras till detta patologiska beroende ända från födseln. Anknypningsteoretiker pekar på samspelet mellan barn och föräldrar där olikheter i bemötandet mot söner och döttrar är olika. Mödrar tenderar att bemöta sina söners leenden oftare och bekräfta och imitera sina söners känslouttryck mer än sina döttrars (Näslund 1998).

Enligt traditionella normer är en bra hustru en som städar, lagar mat, tröstar, fostrar, uppmuntrar, lyssnar, stödjer och beundrar sin man och även sina barn. Men själv mottager hon inte mycket eller inte alls något av detta i gengäld. Enligt Näslund bidrar denna brist på stöd, uppmuntran och liknande till att kvinnan utvecklar ett krävande och osjälvständigt beteende där hon försöker få tillbaka det hon ger.

Å andra sidan uppför sig kvinnor som grupp mer passivt och osjälvständigt än män men egentligen är kvinnor inte mer beroende än männen, och kvinnans beteende fyller en viktig funktion för att bevara husfriden eftersom det i själva verket är männen som är mest beroende. En paradoxal uppfattning som lever än idag är den att kvinnor måste ge avkall på sin egen styrka för att kunna stärka sina män - genom att låtsas vara svagare än de är, detta kan ske både medvetet och omedvetet (Goldhor- Lerner1995).

### *Den aggressiva kvinnan*

Enligt Goldhor-Lerner har kvinnor sedan tidiga år socialiserats in i en värld där vrede och aggressioner förknippas med manlighet. Kvinnan anpassas till att enbart uttrycka vrede om det är för att hjälpa eller skydda någon annan, exempelvis sina barn, men att en kvinna skulle bli arg och aggressiv av att ha blivit provocerad eller orättvist behandlad är inte lika självklart och accepterat. De anför att vissa kvinnor bär på en rädsla, eventuellt omedveten, för sin egen destruktivitet och sina egna aggressioner och att den sortens kvinnor brukar bli ”sårade” i stället för arga i situationer som egentligen borde framkalla stark vrede (a a).

Vrede involverar i stort känslor av att vara ensam, åtskiljd och olik och varje konfrontation med en annan person uppstår till följd av individers olikheter.

Vi vill poängtera att detta beteende kan återfinnas hos de flesta kvinnor, medan en kvinna med BPS har en tendens att reagera extremt starkt och har mycket snabba skiftningar mellan att vara sårbar och fylld av hat och vrede, mot en och samma person samtidigt. Vilket kan vara svårt för omgivningen att förstå.

### *Olika reaktionsmönster för män och kvinnor*

En av de starkaste riskfaktorerna för att en individ ska utveckla BPS är sexuellt utnyttjande under barndomen, och detta utsätts fler flickor än pojkar för (Näslund 1998). Det finns uppgifter från vetenskapliga rapporter där det framkommer att kvinnor och män reagerar annorlunda vid en depression, kvinnor anses ha en mer grubblande läggning. Kvinnor påstås ha svårare för att distrahera sig från negativa tankar och känslor och har en svårighet att reglera sina känslor, beteenden som återfinns hos BPS-individer (a a).

För kvinnor är deras personliga välbefinnande starkare knutet till kontakt och stöd med andra människor än det är för män. Kvinnor har således större behov av andra för att må bra och har större tendens än män att känna ångest, depressivitet och psykisk ohälsa på grund av bristande stöd från andra. Samtidigt ses individualism som det rådande idealet, framför allt i västvärlden och talar om hur synen på att vara beroende av andra ses som osunt. Män är dessutom mycket ovilliga till att söka psykiatrisk hjälp. Dessa män har tendenser att hamna inom kriminal- och/eller missbruksvården på grund av sina beteenden. Kvinnor hamnar istället hamnar inom psykiatrin på grund av att deras symtom utmärker sig i form av depressioner, ångest, självskadebeteende och suicidala handlingar och därmed kanske löper större risk att få en diagnos(a a).

### *Personlighetsdrag och normer*

För män och kvinnor innebär ett och samma beteende olika saker ur ett samhälleligt perspektiv. En kvinna som betar sig på ett visst sätt kan komma att kallas aggressiv medan en man som betar sig på liknande sätt inte kallas något annat än manlig eller normal.

*”Ja, en kvinna kan bli bedömd som arg bara därför att hon inte är behagfull och ler” (s.56 Näslund 1998).*

Innebörden av detta är att det som anses vara normalt för en man inte är normalt för en kvinna. BPS-beteendet tolereras inte hos en kvinna utan mer passar in i den manliga könsrollen där promiskuitet, aggressivitet, vredesutbrott och ilska tas för givet och normalt. Om dessa beteenden går till överdrift kan mannen få diagnosen antisocial personlighetsstörning medan en kvinna med dessa egenskaper och beteenden diagnostiseras med BPS. Genom undersökningar har man redovisat att manliga läkare i högre grad än kvinnliga satte diagnosen BPS på kvinnor. I undersökningen ombads medverkande att beskriva vad som kännetecknar en ”normal vuxen” (av obestämt kön) och en ”normal man respektive kvinna”. Resultatet visade att det som ansågs vara en ”normal man” nästan helt stämde in på ”en normal vuxen” medan en normal kvinna hamnade utanför dessa ramar (Näslund 1998).

### *Innebörden av en diagnos*

Då mentalitetsförskjutningen mellan kollektivism och individualism i samhället under 1980-talet skedde, ökade intresset för att kategorisera och sortera människor (Hallerstedt 2007). Ett ökat fokus på vad som kan kallas sjukdom, ett ökat intresse för att diagnostisera avvikelser från normaliteten vaknade samt gruppering av nytillkomna beteenden som individer innehar.

### *Diagnos som identitet*

Diagnoser kan ha en kollektiverande effekt för människor och innebär en viss social gemenskap, även om denna gemenskap bygger på sjukdom eller psykiska störningar. Det är möjligt att somliga individer hellre identifierar sig som sin diagnos och därmed på ett sätt blir mer accepterade av omvärlden än att de går identitetslösa och med en känsla av att inte passa in någonstans (Johannisson 1994).

Johannisson bekräftar att en diagnos kan vara både en identitet och en social roll. Ordet diagnos kommer från grekiskans *diagnosis* som betyder särskiljande kunskap eller bedömning. Johannisson anser vidare att en diagnos gör sjukdomen verklig. Makten som följer med en diagnos innebär för bäraren en bekräftelse inför omvärlden, arbetsgivaren och familjen. En diagnos kan även dämpa ångest och oro eftersom den kan förklara och rättfärdiga vissa beteenden och känslor, den kan ge avlastning från ansvar, känslor av skuld. Men en diagnos kan också innebära utanförskap och stigmatisering. Diagnosen talar om hur en individ kan uppfatta sig själv och även hur samhället ska uppfatta henne. Diagnoser har en tendens att kategoriseras av kliniker och allmänheten efter olika status. Högst status har sjukdomar och tillstånd som berör hjärnans sjukdomar men också den manliga hjärtinfarkten. Ospecificerade och svårtydda symtom och sjukdomar hamnar längst ner i denna hierarki och däribland psykiatriska diagnoser tillsammans med geriatriska. Ju mer ospecifik sjukdom, desto lägre rang (a a).

### *Diagnosen som en social konstruktion?*

Johannisson talar om att sjukdomar till viss grad uppkommer genom social konstruktion vilket innebär att normer och föreställningar påverkar olika beteenden eller symtom. Detta kan komma att utvecklas till patologiska beteenden eller symtom beroende på vilket socialt fält och i vilken kultur de uppstår. Hon nämner även detta påståendes framkallande av kritik, framför allt från den biomedicinska vetenskapen och dess förespråkare men även från patienter. Läkare hävdar att deras kunskaper och diagnostiska kompetens ifrågasätts och patienter känner att deras sjukdom inte tas på allvar om den skulle vara socialt konstruerad.

Nya sjukdomskategorier som till exempel ADHD, Asberger syndrom, PTSD och Emotionellt instabil personlighetsstörning av typen borderline har tendenser att genom sina vaga konturer ha en diffus åtskillnad till angränsande diagnoser. Genom några få skillnader i kriterierna får man antingen den ena diagnosen eller den andra, ganska godtyckligt. Dessutom innehåller dessa diagnoser både över- och underfunktioner och ibland tar de även upp normalfunktioner som i sin diagnostiserande kontext sjukförklarar personen som ställs inför utredning.

Hallerstedt(2007) tar upp Kärve som påstår att psykiatriska diagnoser sällan förekommer i rena former.

Vidare påtalar hon att bristen på biologiska kriterier för vissa psykiatriska sjukdomar saknas och diagnostiseringen sker till stor del av subjektivitet både från patientens och läkarens sida.

Hallerstedt(2007) tar upp den kritik som finns mot användandet DSM (begreppet inkluderar alla tidigare utgåvor) i diagnostiseringen av psykiatriska diagnoser. DSM utvecklades på grund av att allt för många psykiatriker gav olika namn för samma störning och man ville utforma en mer enhetlig vokabulär inom området. Genom åren har DSM expanderat och antalet diagnoser i denna ökar ständigt och genom detta kan alltför beteenden uppfattas som mental störning. Kriterierna som återfinns i DSM uppkommer bland annat genom klinikers sammanfattningar av beteenden som psykiatriker ansett vara ofta återkommande för en viss typ av störning. Genom att modellen inte börjar med att först klargöra vad som är en mental störning och vad som är normalt, skapas en möjlighet för diagnostiseringar som sjukliggör vanligt förekommande beteenden (a a).

Just BPS och andra personlighets- och beteendestörningar hamnar under en kategori som av kritikerna uppfattas som *moraliserande diagnoser*. Dessa pekar på att varje beteende som en individ har och som innebär ett avvikande från ett önskvärt ”normalt” beteende faktiskt kan ge en diagnos på psykisk störning (a a).

## **Sammanfattande diskussion**

Vi tänker här sammanfatta våra tankar och funderingar kring de frågor som vi ställt och som har dykt upp under arbetets gång. Resultatet redovisar vi sist och detta kapitel är ämnat att väcka fler tankar hos läsaren

### **Våra tankar om aggressioner hos kvinnor**

Att kvinnor söker psykiatrisk vård oftare än män, kan vara en av förklaringarna till att det finns fler kvinnor med en BPS- diagnos. Men vi frågar oss då hur det kommer sig att kvinnor faktiskt söker vård tidigare och oftare? Johannisson beskriver utförligt hur kvinnan setts som avvikande mot mannen och att det finns vissa tendenser till att kvinnor sjukförklaras oftare i samband med vissa specifika diagnoser. Denna sjukdomstrend finner vi intressant i och med att diagnoserna, rent historiskt sett, verkar försvinna och ersätts med nya. Dessa nya diagnoser kan vi, efter att ha granskat materialet, se ha haft liknande diffusa symtom som dess föregångare. Samhället tenderar att sjukförklara vissa beteenden och egenskaper som anses vara olämpliga för det kvinnliga könet. Därmed innebär detta inte att kvinnor inte känner exempelvis ilska, de kan ha lärt sig ifrån tidig ålder att det inte uppskattas av omgivningen och då socialiserats till att antingen undertrycka dessa känslor eller lära sig kanalisera dessa känslor på ett annat sätt än mannen. En kvinna med BPS har däremot inte samma gränser. I och med att en kvinna med denna diagnos kan reagera extremt, blir detta en stark kontrast till den förväntade kvinnollen.

Även Johannisson bekräftar detta i sin historiebeskrivning; öppen vrede betraktades som vulgär och okvinnlig, vilket oftast ledde till en sjukdomsetikett. Att ett av kriterierna för BPS faktiskt lyder: ”Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller svårighet att kontrollera ilska, t ex ofta förekommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål,” (Taget ur vår text) kan möjligtvis problematiseras ytterligare med dagens föreställningar om hur flickor ska vara. Näslund närmar sig också denna föreställning och menar att kvinnor som betar sig på ett visst sätt kan komma att kallas aggressiva medan en man som betar sig på liknande sätt inte kallas något annat än manlig eller normal. Kvinnor kan bli bedömda som arga bara därför att de inte är behagfulla och ler. Problemet vi vill åt är att det som anses vara normalt för en man inte är normalt för en kvinna. Tittar vi närmare på kriterierna för emotionell instabil personlighetsstörning som beskrivs i ICD-10, så kan man tänka sig att det beteendet ses som mer extremt om det handlar om en kvinna än en man. Näslund refererar till Debra Simmons som uttrycker att BPS-beteendet inte tolereras hos en kvinna utan skulle då vara mer tillämpligt i den manliga könsrollen där promiskuitet, aggressivitet, vredesutbrott och ilska tas för givet och normalt. Dock tillägger hon att detta beteende kan gå till överstyr även för mannen, men han kan då få diagnosen antisocial personlighetsstörning medan en kvinna med dessa egenskaper och beteenden diagnostiseras med BPS. Vi kan inte veta om detta är fel eller rätt bedömt, men däremot vill vi uppmärksamma att det är märkligt att en viss egenskap eller ett visst personlighetsdrag ska kunna påstås vara friskt och normalt för det ena könet men inte för det andra. Sådana statiska föreställningar leder enbart till en reproduktion av könsroller där man tenderar till att inte se individen, utan bara könet och dess tillskrivna egenskaper.

### **Finns den gynekologiska förklaringen kvar?**

Förr i tiden ansågs livmodern ligga till grund för de många sjukdomar och symtom som en kvinna sökte hjälp eller vård för. En kroniskt irriterad livmoder tydde på att kvinnan inte var att lita på, hon befann sig närmre naturen och kunde inte kontrollera sin egen kropp. Vi ser en viss koppling till dagens samhälle, men där man lagt vikten vid premenstruella spänningar (pms). Idag är det fortfarande okej att förklara vissa beteenden med hormoners inverkan på framförallt kvinnor. Vi menar inte att förkasta termen pms, men det finns kvar en viss tanke om att vissa beteenden hos kvinnan måste förklaras ytterligare. I detta fall lutar det återigen åt de biologiska skillnaderna mellan mannen och kvinnan. Det är inte okej att bara vara arg och retlig, utan menscykeln kan då hjälpa till att legitimera vissa handlingar.

### **Samhällsvinst?**

Om ett avvikande beteende förväntas, kanske det är lättare att ta på sig en sjukroll. Det har getts mer utrymme för kvinnor att faktiskt vara sjuka och på så sätt kanske det blir en ond cirkel (Johannisson 1994). En skillnad som vi kan notera är att förr arbetade inte kvinnan på samma sätt för ett samhälle, hon behöll sig i hemmet och det kostade därmed inte samhället några pengar att hon var sjuk. Som Johannisson säger så från 1900 talet och framåt accepterades inte längre någon långvarig sängvila från samhället. Nya krav ställdes och kvinnan skulle stå till arbetsmarknadens förfogande. Depression blev senare den mest vanliga diagnosen. I litteraturen under mitten av 1900 talet beskrivs kvinnan uppleva

tomhet, svag jagkänsla och passivitet. Idag kostar kvinnors sjukskrivningar samhället pengar och den vinst för samhället som Johannisson talade om existerar inte längre. Att göra någon sjukare än vad de egentligen är, har vi svårt att se någon större vinning med. Varken för patienten eller samhället.

### **Våra tankar om några befintliga förklaringsmodeller**

Ett av den biosociala teorins kriterier för BPS är att individen reagerar känslomässigt starkt och mycket intensivt på relativt svaga stimuli, styrkan i reaktionen är hög i förhållande till det som utlöste känslan och individen har en långsam återgång till neutralläget (Kåver & Nilsson 2002). Detta kopplar vi till Ahmadis beskrivning av vad begreppet coping innebär; då man bland annat mäter hur man känslomässigt reagerar när man upptäcker att situationen kräver mer än de resurser man har (Ahmadi 2008). Mäts kvinnors copingförmåga i förhållande till mäns? Eller kan det vara så att det sätt hon reagerar på inte alls mäts med det som faktiskt utlöste reaktionen, utan kanske att hon inte *bör* reagera på ett sådant sätt? Hur definieras relativt svaga stimuli? Kan detta ändras beroende på vilket kön personen tillhör?

I den biosociala teorin som behandlar barnets temperament och uppväxtmiljö, ser vi ingen anledning till att en flicka skulle påverkas mer negativt än en pojke som upplevt samma omständigheter. Under närmandefasen i anknytningsteorin påstås de eventuella störningar som kan leda till BPS uppkomma. Vi frågar oss om denna fas upplevs svårare för flickor än för pojkar? Näslund beskriver olika typer av familjer när hon närmar sig en förklaring till diagnosen. Att växa upp i den ”perfekta familjen” där upproriska känslor, aggressiva utbrott och trots inte accepteras, kan leda till att barnet inte får möjlighet att lära sig adekvata reaktioner. Om en kvinna normalt socialiseras in i en könsroll där det inte är tillåtet att uttrycka ilska och dessutom växer upp i den ”perfekta familjen” är det då möjligt att detta leder till att hon inte vet hur hon ska hantera sina känslor? Vilket kanske då kan leda till den introverta formen av självskadebeteende. Hon kan möjligen då rikta ilskan mot sig själv eftersom det är inte okej att visa den för andra.

### **Samma symtom olika diagnoser?**

Näslund tar upp att vissa symtom hos män möjligen kan överskuggas av annan problematik så som alkoholism och andra missbruk. Detta kan kanske bero på att män drar sig för att söka hjälp och att det anses omanligt att behöva hjälp för att lösa vissa problem. Mannen har genom tiderna setts som självförsörjande och ska kunna ta vara på sig själv. Vilket då kan innebära att män och kvinnor med samma symtom hamnar på olika instanser i samhället. Detta kan således betyda att män i lika stor utsträckning skulle kunna diagnostiseras med BPS, men genom deras sätt att hantera situationen eller sitt mående kommer de inte i kontakt med psykiatri. Detta styrks även av Kåver & Nilsson där de tar upp de olika stegen man måste genomgå innan man ställer en diagnos. De påpekar att diagnossystemet medför ett otal kombinationer av beteenden som medför att två olika individer kan få diagnosen BPS men ändå inte behöver ha mer än ett gemensamt kriterium. Genom undersökningar där det framkommer att BPS-diagnosen och dess kriterier

ännu inte är uttömmande och säker utan relativt lätt kan försvinna och imaginära BPS - patienter placeras inom andra kategorier som till exempel PTSD, depression, ångestsjukdomar och tvångsmässiga beteenden. Vad innebär då detta, ställs diagnosen för ofta, i den bemärkelsen att den alltför lättvindligt verkar tillämpas på kvinnor? Eller kanske för sällan eftersom män verkar påstås även ha samma symtom men får en annan diagnos? Kan det vara så pass diffusa symtom att kriterierna faktiskt bör utvecklas eftersom diagnosen kan ställas utifrån vitt skilda beskrivningar av människors upplevelser. Risken för godtycklig diagnostisering tycks vara överhängande i våra ögon. Värt att tänka på är att en diagnos är ett sätt att förstå och förhålla sig till sjukdom eller avvikelse vid en viss tidpunkt och i en viss kontext under ett visst kunskapsläge. Just psykiska symtom har en tendens att komma och gå, förändras och legitimeras alternativt avlegitimeras under tid, allteftersom normerna för vad som är friskt eller sjukt ändras.

Återigen vill vi trycka på risken för godtyckliga bedömningar av patienter och att detta kan leda till att de möjligtvis diagnostiseras på felaktiga grunder.

### **Läkare - patient**

Är det möjligt att kvinnans sätt att beskriva saker och berätta om sina känslor och upplevelser gör att läkaren anser det vara lättare att ställa en diagnos på henne än på män som tenderar att inte tala lika utförligt om hur de mår? Gör dagens tidsbrist inom vården att det inte finns tillräckligt med utrymme och tid för att höra undertonen i det den kvinnliga patienten beskriver och därmed ställs diagnoser på felaktiga grunder?

Johannisson beskrev att kvinnan gjorde vad som förväntades samtidigt som läkaren förväntade sig exakt vad kvinnorna visade. Vilket kan leda till att läkares förutfattade tankar om förväntat beteende spelar roll angående diagnossättning. Johannisson beskriver att man förr ansåg kvinnan lättare passa in i rollen som patient än mannen. Hon var mer medgörlig och kunde ta åt sig vad läkaren sa på ett annat sätt. Om vi då kopplar detta till att kvinnans könsroll kanske har påverkat hennes sätt att vara och bete sig, till exempel att man ska lyssna och inte ta för mycket plats. Är hon lättare att diagnostisera än en man? Och godtar hon en diagnos lättare än vad en man skulle göra?

### **Sjukdomsvinsten**

Om vi ser tillbaka i tiden så har det visat sig att det funnits och finns en sjukdomsvinst. Man kan genom att sjukförklara sig själv få en annan identitet, man kan slippa undan ansvar, få tröst eller makt. Ett ganska vanligt fenomen i dagens samhälle är att så kallat "gå in i väggen". Beror detta på kvinnans alltför stora ansvar i både hem och på arbete? Är den dubbelarbetande kvinnan som inte når upp till idealen en orsak till antalet sjukskrivningar? Johannisson tar upp att en av förklaringarna till andelen sjuka kvinnor kunde vara en protest mot rådande normer och värderingar.

Detta kan kopplas till kvinnans eventuella upplevelse av brist på bekräftelse och tillräcklig uppmärksamhet. Genom att ha en diagnos finns en möjlighet till att bli betraktad och uppmärksammas av sin omgivning på ett annat sätt än när man är "frisk". Kan orsaken till vissa symtom egentligen vara helt andra än en psykisk sjukdom och istället bero på en långvarig, återkommande känsla av att inte bli

sedd? Vilket skulle kunna leda till obehag och ångest? Vi har tagit upp kvinnans sjukdomshistoria och talat om hennes ställning i förhållande till mannens. Dock ser dagens struktur annorlunda ut och kvinnor förväntas i dag vara relativt självständiga och klara av många olika delar i sitt liv utan hjälp. Detta skulle kunna leda till att hon känner sig förbisedd och tagen för givet av samhället i stort och även av partnern i hemmet. En diagnos kan legitimera en individs behov av stöd för att orka med vår tids krav och förväntningar på oss, oavsett om man är kvinna eller man.

## **Beroendeställning**

Kvinnan har förr varit i beroendeställning till mannen, bland annat när det kommer till hennes försörjning. Idag ser det lite annorlunda ut men kvinnan har kvar sin underlägsenhet framförallt ur ett strukturellt perspektiv.

Hon har tidigare varit utlämnad till att lita på andra för hennes hälsa och välbefinnande. Den inlärd hjälplösheten kan böttna i år av förtryck, där mannen ses som norm och kvinnan avviker. Samtidigt ses individualism som det rådande idealet, framför allt i västvärlden och talar om hur synen på att vara beroende av andra ses som osunt idag.

Vi ser en koppling mellan att samhället försöker hålla kvar kvinnan i sin underlägsna ställning, vi syftar till de strukturella konsekvenserna av att vi lever i ett patriarkat och inte enskilda individers personliga uppfattningar, och teorin om self efficacy. Där individens tro på sig själv minskar om personen upplever misstro från sin omgivning. Detta i sig minskar ytterligare självtilliten och håller kvar henne i beroendeställning. För kvinnor är deras personliga välbefinnande starkare knutet till kontakt och stöd med andra människor än det är för män. Kvinnor har således större behov av andra för att må bra och har större tendens än män att känna ångest, depressivitet och psykisk ohälsa på grund av bristande stöd från andra. Kvinnans sätt att söka hjälp hos andra för sina problem, eftersom hon förr betraktats som osjälvständig, kan vi tolka som ett inlärt beteende. Detta passar in i teorin om self efficacy. Att kvinnan själv haft uppfattningen av att inte kunna styra och påverka sin tillvaro utan lägger ansvaret för allt som sker på yttre omständigheter och på andra människor. Denna yttre locus of control kan man ofta se hos kvinnor som har BPS, detta karaktäriseras av ett offertänkande där allt ont beror på någon annan och hör på ett sätt ihop med att hon alltid varit beroende av andra och inte kan lösa saker själv.

## **Analys och Slutsats**

Vårt syfte har varit att undersöka hur stor betydelse den kvinnliga könsrollen har för dagens diagnostiseringar av Borderlinepatienter. För att nå svaret på den frågan har vi valt att använda oss av fyra frågor, som vi nu sammanfattar.

*Hur ser bedömningskriterierna för Borderline personlighetsstörning ut? Vi anser att dessa kriterier (se sidan 8) är relativt allmänna och kan passa in på båda könen. Kriterierna bygger på ofta förekommande beteenden hos personer med personlighetsstörning (Brante 2007).*



Bedömningarna genomförs säkerligen med noggrannhet, men att komma ifrån subjektivitet i processen är omöjligt. Detta styrker även Kärfve då hon påtalar bristen på biologiska kriterier för vissa psykiatriska sjukdomar saknas och diagnostiseringen sker till stor del av subjektivitet både från patientens och läkarens sida. Vi anser inte att kriterierna i sig innehåller påståenden som lättare kan appliceras på kvinnor än på män. Däremot ser vi att personen som utför bedömningen troligtvis, medvetet eller omedvetet, påverkas av socialt konstruerade föreställningar om manligt respektive kvinnligt beteende. Stainton & Rogers, Stainton & Rogers bekräftar även detta genom att psykologin och dess kunskap anses vara androcentrisk i den meningen att allt ses med manliga ögon. Vad vi menar är att kriterierna bygger på kunskap från en tid då kvinnan sågs som mer avvikande än vad hon kanske gör nu, men att detta påverkar dagens kliniker i mötet med patienter. Som Hirdman belyser är kvinnliga och manliga beteenden varandras motsatser och mannens beteende utgör normen medan kvinnans beteenden blir avvikande. Vilket vi tror kan medföra vissa stereotypa föreställningar om vad som förväntas av en kvinna respektive man. Vi tänker att DSM-modellen kanske inte enbart beskriver sjukliga tillstånd utan att dessa kriterier även handlar om vilka beteenden som accepteras av samhället och andra individer.

*Vilka orsaksförklaringar till tillståndet finns? BPS grundläggs enligt utvecklingsteorin till följd av brister i ett barns kontakt med sin mor (eller annan vårdare som träder in som ersättare). Enligt objektrelationsteorin är det under närmandefasen (se sidan 11) som det för personer med BPS har uppstått störningar. ( Näslund 1998). Den biosociala teorin påstår att BPS har sin grund i biologiska avvikelser som dessutom förstärkts av negativa händelser under uppväxtåren (Kåver & Nilsonne 2002). Enligt teorin uppstår tillståndet när en känslomässigt sårbar individ växer upp i en miljö som är otillräcklig för att individen ska kunna lära sig att hantera sina känslor. Vilket vi anser borde förekomma lika ofta hos pojkar som hos flickor. Vi är osäkra på vad Näslund exakt avser med begreppet känslomässigt sårbar, men vi har en uppfattning om att flickor i högre grad tillåts och förväntas visa känslor i dagens samhälle. Detta kan möjligtvis gå till överdrift och BPS karaktäriseras av just detta; överdrivna beteenden och känsloutbrott. Näslund menar att ärftliga faktorer, uppväxtmiljö, negativ påverkan på hjärnan och nervsystemet under spädbarnsåldern samt stark stress för modern under fostertiden kan vara bidragande faktorer till tillståndet. Även här anser vi att risken för störningar borde vara lika stor för båda könen. Enligt dessa teorier kan vi därmed anta att det finns lika många män som kvinnor med denna diagnos. Den biopsykosociala teorin påstår att det är en kombination av biologiska, psykologiska och sociala orsaker som tillsammans leder till att en individ utvecklar BPS. De psykologiska orsakerna beskriver Näslund som traumatiska händelser som inträffat under barndomen. Enligt oss bör risken återigen vara lika stor för pojkar och flickor även här, men att beakta när det kommer till denna teori är att flickor i större utsträckning än pojkar utsätts för sexuella övergrepp. En annan orsak som kan ha betydelse för utvecklandet av BPS är en individs personlighetsdrag och på vilket sätt man hanterar olika problem. En teori som tar upp stresshantering är copingteorin, men den nämner inte några specifika könsrelaterade mönster utan talar om hur man förhåller sig till stressade situationer.*

Sammanfattningsvis anser vi inte med stöd av ovan nämnda teorier kunna förstå varför fler flickor än pojkar skulle utveckla BPS, förutom möjligtvis den biopsykosociala teorin beträffande sexuellt övergrepp förekommer mot fler flickor än pojkar i samhället. Dock ser vi att det finns fler teorier som pekar på andra orsaker och att alla kvinnor som lider av BPS skulle blivit sexuellt utnyttjade som barn finner vi inte troligt. Det vi väljer att luta oss mot för att närma oss en förklaring till dagens överrepresentation av kvinnor med BPS är den kvinnliga könsrollen som Hirdman talar om. Som vi skrivit tidigare kan könsrollen ha betydelse för hur man förhåller sig till påfrestande situationer. Har man växt upp i en familj och ett samhälle där kvinnor uppfattas, på ett strukturellt plan, som svagare än mannen. Vilket då i sig kan påverka sättet hon väljer att förhålla sig till omvärlden, hennes problem och till sig själv.

*Hur har kvinnans beteende och fysiska åkommor betraktats av samhället rent historiskt sett och kan detta kopplas till dagens klassifikation av diagnosen Borderline personlighetsstörning? Vi har refererat till Johannisson när vi beskriver kvinnans sjukdomshistoria. Hon beskriver utförligt att kvinnan betaraktats som avvikande, svag och bräcklig i samhället. Även om denna uppfattning var som störst på 1800-talet och i början av 1900-talet så anser vi att det finns tendenser till denna syn idag ännu idag. Som Näslund tar upp att 70-80 % av BPS-patienter utgörs av kvinnor och att vissa symtom hos män möjligen kan överskuggas av annan problematik så som alkoholism och andra missbruk. Kvinnors symtom ses ofta som psykosomatiska medan mäns symtom anses ha somatiska besvär. Vi anser att detta talar för att kvinnan fortfarande ses som psykiskt svagare än mannen. Vi har noterat en viss likhet mellan symtomen för hysteri och dagens kriterier för BPS, Johannisson räknar upp symtom som att utbrott, överdriven sexuell aptit, kvävningssvårigheter, svimningar, skratt och krampanfall och snyftningar var vanliga, men det förekom även tyngdkänsla. Vi har funnit liknande symtom för dagens BPS kriterier som Näslund tar upp; intensiv vrede eller svårighet att kontrollera ilska (t ex ofta förekommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål), visar impulsivitet exempelvis slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik och hetsätning. Trots att det skiljer mer än hundra år mellan dessa symtombeskrivningar är likheten uppseendeväckande tycker vi. Precis som BPS var Hysteri överrepresenterat av kvinnor. Vidare kopplar vi återigen till de rådande könsrollerna i samhället, just dessa beteenden verkar ha ansetts okvinnligt eller åtminstone osunt sedan en lång tid tillbaka.*

*Finns det något samband mellan kvinnans sjukdomshistoria och den socialt konstruerade könsrollen, med dagens överrepresentation av kvinnliga Borderlinepatienter? Vi kan se ett mönster av samhällets syn på kvinnan som sjukare än mannen framförallt psykiskt, både förr och idag. Utgångsläget för medicinsk kunskap var bland annat den anatomisk-fysiologiska modellen som kortfattat stod för att kvinnan stannat på en lägre nivå i den evolutionistiska växten (Johannisson 1994). Med tanke på detta är det inte konstigt att kvinnan fortfarande underställs mannen. I dagens samhälle åskådliggörs detta bland annat i form av att psykiska diagnoser överrepresenteras av kvinnor. Detta stärks även av Näslund som påpekar att anledningen till att de är överrepresenterade är att kvinnor söker hjälp, vidare menar Näslund att BPS-beteendet bättre passar in i en*

manlig könsroll och att det tolereras i mycket mindre grad hos kvinnor eftersom mannens beteende utgör normen.

Vi tänker att Hirdmans påstående om att det finns en föreställning om att män och kvinnor är varandras motsatser kan vara en möjlig förklaring till varför vissa beteenden ses som tecken på sjukdom om de strider mot det förväntade kvinnliga beteendet. Sammanfattningsvis; kvinnan har förr setts som avvikande till mannen, hennes åkommor förklarades med andra orsaker och hade andra symtom än mannens. Idag utgör mannen fortfarande normen och kvinnan förväntas antingen att vara som en man, men då enbart i vissa avseenden och hon ska anamma vissa specifika egenskaper, inte de beteenden som inte är socialt önskvärda. Eller så ska hon förbli kvinnlig och när hon går ur den förväntade rollen ses hon återigen som avvikande och kan i eventuellt klassas som sjuk. Vi vill påstå, med stöd av ovan nämnda författare, att det finns en möjlighet att lika stor andel kvinnor och män har BPS symtom men på grund av könsrollerna kommer kvinnan oftare och oftare att klassas som sjuk än mannen.

Vi har presenterat en del av kvinnans sjukdomshistoria, befintliga könsroller, BPS, dess kriterier och orsaker och har försökt att finna samband mellan dessa. Naturligtvis finns det inget lätt svar på en komplex fråga. Det är trots allt människor det handlar om, man kommer aldrig att kunna hitta en tillräckligt uttömmande teori eller kriterier för att kunna ”applicera” på alla individer med avvikande beteende. Vi vill dock belysa komplexiteten i situationen och att när man gör en bedömning, bör se till individen och inte dess kön.

## KÄLLFÖRTECKNING:

- Ahmadi, Fereshteh (2008) *Kultur och Hälsa* Studentlitteratur, Lund
- Bandura, Albert (1997) *Self-efficacy: The exercise of control* New York: W.H Freeman and company
- Busfield, Joan (1996) *Men women and madness, understanding Gender and Mental Disorder* London
- Giddens Anthony, (2007) *Sociologi* 4:e uppl. , Studentlitteratur Lund
- Goldhor Lerner, Harriet (1995) *Kvinnor och psykiatri* 2:a svenska utgåvan Bokförlaget Natur och Kultur Stockholm
- Hallerstedt (2007) i Hallerstedt Gunilla, *Diagnosen makt* Daidalos Göteborg
- Hamberg, Katarina, Kap 3 (2004) *Genus, medicin och risken för biologisk determinism* tagen ur antologin: E Johansson Eva, Hovellius Birgitta *Kropp och genus i medicinen* Studentlitteratur AB
- Hirdman, Yvonne (2003) *Genus : om det stabilas föränderliga former* 2:a upplagan Liber, Malmö
- Johannisson, Karin(1994) *Den mörka kontinenten* Norstedts Förlag AB, Stockholm
- Karlsson, Lars (2001) *Psykologins grunder* 2:a uppl. Studentlitteratur Lund
- Kåver, Anna, Nilsonne, (2002) Åsa *Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning* Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1984) *Stress, Appraisal and Coping* New York: Springer
- Magnusson, Eva(2002) *Psykologi och kön, könsskillnader till genusperspektiv* Bokförlaget Natur och Kultur Stockholm
- Mahler, Margaret(1975) *Barnets psykiska födelse* Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm
- Nicholson, John (1986)*Kvinnor och män – Hur olika är vi?* Forum Helsingborg
- Näslund, Görel, Kristina(1998) *Borderline personlighetsstörning* Bokförlaget Natur och Kultur Stockholm
- Rosengren, Karl Erik, Arvidsson, Peter (2002) *Sociologisk metodik* Malmö Liber

Stainton Rogers, Rex & Stainton Rogers Wendy (2002) *Genuspsykologi*  
Studentlitteratur Lund

Svensson Kap (1996) *Förståelse, trovärdighet eller validitet?* I Svensson, Per  
Gunnar & Starrin, Bengt(red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*  
Studentlitteratur Lund

Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (red) ”*Kvalitativa studier i teori och  
praktik*” Studentlitteratur, Lund (1996)

Watt Boolsen (2007) *Kvalitativa analyser. Forskningsprocess, människa,  
samhälle* Studentlitteratur Lund



