

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Emotionellt instabilt personlighetssyndrom – psykologers
uppfattning av diagnosens inverkan på identitet och behandling**

Lina Markeby och Philippa Karlsson

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
Vårterminen 2021

Handledare: Jennifer Strand
Rosalie Säregård

Emotionellt instabilt personlighetssyndrom – psykologers uppfattning av diagnosens inverkan på identitet och behandling

Lina Markeby och Philippa Karlsson

Sammanfattning. Syftet med föreliggande studie var att undersöka psykologers uppfattning av hur diagnosen Emotionellt instabilt personlighetssyndrom inverkar på patientens identitet samt vilken funktion diagnosen har vid behandling. I studien deltog tio legitimerade psykologer i en semistrukturerad intervju. Data analyserades med tematisk analys. Psykologerna menade att gruppmeکانismer kunde förstärka patienters identifikation med diagnosen. De påtalade också att vissa patienter under behandling kunde smälta samman med eller avvisa diagnosen. Diagnosen kunde få konstruktiv identitetspåverkan om den användes som en tillfällig beskrivning av självet. Diagnosen hade således ett pragmatiskt värde och kunde fylla en hållande funktion för dem själva liksom för patienter. Sammantaget tyder resultatet på att diagnosen tycktes fylla symboliska och pragmatiska funktioner både i och utanför behandlingsrummet.

En diagnos är en mer eller mindre långvarig etikett, beroende på hur lång tid det tar för individens diagnosspecifika symtom att avta. Vad gäller personlighetssyndrom handlar det ofta om flera år under vilka individen uppfyller diagnoskriterierna; i somliga fall blir lidandet även kroniskt (British Psychological Society, 2009). I fråga om behandlingsutfall för Borderline Personlighetssyndrom (BPS) visar longitudinella studier att drygt 50 procent av de som får diagnosen förbättras så till den grad att de inte längre uppfyller diagnoskriterierna fem till tio år efter det att de fått diagnosen (Zanarini et al., 2003). Diagnostisering är dock en komplex process. Även om symtomreduktion inträffar tycks diagnostisering och behandling ibland leda till att individer upplever stigma på grund av internalisering av stereotypa föreställningar, både på ett personligt plan men också i relation till andra (Corrigan, 2007). Diagnostisering och behandling som process kan således påverka människors självförståelse i rollen som medlemmar i en samhällelig gemenskap (Haslam, 2016). Området är, enligt Haslam (2016), relativt outforskat.

Diagnoser kan upplevas bekräfta vad som är ett verkligt eller faktiskt existerande problem och de kan ge lidande både riktning och en form (Svenaеus, 2013). Genom att ge det som plågar oss en medicinsk beteckning får det svårgripbara lidandet en legitimitet och mening. Kategorisering av lidande kan således påverka både behandlingsförlopp och prognos genom att patienten tillhandahålls en färdigdefinierad sjukdomsbeskrivning (Svenaеus, 2013). Således är syftet med föreliggande studie att undersöka psykologers uppfattning av hur diagnosen Emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) inverkar på patientens identitet samt vilken funktion diagnosen har vid behandling.

Inom psykiatrin används oftast Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-V (DSM-V) för klinisk diagnostik eftersom den underlättar för mer preciserade bedömningar av patienter (Socialstyrelsen, 2019). Däremot används främst International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem-10 (ICD-10) som underlag för kodning av diagnosen i patientregistret (Socialstyrelsen, 2019). Eftersom DSM-V konsulteras vid diagnostisering av patienter i ett kliniskt sammanhang anses det aktuellt, med hänsyn till studiens syfte, att ge en beskrivning av diagnosen utifrån DSM-V. DSM-V listar nio kriterier för BPS: rädsla att bli övergiven, kraftiga humörsvängningar, impulsivitet, problem med ilska, återkommande självmordsförsök eller självskadebeteende, mönster av instabila och intensiva relationer, kronisk tomhetskänsla, instabil självkänsla, stressrelaterade paranoida tankar eller dissociativa symtom (APA, 2014). Fem av dessa ska vara uppfyllda för att diagnos skall ställas. I föreliggande undersökning används genomgående diagnosbeteckningen Emotionellt Instabilt Personlighetssyndrom (EIPS) då borderline personlighetssyndrom anses vara förknippat med stigma (New & Triebwasser, 2018).

I Sverige har prevalensen av EIPS beräknats vara mellan 70 000 och 140 000 individer (SBU, 2005). Rück (2020) resonerar kring det faktum att diagnoser av vissa slag, samt sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa, ökar. Rück ställer sig tveksam till att vi på basis av diagnosers prevalensökning drar slutsatsen att det psykiska lidandet totalt sett ökar i samhället och framhåller att diagnosen som kategori skulle kunna betraktas som relativ i förhållande till både tidsanda och kultur (Rück, 2020).

Diagnostisering berör inte endast den enskilda diagnostiserade individen, utan påverkar även hur människan som samhällsmedlem ser på lidande som fenomen (Johannisson, 2006). Hallerstedt (2006) menar att "identitetsbildningar i stor utsträckning är en följd av kategoriseringar och får konsekvenser" (s.21). Den kategorisering som diagnostisering innebär, menar Svenaeus (2013), kan komma att fungera som en identitet. Föreställningar som florerar i den samtida debatten kring psykiatriska diagnoser och den ökade förekomsten av psykisk ohälsa som identifierats under de senaste åren, tyder på ett behov av att undersöka diagnoser ur ett individ- såväl som ur ett samhällsperspektiv (Rück, 2020).

Den teoretiska grunden för den föreliggande studien utgörs huvudsakligen av socialpsykologisk och sociologisk teoribildning kring identitet och kategoriseringens funktion samt konsekvenser för individen.

Samhället, jaget och identiteten

Identitet kan konceptualiseras och härledas ur de "kulturella möjligheter och begränsningar som är tillgängliga för en individ i en given kontext" (Kroger, 2007, s.19). Ett sådant angreppssätt kan beskrivas som sociokulturellt i och med att individens respons på omgivningen antas ligga till grund för identitetsbildning. Biologiskt givna förutsättningar och inlärningspsykologiska mekanismers påverkan på individen förnekas inte, men får däremot inta en bakgrundsposition (Kroger, 2007).

Helheten och delarna. Tänkarna inom den teoretiska inriktning som benämns som symbolisk interaktionism och vars främsta företrädare är socialfilosofen George Herbert Mead, beskriver människan som fundamentalt socialt beroende (Berg, 2007). Enligt Mead

(1976) befinner sig samhället och jaget i en oändligt komplex och ständigt pågående, dynamisk process och ”förfogar över ett jag endast i förhållande till jaget hos de andra medlemmarna i hans sociala grupp” (Mead, 1976, s. 126). Vi uppstår som medvetna, avsiktsstyrda och självreflekterande varelser ursprungligen ur interaktionen med andra i betydelsefulla nära relationer (Mead, 1976). I takt med utveckling och kontinuerligt interagerande vidgas dessa relationer så att de slutligen omfattar ”alla” andra i den sociala gruppen (Mead, 1976). Det organiserade sociala beteendet integreras således i individens jagstruktur vilket lägger grunden för identitetsbildningen och en tänkt, inre mekanism som innefattar ”jag” och ”mig”. ”Jag” kan betraktas som den rena agenten inom individen som oförutsägbart svarar på de sociala villkor som dikteras av ”mig”, eller samhället som helhet.

De delvis determinerande sociala interaktionerna möjliggör tänkande, meningsskapande och anpassning genom människans förmåga till användning av symbolspråk. Språket gör att den enskilda människan kan upprätta betraktelseavstånd till jaget genom att göra sig till objekt för sig själv. Det blir då möjligt för individen att tala med sig själv liksom hen talar med andra (Mead, 1976). Genom införlivandet av samhället står jaget i ett ständigt, reciprokt förhållande till den sociala situationen och konventionen (Mead, 1976). Dock bör inte detta förstås som att individen passivt lyder under sociala förhållanden (Berg, 2007). Samhället finns, teoretiskt, närvarande i jaget i och med identitetsbildningen och självmedvetandets uppkomst. Det står därmed individen fritt att i viss mån på egen hand reglera förhållandet mellan ”jag” och ”mig” (Mead, 1976). Genom att låta ”jag” och agentskapet väga tyngre än ”mig” och den sociala gruppens samlade attityder, kan den enskilde förändra den sociala omgivningen på genomgripande sätt (Mead, 1976). Dock kan individen enligt symbolisk interaktionistisk teoribildning aldrig helt frikopplas från sitt sammanhang (Berg, 2007).

Stigma, skam och stolthet. Erving Goffman vidareutvecklade Meads resonemang om individen som kan betrakta sig själv i perspektiv genom att överta andras attityder och roller (Mead, 1976). Det självreflekterande jaget blir i Goffmans beskrivning en aktör på en social scen inför en publik bestående av andra människor. Individen kan på så vis forma bilden av självvet (Engdahl & Larsson 2011). Aktören kan också bli sin egen publik och i likhet med Meads ”jag” och ”mig” reflektera över och konversera med sig själv i närvaro av samhället som inre representation (Berg, 2007).

Samhälleliga föreställningar som rör identitetsvärden, normer och förväntningar bestämmer gränserna för hur individer kan uppträda och ändå bli erkända av andra (Goffman, 1974). Synliga och osynliga tecken på avvikelser från det tillfälligt ”normala”, stigmat, tvingar individen att genom intrycksstyrning framställa sig på sätt som tillåter anpassning till kollektivet. Avslöjande av stigmatiserande egenskaper kan medföra andras misskreditering med moraliska undertoner och individens anseende riskerar då befläckas på sådana sätt att livsutrymmet krymper (Goffman, 1974). Goffman kallar de interaktionsordningar genom vilka människor justerar social, personlig och jagbetonad identitet i syfte att undvika misskreditering för ”de skamliga olikheternas dynamik” (1974, s. 195).

Link och Phelans (2001) stigmakonceptualisering användes av Green, Davis, Karshmer, Marsh och Straight (2005) för att undersöka hur upplevelsen av stigma påverkar individer med synliga funktionsvariationer. Konzeptualiseringen bygger på Goffmans konstrukt och innehåller de fem komponenterna ”etikettering, stereotypisering, separation,

statusförlust och diskriminering” (Link & Phelan, 2001, s. 382) som därmed beskriver ett tydligt sociokulturellt fokus. Studiens resultat indikerade att dessa sociala delprocesser påverkade stigmatiserade individers liv negativt i varierande grad (Green et al., 2005). Författarna noterade att drabbade individer fann kreativa sätt att motverka negativa effekter av att förknippas med stigma. Dock konstaterades att andras sociala avståndstagande och det förfrämjande som följde upplevdes som mycket plågsamt (Green et al., 2005).

Stämplingsteorin började formuleras på 1960-talet av bland andra Thomas Scheff (Thoits, 1999). Teorin berör sociala processer och kvalitén i det Scheff kallar sociala band (Aspelin, 1996). De sociala banden regleras genom emotionerna skam och stolthet (Scheff, 1997). Skam utlöses då sociala band hotas på grund av alltför mycket närhet eller överdriven distans (Scheff, 1997). Trygga relationer är nödvändiga för ett samhälles organisation. Den trygghet som stabiliserar sociala förhållanden skapas genom att förväntningar klargörs direkt eller indirekt. Applicerade på psykisk ohälsa tecknar dessa resonemang bilden av hur etiketterande av socialt avvikande beteende kan fylla en samhällsfunktion (Scheff, 1966). Dock kan inplacering av avvikande individer i sjukdomskategorier leda till stereotypisering som i sin tur kan fungera som en självuppfyllande profetia (Scheff, 1966).

Kategorisering och interaktion

Tendensen att kategorisera sin omgivning är en påtaglig mänsklig aktivitet (Tajfel, 1963). Kategorisering syftar till att förenkla omvärlden men kan leda till en komplicerad process som förändrar både det beskrivande och det beskrivna (Hacking, 1995, 1999). Språkliga symboler utgör en central del i denna process där människor förändras på genomgripande sätt som en konsekvens av att ha placerats i en språklig kategori (Hacking, 1986; Tajfel, 1959).

Stereotypisering och social kognition. Vad gäller kategoriseringsprocessen konstaterade Tajfel (1957, 1959) att vår tendens att kategorisera leder till en perceptuell betoning av likheter inom grupper och skillnader mellan grupper. Tajfel (1957) poängterade att en sådan betoning inte bör betraktas som maladaptiv utan snarare som en vanligt förekommande perceptuell process. Tajfel (1957, 1959) visade även empiriskt att detta resulterar i stereotypisering, i synnerhet då kategorierna är viktiga eller värdefulla för individerna i fråga. I och med att sociala företeelser ofta klassificeras utifrån upplevelser av relevans och värde menade Tajfel (1957) att den sociala bedömningsprocessen kan ske på abstrakta grunder. Konkreta mellanmännsliga skillnader såsom utseende eller etnicitetsmarkörer behöver alltså inte föreligga för att kategorisering ska äga rum (Tajfel, 1957).

Social samstämmighet påverkar hur människor förhåller sig till sin omgivning (Tajfel, 1959). Människor uppmärksammar följaktligen information i sin omgivning som bedöms relevant på ett socialt plan. Den sociala påverkan kan bland annat ske genom att tillskriva sociala fenomen språkliga etiketter (Tajfel, 1959). Dessa språkliga kategorier utgör symboler som bygger på kollektiva erfarenheter av liknande fenomen vilket påverkar individens uppfattning samt förståelse av det som observeras (Tajfel, 1959).

Tajfel, Billig, Bundy och Flament (1971) påvisade empiriskt att människor favoriserar personer som tillhör den egna gruppen, även när uppdelningen mellan grupper

har skapats på imbecilla grunder. Long, Pinel och Yawger (2017) fann att favorisering av den egna gruppen varierar beroende på om medlemmarna i gruppen tror att de delar subjektiva upplevelser med övriga medlemmar. Författarna beskriver fenomenet i termer av att människor som upplever att de delar det Mead (1976) kallar för ”jag” med andra människor tillhörande samma grupp, tenderar att favorisera den egna gruppen mer än den andra gruppen. Förmodan om att dela subjektiva upplevelser med de som inte tillhörde den egna gruppen kunde också förbättra attityden gentemot medlemmarna i den andra gruppen (Long et al., 2017).

Aktivering av kognitivt tillgängliga kategorier kan påverka informationsbearbetning både i mötet med omgivningen och i relation till självet. En sådan aktivering av tillgängliga scheman kallas ”priming” (Hogg & Vaughan, 2014). Priming av sociala scheman som är av relevans för individen kan leda till stereotypot, det vill säga att personen anpassar sig efter stereotypa föreställningar som gäller för den sociala grupp personen tillhör (Hogg & Vaughan, 2014). Henry, von Hippel och Shapiro (2010) visade i en studie att individer med diagnosen schizofreni uppvisar sämre sociala färdigheter vid misstanke om att andra känner till deras diagnos.

Rörliga diagnostiska kategorier. Vetenskapsteoretikern Ian Hacking begrepp ”interaktiva kategorier” kan användas för att beskriva hur psykiatriska diagnoskategorier, om de betraktas som samhällsvetenskapliga kunskapsobjekt, är rörliga (Hacking, 1995, 1999). När en kategorisk indelning väl uppkommit, börjat studeras och etableras som kunskap interagerar den med det den beskriver. Klassificeringen kan därmed sägas samverka med det klassificerade på sätt som förändrar både det beskrivande och det beskrivna i en process som beskrivs som ”looping effects” (Hacking, 1995, 1999). Interaktionerna sker inom den väv av institutioner och praktiker som omger kategorin och det den betecknar och får således reella sociala effekter (Hacking, 1995, 1999).

Hacking begrepp ”dynamisk nominalism” beskriver processen genom vilken språket förändrar människor på genomgripande sätt (Hacking, 1986). Språkligt formulerade idéer används för att förklara och förstå psykiatriskt lidande som erfarenhet och människor känner igen sig i beskrivningarna. ”Looping effects” demonstrerar hur språket på grundläggande sätt påverkar hur psykiatrisk problematik ”inramas, teoretiseras kring, erfars och behandlas” (Haslam, 2016, s. 4) samt hur detta inverkar på de människor som beskrivs med hjälp av psykiatrisk terminologi. Kliniska realiteter kan således skapas inom vilka vårdpersonalens språk utövar inflytande över patienters självförståelse och erfarenhet (Haslam, 2016).

Kim och Ahn (2002) visade genom en serie experiment hur deskriptiva diagnostiska kategorier samverkar med bedömares personligt formulerade teorier om patologiska tillstånd. Diagnoskriterier viktas olika beroende på hur centrala eller perifera kriterierna är i enskilda behandlares uppfattning om vad som orsakar funktionsavvikelse (Kim & Ahn, 2002). Denna tendens till bedömning enligt kausal status påvisades även vad gäller personlighetssyndrom och studiens resultat indikerar att behandlare använder personligt utformade teorier vilket kan antas påverka inte bara behandlares inledande uppfattning om patientens diagnos utan även fortsatt bedömning av och interaktion med patienten (Kim & Ahn, 2002).

Syfte

Det övergripande syftet med studien är att undersöka psykologers uppfattning av hur diagnosen EIPS inverkar på patientens identitet samt vilken funktion diagnosen har vid behandling. Med behandling avses psykoterapi som syftar till symtomreduktion och ökad funktion hos patienten.

Studiens resultat kan komma till användning i sammanhang där EIPS behandlas och bidra till en vidare förståelse av diagnosens plats i terapin och hur den inverkar på behandlingsprocessen med avseende på patientens identitet.

Metod

Braun och Clarke (2008) understryker vikten av att klargöra teoretiska positioner och antaganden om verklighet och kunskap som görs innan analys och rapport färdigställs. Detta är något av det som säkerställer kvalitativa studiers trovärdighet. Antaganden påverkar förståelsen av det empiriska materialets art och betydelse och klargörandet åstadkommer alltså transparens i detta avseende (Braun & Clarke, 2008).

Studiens epistemologiska ansats kan beskrivas som kritiskt realistisk. Kritisk realism som betraktelsesätt omfattar antagandet att empiriska data inte nödvändigtvis är en direkt avspiegling av verkligheten (Willig, 2013). Data kan däremot säga någonting om vad som utspelar sig i en verklig värld, förutsatt att den tolkas för att fördjupa förståelsen för de underliggande strukturer som ger upphov till de fenomen vi försöker nå kunskap om (Willig, 2013). Willig (1999) beskriver också den kritiskt realistiska ansatsen som metodologiskt kontextualistisk vilket innebär att ansatsen kan placeras mitt på ett kontinuum mellan realism och relativism.

I denna studie har de teoretiska infallsvinklarna använts först och främst för att skapa sammanhang kring ämnet och för att motivera syftesformulering. Andra teoretiska angreppssätt har också använts senare i processen under tolkning och diskussion. De teoretiska begrepp som använts under de olika faserna i studiens genomförande kan betraktas som sensiterande (Kvale & Brinkmann, 2014). Sensiterande begrepp anger en riktning för betraktande och resonering utan att något föreskrivs eller bestäms (Kvale & Brinkmann, 2014).

Tematisk analys såsom den beskrivs av Braun och Clarke (2008) har använts som metod. Den tematiska analysen kan beskrivas som en metod i sin egen rätt men kan också användas som ett kodningsverktyg inom ramen för andra analytiska traditioner (Braun & Clarke, 2008). Fördelarna med en tematisk analys är bland annat dess flexibilitet vilket tillåter införlivande av växelvis datastyrda och teoristyrda angreppssätt och ger således en frihet i förhållande till teori (Braun & Clarke, 2008).

Urval och deltagare

För deltagande i studien skulle samtliga informanter uppfylla kriterierna legitimerad psykolog med minst ett års behandlingserfarenhet av individer med diagnosen EIPS. Legitimerade psykologer valdes eftersom samtliga deltagare har en liknande utbildningsbakgrund. Likvärdighet vad gäller utbildningsbakgrund bedömdes vara relevant då studiens övergripande syfte var att undersöka diagnosen EIPS i förhållande till psykologisk behandling. Minst ett års behandlingserfarenhet bestämdes som inkluderingskriterium för att säkerställa att intervjudeltagarna har haft kontinuerlig kontakt med den aktuella patientgruppen och således även haft tid att bilda sig en uppfattning om hur diagnosen tar sig uttryck i praktiken. Bland deltagarna varierade behandlingserfarenheten från ett till 30 år.

Deltagarna rekryterades primärt genom att publicera en annons på Facebook i den stängda gruppen Psykologer som är ett forum för verksamma psykologer i Sverige. Tre av tio deltagare rekryterades via Facebook. Resterande sju deltagare rekryterades genom ett bekvämlighetsurval. Totalt deltog tio psykologer i studien.

Intervjuguide

Intervjuguiden utformades mot bakgrund av de tre huvudteorier som beskrivits ovan. Ett semistrukturerat intervjuformat valdes eftersom utrymme ges för följdfrågor som framkommer under intervjuens gång (Kvale & Brinkmann, 2014). Studiens breda och explorativa syfte, såsom det inledningsvis formulerades, användes och intervjuguiden strukturerades enligt följande underrubriker: “diagnosens plats i terapin”, “påverkan på behandlingsprocessen” och “konsekvenser vad gäller identitet”. Utöver frågor tillhörande dessa underrubriker formulerades även inledande frågor gällande hur länge intervjudeltagarna arbetat som psykologer samt vilken erfarenhet de har av behandling av personer med EIPS. Detta gjordes i syfte att få en bild av variationen inom gruppen vad gäller klinisk erfarenhet och metodspecifika arbetssätt. En överblick av deltagarnas behandlingserfarenhet ansågs relevant för att belysa en eventuell kontextuell påverkan på deltagarnas upplevelser av diagnosen EIPS. En pilotintervju genomfördes för att kunna revidera och eventuellt omformulera intervjuguiden.

Datagenerering

Informanterna intervjuades enskilt över Zoom under tidsperioden januari 2021 till februari 2021. Genomförandet av intervjuerna delades lika mellan författarna. Intervjuerna tog mellan 30 och 60 minuter att genomföra. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en mobiltelefon.

Innan intervjuerna påbörjades informerades samtliga deltagare om det grundläggande individskyddskravet, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2017). Därefter tillfrågades deltagarna att lämna sitt samtycke innan intervjufrågorna ställdes. Samtycket inhämtades muntligt eftersom alla intervjuer genomfördes på distans.

Analys

Tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) användes för att organisera och analysera intervjumaterialet. Databearbetningen påbörjades då intervjuerna transkriberades ordagrant inklusive de pauser informanterna gjorde i framställan. Transkriberingen av intervjuerna delades upp mellan författarna på så vis att den som genomfört intervjun även transkriberade den. Efter transkribering av de första intervjuerna tog vi del av varandras material för att säkerställa att transkriberingen genomfördes på liknande sätt. Då transkriberingen färdigställdes gjordes en genomläsning av intervjuerna och därefter utformades en snävare och mer fokuserande forskningsfråga (Braun & Clarke, 2006, s 85).

Vidare gjordes en genomläsning av materialet för att få en helhetsuppfattning av det som framkommit. Kodningen påbörjades vid den andra genomläsningen. En induktiv kodningsprocess användes med forskningssyftet och den teoretiska bakgrunden som guidande utgångspunkt. Kodningsprocessen gjordes så öppen som möjligt för att undvika alltför stor teoretisk snedvridning (Kvale & Brinkmann, 2014). Koderna som genererades var både tolkande och textnära. Parallellt diskuterades kodernas relevans med hänsyn till forskningssyftet och reflektioner kring materialet dokumenterades löpande.

Koderna extraherades från intervjumaterialet och listades i ett separat dokument tillsammans med motsvarande dataextrakt. En "bottom up"-strategi användes vid kategorisering av koder och extrakt för att undvika det som av Braun och Clarke (2006) benämns som "anekdotiskt angreppssätt" där fåtalet enskilda dataextrakt på förenklade sätt får representera hela datakroppen (s.96). Det kodade datamaterialet uppmärksammades och diskuterades således i sin helhet och placerades i breda kategorier baserat på meningsinnehåll. Kategorierna sammanfördes, strukturerades och fyra huvudteman genererades: laddad benämning, existentiella gränser, reglering och pragmatiskt värde.

Under respektive huvudtema identifierades underteman med hänsyn till forskningssyftet och materialet som helhet. Intern koherens säkerställdes genom att samtliga underteman tydligt kunde urskiljas som separata och placeras så att de endast motsvarade ett huvudtema (Braun & Clarke, 2006). Temastrukturens relevans med avseende på forskningssyftet sågs över och en bedömning gjordes huruvida teman och underteman kunde förankras i extrakt ur materialet.

Reflexivitet och etiska överväganden

Den kvalitativa intervjuundersökningen kan få moraliska implikationer eftersom kunskapsproduktionen påverkar andra människor (Kvale & Brinkmann, 2014). Det är därför av vikt att kontinuerligt reflektera över späningsförhållandet mellan "önskan att erhålla kunskap och etisk omsorg" (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 98).

Kravet på informerat samtycke kan sägas vara potentiellt etiskt osäkert eftersom det omfattar en bedömning gällande mängden information som delges informanterna innan påbörjad intervju (Kvale & Brinkmann, 2014). En allmän beskrivning av studien bör ges så att informanterna rimligen kan välja om de vill delta eller inte (Vetenskapsrådet, 2017). Information om undersökningens syfte delgavs informanterna innan påbörjad intervju.

Eftersom studiens syfte var brett och explorativt, fattades beslut att inte redovisa resonemang kring det teoretiska ramverket i förhoppningen att undvika teoretiskt anpassade svar. Däremot ansågs det etiskt betydelsefullt att i efterhand delge informanterna den slutgiltiga rapporten eftersom detta efterfrågades av de flesta av de som intervjuades.

Etiska frågor på makroplan berör de sociala effekter kunskapsproduktion kan medföra (Kvale & Brinkmann, 2014). Informanterna i den aktuella studien uttalar sig om personer med EIPS och speglar därmed indirekt patientgruppen. Valet av psykologer som informanter snarare än patienter motiverades av det faktum att intervjuer med patienter bedömdes omfatta större etiska risker, däribland risk att etablera en intervjukontext med terapeutisk prägel. Intervjuer med patienter hade däremot inneburit ett förstahandsperspektiv vad gäller den inverkan diagnosen EIPS kan ha på den egna identiteten. Valet av psykologer som informanter skulle således kunna vara en begränsning eftersom patientperspektivet beskrivs utifrån metaresonemang.

En viss maktassymmetri mellan den som intervjuar och den som blir intervjuad är ofrånkomlig i kvalitativ forskning och tolkningsföreträde blir således föremål för etiska överväganden (Kvale & Brinkmann, 2014). Deltagarna har inget inflytande på analys och tolkning efter fullbordad intervju vilket innebär att det finns en risk att informanterna känner sig felaktigt representerade i den slutgiltiga rapporten. Braun och Clarke (2006) menar dock att en tolkande ansats, snarare än en parafraiserande eller beskrivande sådan, kan sägas vara ett kvalitetskrav vid intervjustudier. Tolkningarna som gjorts har kontinuerligt förankrats i det empiriska materialet i så stor utsträckning som möjligt. Detta har gjorts i syfte att inte förlora kontexten i informanternas utsagor (Braun & Clarke, 2006).

Vad gäller den egna förförståelsen hade vi en tanke om att informanterna med psykoanalytisk inriktning eventuellt skulle ställa sig mer tveksamma till användandet av DSM-diagnoser än övriga informanter. En sådan föreställning baserades bland annat på erfarenheter av både Psykodynamisk terapi (PDT) och Kognitiv beteendeterapi (KBT). Vid behandling med den förstnämnda metoden diskuterades i regel inte patienternas problematik i relation till DSM-diagnoser, vilket däremot var fallet vid behandling med KBT. Med hänsyn till dessa erfarenheter försökte vi undvika att anpassa intervjufrågor efter de åsikter vi föreställde oss att psykologerna skulle ha baserat på huvudsaklig metodinriktning.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka psykologers uppfattning av hur diagnosen Emotionellt instabilt personlighetssyndrom inverkar på patientens identitet samt vilken funktion diagnosen har vid behandling. Analysen av intervjuerna resulterade i fyra huvudteman: ”Laddad benämning”, ”Existentiella gränser” samt ”Reglering och pragmatiskt värde”. Under respektive huvudtema har underteman identifierats (se tabell 1).

Tabell 1.

Analysens fyra huvudteman med tillhörande underteman

Tema	Undertema
1. Laddad benämning	1.1 Den Andres blick 1.2 De som har borderline 1.3 Ogiltigförklarande
2. Existentiella gränser	2.1 Den utlånade identiteten 2.2 Avvisande och vägran 2.3 Okritiskt införlivande
3. Reglering	3.1 Diagnoskultur 3.2 Härbärgerande struktur 3.3 Det lilla och det stora rummet
4. Pragmatiskt värde	4.1 Arbetshypotes 4.2 Undantagstillstånd

Laddad benämning

Av intervjumaterialet framkom att benämningen EIPS kunde uppfattas som laddad och därmed försvårades öppenhet om diagnostillhörighet i olika grad beroende på kontext. I och med diagnosen kunde patienter placeras i en position där andra bedömde dem som avvikande. En sådan positionering beskrevs i termer av stämpling och enligt psykologerna kunde patienter uppleva att etiketten riskerade att bli permanent. Diagnostillhörigheten kunde också leda till en känsla av gemenskap och trygghet för patienter då den delades med personer som tillhörde samma grupp. Gruppsammanhang kunde således förstärka kopplingen mellan identitet och diagnos.

Den andres blick. Av intervjumaterialet framkom att andras vetskap om diagnosen kunde bli svårförenlig med samhällets förväntningar om vad som anses vara ”normalt fungerande”. Kontaktytorna där diagnosen blev aktuell kunde orsaka smärta och komplexa känslor. Patienter kunde ha svårt att berätta om sin diagnos i sammanhang som på arbetsplatsen, tillsammans med bekanta och i andra vårdsammanhang. Psykologerna uppgav också att många patienter valde att inte berätta om sin diagnos av rädsla för att bli dömda och således bemötta på ett sätt som präglas av samhällets negativa stereotyper av EIPS.

...alltså att man har mött det någonstans i samhället /.../ ja om man har varit i slutenvården kanske /.../. Eller om man har varit utsatt för någonting i bekantskapskretsen eller så. Många väljer ju att inte berätta så jättemycket om vad de har för diagnoser. (Informant 3)

Psykologerna berättade om hur svårigheter ofta kunde uppstå hos patienter vad gäller att förstå sig själva i relation till omvärlden. Av intervjumaterialet framkom att patienter aktivt sökte efter publika formuleringar online och att de kunde få svårt att sammanfoga den bild av personer med EIPS som tecknas av andra på sociala medier med uppfattningen av självet.

Ganska många inleder behandlingen med att tala om svårigheter hur de ska förhålla sig till sin omgivning för att de har läst hemska beskrivningar på internet av hur borderlinepatienter är. Det är väl det de oftast Googlat... de har hamnat i Flashback och Familjelivrådar där det beskrivs allsköns monster och de har mycket svårt att få ihop den här bilden med sig själva. (Informant 5)

Psykologerna beskrev att diagnosen främst aktualiserades i mötet med andra och att avslöjandet av diagnostillhörighet kunde resultera i att andra placerade patienterna i en position som inte överensstämde med den position de själva önskade inta.

...folk har stereotypa föreställningar kring vad den här diagnosen innebär och vem man blir. "I min [patientens] relation och i min [patientens] sociala krets kan det leda till att jag hela tiden blir liksom sjukförklarad". (Informant 6)

Flera av psykologerna framförde att diagnosen EIPS är en diagnos som patienter undvek att berätta om för andra eftersom de riskerade att bemötas i enlighet med en stigmatiserande benämning.

...i samhället i stort så är det ju nog en annan sak tänker jag. Hör någon som inte jobbar inom psykiatrin, som inte är psykolog eller läkare /.../ ordet borderline eller emotionellt instabil personlighetsstörning... alltså det blir ju en stämpel. (Informant 3)

Även om det fanns uppfattningar av att patienter blivit bemötta med förståelse och tolerans av sjukvårdspersonal kunde de också bemötas med avfärdande och nedvärderande attityder som var i linje med samhällets syn på diagnosen. Diagnosen som benämning kunde enligt psykologernas berättelser medföra att andra såg patienter som påfrestande och hotfulla.

...att de [patienterna] i kontakt med akutpsykiatrin kan känna sig nedvärderade av skötare och liksom bemötta som besvärliga, kanske till och med farliga...så när sån upplevelse tycker jag finns bland patienterna. Men det är ju klart det är ju inte... i samhällets ögon så är det väl ingen som tycker att det är en snygg diagnos. (Informant 2)

De som har borderline. Psykologerna berättade att personer som i och med diagnostisering tillhörde patientgruppen med EIPS kunde ha omfattande upplevelser av förfrämligande redan innan utredning och behandling. Diagnostillhörighet kunde minska känslan av utanförskap hos patienter då behandling av EIPS inom psykiatrin i många fall sker delvis i grupp. Stigma och stämpling uppfattades således kunna förmildras av sammanhanget. Av intervjuaterialet framkom också att patienters insikt om problematikens förekomst på gruppnivå kunde minska känslan av isolering och avvikelser.

...det finns ju fler än jag [patienten] som har haft det på det här viset /.../ att man blir lite mindre konstig. (Informant 1)

Diagnosen kunde fungera som en startpunkt för interaktion med andra patienter och användas för att etablera en gemenskap som skapade trygghet. Psykologerna beskrev att

diagnosbeteckningen kunde komma på tal bland annat då patienter delade erfarenheter av att ha blivit illa bemötta i olika sammanhang och att delandet av sådana erfarenheter var tydligast i början av behandlingsförloppet. Samtalen fick däremot ett annat innehåll när patienter lärde känna varandra över tid.

...det kan ju bli en identitet /.../ tillsammans med andra patienter med liknande problem eller diagnos. Så då... där blir det ju också en.... något som man delar och en gemenskap i diagnosen. /.../ Det kan ju fylla en positiv funktion kanske där de känner att de delar samma erfarenheter och upplevelser kanske. (Informant 6)

Gruppsammanhang beskrevs kunna förstärka kopplingen mellan identitet och diagnos. Psykologerna redogjorde för hur patienter därmed kunde bli ovilliga att släppa taget om diagnosen, även i de fall då denna skulle kunna avskrivas efter fullbordad behandling.

...de flesta har en syn att personlighetsdiagnoser är någonting man har för alltid. /.../ man får prata om att den här behandlingen är till för att på något sätt hjälpa dig att kunna komma ifrån det /.../. Och kanske faktiskt att diagnosen kan avskrivas i slutet av terapin också /.../ att de bör förlika sig med det redan från början. Att det inte är deras identitet eller så. (Informant 10)

Av intervjumaterialet framkom att patienter, som en konsekvens av att inte längre förknippas med diagnosen, riskerade att exkluderas från gruppen. Exkludering kunde upplevas som smärtsamt och många kunde därmed vara mindre villiga att lösgöra sig från diagnosen.

...patienter som har umgåtts i kretsar med flera personer där samtliga redan har /.../ en borderlinediagnos. Och då har det blivit /.../ nästan som en tävling mellan dem, vilken [av personerna i bekantskapskretsen] har mest borderline? Och tar jag bort den då är jag inte del i gruppen längre på något sätt. /.../ Då är de inte motiverade att få bort den. /.../ då har jag upplevt att det har varit problem. (Informant 9)

Ogiltigförklarande. Psykologerna beskrev att patienter i och med diagnosen EIPS riskerade att bli behandlade som mindre kapabla än personer utan diagnostillhörighet. Av intervjumaterialet framkom uppfattningar om att andra kunde bemöta patienter utifrån förlegade stereotyper om psykisk ohälsa och att patienterna själva hade svårt att påverka en sådan uppfattning. Patienter kunde använda diagnosen till sin fördel, dock på bekostnad av att ses av andra som en fullt fungerande samhällsmedlem.

Man räknas ju inte med. /.../ Man kan utnyttja diagnosen men man räknas ju inte riktigt. Psykpatient... det där lever ju kvar. /---/ Jag tycker det är fruktansvärt. (Informant 8).

I intervjuerna tecknades bilden av hur patienter i och med diagnostisering kunde reduceras till enbart ett personlighetssyndrom i andras ögon. Attribut och egenskaper som annars ses som personliga särdrag, såsom känslsamhet, kunde i ljuset av diagnosen omtolkas på negativa sätt.

...ja det blir ju ofta lite "jamen hon är personlighetsstörd ju...". Alltså det är ju alltid negativt. Om vi nu ska ta personlighetsstörningar. Det är ju alltid negativt. (Informant 8)

I de fall där patienter identifierade sig som psykiatripatienter under en längre tid menade psykologerna att sammansmältning med diagnosen EIPS kunde leda till att patienter ogiltigförklarade sig själva, bland annat genom att inte lita på sin förmåga att hantera vardagskrav.

...personen identifierar sig som en psykiatripatient för alltid och inte kan tänka sig att komma i gång med sysselsättning eller så [kort paus] att det blir "jamen jag har en jätteallvarlig psykiatrisk diagnos och därför kan jag ingenting och klarar ingenting". Så det kan ju bli bristande agens [kort paus] ansvarstagande i det också. (Informant 1)

Av intervjumaterialet framkom att patienter i många fall haft svårt att verka inom skolsystem och arbetsliv samt förhålla sig till de krav som ställs i nära relationer. Psykologerna berättade att samspelssvårigheter med omgivningen kunde upplevas som behäftade med skam och att spontana uttryck således måste kontrolleras för att undvika ogiltigförklarande inför själv och andra.

Jag tror att det [att ha diagnosen EIPS] också är lite mer skamfyllt liksom för att det innebär att "jag har svårt för att vara sårbar" eller "jag har svårt för att lita på folk" eller att "jag har svårt att kontrollera mina känslor...". (Informant 9)

Psykologerna redogjorde för att patienter upplevde det som stämplande och avfärdande att beskrivas som väldigt annorlunda jämfört med andra människor och att det därför var viktigt att framhäva patienters individualitet som skild från diagnosen samt bekräfta patienters känslor och upplevelser.

De har satt på sig den där sjukdomsrollen och det är /.../ en viktig del att jobba med...inom sin terapi. Du är ingen sjukdom, du är /.../ingen sjukling. (Informant 8)

Existentiella gränser

Erhållandet av diagnosen kunde beskrivas i termer av att få en tillfällig identitet och ett språkbruk som kunde användas för att definiera självet och upprätta gränser gentemot andra. Identitetsutforskandet under behandling kunde enligt psykologerna få en existentiell valör. Psykologerna berättade att självdefinition kopplad till diagnosen också kunde upplevas som reducerande av patienter. En sådan upplevd reduktion av personligheten kunde leda till en vägran hos patienter att införliva diagnosen i självuppfattningen samt en förhoppning om att helt avlägsna den. Patienter kunde å andra sidan smälta samman med diagnosen genom ett totalt införlivande, vilket beskrevs som problematiskt eftersom det förhindrade motivation till förbättring.

Den utlånade identiteten. Patienter kunde under behandling beskriva en osäkerhet kring identitet som vissa av psykologerna beskrev i existentiella termer. Patienters upplevelser av att gränserna mellan de själva och andra var flytande beskrevs också kunna påverka förmågan att navigera i samspelet med andra. Målet med behandling kunde bli att föra ett samtal med patienter om deras och andras existens som separata individer med egna inre världar och om de möjligheter att kommunicera och dela erfarenheter som fanns mellan människor. Förutsättningar kunde då skapas för en annan typ av trygghet där patienter utvecklade förmågan att vara i världen på ett nytt sätt.

Om vi /.../ utgår ifrån att borderline i grund och botten är ett slags existentiell otrygghet, att man inte har fått nån tillräckligt god erfarenhet av att få finnas och att behandlingen består av att man skapar en sån erfarenhet. (Informant 4)

Psykologerna framförde att det hos patienter fanns ett behov av att lära sig tala om sig själva på ett friare sätt snarare än på ett sätt som var styrt och förutbestämt av andra. Som ett led i denna process kunde terminologi kring diagnos och symptom lånas ut till patienter som en tillfällig referensram. Ett utlånat språk kunde således användas terapeutiskt som ett sätt att börja sätta ord på ett lidande som tidigare varit ordlöst.

...det finns ju inte riktigt språk för det inre utan det kommer ut i andra former och /.../ då får de [patienterna] låna lite begrepp och symboler liksom för att klara av terapin...och i bästa fall behöver de [patienterna] inte det sen. (Informant 7)

Hanterandet av en tillfällig begreppsvärld som ett sätt att beskriva självet krävde enligt psykologerna medvetenhet om risker. En av dessa risker var att den ställföreträdande identiteten kunde få en permanent prägel. För att undvika att patienter fastnade i ett självförfrämmande diagnosspråk beskrev psykologerna att de behövde ta hänsyn till den identitetsosäkerhet som ingick i symptombilden.

...om vi ger dem en ny identitet som psykiatripatient /.../ då hjälper vi ju inte dem utan då har vi ju bara fortsatt med nånting som är en del av deras centrala problem...och det är det vi ska hjälpa dem med...att kunna sätta ord på saker och hitta något som är de...bortom kategorier och begrepp. (Informant 7)

Psykologerna berättade att konstruktiv användning av den utlånade begreppsapparaten kunde särskiljas från ett ytligt införlivande som kunde ske då patienter tog del av information om diagnosen på sociala medier. Denna typ av införlivande var dock vanligare i början av behandlingsförloppet och patienters språk tenderade att bli mer och mer personligt i takt med att behandling fortlöpte.

...sen så med tiden så slutar de prata om sig själva på det sättet och hittar fram till någonting mer specifikt för dem /.../ hur de funkar och har funkat och hur det hänger ihop med deras livshistoria och kan prata mer fritt i förhållande till det...inte gömma sig bakom begrepp. (Informant 5)

En neutral mellanposition kunde intas av patienter under behandling i fråga om en tillfällig självbeskrivning centrerad kring diagnosen. Identifikation med diagnosen kunde då ske i rimlig omfattning.

Där det blir konstruktivt eller mest konstruktivt...det är väl de [patienterna] som lyckas...se det som en bra sammanfattning av hur de fungerar och hjälpa dem att se vilka problem det ger dem...ja...där det inte blir så mycket identitet åt ena hållet eller andra hållet. (Informant 2)

Av psykologerna uppfattades det som önskvärt att patienter nådde en kompromiss mellan ett totalt införlivande av diagnosen och ett avvisande av densamma. En sådan position kunde då, om den accepterades av patienter, främja det terapeutiska arbetet.

...en viss rimlig identifikation med att det här är jag [patienten] och det här behöver jag [patienten] jobba med kan ju vara hjälpsamt för behandlingen /---/ vi försöker ju inte heller få folk att överidentifiera sig med att bara vara detta utan jobbar ju liksom med att det här kan vara en del av dig liksom. (Informant 8)

Avvisande och vägran. Enligt psykologerna kunde patienter uppleva sig invaliderade vid tillfällena då deras handlingar reducerades till diagnosspecifika termer. Patienters erfarenheter av att inte bli tagna på allvar kunde leda till en önskan om att uttradera diagnosen.

...just det där att få höra att man är manipulativ och söker uppmärksamhet upplevs som väldigt kränkande och det är också väldigt intimt förbundet med upplevelsen av att vara en person med en sån diagnos och därför kan det /.../ förekomma önskingar om att bli av med diagnosen i journalsystemet. Att man skulle göra en ny utredning och ta bort den. (Informant 4)

Patienter kunde uppleva att vårdpersonal i och med diagnostisering överskred sina befogenheter. Sådana upplevelser kunde manifestera sig genom att patienter uttryckte ett starkt missnöje och en uppfattning om att diagnostisering var en hotande handling där vårdpersonal gjorde våld på personliga gränser.

...jag har stött på allting från att personer ser det som en vårdskada... nästan ett övergrepp att de har fått diagnosen, att de är beredda att gå till IVO för att de absolut inte förstår och accepterar att de har den diagnosen... (Informant 4)

Motstånd, eller till och med vägran att ta till sig diagnosen kunde uppstå under olika skeden av behandlingen och patienter kunde då avvisa diagnosen genom att ifrågasätta utredningen. Vissa av psykologerna spekulerade kring att patienter som tog avstånd från diagnosen även tog avstånd från terapeuten.

...vi säger om jag har utrett patienten och har patienten i terapi och patienten säger "jag har fått fel diagnos" då är det också ett utagerande mot mig...i alliansen...alltså det är svårt att inte tänka att det är en relationellt aggressiv handling. (Informant 10)

Av intervjumaterialet framkom att överenskommelse kring diagnostillhörighet är en grundförutsättning för att behandling skall vara verksamt. Patienter beskrevs således måsta lägga sina egna övertygelser gällande alternativa diagnoser åt sidan och underkasta sig villkoren för behandlingen.

...det måste de underkasta sig... om de ska gå i behandling alltså /.../ vi bedömer att du har borderline och /.../ vi tror att den här terapin skulle vara hjälpsamt för det... och så säger patienten "nej jag har ADHD"... det går inte. (Informant 7)

En motsättning som framkom i intervjumaterialet var att avvisande av diagnosen beskrevs förekomma även hos psykologerna själva. Det kunde finnas en motvillighet att genom diagnostisering definiera en annan människas personlighet. Psykologerna kunde uppleva det som svårare att diagnostisera patienter med personlighetssyndrom, vilket ibland ledde till att de föredrog andra diagnoser för att begripliggöra patienters problematik.

...man [psykologer] kanske har känt /.../ ett visst motstånd att sätta en sådan allvarlig diagnos och liksom försökt hålla sig till mer ångest och depressionstillstånd. (Informant 3)

Okritiskt införlivande. Vägen genom utredning, fram till diagnossättning och behandling beskrevs som lång för patienter som sedan länge fört en kamp med ett svårt lidande och en betydande funktionspåverkan. Psykologerna framförde att patienter då kunde uttrycka lättnad vad gäller identifikation med diagnosen och därmed identifiera sig med den på ett sätt som påminde om sammansmältning.

...många...börjar med att överidentifiera sig och blir jättegglada... "åh nu fick jag en diagnos, nu får jag hjälp, jag har kämpat så länge, äntligen". (Informant 9)

Att okritiskt införliva diagnosen i självbilden kunde enligt psykologerna innebära att patienter satte likhetstecken mellan jaget och diagnosen och använde diagnosbeteckningen som ett sätt att förklara vilka de var inför behandlare.

... "jag [patienten] är borderline, jag är psykiatripatient"... "jamen det är bara för att jag har borderline" kan de [patienterna] säga eller "ni vet ju hur det är när man har borderline" /.../ identitetslösheten gör att en kategori tas från utsidan och stoppas in /.../ helt okritiskt liksom. (Informant 6)

Psykologerna uppfattade att grad av identifikation med diagnosen varierade längs ett kontinuum, från likgiltighet till sammansmältning. De framförde att variationen kunde bero på var i behandlingsförloppet patienter befann sig och hur länge de varit diagnostiserade.

...det är nog mer övervägande så att de flesta identifierar sig lite väl mycket med sina diagnoser faktiskt. Sedan finns det de som inte gör det alls. Där det inte är någon stor grej på något sätt. (Informant 2)

Ett totalt införlivande av diagnosen kunde skapa föreställningar hos patienter om att deras svårigheter var kroniska, vilket beskrevs som ett hinder för terapeutiskt

framåtskridande. Sammansmältningen mellan person och diagnos medförde enligt psykologerna att patienters kommunikation om självet kunde få en gränslös prägel och bli skenbart öppen.

...den kategorin som överidentifierar sig...man har inga gränser i förhållande till vad man berättar om sig själv /---/det kan ju ses på ytan som att öppna upp sig och berätta för någon att man har borderline men egentligen har man ju inte sagt så mycket...om sig själv /---/ samtidigt som det i vissa sammanhang är att säga för mycket. (Informant 1)

I syfte att förhindra att identifikation med diagnosen befästs hos patienter, beskrev psykologerna att de ibland undvek att prata om den under behandling. Om patienter använde diagnosen som en allomfattande förklaring kunde nyansering krävas om vad som hör till patienters person, vad som hör till diagnos och vad som hör till patienters yttre omständigheter.

Att få tag i alla delar av det och kunna särskilja patienten från diagnosen. /.../ alltså att man talar om det helt enkelt. Man märker ju om patienten hela tiden förklarar precis allting som sker med /.../ diagnosen... (Informant 8)

Reglering

I intervjuaterialet framträdde bilden av hur det inom vårdorganisationen kunde skapas en kultur och ett system av normer kring diagnosen samt det språk som förknippades med den. Diagnosen kunde möjliggöra informationsutbyten och den beskrevs kunna fungera som en dörr mellan behandlingsrummet och andra för vården relevanta sfärer. På så sätt kunde diagnosen bidra till reglering av kommunikation och därmed främja samspelet mellan de individer som var involverade i behandlingen. Diagnosen kunde fungera som en hållande och reglerande struktur som beskrevs kunna utgöra en säker utgångspunkt för det terapeutiska arbetet.

Diagnoskultur. Av intervjuerna med psykologerna framkom en bild av hur psykiatri som organisation och verksamhet hade ett grundläggande behov av kategoriska beteckningar såsom EIPS. Omkring diagnosen kunde ett gemensamt och standardiserat språk växa fram vilket kunde vara till hjälp för både patienter och behandlare.

...de flesta av de psykiatriska diagnoserna /.../ de finns ju lika mycket för psykiatrins skull som för patientens skull...för att psykiatrin ska fungera. (Informant 4)

Utöver de krav som kunde ställas inom organisationer i fråga om användandet av diagnoskoder kunde psykologerna känna att de var tvungna att förhålla sig till ett vidare kulturellt sammanhang där diagnoser betraktades som betydelsebärande. Psykologerna spekulerade om förekomsten av en kategoriseringskultur på samhällsnivå.

...jag tycker att...man behöver ingen diagnos. Men samhället behöver den /.../ och det fyller en funktion att ha en diagnos också. /---/ jag tänker att det är i Västvärlden som vi jobbar på det här sättet... (Informant 4)

Psykologerna berättade att diagnosen kunde användas som kommunikationsverktyg inom organisationen. Diagnosen möjliggjorde förmedlandet av en gemensam förståelse för patienters problematik hos samtliga aktörer som var inblandade i vårdförloppet, inklusive patienterna själva.

...det här med vilken funktion den [diagnosen] fyller så tänker jag att det är ett sätt att kommunicera. Kommunicera med patienten. Kommunicera internt inom en verksamhet mellan olika professioner. Gentemot försäkringskassa...liksom sjukförsäkringssystem... (Informant 10)

Diagnosen kunde göra informationsutbyten inom verksamheten snabba och effektiva. Den gemensamma förståelsen kopplad till diagnosen kunde ibland användas som en tumregel, vilket också kunde medföra att annan information kring patienters omständigheter uteslöts och att andra problem inte togs på allvar. Antaganden beskrevs existera bland personal om att diagnosen hade stort förklaringsvärde och därför kunde användas för att säkert förutsäga saker om patienter.

Tyvärr så kan det bli att det blir lite för mycket fokus på diagnosen. Så att man redan har bestämt sig för hur man ska behandla patienten. Utan att riktigt ha tagit reda på vad problematiken är i den aktuella situationen. (Informant 7)

Av intervjumaterialet framkom att det var av vikt att patienter vände sig vid att använda ett visst språk kopplat till EIPS, i synnerhet i början och i slutet av behandlingsförloppet, eftersom detta kunde underlätta kommunikation och anpassning till kulturen inom vården. Patienters ansträngning för att införliva språket beskrevs, liksom psykologernas reservationer.

...folk försöker ta till sig det här [diagnosspråket]. Jag ser det inte som problematiskt så länge det inte... blockerar ett utforskande efter att ordet använts. /.../ ibland tappar folk bort sig själva i det här och kan bara se liksom den psykiatriska jargongen /.../ då är de för fast i språket, då kan de inte prata om sig själva... (Informant 2)

Patienters socialisering till diagnoskulturen kunde enligt psykologerna ibland resultera i ett språkbruk som saknade känslomässig bäring. Den psykiatriska jargongen kunde således verka inskränkande på det personliga i patienters berättelser. Psykologerna redogjorde för vikten av att översätta den psykiatriska terminologin så att patienter använde "riktiga" ord för att beskriva sin verklighet.

...alltså det blir ju ett språk som ska handla om den person jag har framför mig och de upplevelserna. Man kan inte prata i diagnostermer då /---/ och i behandling så försöker vi ju ganska mycket undvika att /.../ använda den

terminologin liksom och inte skapa ett psykiatriskt språk med våra patienter till exempel eftersom det oftast är ganska bortvänt ifrån känslor... (Informant 1)

Härbärgerande struktur. Diagnosen gav enligt psykologerna upphov till språk och förståelseformer som kunde vara stärkande och som kunde fungera som ett stabiliserande nav för en behandlande verksamhet. Patienter kunde ibland innan inträdet i psykiatri, helt eller delvis sakna en samlad uppfattning om sitt lidande vilket kunde vara förvirrande och plågsamt. Talet kring diagnosen under behandling kunde då resultera i en klarhet som fungerade som en trygg landningsplats inför terapeutiskt utforskande. Psykologerna framförde att den betryggande förståelsen inte alltid bidrog till symptomfrihet hos patienter, dock kunde meningssammanhanget kring diagnosen minska den ångest som följde av oklarhet.

...alla såna där system är liksom härbärgerande på olika sätt. Man kommer till psykiatrin med ett eller annat som händer i livet inom en eller utanför som man inte förstår. Och det är alltid värre att inte förstå än att man förstår på ett otillräckligt eller halvdant sätt... så att jag tror att /.../ förståelse skulle kunna vara härbärgerande för en person som tidigare bara har upplevt kaos. Sen så tror jag kanske inte att det är en förståelse som är tillräcklig för att liksom såret ska kunna läkas... men den samlar nog ihop många människor tror jag och ger dem en för tillfället helt livsnödvändig stabilitet. (Informant 5)

Av intervjumaterialet framkom att psykologerna uppfattade gruppbehandlingars tydliga form och innehåll som hållande för patienter men också för dem själva. De beskrev hur behandlingens struktur och systemets stabilitet gjorde det lättare för dem att under behandling ta emot och rymma berättelser från svårt lidande patienter. Detta underlättade i sin tur för patienter att öppet tala om sig själva.

...för att det ska gå att försöka göra någonting terapeutiskt så krävs en struktur och... vi har en väldigt tydlig struktur i [metodspecifik behandling] som gör att jag i alla fall orkar med allt trasigt... som jag möter /.../ jag vet inte hur mycket av den strukturen som bärs av diagnossättningen... men det finns ju någonting strukturerande i det... (Informant 9)

Psykologerna berättade att diagnosens status som formell psykiatrisk formulering kunde vara lugnande för patienter. Ord som beskrev symptom och problem kunde bidra med insikten hos patienter att andra lider på liknande sätt. Att diagnosen fanns, som en beskrivning av det som tidigare varit obeskrivbart, kunde då skänka en tröst som gjorde det lättare att bära det som upplevdes som skamfyllt och avvikande.

...det kan finnas ändå nån sorts liksom lättnad att "jamen ok...det är...det är inte /---/ bara jag [patienten] som är liksom överkänslig"...alltså jag tänker att om det kan finnas en /...funktion i diagnosen så tänker jag att det kan ju vara att "jamen jag [patienten] är ju inte ensam i det här. Det finns ju liksom en diagnos som säger att det här beskrivs... (Informant 3)

Att benämna svårigheter som en sjukdom kunde göra att patienter skapade avstånd till problem som de själva upplevde som destruktiva. Svårigheterna kunde då enligt psykologerna ses som skilda från jaget och det outhärdliga kunde förläggas i diagnosen och betraktas i ett utifrånperspektiv av patienter. Det blev då möjligt att förhålla sig till problemen med minskad grad av självfördömande.

...ganska många egentligen som har /.../ känt sig väldigt missförstådda...känt att de bara förstör saker runt omkring, förstör relationer, förstör allting. Att de hela tiden får höra hur dåliga de är eller hur dumma de är och att många kan...när de får ett ord eller namn på det nästan bryta ihop och säga "tack så mycket /.../ för att jag fick det här...för att jag får förstå varför...det är inte fel på mig utan det är en sjukdom jag har". Och då blir det också lite lättare att distansera sig från det.
(Informant 1)

Det lilla och det stora rummet. Av intervjumaterialet framkom att diagnosen kunde fungera som en justerande markör som möjliggjorde att patienter hamnade i rätt behandlingssammanhang. Precisering av problematiken påbörjades således i själva behandlingsrummet där patienter uppmanades tänka bortom den diagnoskategori de kommit att tillhöra.

Ja, i det lilla rummet så blir du ju tvungen att förhålla dig till individen och hur det här ter sig för den. Så diagnoserna är ju ett sätt att guidas genom det här systemet som vi har byggt. Det är ett sätt att kategorisera patienter för att få dem att hamna hyfsat rätt /---/ sedan då i behandlingen får ju själva nyansera det ske.
(Informant 10)

Psykologernas egen syn på vad som utgjorde en effektiv behandling aktualiserades främst i mötet med varje enskild patient. Bakom stängda dörrar kunde psykologerna känna en större frihet i förhållande till de standardiserade bestämmelser som gäller inom offentlig vård.

...jag är ju anställd en del inom offentlig vård och då måste man ju följa vissa regler så att /.../ jag gör det jag ska när jag... men sen i terapirummet så är det ju jag som styr. Då är det jag som utgår från mitt synsätt och vad som jag uppfattar verksamt för patienten... (Informant 4)

Inom behandlingsrummets väggar gjorde sig det större vårdsammanhanget påmint för psykologerna i och med kravet på journalföring. Diagnosen beskrevs av vissa som terapeutiskt ointressant men rutiner för dokumentation existerade och måste följas. De av psykologerna som arbetade inom psykiatrin beskrev diagnosen som å ena sidan fullständigt närvarande i deras tankeverksamhet i och med det större rummets konferenser och möten. Å andra sidan kunde tankarna på diagnosen helt kopplas bort vid behandlingsplanering som då fokuserade på individen och dess idiosynkratiska omständigheter.

...eftersom man jobbar inom psykiatrin så finns det alltid en diagnos liksom och man tänker alltid kring det. Och det är alltid det som är frågan när man pratar med andra professioner eller på behandlingskonferenser eller så där. Så det är

svårt att vara helt fri från det ju. Fast /.../ jag tänker inte på diagnosen. Särskilt inte i behandlingen...alls. Utan man gör ju behandlingsplaneringen utifrån de individuella svårigheterna som finns eller situationerna eller sammanhanget... (Informant 9)

Psykologerna uttryckte en önskan som fanns hos dem att osynliggöra diagnosen i mötet med enskilda patienter när de passerat tröskeln till behandlingsrummet. I intervjumaterialet framkom motsättningar mellan strävan att inte benämna diagnosen och behov som kunde uppkomma att påminna patienter om att de uppfyllde kriterier för EIPS. Diagnosen kunde användas för att bemöta undvikande hos patienter och främja acceptans för allvarsgraden hos de svårigheter som motiverat behandling. Detta kunde då möjliggöra engagemang i den terapeutiska processen.

...jag försöker göra den [diagnosen] så osynlig som möjligt /---/ däremot där jag kan ta och liksom använda den som diagnos det är mer med /.../ patienter som av olika anledningar inte vill erkänna och ta sig an sitt lidande när de väl är i behandling och har tagit sig dit /.../ att de inte kan erkänna att även detta är en del av dem...där kan det ibland behövas /.../ på ett manifest sätt sägas att "du uppfyller faktiskt kriterier för borderline" på ett eller annat sätt och då kan det hjälpa till att få dem att acceptera det och gå in i ett arbete... (Informant 2)

Pragmatiskt värde

Psykologerna redogjorde för hur de som behandlare kunde använda diagnosen som ett praktiskt verktyg i syfte att skapa riktning i behandlingen. Diagnosen fungerade som en övergripande och begripliggörande ram som beskrevs kunna skapa en motivationsfrämjande klarhet. Psykologerna poängterade att det var viktigt att ta reda på patienters motiv till att vilja ha diagnosen för att undvika ett dysfunktionellt användande av den. Diagnosen kunde även användas av patienter som ett sätt att kommunicera besvikelse till anhöriga som upplevdes ha orsakat dem smärta, i syfte att få en ursäkt. Andra kunde också tillskriva diagnosen ett pragmatiskt värde då den kunde användas för att förklara relationella svårigheter.

Arbetshypotes. Psykologerna uppgav att diagnosen kunde fungera som en fingervisning i fråga om behandlingsupplägg men att diagnosen i sig inte hade ett särskilt stort förklaringsvärde vad gällde förståelsen av patienter. Diagnosen beskrevs som ett möjliggörande instrument vars användning begripliggjordes i relation till psykiatrin som struktur.

...om nån kommer in med en borderlinediagnos så undrar jag fortfarande 98%...jag har fattat 2%...men det är ändå en ganska rimlig, utifrån psykiatrins struktur och behov av att kunna möta de här patienterna så är den [diagnosen] rimlig. Den möjliggör ett arbete. (Informant 6)

Diagnosens funktion kunde vara att sätta ramen för behandlingsupplägget men fokus låg på det patienter själva valde att ta upp i behandlingen. Symptomspecifika konceptualiseringar av patienters problematik kunde användas av psykologerna som grund för preliminära bedömningar av det som ansågs vara centralt att arbeta med i behandling.

...jag tycker inte man behöver tänka på diagnosen så mycket när man jobbar. Utan det är ju på något sätt en arbetshypotes som vi utgår ifrån och på något sätt /.../ det är det här vi har att jobba med. Och sen så får man jobba med de problemen patienten har och hur de manifesteras och ställer till det för en. Och då är det inte alltid /.../ man behöver använda någon diagnos så... utan då använder man istället patientens exempel och problematik. (Informant 1)

Diagnosen kunde även skapa förutsägbarhet för patienter och psykologer vad gällde det terapeutiska behandlingsförloppet. Psykologerna berättade att det var väsentligt att etablera en plan, bland annat i syfte att motivera patienter att fullfölja hela behandlingen. Behovet av att upprätta en gemensam plan kunde bli särskilt aktuellt då behandlingsmetoder var mycket specifika.

Vi behöver vara överens om att här finns en plan, ett tydligt liksom mönster av reaktioner som stämmer med den här diagnosen som vi ska hålla på med en sådan här specifik behandling. (Informant 7)

Psykologerna poängterade att det var viktigt att förhålla sig till eventuella följder av att ställa diagnosen EIPS. Diagnosen kunde uppfattas som meningslös om det inte fanns en tillhörande plan för hur den skulle användas i ett terapeutiskt förändringssyfte. Diagnosens funktion kunde bli att inge hopp hos patienter om att det fanns hjälp att få.

Så fyller det ju en funktion och det tänker jag väl generellt att jamen ska man sätta en diagnos så behöver man också tänka på konsekvenserna av det och liksom ingen ska bli lämnad med en diagnos... utan se vad... hur kan vi jobba med det här /.../ hur kan det vara liksom hjälpsamt med att vi kommit så här långt... (Informant 7)

Diagnosen kunde också öppna upp möjligheter för patienter att få tillgång till problemlösningstrategier som kunde ersätta tidigare vanmakt. Ett sådant möjliggörande kunde hjälpa patienter att själva skapa hypoteser för vad som kunde vara verksamt då svårigheter som låg i linje med diagnosen uppstod.

...här öppnar ju diagnosen dörren för att få hjälp med så här /.../ "hur kan man problemlösa" hur kan man jobba framåt med just de här svårigheterna som man innan har stått ensam med och inte haft kanske några som helst /.../ vägar att hantera... (Informant 4)

Undantagstillstånd. Av intervjuerna framkom att det kunde vara av vikt att beakta patienters bevekelsegrunder till att vilja ha en diagnos. Medvetenhet hos psykologerna om att diagnosen kunde användas av patienter på dysfunktionella sätt ledde till en försiktighet att diagnostisera individer med EIPS. En sådan försiktighet uppstod främst i relation till patienter som

framförde en önskan om att erhålla diagnosen EIPS utan att visa tecken på vidare motivation att genomgå behandling.

...där försöker jag känna av väldigt mycket hur patienten verkar. Alltså av vilken anledning vill de ha diagnosen? /.../ är det kanske för att få rätt till DBT eller MBT eller kanske förstå sig själv? Eller är det /.../ alla mina kompisar har det och jag har läst på och jag tror att jag också har det men är inte riktigt intresserad av behandling eller göra någonting åt det /.../ så kan jag känna ibland vad är vitsen med att ställa en diagnos? (Informant 6)

Diagnosen kunde i vissa fall användas av patienter som ett sätt att kommunicera missnöje till anhöriga och blev då bärare av budskap om känslomässig smärta. Psykologerna berättade att patienter kunde tillskriva diagnosen ett förklaringsvärde som kunde användas i syfte att bli erkända i sitt lidande samt få en ursäkt för tidigare erfarenheter av orättvist bemötande.

...vissa kanske säger det till sina föräldrar lite för att hämnas kan jag få en känsla av ibland /.../ finns en ilska och en sorg där och så vidare som de inte riktigt kan formulera och genom att berätta för sina föräldrar att de har den här diagnosen kanske de har nåt slags hopp om att föräldrarna ska be om ursäkt eller förstå att de har gjort fel eller så... (Informant 7)

Patienter kunde nyttja diagnosen som ett skydd mot omvärlden och en sköld som kunde sättas upp mot andra människors krav. Att hänvisa till begränsningar kopplade till diagnosen kunde vara ett sätt för patienter att inte behöva rätta sig efter andras villkor. Psykologerna beskrev vikten av att utforska vad som dolde sig bakom diagnosskölden för att inte riskera att patienter fastnade i ett permanent undantagstillstånd.

...och då tänker jag när det på något sätt inte är hjälpsamt för patienten att gå med den [diagnosen] framför sig som på något sätt att "rör mig [patienten] inte stör mig inte för att jag har den här diagnosen". Då behöver man titta på vad gör det här? Varför blir det så här? Att du inte möter upp eller så /.../ har vi det som någon typ av skydd för någonting. (Informant 8)

Diagnosen EIPS kunde även användas av andra personer i patienters omgivning i syfte att undvika hantering av relationssvårigheter. Relationella svårigheter kunde förklaras av andra som en konsekvens av diagnostillhörighet. Psykologerna framförde att patienter kunde ha svårt att avgöra vad som berodde på diagnosen EIPS och vad som bättre kunde förklaras av patienters personliga åsikter samt andra faktorer i omgivningen.

...blev så här att "jamen jaha om jag [patienten] kanske har den här diagnosen ja ska alla svårigheter mellan oss förklaras av det då?" /---/ det är klart att det finns ju en risk tänker jag när man /.../ får en diagnos... (Informant 2)

Psykologerna poängterade att behandling delvis syftade till att utforska diagnosens pragmatiska värde för patienter och kunde således känna ett ansvar att vidare undersöka

patienters relation till diagnosen i sin helhet. Patienters förhållningssätt till diagnosen EIPS kunde således utgöra ett värdefullt underlag för vidare förståelse av patienters fungerande.

...de hindren eller de möjligheterna liksom att använda diagnosen på ett destruktivt sätt, de ligger framför allt hos behandlaren och inte hos patienten. Hos patienten kan de för all del uppstå, men tillsammans med liksom en god terapeut så kommer det vara material i terapin som vilket material som helst. (Informant 5)

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka psykologers uppfattning av hur diagnosen Emotionellt instabilt personlighetssyndrom inverkar på patienters identitet samt vilken funktion diagnosen har vid behandling. I studien användes en sociokulturell konceptualisering av identitet. Psykologernas beskrivningar vittnade om att betecknande av individer med diagnosen EIPS kunde få identitetsbildande konsekvenser för patienter. Bilden av diagnosen som meningsbärande ur ett såväl individuellt som ur ett samhällsperspektiv framträdde och diagnosen tycktes fylla symboliska och pragmatiska funktioner både i och utanför behandlingsrummet.

Mead (1976) menade att den "generaliserade andre", i individens medvetande, utgörs av den sociala gruppens organiserade attityder och att medlemskapet i en samhällsordning är ofrånkomligt meningsskapande. Teoretiskt finns alltså denna andre, eller "samhället", införlivat i den enskildes jagstruktur i form av den inre dialogens "jag" och "mig". Mellan individ och kollektiv pågår således ständigt en ömsesidig påverkan genom interaktiva processer (Mead, 1976). I psykologernas skildringar framkom att diagnosen som benämning kunde få en negativ laddning i och med diagnostiserade patienters konkreta möten med andra. En möjlig tolkning är att patienter införlivar negativa samhällsbudskap genom enskilda möten med närstående som sjukförklarar, vårdpersonal som uppträder på upplevt nedvärderande sätt eller anonyma andra som på sociala medier framställer patienter med EIPS negativt. För att tala i Meads (1976) termer blir möjligen dessa "andra" abstrakta representanter för det samhälle som integreras i generaliserad form hos enskilda patienter. Det samtal som förs mellan "jag" och "mig" sker följaktligen inom patienter inför den generaliserade andres värderande blick.

Tillhörighetens ambivalens

Tajfel (1957, 1959) visade empiriskt att kategorisering leder till stereotypisering genom att likheter inom och skillnader mellan grupper förstärks och betonas. I enlighet med ett sådant resonemang framförde psykologerna uppfattningen att patienter med EIPS kunde bemötas utifrån förenklande och förminskande stereotyper om psykisk ohälsa i allmänhet och om EIPS i synnerhet. Patienter kunde således uppleva sig stämplade av att förknippas med ett personlighetssyndrom. Psykologernas utsagor överensstämmer också med Corrigan

(2007) som menade att sociala grupper kan tillskrivas tänkta egenskaper som kan resultera i stigmatiserande föreställningar runt de som tillhör gruppen.

Resultatet speglar att patienter, i och med att de kom att tillhöra en diagnostisk kategori, tycktes uppleva att krav automatiskt uppstod på att förhålla sig till kategorin som "sin egen" oavsett hur identifierade de var med den. Att på så vis placeras i en position som möjligen är oönskad och som inte går att ta sig ur när den väl befästs kan ge upphov till känslor av ambivalens. Kanske kan denna upplevelse delvis förklaras av att patienter möter andras schematiska och ofreflekterade reaktioner och att de således tvingas förhålla sig till stigmat som förknippas med diagnosen. Resultatet indikerar att dessa reaktioner också kunde förekomma inom patienters närmaste krets. Individer med BPD har i en studie av Rivera-Segarra, Rivera, López-Soto, Crespo-Ramos & Marqués-Reyes (2014) berättat om hur de upplever stigmatisering. Av studien framkom att individerna upplevde stigmatisering på en vardaglig basis i relation till familj, partners och samhället i stort. Diskriminering, social exkludering och bristande socialt stöd beskrevs också som vanligt förekommande. Författarna menar att stigmatisering av individer med BPD kan ha att göra med en social separationsprocess där omgivningen betraktar dessa individer som skilda från det sociala nätverk som omsluter dem (Rivera-Segarra et al., 2014).

Av intervjumaterialet framkom att patienter ibland ogiltigförklarar sig själva genom bristande tillit till den egna förmågan att hantera vardagens krav. Viss överensstämmelse finns med studien utförd av Henry et al (2010) där sociala färdigheter hos individer med diagnosen schizofreni försämrades vid förmodan om att omgivningen kände till diagnosen. Möjligtvis kan tendensen att ogiltigförklara sig själv tolkas som ett tecken på övertagande av andras föreställda misskrediterande av personer med diagnosen EIPS. Goffman (1963) menade dock att stigmatiserade individer inte med nödvändighet är låsta i en passiv position i förhållande till andras attityd. Snarare underströk han att eftersom stigmat är en socialt skapad, interpersonell egenskap så är den också möjlig att förändra. För att göra detta krävs att de som upplever sig stigmatiserade i grunden utmanar och lösgör sig från de outtalade premisser och värderingar som underbygger den sociala identiteten (Goffman, 1963). Cooke, Peters, Fannon, Anilkumar, Aasen och Kuipers (2007) menar att det finns ett värde i att hjälpa individer övervinna det stigma som hör till diagnosen genom att utveckla sätt att hantera, förhålla sig till den samt återfå makt över sitt lidande. Detta uttalande ligger i linje med studiens resultat; medvetandegörande om social påverkan i form av kategorisering, stereotypisering och stigmatisering skulle potentiellt kunna underlätta för patienter att använda sig av diagnosen på ett flexibelt sätt.

I resultatet beskrevs å andra sidan hur diagnosen möjliggjorde patienters inträde i en trygg social gemenskap i samband med gruppbehandling inom psykiatrin. Möjligt är att diagnosen i och med detta skeende sammankopplas symboliskt med en länge eftersökt känsla av tillhörighet. Goffman (1963) beskriver hur intimitetsskapande processer människor emellan ofta kräver ett avslöjande av personlig information. Psykologerna uttryckte att det inom gruppen kan bli möjligt att dela även det som i andra sammanhang skulle kunna leda till misskreditering på grund av kopplingen till en stigmatiserad diagnos. Friheten från kravet på intrycksstyrning och strategisk självframställning (Goffman, 1974) kan antas minska tillsammans med de som delar diagnostillhörighet. Kanske innebär det en vila från ett annars svårhanterligt navigerande kring vad som måste döljas och vad som kan visas. Psykologerna skildrade hur patienter kunde ha tidigare erfarenheter av omfattande socialt misskännande.

Det är möjligt att tänka sig att upplevelsen av socialt erkännande i gruppssammanhang ställs i kontrast till dessa negativa erfarenheter. Identifikation med diagnosen stärks eventuellt därmed, i och med att diagnosen då indirekt bidrar till att skammen förknippad med isolering från andra omvandlas till den stolthet som följer med ökad social förankring (Scheff, 1990). Således kan det vara av vikt att som behandlare vara uppmärksam på att grupprocesser potentiellt skulle kunna förstärka en diagnosförankrad identitet på sätt som riskerar att bromsa motivation till förbättring hos patienter.

Socialisering till kultur och språk

I psykologernas skildringar framkom att patienter i och med diagnostisering socialiseras till en vårdkultur som liksom samhället i övrigt ställer krav på anpassning till normer. Diagnosen kunde ha en reglerande funktion eftersom patienter, i linje med Goffmans (1974) scenmetafor, måste lära sig att betrakta sig själva genom att överta de attityder och roller som fanns tillgängliga inom vårdapparaten. Flanagan, Miller och Davidson (2009) belyser att det inom vissa vårdinstitutioner kan uppstå en kultur där patienters symtom och problem betonas, istället för att man förhåller sig till patienter bortom kategorier och begrepp. En sådan kultur kan främja känslor av hopplöshet hos patienter och leda till upplevelsen att diagnosen, och den roll som är förknippad med den, är något oundvikligt och varaktigt (Flanagan, Miller & Davidson, 2009). Språket som används inom vårdinstitutioner tycks, i enlighet med Hackings (1990) resonemang, ha makt att påverka individers självupplevelse. Resultatet i den föreliggande studien indikerar att patienter genom utredning och behandling lär sig tala om sig själva med hjälp av ett "psykiatriskt" språk knutet till diagnosen. Psykologerna beskrev att de önskade att patienter lösgjorde sig från den psykiatriska kulturen. En möjlig tolkning är att risken annars kan uppstå att patienter agerar i enlighet med negativa förväntningar och därmed fastnar i en ond cirkel som slutligen slår fast en diagnosbekräftande identitet.

Av intervjumaterialet framkom att diagnosen och den metodspecifika terminologin kunde lånas ut till patienter och bilda basen för en tillfällig identitet som kunde användas under behandling. Förfarandet uppfattades därmed kunna leda till en konstruktiv identitetsutveckling. Patienter kunde i början av behandling upplevas smälta samman något med diagnosen för att senare under förloppet göra språket till sitt. Psykologernas svar avspeglade dock den komplexitet som tycks vara förknippad med diagnosspråkets identitetsskapande funktion. Det var möjligt att terapeutiskt använda psykiatrins språk under förutsättning att patienter inte helt införlivade det. En ny, stabil men orubblig identitet kunde då bildas som ibland riskerade att bli permanent. Resultatet indikerar följaktligen att terminologier behöver införlivas utan att fixeras. Psykologerna framhöll behovet av att översätta det diagnosanknutna språket så att orden kunde få en personlig mening och att talet om självet också kunde bli känslomässigt begripligt för andra. Detta skulle då kunna leda till ett autentiskt gensvar från andra som i sin tur underlättar för patienter att gradvis "återlämna" den utlånade identiteten.

Upplevd social kontroll och de hållande funktionerna

Patienter kunde enligt psykologerna reagera på att just ordet personlighet var en del av diagnosbenämningen och till och med uppfatta diagnostisering som kränkande eller hotande. Därtill berättade psykologerna att de själva tenderade ställa diagnosen med försiktighet och ibland med ett visst motstånd. Även om ansträngningar gjordes att förklara diagnosens innebörd under utredning och i behandling kunde patienter uttrycka vägran att acceptera den. Resultatet kan förstås i ljuset av Meads (1976) resonemang kring "jagets" protest mot samhällsinstitutionernas "mig". Enligt Mead (1976) är denna reaktion en gängse process som innebär att individen markerar eller återtar agentskap. Diagnostisering kan, för att tolka resultatet, möjligen upplevas av både patienter och psykologer som ett sätt att med ord definiera människors gränser, eller som att social kontroll utövas. Detta blir kanske särskilt tydligt då det rör sig om en personlighetssyndromdiagnos som EIPS. Vägran skulle kunna förstås som en vilja till frigörelse från den sociala gruppen eller samhället och reaktionen mot psykologen ett avvisande av densamma som representant för en samhällsinstitution. Som sådan skulle denna "jagets protest" kunna betraktas som en identitetsbildande impuls i sig. I de fall där en sådan utveckling inte kan vändas kan dock tänkas att protesten och vägran att förhålla sig till diagnosen leder till alliansrupturer och patienter riskerar därmed att inte kunna tillgodogöra sig behandling.

Att förhålla sig till diagnosen som förståelseämbar kunde underlätta för psykologerna att hantera den instabilitet som ingår i symptombilden vid EIPS (APA, 2014). Diagnosen uppfattades kunna fylla en hållande funktion för både patienter och psykologer och kunde användas för att skapa struktur i emotionellt påfrestande situationer. Den kunde förslagsvis bli värdefull som ett sätt att reglera ångest och den kognitiva stress det kan innebära att förhålla sig till komplexa känslotillstånd.

Psykologerna berättade att diagnosen blev meningslös om patienter inte tillhandahölls en väg framåt från och med det att personen tillskrivits den. Diagnosens funktion blev alltså i många fall att skapa riktning och förutsägbarhet i behandlingen. Dock uppfattade psykologerna också att patienter ibland tenderade använda diagnosen för att förklara och ursäka sina handlingar. Diagnosen kunde fungera som en ställföreträdande syndabock där den blev bärare för outhärdliga känslor. Patienter kunde alltså förklara upplevt skamfyllda handlingar som en konsekvens av diagnosen och på så vis hålla känslorna borta från självet. Diagnosen kunde således användas som ett skydd mot krav och yttre påfrestningar. Möjligen kan detta tolkas som att projektion av fientliga känslor riktas mot diagnosen vilket kan tänkas underlätta relationsskapande under behandling eftersom skam kan reduceras. Ångesten blir möjligen hanterbar om diagnosen kan användas som en container för det mest smärtsamma och svåruttalade. Målet med behandlingen blir förslagsvis att patienter till slut ska kunna införliva och hålla både positiva och fientliga känslor inom självet i en sådan utsträckning att diagnosen inte längre fyller funktionen som projektionsyta.

Metoddiskussion

Yardley (2000) listar fyra kvalitetskrav som kan tas hänsyn till vid kvalitativ forskning, nämligen: kontextsensitivitet, engagemang och noggrannhet, transparens och koherens och värde och genomslagskraft.

För att säkerställa kontextsensitivitet, har den teoretiska litteraturens relevans granskats när studien planerades samt diskuterats kontinuerligt. De teoretiska inslagen väger tyngre än de empiriska i bakgrundsavsnittet till studien, vilket kan utgöra en brist. Med medvetenhet om att teoretiska inslag kan påverka tolkning av empiriskt material användes Kvale och Brinkmanns (2014) uttryck "sensiterande begrepp" som riktmärke för att undvika teoretisk snedvridning. Vidare gjordes kodning, tematisering och analys utan direkt referens till det teoretiska ramverket, vilket tjänade studiens explorativa syfte. Vi har eftersträvat lyhörddhet för teori, empiri och kontext under processens gång också genom att aktivt söka efter motsättningar i det empiriska material som analyserades.

Begränsad inhämtning av demografiska data gjorde det svårt att specificera det sociokulturella sammanhanget, vilket därmed kan tänkas påverka kontextsensitiviteten negativt. Demografiska faktorer såsom till exempel kön och ålder uteslöts eftersom de inte ansågs ha relevans för studiens syfte.

Kontextsensitiviteten kan även ha påverkats av att intervjuerna delades upp och genomfördes separat då informanterna möjligen svarade på olika sätt beroende på vem som höll i intervjun. Försök gjordes att kompensera för detta under kodningsprocessen, där interbedömarreliabilitet i viss mån kunde säkerställas genom att båda författarna kodade samtliga intervjuer separat. Jämförelser kunde sedan göras för att konstatera att materialet i koderna överensstämde i stort. Bearbetning av intervjumaterialet har inneburit ett emotionellt engagemang. Som författare har vi stundtals, via psykologerna, upplevt oss bli språkrör för en grupp människor vi uppfattat som utsatt. Detta kan ha inneburit en viss snedvridning i framställningen då stor tyngdvikt lagts på emancipatoriska aspekter av materialet. Att vara två om utförandet av studien har varit fördelaktigt eftersom vi kunnat reglera samt uppmärksamma snedvridningar i de tolkningar som gjorts.

Vad gäller noggrannhet som kvalitetskriterium har textnära tolkningar gjorts. Extrakt ur intervjumaterialet har inkluderats i rikligt omfattning i syfte att säkerställa transparens. De diskussioner som förts under processens gång kunde däremot ha noterats på ett mer systematiskt sätt. Förhoppningen är att studiens fokus på sociala aspekter kan vara av värde för att öka förståelsen för hur diagnosen EIPS, identitetsprocesser och behandling kan samverka.

Slutsats, implikationer och förslag på vidare forskning

Processerna genom vilka diagnosen påverkar individuella patienters identitet tycks utifrån psykologernas beskrivningar vara inbäddade i en mångskiktad, rörlig väv av interaktioner i en sociokulturell kontext. Identitetspåverkan kunde vid överidentifikation med diagnosen förstås som ett slags institutionalisering som tycktes förhindra det fria självuttryck som eftersöks i terapi. Vägran att alls införliva diagnosen i självuppfattningen kunde ses som en protest mot upplevd social kontroll. Konstruktiv identitetspåverkan kunde dock, enligt psykologerna, ske om diagnosen betraktades som en tillfällig identitetsbeskrivning med hjälp

av ett utlånat språk. Resultatet indikerar också att gruppssammanhang kunde förstärka diagnosens identitetspåverkan på såväl positiva som negativa sätt. I övrigt tycktes diagnosen ha en rad pragmatiska funktioner då den kunde ge riktning, struktur samt vara hållande för både patienter och psykologer. De pragmatiska funktionerna tycks i slutändan mediera identitetspåverkan eftersom samtliga funktioner förmedlas språkligt. Språket som förknippas med diagnosen kan behöva översättas så att orden till slut får en personlig mening och talet om självet blir känslomässigt begripligt för andra. På så vis kan möjligen diagnosen och det språk som kopplas till den användas för att tydliggöra gränserna runt självet och främja en flexibel och socialt förankrad identitetsuppfattning.

Eftersom studien har fokuserat på psykologers upplevelser kan det vara av intresse att vidare undersöka diagnosens EIPS inverkan på just identitet ur ett patientperspektiv. Det skulle vara intressant att fördjupa kunskapen kring patienters förhållningssätt till diagnosen, i synnerhet med avseende på möjliga sociala konsekvenser av att ha diagnostiserats med EIPS.

Referenser

- American Psychiatric Association (översättning av Jörgen Herlofson). (2014). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Aspelin, J. (1996). Thomas J Scheffs socialpsykologi: en introduktion. *Sociologisk Forskning*, 33 (1), 71–86
- Berg, L. E. (2007). Den sociala människan: Om den symboliska interaktionismen. I M. Månsson (red.), *Moderna samhällsteorier* (s. 151–182). Stockholm: Norstedts Förlagsgrupp
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3 (2), 77–101.
- Buber, M. (1951). *Distans och relation*. Ludvika: Dualis.
- DBT Sverige. (2020). Vad är emotionellt instabil/borderline personlighetssyndrom? Hämtad från 2020-12-20 från: <https://dbtsverige.se/vad-ar-emotionellt-instabilborderline-personlighetssyndrom>
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A., Aasen, I., Kuipers, E. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1–3), 12–22.
- Corrigan, P.W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Soc Work*, 52 (1), 31–9.
- Engdahl, O., & Larsson, B. (2011). *Sociologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Flanagan, E. H., Miller, R., & Davidson, L. (2009). "Unfortunately, we treat the chart:" sources of stigma in mental health settings. *Psychiatric Quarterly*, 80(1), 55–64.
- Goffman, E. (1963/2020). *Stigma: den stämplades roll och identitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Green, S., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., & Straight, B. (2005). Living stigma: The impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the

- lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry*, 75, 197–215.
- Hacking, I. (1986). Making up people. I: Heller T, Sosna M, Weellberry D (red.) *Reconstructing individualism*. (s. 161–71). Stanford: Stanford University Press
- Hacking, I. (1995). The looping effect of human kinds. I Sperber D, Premack D, Premack A.J (red.) *Causal cognition: a multidisciplinary debate* (s. 351–83). Oxford: Oxford University Press
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.
- Hallerstedt, G. (2006). Introduktion. Lidandets uttryck och namn. I G. Hallerstedt (red.), *Diagnosens makt* (s. 11–28). Göteborg: Daidalos.
- Haslam, N. (2016). Looping effects and the expanding concept of mental disorder. *Journal of Psychopathology*, 22, 4–9.
- Henry, J. D., von Hippel, C., & Shapiro, L. (2010). Stereotype threat contributes to social difficulties in people with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 31–41.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2014). *Social Psychology*. Harlow: Pearson Education
- Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (red.) *Diagnosens makt* (s. 29–41). Göteborg: Daidalos.
- Kim, N. S., & Ahn, W. (2002). Clinical Psychologists' Theory-Based Representations of Mental Disorders Predict Their Diagnostic Reasoning and Memory. *Journal of Experimental Psychology*, 131(4), 451–476.
- Kroger, J. (2007). *Identity development: adolescence through adulthood*. California: Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Link, B. G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 363–385.
- Long, A. E., Pinel, E. C., & Yawger, G. C. (2017). When shared group membership signifies shared subjective experience: I-sharing and the minimal group paradigm. *The Journal of Social Psychology*, 157(4), 389–406.
- Mead, G. H. (1976). *Medvetandet, jaget och samhället*. Lund: Argos Förlag
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55415/?fbclid=IwAR2ECPyT2mxnkgpszqcuqnV1SF_8yPMNls1CkC0wbWEG11fapM2mkjd0u1k
- New, A. S., & Triebwasser, J. (2018). In Stanley B., New A. S. (red.), *A history of borderline personality disorder* Oxford University Press, New York, NY. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/books/history-borderline-personality-disorder/docview/2029190073/se-2?accountid=11162>
- Rivera-Segarra, E., Rivera, G., López-Soto, R., Crespo-Ramos, G., & Marqués-Reyes, D. (2014). Stigmatization Experiences among People Living with Borderline Personality Disorder in Puerto Rico. *The Qualitative Report*, 19(15), 1–18.
- Rück, C. (2020). *Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra?* Stockholm: Natur och kultur.

- SBU. Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid borderline personlighetsstörning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU Alert-rapport nr 2005–07. ISSN 1652–7151. Hämtad från: <http://www.sbu.se>
- Scheff, T. S. (1966). *Being Mentally Ill*. Chicago: Routledge.
- Scheff, T. S. (1990). *Microsociology: discourse, emotion, and social structure*. Chicago: The university of Chicago Press
- Scheff, T. S. (1997). *Emotions, the social bond, and Human Reality. Part/whole analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Svenaesus, F. (2013). *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Stockholm: Tankekraft förlag.
- Tajfel, H. (1957). Value and the perceptual judgment of magnitude. *Psychological Review*, 64, 192–204.
- Tajfel, H. (1959). Quantitative judgment in social perception. *British Journal of Psychology*, 50, 16–29.
- Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1(2), 149–178.
- Thoits, P. A. (1999). Sociological approaches to mental illness. I A. V. Horwitz & T. L. Scheid (reds.) *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (s. 121–138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad från: <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Willig, C. (1999). Beyond appearances; A critical realist approach to social constructionist work. I D.J Nightingale & J. Cromby (red.), *Social constructionist psychology: A critical analysis of theory and practice* (s. 37–52). Philadelphia, PA: Open University Press.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research In Psychology*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215–228.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274–283.