

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Starka känslor där det redan finns starka känslor –  
Psykologperspektiv på menscykelpåverkan vid emotionellt  
instabilt personlighetssyndrom**

Isabel Ahderinne

Examensarbete 30 poäng  
Psykologprogrammet  
PM2542  
Höstterminen 2024  
Handledare: Maria Gröndal och Hanna Larsson

# Starka känslor där det redan finns starka känslor – Psykologperspektiv på menscykelpåverkan vid emotionellt instabilt personlighetssyndrom

Isabel Ahderinne

*Sammanfattning.* Psykologer som behandlar patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) ställs inför flera utmaningar i sitt arbete, en av dessa är hur deras patienter påverkas av sin menscykel. Syftet med studien var att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns påverkan på symptom vid EIPS. En tematisk analys av intervjuer med sex psykologer resulterade i fyra huvudteman och elva underteman. Resultaten lyfte psykologernas upplevelse av att vissa av deras patienter påverkas starkt av sin menscykel och att kunskap om menscykeln kan vara en tillgång i behandlingen de ger patienterna. Studien belyste också att psykologernas kunskap varierade mellan individer och att psykologerna önskade mer utbildning inom ämnet. Resultaten visade även på utmaningar för att inkorporera menscykeln i behandling. Slutsatser som dras är att de deltagande psykologerna ser premenstruella förändringar i symptomuttryck vid EIPS, psykologerna ser kunskap om menscykeln som en tillgång i behandling och önskar mer utbildning och rutiner kring ämnet.

Att ha en menscykel och att menstruera är en upplevelse som delas av 1,8 miljarder personer med livmoder varje månad (Rohatgi & Dash, 2023). Alla menstruerande personer har en cyklisk förändring av hormoner under cirka en månads tid som har potential att påverka både biologi och psykiskt välbefinnande (Dubol m.fl., 2021). För de flesta är de skiftande hormonerna under menscykeln inget som påverkar dem signifikant, men för vissa kan menscykeln innebära både fysiska och psykiska besvär (Lovick m.fl., 2017). För vissa menstruerande personer som kämpar med psykisk ohälsa kan dessutom menscykelns påverkan på känslor och stämningsläge innebära en tydlig försämring i mående premenstruellt. För några av dem sker en så pass allvarlig försämring premenstruellt att de till och med försöker ta sitt liv under denna period av menscykeln (Jang & Elfenbein, 2019).

För psykologer som arbetar med patienter med förhöjd suicidrisk kan faktorer som bidrar till känslomässig dysreglering (sårbarheter) vara avgörande i behandlingen (Thompson m.fl., 2024). En av dessa suicidnära grupper är patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS; Petrovic, 2015). Risken för suicid vid EIPS är hög, 80% av patienterna försöker någon gång ta sitt liv och 10% dör i suicid (Petrovic, 2015). Utöver detta är självskadebeteende vanligt förekommande hos EIPS-patienter (Sahlin m.fl., 2016) Att förstå och förutsäga individuella sårbarheter i behandling av denna patientgrupp kan i vissa fall vara en skillnad mellan liv och död (Thompson m.fl., 2024). Ett växande forskningsfält är menscykelns hormonpåverkan på symptomuttryck vid EIPS och sårbarheten hormonförändringarna kan innebära för patienterna (Mu m.fl., 2022). Trots detta ingår inte menscykeln som sårbarhet i någon av metoderna som föreslås av Socialstyrelsen (2023) för behandling av EIPS-patienter. Syftet med detta arbete är därför att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns påverkan på symptom vid EIPS.

## **Emotionellt instabilt personlighetssyndrom**

Idag lever ca 1–2% av Sveriges befolkning med personlighetssyndromet EIPS (Sahlin m.fl., 2016), även kallat Borderline personlighetsstörning (BPD) i diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-5 (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Symptomen vid EIPS kännetecknas av snabbt skiftande och oförutsägbara känslomässiga tillstånd med interpersonella och beteendemässiga symptom samt kognitiv påverkan (Peters & Eisenlohr-Moul, 2019). Vid diagnostisering av EIPS bedöms interpersonella svårigheter, affektiva symptom och kognitiv påverkan (American Psychiatric Association, 2013). Interpersonella svårigheter som är särskiljande för EIPS är ett pendlande mellan idealiserande och nedvärderande i relation till andra, en instabil självbild och extrem rädsla för riktiga eller föreställda separationer (American Psychiatric Association, 2013). Affektiva symptom visar sig i känslomässig instabilitet där starka humörskiftningar sker snabbt som ett resultat av en ökad känslomässig reaktivitet med långsam återgång till normalläge (Linehan, 1993). Ytterligare ett affektivt symptom är intensiv ilska och svårigheter att kontrollera ilska. Beteendemässiga symptom visar sig främst genom impulsivitet. Hos EIPS-patienter kan det även ses en kognitiv påverkan som kan visa sig i övergående stressrelaterade paranoida tankar eller dissociativa symptom. Vid diagnos måste minst fem av nio symptom föreligga, symptomen måste orsaka kliniskt signifikant lidande, finnas i flera kontexter och behöver ha varit närvarande från tonår in i vuxenlivet (American Psychiatric Association, 2013).

En patient med EIPS kan ha en symtombild som skiljer sig markant från en annan patient med samma diagnos. Eftersom kombinationerna av uppfyllda symptomkriterier för diagnosen varierar mellan individer, finns det 256 olika typer att manifesteras EIPS på (Eisenlohr-Moul m.fl., 2018). EIPS-patienter är med andra ord en väldigt heterogen grupp som delar centrala svårigheter i fungerande men har setts gynnas av liknande behandling. I kliniska populationer uppskattas ca 4% av primärvårdspatienter, 10–20% av patienter inom psykiatrisk öppenvård och ca 20–40% inom psykiatrisk heldygnsvård uppfylla kriterier för EIPS (Sahlin m.fl., 2016).

## **Den reproduktiva livscykeln för menstruerande personer med EIPS**

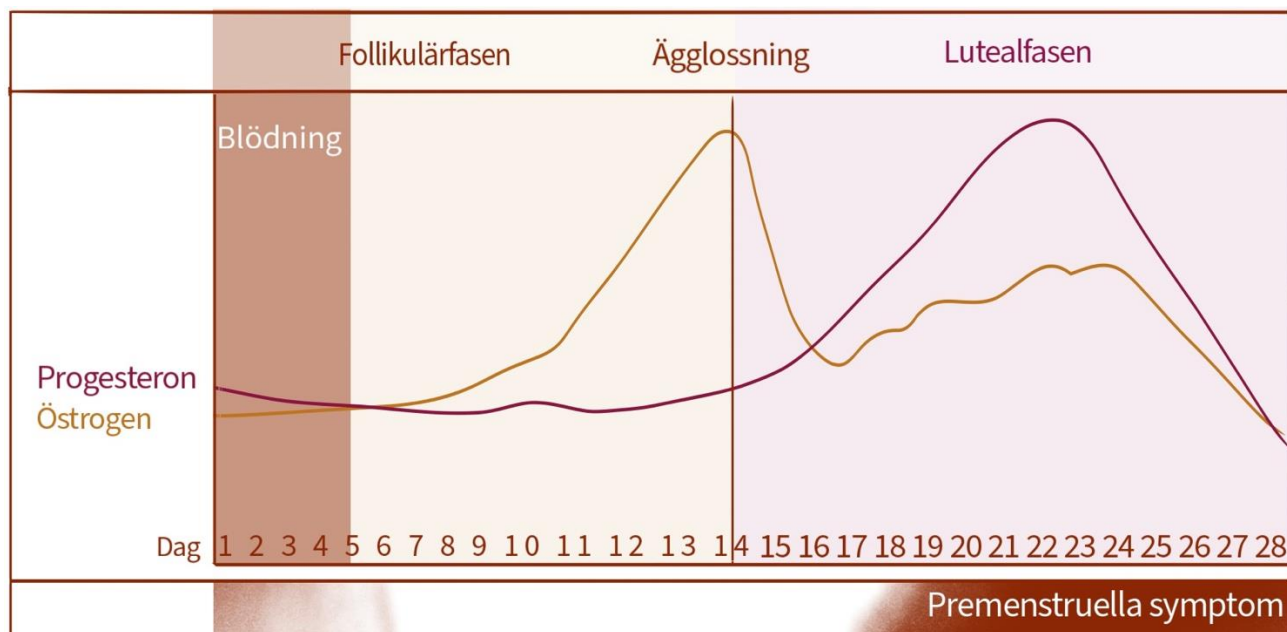
En majoritet av personer med livmoder har under delar av sitt liv pågående menscykler (Dubol m.fl., 2021). Från puberteten till omkring 50-årsåldern upplever menstruerande personer en biologisk cykel med skiftningar av hormoner som östrogen och progesteron (Dubol m.fl., 2021). I kliniska populationer uppskattas att ca 75% av EIPS-patienterna identifierar sig som kvinnor (Sahlin m.fl., 2016). Vi kan inte veta hur många av dessa som är eller har varit menstruerande men skulle kunna anta att i en population med en hög andel som definierar sig som kvinnor är det något många av dem har upplevt.

### ***Den naturliga menscykeln***

Menstruation är en blödning som sker cirka en gång i månaden där den fertila livmoderbärande kropp blöder ut ett lager av slemhinnan i livmodern tillsammans med ett obefruktat ägg (Hawkins & Matzuk, 2008). Menstruerande personer upplever sin första menstruation i samband med puberteten som brukar inledas i början av tonåren. En person uppskattas menstruera cirka 450–500 gånger under sin livstid (Jang & Elfenbein, 2019) ända tills menopause inträffar. Menopause är upphörande av menstruation och fertilitet, vilket i snitt sker för menstruerande personer runt femtioårsåldern (Berk, 2014).

En menscykel är perioden mellan mensens första dag och nästa mens första dag. Menscykeln delas ofta in i två faser, follikulärfasen och lutealfasen, och längden på en cykel brukar vara mellan 20–35 dagar lång (Berk, 2014) vilket illustreras i figur 1.

**Figur 1.** Den naturliga menscykeln



Bilden är en illustration av hur hormonnivåerna av östrogen och progesteron förändras över de 28 dagar av menscykeln som illustreras. Det röda området indikerar pågående menstruation. Längst ner i bilden ses var premenstruella symptom är som mest påtagliga i cykeln.

**Follikulärfasen.** En menscykel inleds första dagen med menstruationsblödning och kallas för follikulärfasen (Handy m.fl., 2022). Menstruationsblödningen pågår runt 1-7 dagar och under denna period är hormonerna östrogen och progesteron relativt låga (Handy m.fl., 2022). Under den follikulära fasen av cykeln sker en successiv ökning av hormonet östrogen för att nå sin topp strax innan ägglossningen som indikerar slutet på follikulärfasen (Handy m.fl., 2022). Under den follikulära fasen mognar ett ägg i personens äggstockar för att under ägglossning frisläppas och ledas till livmodern. Under den follikulära fasen av menscykeln är progesteronnivåerna relativt låga och börjar öka i samband med ägglossning (Handy m.fl., 2022).

**Lutealfasen.** Efter ägglossning följer den luteala fasen. I den luteala fasen når hormonet progesteron sin topp. Under den sena lutealfasen, vilket är ca 7 dagar innan menstruation, sjunker både östrogen och progesteronnivåerna snabbt om ägget i livmodern inte blivit befruktat (Hawkins & Matzuk, 2008). Fluktuerande nivåer av progesteron och östrogen har potential att påverka både hjärnans kemi, struktur och fungerande under de olika menscykel-faserna (Dubol m.fl., 2021). Både progesteron och östrogen är hormoner som när de bryts ner kan påverka receptorer i hjärnan (Panzica & Melcangi, 2008). När hormonnivåerna sänks snabbt kan det leda till en tillfällig underproduktion av signalsubstanser i hjärnan vilket påverkar processer som exempelvis ångestinhivering (Dubol m.fl., 2021). Slutet av den luteala fasen, oftast dagarna innan menstruationsblödningen börjar, är den period som kallas den premenstruella fasen och är den del av menscykeln som starkast kopplats samman med flertalet

fysiska och psykiska effekter för menstruerande personer (Handy m.fl., 2022). Det är under den premenstruella perioden som menscykelrelaterade symptom är som vanligast (Handy m.fl., 2022).

### ***Premenstruella besvär vid EIPS***

Premenstruella symptom är fysiska och psykologiska symptom som kan kopplas till den premenstruella fasen av menscykeln. Vanliga psykologiska symptom som registrerats är ilska och irritabilitet, trötthet, sug efter specifik mat samt humörsvängningar (Lovick m.fl., 2017). Vanligt rapporterade fysiska symptom är viktuppgång, ömhet i bröst och svullenhet (Lovick m.fl., 2017). Forskning har även visat att funktioner som sömn (Manber & Armitage, 1999) inlärning, upplevelse av smärta och balans påverkas av hormoner kopplade till menscykeln (Wihlbäck m.fl., 2006). Det är vanligt i normalpopulationen att uppleva premenstruella symptom. I en studie av användardata från en menscykel-app av 238 114 användare svarade bland annat 64% av användarna att de upplevde en ökad ångest eller ökade humörsvängningar innan mens (Hantsoo m.fl., 2022). För 2-5% av befolkningen är de premenstruella symptomen så pass allvarliga att de blir funktionshindrande och leder till ett kliniskt signifikant lidande, något som heter premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) (Dragstedt, 2023). För vissa menstruerande personer med en redan befintlig psykisk ohälsa kan symptom förvärras premenstruellt (Hsiao m.fl., 2004). Den förvärrade symptombilden kan ses som att befintligt lidande förstärks dagarna innan mens och har benämnts premenstrual exacerbation of symptoms (PME; Kaspi, m.fl., 1994). PME har kopplats till ett flertal psykiatriska syndrom där bland annat EIPS är inkluderat (Mu m.fl., 2022). Starkast koppling till förstärkta symptomuttryck vid EIPS har skiftningar i östrogen (Osz et al., 2023).

De Soto m.fl. (2002) indikerade att fluktuerande nivåer av hormonet östrogen kunde förutse starkare uttryck av symptom hos patienter med EIPS under sena lutealfasen. Under mitten av lutealfasen har det setts en ökning i flashbacks hos personer med traumarelaterade syndrom och EIPS (Mu m.fl., 2022). Under den följande premenstruella fasen av menscykeln när både progesteron och östrogen sjunker snabbt ses flera öknings i symptom hos EIPS-patienter (Mu m.fl., 2022; Peters & Eisenlohr-Moul, 2019). Symptom som har med ökad vakenhetsgrad att göra som ilska, irritation och känslighet för avvisande ökar och når sin topp under den premenstruella fasen hos EIPS-patienter (Peters & Eisenlohr-Moul, 2019). Den premenstruella fasen har även kopplats till en ökning av självskadebeteende, suicidalt beteende, hetsätning, användning av droger och förvärrade depressiva symptom hos patienter med EIPS och trauma (Mu m.fl., 2022; Ziv m.fl., 1995). Utöver detta ses även förändringar i sömnkvalitet med fler uppvaknanden och mer icke-REM sömn i den premenstruella fasen av menscykeln (Manber & Armitage, 1999).

I början av den follikulära fasen (där personen menstruerar) ses en ökning av symptom som depression, skam och hopplöshetskänslor hos EIPS-patienter (Peters & Eisenlohr-Moul, 2019). Under menstruation såg även Jang och Elfenbein (2019) en 26% högre risk att ta sitt liv, 17% högre risk att försöka ta sitt liv och 13% högre risk att behöva psykiatrisk heldygnsvård för menstruerande personer generellt. Lägst grad av rapporterade symptom för EIPS är kring ägglossning då östrogennivåerna är höga (Mu m.fl., 2022). Undantaget är symptom som har med kalkylerad aggression och risktagande som har setts öka under denna fas (Peters m.fl., 2020). För psykologer som arbetar med EIPS-patienter kan således förståelse för sårbarheten för hormoninducerande förändringar vara ett viktigt bidrag för att förstå patienterna bättre samt vara hjälpsamt i planering och individanpassning av behandling.

## Psykologisk behandling vid emotionellt instabilt personlighetssyndrom

De två vanligaste psykologiska behandlingsmetoderna som rekommenderas av Socialstyrelsen (2023) för behandling av EIPS är dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2004; Sahlin m.fl., 2016)

DBT utgår ifrån att dysfunktionella beteenden är orsakade av dysreglerade känslor. Behandlingen syftar till att öka och stärka patientens förmåga och färdigheter, öka patientens motivation till förändring av beteenden, generalisera färdigheter (verktyg för att hantera svårigheter) utanför terapirummet, strukturera patientens miljö och att öka terapeuters färdigheter (Linehan, 1993). I DBT som utgår ifrån Linehans (1993) biosociala modell föreslås ett samspel mellan en biologisk sårbarhet och en invaliderande miljö som grund för och upprätthållande av EIPS-symptom. Linehan (1993) menar vidare att den biologiska sårbarheten utgörs av en stark känslomässig reaktivitet och en långsam återgång till normalläge. En DBT-behandling består av individualterapi, gruppterapi, telefonstöd och att alla behandlare arbetar och tar beslut inom ett team (Linehan, 1993).

MBT grundar sig i anknytningsteorin som menar att människor föds med ett relationellt system där barn kan signalera sina behov till en anknytningsperson som är den omsorgsperson som svarar på barnets behov (Morberg & Pain, 2018). Anknytningspersonen blir en trygg bas för att hjälpa barnet utveckla en mentaliseringsförmåga (Bateman & Fonagy, 2004). Mentalisering är en förmåga att kunna förstå och koppla samman sina egna tankar och känslor samtidigt som man kan tolka andras inre tillstånd på ett adaptivt sätt (Morberg & Pain, 2018). EIPS-patienter har i större utsträckning än normalpopulationen svårigheter med att mentalisera, vilket bidrar till svårigheter att reglera sina egna inre tillstånd och leder till lidande, samt i förlängningen dysfunktionellt beteende (Morberg & Pain, 2018). Behandlingen innehåller individualterapi, gruppterapi, krisplanering och psykopedagogik. Behandlingsmålet i en MBT är att patienten får en djupare förståelse för sig själv och andra för att göra starka känslor mindre skrämmande och främja mentalisering. En förbättrad mentaliseringsförmåga erbjuder patienten en möjlighet att bättre reglera sina egna känslor (Morberg & Pain, 2018).

I både DBT och MBT ses stress, alkoholkonsumtion, droganvändning, sömnbrist, hunger och fysisk sjukdom som sårbarheter för känslomässig dysreglering (Linehan, 1993) och mentaliseringssvikt (Morberg & Pain, 2018). Trots att många andra fysiologiska processer ses som sårbarheter så nämns inte hormonella skiftningar som en potentiell sårbarhetsfaktor, varken i Morberg och Pains (2018) eller i Linehans (1993) manualer för behandling av EIPS. Det ökade forskningsstödet för hur den reproduktiva livsrytmen inverkar på EIPS-symptom finns med andra ord inte integrerad i behandlingsplanen. Utöver en studie av Vidlund (2018) kunde ingen forskning hittas i en svensk kontext om psykologers förståelse för hormonpåverkan av menscykeln. Vidlund (2018) undersökte svenska psykologers upplevda erfarenhet, kunskap och attityder gällande premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS). Vidlund (2018) fann att av de 123 svarande var den upplevda kunskapen låg, där personer med egen erfarenhet av PMDS eller med anhöriga med PMDS skattade sin kunskap som något högre.

För att kunna maximera nyttan av interventioner och individanpassa behandlingen är det därför av stor vikt för psykologer att kunna uppmärksamma faktorer som påverkar de snabba skiftningar som patienterna upplever.

### Den aktuella studiens syfte

Psykologer som arbetar med EIPS-patienter arbetar med en patientgrupp med hög risk för suicid (Kolla m.fl., 2008). Sårbarheter som stress, sömn och droger har setts bidra till en

förhöjd risk för känslomässig dysreglering och suicidförsök (Kolla m.fl., 2008). Att därför ta hänsyn till den unika individens sårbarheter ger psykologen möjlighet att individanpassa behandlingen och ge en ytterligare förklaringsmodell till de skiftningar i känslolägen som ofta upplevs av individerna som ”att de bara uppstår”. För att psykologer ska kunna bedriva en patientsäker vård behöver den vara evidensbaserad (Sveriges psykologförbund, 2023). Trots detta hittades inga styrdokument eller riktlinjer för hormonpåverkan för patientgruppen i efterforskningarna för detta arbete. Allt detta väcker frågan hur psykologer arbetar med den sårbarhet menscykelns hormonella skiftningar kan innebära för patientgruppen. Syftet med detta arbete är därför att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns påverkan på symptom vid EIPS.

## Metod

### Deltagare

Deltagare i studien var sex legitimerade psykologer (två cis-män och fyra cis-kvinnor) som arbetade kliniskt med EIPS-patienter. Psykologernas tid i yrket varierade från att nyligen ha avslutat sin PTP-tjänstgöring till att ha arbetat som psykolog i 24 år ( $M = 15$  år i yrket). Psykologerna var verksamma i flera olika regioner som var spridda över Sverige och de var mellan 28 och 56 år gamla ( $M = 45$  år). Flera av psykologerna hade läst vidareutbildningar och två var specialistutbildade. Valet av att enbart inkludera psykologer baserades på att kunna studera en grupp med liknande utbildning, förförståelse och arbetssituation för att kunna fånga upp skillnader i analysen som inte påverkades av utbildning. Inklusionskriterier var att deltagaren skulle vara legitimerad psykolog, arbeta aktivt med EIPS-patienter och vara tillgänglig under tidsperioden för intervjuerna. Nio personer anmälde intresse för att delta i studien och av dessa exkluderades tre deltagare på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. I urval av antal psykologer togs den begränsade tidsaspekten av ett examensarbete i beaktande, vilket begränsade antalet intervjuer med psykologer för studien.

### Intervjuer

Studien utgick från en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 1). Intervjuguiden skapades med syfte att fånga upp så många nyanser av psykologernas upplevelser som möjligt. Guiden skapades också för att möjliggöra öppna frågor, samt ge deltagarna möjlighet till associationer för att fördjupa informationen i intervjuerna. Intervjuguiden inleddes med bakgrundsinformation om psykologen (kön, typ av enhet hen arbetade på, var hen utbildat sig och tid hen arbetat med patientgruppen). De inledande frågorna var inriktade på psykologens kunskap och hur hen tillgodosett sig den. Därefter följde frågor kring om psykologen sett påverkan av menscykeln hos sina patienter. Exempelvis användes frågan ”Hur ser du på menscykelns påverkan när det kommer till dina patienter?” med följdfrågor som ”Upplever du någon förändring i symptom-uttryck kopplat till menscykeln hos dina patienter?” Den avslutande delen av intervjun handlade om hur det faktiska arbetet med patienterna påverkades av psykologens kunskap om hormonpåverkan av menscykeln, exempelvis genom frågan ”Påverkar din bild av menscykeln behandlingen du ger i någon form?”. I denna avslutande del ingick även frågor om hur psykologens arbetsplats arbetade med frågor kring menscykelns påverkan. Slutligen gavs psykologen utrymme att lyfta ytterligare tankar som uppkommit kring ämnet.

## Tillvägagångssätt

Ett informationsbrev användes vid rekrytering för att tydliggöra syfte och hur ett eventuellt deltagande skulle kunna se ut. Rekrytering skedde via mailutskick till alla psykiatrienheter som arbetade med patientgruppen som fanns registrerade via hemsidan 1177 utom två enheter där författaren av arbetet har anhöriga som patienter. Dessa enheter valdes bort för att inte riskera sekretessöverskridande i intervjusituationen. Utöver detta kontaktades enheter via nätverket DBT-Sverige. Totalt kontaktades 48 enheter. Fjorton av dessa svarade varav 8 tackade nej till deltagande på grund av tidsbrist eller att de ingick i andra forskningsprojekt. Utav de 14 enheter som svarade på förfrågan valde totalt sex psykologer från olika enheter att delta. Initial kommunikation med deltagare för bokning av intervju skedde via telefon samt mail. Fem av intervjuerna skedde digitalt via tjänsterna Teams eller Zoom. En intervju skedde fysiskt på en konferensanläggning. Intervjuer för projektet skedde under en tidsperiod av fyra veckor som inleddes vecka 41, 2024. Intervjuernas längd varierade mellan 22 och 30 min ( $M = 25$  min 30 sek). Innan intervjun påbörjades informerades deltagarna om sekretess, datahantering och syfte med studien muntligt och skriftligt. Samtliga deltagare gav sitt samtycke till deltagande i studien verbalt. Intervjuerna spelades in med enbart ljud på två separata lösenordskyddade enheter. Transkribering skedde initialt med hjälp av ett datalagringssäkert AI-baserat transkriberingsverktyg och redigerades sedan manuellt inför analys. Transkriberingen inkluderade ickeverbal information som pauser och känslomässig valör i berättelserna för att ge möjlighet till en analys på en latent nivå. Valet att använda AI för transkribering baserades på den begränsade tidsramen för studien samt av beviljad tillgänglighetsanpassning för dyslexi.

## Dataanalys

För att analysera insamlade intervjudata från deltagarna användes en reflexiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2022).

Studiens ontologiska utgångspunkt var kritisk realism. Den kritiskt realistiska utgångspunkten innebär att det finns en objektiv verklighet, men att denna studeras genom människors representationer av den. Den epistemologiska utgångspunkten för studien var kontextualism, vilket innebar att författaren såg det som att informationen från psykologerna inte går att skilja från kontexten de och författaren själv befinner sig i. Kunskapen som genereras genom analysen kan således inte ses som universell utan snarare som ett resultat av psykologernas erfarenhet, kontext och upplevelse. En upplevelsebaserad (experiential approach; Braun och Clarke, 2021) utgångspunkt valdes för analysen, vilket innebar att analysen strävade efter att fånga deltagarnas upplevelse istället för att analysera underliggande mönster och strukturer (Braun och Clarke, 2021). Tematisk analys erbjöd flexibiliteten att använda ett kritiskt realistiskt synsätt inom ett område där mycket av forskningen som efterforskningarna bygger på är genererade inom ett positivistiskt paradigm. Tematisk analys gav även möjlighet att både använda latent och semantisk analys av det insamlade materialet. Utöver detta gav reflexiv tematisk analys en möjlighet att använda forskarens subjektivitet som en tillgång i analysen och kunna belysa aspekter som färgats av författarens förförståelse.

Tematisk analys är en metod där författaren på ett systematiskt sätt analyserar grunddata för att identifiera centrala aspekter av materialet som sedan struktureras till teman. Det första steget i tematisk analys enligt Braun och Clarke (2021) är att som forskare bekanta sig med det insamlade datamaterialet. Detta steg påbörjades redan under intervjuerna då författaren var den som intervjuade psykologerna.



Det andra steget i tematisk analys är kodning. Kodning inleddes genom att grunddata grundligt arbetades igenom från de transkriberade intervjuerna. Kodningen av data skedde på en huvudsakligen semantisk nivå där hänsyn togs till latent information som pauser, tonläge, kroppsspråk och kontext av uttalanden som visade sig vara viktiga för att tydliggöra budskapet psykologerna försökte förmedla. En rent semantisk kodning hade riskerat att utesluta meningsbärande information. Analysen som genomfördes var induktiv. Induktiv analys är grundad i data; ingen kodningsmall eller teori används i induktiv analys för att skapa initiala koder. En induktiv kodning valdes då det i efterforskningarna för detta arbete inte kunde hittas något tydligt teoretiskt ramverk att utgå ifrån för att besvara syftet med studien. Utifrån grunddata identifierades de minsta meningsbärande enheterna i texten, vilka gavs initiala koder. Då materialet enbart kodades av en person upprepades kodningen för att säkerställa att koderna var representativa för materialet. De två dokumenten jämfördes sedan för att se om någon meningsbärande enhet för frågeställningen missats.

Det tredje steget i tematisk analys är att skapa initiala teman. Ett tema skapades genom en process där mönster i data identifierades och sorterades för att hitta centrala meningsbärande delar av datamaterialet. Det första steget i den initiala tematiseringen gjordes genom att sortera in koder i kategorier som berörde liknande områden. Kategoriseringen skedde via en preliminär temakarta i programvaran Visio. Utifrån syftet med studien prövades olika former av mönster i data där initiala teman var organiserade närmare kategoriseringen av koder än de slutgiltiga teman som framkom. De preliminära teman som skapades var; kunskap om menscykeln, hur arbetet i terapirummet färgades av menscykeln, vilka symptom behandlarna kunde koppla till menscykeln och hur fenomenet gestaltades från ett samhällsperspektiv.

Det fjärde steget i tematisk analys innebär att utvärdera de preliminära teman som skapats. De initiala teman som skapades reviderades i flera omgångar för att tydliggöra den konceptuella kärnan för respektive tema. En utmaning som uppstod i tematiseringen var att syftet med studien både innehöll psykologernas förståelse samt hur deras konkreta arbete såg ut, något som ledde till att de preliminära teman som skapades inte på ett tydligt sätt beskrev kärnan i psykologernas berättelser. För att vidareutveckla temana gick författaren tillbaka till grundtranskripten av intervjuerna igen för att säkerställa att de slutgiltiga teman som framkom verkligen var grundade i data.

Det femte steget i tematisk analys är att bestämma och namnge slutgiltiga teman. Den slutgiltiga tematiseringen kom efter flertalet revideringar, diskussion med handledare och återgång till grunddata. De slutgiltiga teman som valdes baserades på centrala mönster, som var tydligt åtskilda i data och som bäst kunde representera data kopplat till syftet med studien. Analysen resulterade i fyra teman och elva underteman. Underteman skapades för att belysa specifika dimensioner av de större teman som identifierades.

Det sjätte och sista steget i en tematisk analys är att sammanställa en rapport över resultaten. I det sista steget sammanställdes teman i en översiktsbild och redovisades i resultatdelen av detta arbete med utvalda illustrerande citat.

### ***Etiska överväganden***

Studien har godkänts av handledare och kursledare baserat på Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. Informationskravet säkerställdes genom både muntlig och skriftlig information till psykologerna innan inledandet av intervjun. Konfidentialitetskravet säkerställdes genom att ljudfiler och transkribering lösenordskyddades och lagrades lokalt på enheter för att hindra obehöriga att få tillgång till materialet. Nyttjandekravet uppfylldes genom information till psykologerna att det insamlade materialet enbart skulle användas till den aktuella studien. Samtyckeskravet beaktades genom att informera psykologerna om frivillighet och att de kunde återta sitt samtycke när de önskar. Alla namn, platser och identifierande information avidentifierades för att skydda psykologernas anonymitet.

## ***Reflexivitet***

Tematisk analys görs enligt Braun och Clarke (2021) alltid med en förförståelse. Förförståelsen färgas av författarens subjektivitet, kontext, egna erfarenheter och kunskap. I reflexiv tematisk analys ses forskarens subjektivitet som en tillgång i arbetet och kontinuerlig reflektion dokumenterades under arbetets gång för att synliggöra hur författarens förhållningssätt speglades i data och analys. Under denna studie skedde kontinuerligt reflektion kring hur författarens förförståelse påverkade och användes i studiens olika steg, både skriftligt genom loggbok och verbalt i dialog med handledare.

Författaren av arbetet är själv Cis-kvinna med erfarenhet av premenstruella besvär, detta kan ha påverkat hur frågorna besvarats av de kvinnliga deltagarna genom att man delar erfarenheter med intervjuaren, och i Cis-männens fall att bli intervjuad av en som upplevs ha som har tolkningsföreträde.

Författaren är dessutom utbildad i DBT och insatt i patientgruppen vilket möjliggjorde fördjupande frågor under intervjusituationen.

Viktigt för hela analysprocessen var en kontinuerlig reflektion kring hur författarens intresse för biologi och neuropsykologi kunde bidra och har påverkat dataanalysen. För att författarens förförståelse om befintlig forskning kring menscykelns hormonpåverkan vid EIPS inte skulle bli dominerade i analysen konstruerades intervjuguiden för att vara öppen för att behandlarnas upplevelse skulle få ta plats. Intervjuguiden designades för att ge öppna svar som tillät alla grader av upplevelse och förståelse hos behandlarna, för att inte uppmuntra psykologerna att ge speciellt inriktade svar. Utöver detta skedde kontinuerlig diskussion med handledare för att säkerställa analysens kvalitet.

Vid analys kring det fjärde temat påverkades struktureringen av temat av författarens förförståelse som intersektionell feminist. Författaren hade en syn med sig in i analysen av att frågor som gäller menstruerande personer bortprioriteras i samhället. För att kunna vara trogen intervjumaterialet lades extra stor vikt vid att lyfta psykologernas tankar om det feministiska perspektivet. En viktig reflexiv aspekt blir därför att det inte går att frånga om temats existens kan vara färgad av författarens upplevelse att det finns en strukturell bortprioritering av menstruerande personers lidande. För författaren är det även viktigt att lyfta aspekten att personer av flera olika kön menstruerar, att inte inkludera dessa skulle bli ytterligare en aspekt av vad författaren anser är systematiskt osynliggörande av transpersoner, därför har ordet menstruerande personer använts i arbetet.

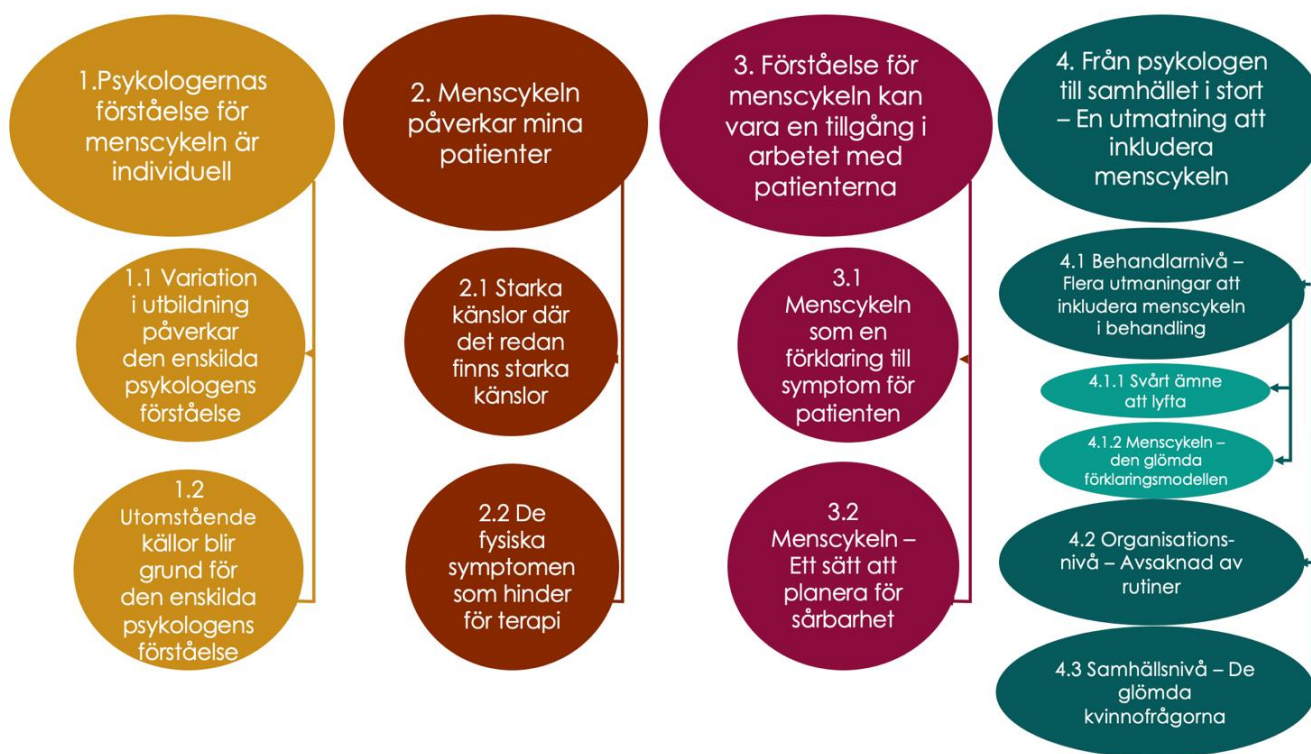
## **Resultat**

Syftet med studien var att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns påverkan på symptom vid EIPS.

Den tematiska analysen resulterade i fyra huvudteman och 11 underteman, vilka presenteras i Figur 2. Det första huvudtemat, ”Psykologernas förståelse för menscykeln är individuell”, är kopplat till hur psykologer är insatta i och förstår menscykelns hormonpåverkan vid EIPS. Det andra huvudtemat, ”Menscykeln påverkar mina patienter”, behandlar psykologernas förståelse av symptomuttryck hos patienterna. Det tredje och fjärde huvudtemat, ”Förståelse för menscykeln kan vara en tillgång till arbetet med patienterna” och ”Från psykologen till samhället i stort – En utmaning att inkludera menscykeln”, belyser aspekter av psykologernas konkreta arbete med patienterna.

**Figur 2.**

*Teman: Resultat av hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns hormonpåverkan i behandling med EIPS-patienter*



## **Tema 1: Psykologernas förståelse för menscykeln är individuell**

Analysens inledande tema belyser den individuella skillnaden mellan psykologer kring deras förståelse för menscykelns hormonpåverkan på symptomuttryck vid EIPS. Många av psykologerna beskrev hur avsaknaden av utbildning lett till att de behövt sätta sig in i ämnet på egen hand. Psykologerna resonerade kring grunden för deras individuella förståelse av menscykelns påverkan, några lyfte sin egen erfarenhet av att menstruera och flera berättade hur anhöriga och patienter bidragit till deras förståelse.

### ***1.1 Variation i utbildning påverkar den enskilda psykologens förståelse***

Ett genomgående tema i psykologernas berättelser var upplevelsen av att förståelsen för menscykeln och den kunskap förståelsen baserades på varierade stort mellan psykologer. Flera av psykologerna uttryckte att de upplevde att deras kunskap var otillräcklig för att få en nyanserad förståelse av patienten. En av psykologerna beskrev sin egen kunskap som hen grundade sin förståelse av patienterna på som *“pinsamt dåligt, det är alldeles, alldeles för lite [//] jag skulle säga att jag inte har så mycket officiell kunskap”*.

Brist på officiell kunskap eller utbildning lyftes av flera av psykologerna som ett problem för att få en nyanserad förståelse för patienterna. En av psykologerna beskrev avsaknaden av information från sin psykologutbildning som; *“det är mycket som man känner så här, det här borde ha lyfts istället för att ha den åttonde vändan kring något annat ämne”*. Även psykologer som hade menscykeln som en integrerad del i sitt arbete berättade att ämnet endast nämnts i förbigående som en del i deras vidareutbildning.

Psykologerna lyfte även hur avsaknaden av utbildning skapade en variation i hur menscykeln användes i behandling som blev beroende av den enskilda psykologens kunskap. En psykolog funderade kring hur kollegorna i teamet arbetade med menscykeln och lyfte att *“det är också godtyckligt, som så mycket annat. Att det beror på om någon är extra kunnig (i teamet) och har extra fokus på området, och det är det väl inte riktigt någon som har. Det är mer spridda skurar”*. Flera av psykologerna benämnde hur det var vanligt i deras team att inkorporeringen av och kunskapen om menscykelns hormonpåverkan var mycket individberoende.

## **1.2 Utomstående källor blir grund för den enskilda psykologens förståelse**

I psykologernas berättelser beskrevs olika grunder för deras individuella förståelse av menscykelns hormonpåverkan. Många av psykologerna beskrev patienter som en drivande faktor i att söka kunskap om menscykeln. En av dem beskrev hur mötet med en patient gett hen tanken att *”Jag måste nog lära mig mer om det här för att vara till någon nytta”*. Flera av psykologerna beskrev hur specifika patienters premenstruella besvär hade gjort att de läst på om frågan: *“man har många patienter som lärt en mycket om det här också [//] på grund av att de har en så tydlig problematik med det här så har man fått span på det”*. För vissa av psykologerna hade patienterna själva uttryckt svårigheter och informerat psykologen om hur menscykeln påverkar dem. I andra fall hade psykologen misstänkt en hormonell påverkan och börjat söka information för att komplettera behandlingen.

Psykologerna nämnde en mängd olika informationskällor som de inhämtat sin kunskap om menscykeln från. En psykolog beskrev att hen *“googlat runt på olika sidor, liksom allt från 1177 till massa andra sidor”*. En annan beskrev sin förståelse som grundad bland annat i att:

Jag kan säga att jag lyssnar efter det [menscykelns hormonpåverkan] och försöker suga till mig kunskap, men att det blir så där mera slumpmässigt så att det är nog i media i stort skulle jag säga, sociala medier i viss mån. Jag följer några olika sidor på instagram [//] en blandning av kunskaper och påminnelser. [//] Jag tänker bland annat på Annika Norlins sommarprat.

Psykologer med egen erfarenhet av att menstruera lyfte hur de kunde använda sin egen erfarenhet som grund för förståelse av patienterna. En av dem beskrev det som *“jag tänker att det är som det mesta, det man har erfarenhet av kan man ju på något sätt validera mer och förstå mer”*, det vill säga att en levd erfarenhet ger en annan dimension av förståelse. Samtidigt lyfte flera att *”man behöver inte ha egen erfarenhet för att kunna vara en bra terapeut, absolut inte, men jag tror att det absolut gör någonting, jag tror det har betydelse ändå”*. Några av psykologerna med egen erfarenhet av att menstruera beskrev att det kunde kännas naturligare att lyfta menscykeln när man delade erfarenheten med patienten.

För de psykologer som saknade egen erfarenhet av att menstruera lyftes både hur patienter och psykologens anhöriga hade spelat en stor roll i vilken förståelse de tog med sig in i terapirummet. *“Jag har en sambo sen lång tid där vi pratar ganska öppet i hushållet om hur det påverkar oss, så det är lite mer av det här informella”* Flera psykologer beskrev att när anhöriga haft svåra problem med PMS eller PMDS kunde psykologerna ta med sig den kunskapen in i behandlingen de gav till patienterna. *“jag har blivit väldigt mycket mer medveten sen en person nära mig har fått den typen av problematik [//] jag trodde inte det skulle vara så men det har krupit under huden på mig.”*

## Tema 2: Menscykeln påverkar mina patienter

Analysens andra tema kom att belysa vad psykologerna upplevt för förändringar i symptom kopplat till menscykeln i mötet med menstruerande patienter. I psykologernas berättelser lyftes mötet med vissa patienter som de uppfattat väldigt påverkade av sin menscykel. I berättelserna lyftes olika former av intensifierat lidande med starkare ångest, smärta, depression och suicidalitet kopplat till menscykeln. Bilden som framträdde genom analysen var av människor med ett redan starkt lidande där en enskild sårbarhet, som att progesteronnivåerna sjunker, kan vara det som får det att tippa över.

### 2.1 Starka känslor där det redan finns starka känslor

Samtliga psykologer beskrev i någon form hur de upplevde att menscykeln inneburit en sårbarhet för vissa av deras patienter. Psykologerna beskrev en stor variation mellan patienter vad gäller menscykelrelaterade symptom. Ett återkommande mönster var dock hur menscykeln generellt var *“något som gör att vi [//] sänkt tröskeln för att komma upp i höga känslor snabbt”*. En av psykologerna beskrev det som att menscykeln gav *“starkare känslor där det redan finns starka känslor”*, vilket kunde påverka både patienten och det terapeutiska arbetet.

Flera psykologer upplevde ett mönster av premenstruell försämring av symptomuttryck hos patienterna och att det kunde vara stora kontraster i symptombild mellan de olika menscykelfaserna. Flera av psykologerna beskrev att de upplevt en försämring av flertalet EIPS-symptom hos sina patienter premenstruellt, till exempel i form av depressiva symptom, suicidalitet, impulsivitet, minskad ångesttolerans, minskad motivation och ökad irritation. En psykolog lyfte att vissa patienter kunde presentera tydliga EIPS-symptom premenstruellt, men att de inte hade en lika tydlig symptombild i de andra faserna av menscykeln. En psykolog beskrev den premenstruella sårbarheten som att *“för vissa (patienter) är det rent av en funktionsnedsättning under den tid det pågår”*. En psykolog beskrev hur en av hans patienter *“själv kunnat iaktta att; en gång i månaden vill jag dö”*. Många av psykologerna beskrev en tydlig skiftning i patientens mående mellan den premenstruella fasen och mensfasen. En psykolog berättade om att en patient beskrev det som att *“sen kommer menssen och då blir det ‘nu vill jag leva igen’”*.

Suicidala patienter lyftes i flera av psykologernas berättelser. Hos vissa patienter kunde suicidtankar och impulser variera över menscykeln med en tydlig ökning innan mens. En förklaring som lyftes av en av psykologerna var att *“den här djupa depressionen var tillräckligt svår att hantera, och det fanns inte utrymme för någonting mer. Så den hormonella påverkan var nog lite det som fick det att tippa över”*. Några av psykologerna hade även observerat en ökning i suicidtankar, självskador och impulsivitet som skulle kunna kopplas till en premenstruellt ökad ångest hos vissa av patienterna.

### 2.2 De fysiska symptomen som hinder för terapi

I några av psykologernas berättelser lyftes även aspekten av den fysiska påverkan som menscykeln inneburit för vissa av deras patienter som ett hinder i det terapeutiska arbetet. Flera psykologer lyfte att de upplevde en allmänpåverkan hos vissa av sina patienter där smärta, kraftiga blödningar och endometriosis försvårade patienternas möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. En psykolog lyfte speciellt fram hur hen såg den menscykelrelaterade smärtan som en aspekt som försvårade för patienterna att tillgodogöra sig behandling då den sänkte deras allmäntillstånd. Psykologen resonerade kring hur smärta har tagits som självklart för menstruerande personer att hantera, men att smärta *“påverkar på alla möjliga sätt, det är ju väldigt nötande att ha ont”*. Andra utmaningar som några av psykologerna beskrev var när patienten upplevde så svåra somatiska symptom att hen inte hade möjlighet att kunna ta sig till

behandlingen, exempelvis de som behövde sjukhusvård för somatiska symptom orsakade av endometriosis eller kraftiga blödningar. Som en psykolog berättade *“det blir ju väldigt konkret att det försvårar det terapeutiska arbetet, patienten kunde inte komma på våra möten”*.

### **Tema 3: Förståelse för menscykeln kan vara en tillgång i arbetet med patienterna**

Det tredje temat beskriver psykologernas upplevelse av hur förståelse kring menscykeln kunde fungera som en tillgång i behandlingen. I flera av psykologernas berättelser lyftes hur de kunde använda menscykeln som förklaringsmodell för att ge patienter en djupare förståelse för sina symptom. Psykologerna beskrev även hur de upplevde att menscykeln som förklaringsmodell kunde användas för att validera patienterna och minska patienternas självkritik. Utöver detta lyfte flera av psykologerna möjligheten att anpassa behandlingen för att hjälpa patienten hantera sårbarheten som menscykeln medförde.

#### ***3.1 Menscykeln som en förklaring till symptom för patienten***

Flera psykologer beskrev att när de kunnat lyfta menscykeln som förklaringsmodell i behandlingsarbetet hade de upplevt det som gynnsamt för patienterna. Flera psykologer berättade att de upplevt att menscykeln som förklaringsmodell hade kunnat erbjuda patienter ett nytt perspektiv på sina symptom och vad som orsakade patientens lidande. En psykolog lyfte till exempel hur hen uppfattat att patienterna hade lättare att stå ut med sina symptom om de hade inställningen att symptomen orsakats av menscykeln och *“går över om tre dagar”* än om de tolkade symptomen som uttryck för att *“jag har EIPS”*.

Flera av psykologernas berättelser belyste att menscykeln som en förklaringsmodell kunde erbjuda patienterna en möjlighet till självvalidering genom att se hormonskiftningarna i den premenstruella fasen av menscykeln som en sårbarhet för starka känslor. En psykolog beskrev hur hen använt menscykeln som förklaring för sårbarhet med en patient för att mjuka upp självanklagelser hos patienten, *“ja men sett till situationen så blev det svårt, du hade inte sovit ordentligt och du hade mens precis då.”*

Några av psykologerna lyfte specifikt att de hade upplevt det som hjälpsamt att ta upp menscykeln som förklaring till mentaliseringsvärigheter. Psykologerna beskrev att de hade kunnat använda menscykeln för att hjälpa patienter förstå varför de tolkat eller agerat på ett dysfunktionellt sätt. Psykologerna berättade om möjligheten att lyfta mentaliseringsvikt kopplat till att patienternas energi, sensitivitet och tolerans påverkats i stunden av en hormonell sårbarhet. Några av psykologerna lyfte hur patienter som tidigare sett sig själva som omöjliga att leva med, istället kunnat se att de fått svårare att mentalisera innan mens.

Flera psykologer beskrev även hur de upplevde att det kunde vara hoppningivande för patienter att få reda på att det finns behandling för deras hormonella symptompåverkan. Vidare berättade flera psykologer om patienter som blivit hjälpta av medicinering för sina premenstruella besvär och hur det i sin tur gynnade den övriga behandlingen.

#### ***3.2 Menscykeln - ett sätt att planera för sårbarhet***

Flera psykologer lyfte att de kunnat dra nytta av sin egen förståelse av patientens premenstruella besvär både i bedömning av patientens mående och i planeringen av behandlingen. En av psykologerna beskrev hur hen kunde använda vetskapen om patientens premenstruella sårbarhet i sin riskbedömning av patientens suicidtankar. Psykologen beskrev sitt resonering som *“nu sitter vi lugnt i båten, så här brukar det alltid vara den här veckan. Det kommer bli bättre nästa vecka liksom [//] om det är veckan efter mens så får man ju kanske tänka lite annorlunda kring det”* i relation till en patient som var i den premenstruella fasen av cykeln.

I vissa berättelser framkom hur struktureringen av behandlingen gynnats av att ta hänsyn till patientens premenstruella känslighet. En av psykologerna beskrev hur hen kunde planera för premenstruell sårbarhet tillsammans med sin patient genom att uttrycka:

Ok den här veckan kommer bli svårare för dig. Nu är det extra viktigt att du tar hand om dig själv och checkar in med dig själv. Hur kan vi förhålla oss till det? Hur kan jag jobba med det här? Hur kan jag liksom försöka väga upp det med mina färdigheter?

Flera psykologer som använde sig av dagboksbladet i behandlingen där menscykeln kartlades beskrev hur patienterna kunde bli hjälpta av påminnelsen om var de befann sig i menscykeln när de fyllt i dagboksbladet. Vidare beskrev dessa psykologer hur dagboksbladet kunde vara till hjälp för dem som psykologer att få upp ögonen för när patienten påverkades av sin menscykel. En psykolog uttryckte att *”När det är en person man har framför sig som man förväntar sig ska ha mens, så ser man ju det [att den är påverkad av hormoner] direkt”*.

Psykologerna lyfte många olika sätt där synen på menscykeln som en sårbarhet hade varit hjälpsamt för dem i sin planering av behandlingen. Några av behandlarna lyfte patienter med interpersonella problem där menscykeln hade kunnat användas i behandling kopplat till patientens relationella fungerande. När psykologerna hade kunnat inkorporera menscykeln i behandlingen med patienten hade de kunnat förbereda patienten med färdigheter i förhand för att undvika konflikter. På liknande sätt beskrev några av psykologerna en känsla av att vara förberedd på en period av försämrad impuls kontroll hos sina patienter, vilket de kunde ta hänsyn till i behandlingsarbetet. Några av psykologerna beskrev även hur de kunde förbereda sig i sin behandlingsplan för mer motstånd och mindre tolerans för ångest i behandlingen för vissa patienter kopplat till deras menscykelfas.

## **Tema 4: Från psykologen till samhället i stort – En utmaning att inkludera menscykeln**

Det sista temat som framkom i analysen belyste psykologernas upplevelse av att menscykelns hormonpåverkan faller bort i flera nivåer av vården. På individnivå beskrevs hur de enskilda psykologerna kunde glömma menscykeln som förklaringsmodell och att det kunde finnas en tröskel att lyfta ämnet med patienter. På en organisationsnivå upplevde psykologerna att det saknades rutiner och forum för att lyfta menscykeln, och att uppdelningen mellan somatik och psykiatri försvårade arbetet ytterligare. Ytterligare en nivå som lyftes av psykologerna var hur frågor relaterade till kvinnohälsa är underprioriterade på en samhällsnivå vilket också försvårade implementering i behandlingen. Ett problem som var genomgående för samtliga av nivåerna som psykologerna lyfte var att utan forskningsbaserad kunskap om menscykeln blir det svårt att argumentera för en förändring på någon av de tre nivåerna.

### **4.1 Behandlarnivå – flera utmaningar i att inkludera menscykeln i behandling**

I flera av psykologernas berättelser lyftes utmaningen med att inkludera menscykeln i behandlingen de utför. Några psykologer beskrev utmaningen i hur svårt det kan vara att lyfta ämnet med patienterna och andra beskrev hur lätt menscykeln glöms bort i behandlingen med patienterna.

**4.1.1 Svårt ämne att lyfta.** Några av psykologerna beskrev en osäkerhet inför hur de skulle lyfta menscykeln med patienterna och att det fanns en tröskel för att lyfta ämnet. En psykolog beskrev *”Jag vill inte att någon ska känna sig obekvämt, inte gå över någons gräns... att man kanske backar och inte vågar ställa de svåra frågorna”*. Utöver detta lyftes svårigheten i *”att vara manlig psykolog och jobba med en generellt kvinnlig patientbas med patienter som*

oftast har sexuella övergrepp i bakgrunden, har negativa erfarenheter av män. Det gör att man blir lite försiktig.” Några av psykologerna beskrev hur tröskeln för att lyfta ämnet snarare låg hos dem, i en föreställning om hur patienten skulle motta frågan. Även psykologer som upplevde att det skulle vara naturligt att lyfta frågan om menscykeln med patienten kunde reflektera över att de sällan gjorde det i behandlingssituationen.

Psykologerna reflekterade även kring att det kan vara svårt för patienterna att lyfta menscykeln i behandling. En psykolog tog upp att en patient kanske inte vågar lyfta att man upplever problem i samband med mens, att det är ett känsligt ämne och att *“patienten kan ha jättestora problem som den inte tar upp för att den känner att det inte hör hit.”* En annan möjlig orsak som nämndes till varför patienter kan dra sig för att nämna menscykeln var om de upplevt invalidering kopplat till ämnet tidigare. En psykolog beskrev det som; *“Precis som det kan användas på ett respektfullt sätt kan det ju användas på lite fula sätt”*.

**4.1.2 Menscykeln - den glömda förklaringsmodellen.** Ett mönster som framkom i flera av psykologernas berättelser var att det är lätt att glömma menscykelns påverkan i arbetet med patienter. Psykologerna lyfte hur det kan utgöra ett hinder att se hormonpåverkan på symptomuttryck när man som psykolog är tränad i att se svårigheter som resultat av interpersonella processer eller känslomässig dysreglering, något som gör att menscykeln som förklaringsmodell kan falla i bakgrunden av arbetet. Några av psykologerna beskrev hur deras tolkning av situationen färgades av deras egen förklaringsmodell, erfarenhet och utbildning. En av psykologerna beskrev det som *“Jag brukar inte ha med det i beräkningen. Jag glömmer ofta bort det, mina gissningar går alltid åt ett annat håll först [//] vad har du varit med om interpersonellt?”*, något som flera psykologer beskrev som en bidragande orsak till varför menscykeln som förklaringsmodell glömdes. En annan aspekt som lyftes var risken att patientens problem med grund i menscykeln tolkades som orsakade av någonting annat, vilket ökade risken för att interventioner som inte var lika effektiva användes. Ytterligare en aspekt av detta var att *“Allt annat är också kaos så det är svårt att veta vilket kaos som beror på vad”*, att det inte fanns en tydlig gräns mellan vad som var hormonpåverkan och vad som orsakades av patientens andra svårigheter. Några av psykologerna lyfte även att det kunde upplevas belastande att inkorporera menscykeln som ytterligare en variabel i behandlingen när de inte hade kunskap om hur detta skulle göras.

#### **4.2 Organisationsnivå – Avsaknad av rutiner**

Under flera intervjuer lyftes avsaknaden av rutiner och struktur på arbetsplatsen kring frågor om menscykelns påverkan; att det fanns en avsaknad av kommunikation med den somatiska vården, att det saknades ett forum att diskutera ämnet mellan kollegor och hur det enkelt hade kunnat integreras på ett strukturellt plan.

Något som flera psykologer lyfte om menscykelns påverkan var; *“jag tycker ju egentligen att det ska vara en sorts standardfråga”*. Flera av psykologerna lyfte förslag på hur man på en organisationsnivå enkelt skulle kunna inkludera menscykeln i behandlingen, till exempel genom att lyfta ämnet på introduktionskursen för patienterna eller att be dem kartlägga menscykeln i sina hemuppgifter. En av psykologerna lyfte även nyfiket *“jag funderar liksom på om vi skulle fråga mer strukturerat, hur mycket mer skulle vi få reda på? Och om vi fick reda på mer, vilken skillnad skulle det göra?”*

Även psykologer som arbetade på arbetsplatser där menscykeln var en mer integrerad del av behandlingen lyfte en avsaknad av forum för att kunna lyfta frågor om menscykelns påverkan och att när det kommit på tal så hade det skett *“alldeles för slumpmässigt i den mån vi pratar om det”*. En annan av psykologerna resonerade kring att menscykeln var en del i behandlingen de gett men att det funnits en avsaknad av kommunikation i teamet kring ämnet. Psykologen beskrev det som *“Jag hade ju inte tänkt innan på att vi inte pratar kring det [på arbetsplatsen], så jag tänker ju att det kanske är lite tabu kring det ändå”*.



Några av psykologerna lyfte även menscykelns hormonpåverkan som en del av problematiken kring uppdelningen mellan psykologi och somatik, ”vi [arbetar] ju egentligen inte så tätt ihop med annan medicinsk personal och det känns ju ändå som en ganska medicinsk fråga”. Psykologerna lyfte att det på ett organisatoriskt plan saknades kontaktvägar mellan somatik och psykiatri, som till exempel att vissa patienter behandlades för PMDS av en annan vårdgivare. Psykologerna beskrev också hur det kunde uppstå svårigheter i kontakt mellan vårdenheter och otydlighet kring vem som hade det huvudsakliga ansvaret för patientens PMDS-problematik. Utmaningarna som uppstod i arbetet kunde vara rent praktiska, som att p-piller inte kunde ses i psykologernas datasystem då det skrivits ut av en annan enhet. Andra utmaningar berörde svårigheten med att psykologerna förväntades behandla en fysiologisk process psykologiskt där det varit svårt att få kontakt med den somatiska vården där expertisen finns. Några av psykologerna beskrev även att de kunde känna en lättnad när en annan enhet ansvarade för patientens hormonella besvär. En psykolog uttryckte att den kunde känna ”vad bra, då är det ju omhändertaget” av någon annan.

### **4.3 Samhällsnivå – De glömda kvinnofrågorna**

Flera av de intervjuade psykologerna lyfte även tankar kring att frågan om menscykelns påverkan bortprioriteras på en samhällsnivå vilket inverkar på deras arbete. Av en av de manliga psykologerna lyftades dimensionen att patienterna kommer från ett samhällsklimat där kvinnohälsa förminskas, att patienterna kan ha upplevt invalidering på en samhällsnivå och att det därmed finns en risk att som psykolog ses som en del i den strukturella invalideringen av menstruerande personer. Flera av psykologerna lyfte frågan ur ett samhällsperspektiv där de belyste en strukturell bortprioritering av ”det mesta som rör kvinnohälsa [//] i den könsmaktsordning vi lever i att det inte är någon slump (att menscykelns hormonpåverkan inte prioriteras). Precis som så mycket annat som rör kvinnor eller personer som identifierar sig med kvinnlig identitet.” En psykolog lyfte att det ”säger ju ändå något om hur det liksom uppmärksammas som en feministisk vinkel, snarare än en medicinsk fråga”.

Flera av psykologerna belyste hur ett strukturellt förminskande av menstruerande personers lidande även speglas i en interpersonell kontext där en persons lidande avfärdas med ”att vara hormonell” eller hur en reaktion kan ogiltigförklaras genom att exempelvis fråga ”har du mens eller”.

I en av psykologernas berättelser lyftades hur hen upplevde att i samhällsdiskursen kan frågan om menscykelns påverkan lyftas, men att den sen tenderar att sjunka undan för andra frågor. En annan av psykologerna lyfte behovet av förändringar på en systemnivå och inte enbart på en lokal nivå för att kunna genomföra en förändring inom vården. En av psykologerna lyfte att det blir en paradox, samhället prioriterar inte frågorna vilket gör att psykologerna får otillräcklig kunskap, men utan kunskap är det svårt att argumentera för förändring på en samhällsnivå.

## **Diskussion**

Syftet med studien var att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns hormonpåverkan på symptom vid EIPS. Utifrån sex intervjuer med psykologer gjordes en tematisk analys som resulterade i fyra teman och elva underteman. I det första temat, ”Psykologernas förståelse för menscykeln är individuell”, beskrevs avsaknaden av utbildning inom ämnet och i och med detta fick andra källor för förståelse av patienterna ta plats, som egen erfarenhet och anhörigas erfarenhet. I det andra temat, ”Menscykeln påverkar mina patienter”, framkom att psykologerna i många fall såg en förändring i symptomuttryck

hos patienterna under menscykeln där både psykiska och fysiska symtom påverkade det terapeutiska arbetet. I det tredje temat, ”Förståelse för menscykeln kan vara en tillgång i arbetet med patienterna”, framkom att menscykeln kan erbjuda patienten en förklaring till sina symtom och hjälpa psykologerna att strukturera behandlingen utifrån den sårbarhet som menscykeln medför. I det fjärde temat, ”Från psykologen till samhället i stort – En utmaning att inkludera menscykeln”, framkom utmaningar på en behandlarnivå, en organisationsnivå och även på en samhällsnivå. Nedan följer en diskussion av de mest centrala delarna i resultaten tillsammans med en metodologisk diskussion och implikationer för framtida forskning. Avslutningsvis presenteras studiens slutsatser.

## **Psykologerna ser “premenstrual exacerbation of symptoms” hos sina patienter**

I temat ”menscykeln påverkar mina patienter” beskrev flera av psykologerna hur de såg skiftningar i symptomuttryck mellan menscykelfaserna hos vissa av sina patienter, något som är i linje med forskningsresultat som kopplar skiftande hormonnivåer till en ökning i symptomuttryck hos EIPS-patienter som exempelvis ökad vakenhetsgrad med symptom som irritation, kicksökande och känslighet för avvisande (Mu m.fl., 2022; Peters & Eisenlohr-Moul, 2019).

Ytterligare något som överensstämmer mellan resultaten i denna studie och tidigare forskning är att psykologerna upplevde en försämring av depressiva symptom och suicidtankar kopplat till menscykeln hos vissa av sina patienter (Mu m.fl., 2022; Ziv m.fl., 1995; Jang & Elfenbein, 2019). En hypotes som lyftes av psykologerna var att försämringen i symptom kunde bero på att patienter med redan starka känslor får ännu starkare känslor. Bilden som framträdde var att människor med ett redan starkt lidande, där en enskild sårbarhet kan vara det som får det att tippa över, får en sårbarhet som gör lidandet för stort för att kunna stå ut. Exempelvis kanske en patient som skadat sig inte skulle gjort det om den befunnit sig på en annan plats i menscykeln, något som kan kopplas till forskningsresultat kring ökat självskadebeteende i samband med den premenstruella fasen (Ziv m.fl., 1995). Att se menscykeln som en sårbarhet för en mängd psykiatriska symptom skulle kunna förklara de dystra resultat som Jang och Elfenbein (2019) presenterar med en 26% högre risk att ta sitt liv, 17% högre risk att försöka ta sitt liv och 13% högre risk att behöva psykiatrisk heldygnsvård kopplat till den tidiga follikulära fasen av menscykeln.

## **Kunskap saknas som grund för förståelse**

I psykologernas berättelser lyftes många gånger hur deras egen förståelse för menscykeln bidrog till behandlingen de utförde med patienterna och att när de kunde implementera kunskap om menscykeln i behandling gynnade det patienterna. I analysens tema ”Förståelse för menscykeln kan vara en tillgång i arbetet med patienterna” framträdde en bild av hur menscykeln kunde vara en förklaringsmodell och en möjlighet till validering för patienterna. I alla psykologers berättelser fanns en genuin önskan hos psykologerna att patienter skulle känna sig förstådda. Förståelse för patienten har studerats kopplade till misslyckade behandlingar och avhopp i studier av negativa terapeutfaktorer, där en av faktorerna som patienterna skattade högst var att inte känna sig förstådda eller att deras behandlare inte hade tillräcklig kunskap (Alfonsson m.fl., 2024). I ett av analysens teman “Psykologernas förståelse för menscykeln är individuell” belyste psykologerna just

avsaknaden av forskning och utbildning för att bilda sig en djupgående förståelse för menscykelns hormonpåverkan.

Psykologerna beskrev att i avsaknad av utbildning som grund för deras förståelse fick andra källor för kunskap ta plats. Den bild psykologerna gav var likt det Boisvert och Faust (2006) beskriver i sin forskning att behandlare inom psykiatri primärt grundar sin förståelse på samtal med kollegor och erfarenhet av patienter, snarare än att söka upp nya forskningsresultat. Flera av psykologerna beskrev att deras förståelse av menscykeln formats av anhörigas eller patienters upplevelser av svåra premenstruella besvär. Några av psykologerna kunde använda sina egna erfarenheter av att menstruera som grund för förståelse i terapirummet. Psykologerna beskrev att det kunde kännas naturligare att lyfta menscykeln när man delade erfarenheten med patienten, något som liknar Vidlunds (2018) resultat där menstruerande personer skattade sin upplevda kunskap som högre. Resultaten indikerar med andra ord att den förståelse som ligger till grund för vården psykologerna ger patienterna huvudsakligen är baserad på egna erfarenheter och väldigt beroende av den enskilda individens kunskap.

Den egna erfarenheten av och förståelsen inför menscykeln diskuterades av psykologerna både som en tillgång och en risk för en begränsning. Flera menstruerande psykologer lyfte de positiva aspekterna av att kunna använda den egna erfarenheten i behandling, exempelvis för att kunna se symptom som skulle kunna förklaras av premenstruella besvär. Ett exempel där positiva effekter av en delad erfarenhet med patienten är De Vos (2016) resultat som visar att patienter upplevde att det gynnade deras behandling att ha en behandlare som delade deras upplevelse. I psykologernas berättelser beskrevs också en risk för att symptom som faller utanför psykologernas egen erfarenhet eller kunskapsområde missas. Något som illustreras av de psykologer som lyfte den viktiga frågeställningen kring vad deras egen förståelse av menscykeln sätter för begränsningar för vad de ser kopplat till menscykeln hos sina patienter. Ett mönster i resultaten visade på att vissa av psykologerna upplevde sig ha ett bias (Bryman, 2018) när de tolkade de symptom de såg hos patienten. Psykologerna beskrev att de utbildats till att se symptom som resultat av exempelvis interpersonella processer och att det kan göra att menscykeln som förklaringsmodell faller bort.

Många av psykologerna beskrev utmaningar att förstå och inkorporera menscykeln i behandling på flera olika nivåer av vårdkedjan, vilket beskrevs i temat "Från psykologen till samhället i stort – En utmaning att inkludera menscykeln". De intervjuade psykologerna beskrev ett dilemma, de ville följa de yrkesetiska principerna för psykologer (Sveriges psykologförbund, 2023) genom att utföra vård baserad på evidens och beprövad erfarenhet, men de upplevde sig inte ha tillgång till nödvändig och uppdaterad evidensbaserad kunskap. Inga styrdokument eller riktlinjer kring hur menscykelns hormonpåverkan kan implementeras i psykologisk behandling för EIPS-patienter kunde hittas i efterforskningarna för studien och detta bekräftades av psykologerna som till stor del beskrev avsaknaden av rutiner som ett stort hinder för att inkorporera menscykeln i behandling. Ingen av psykologerna kunde minnas att menscykelns hormonpåverkan på psykisk hälsa lyftes under deras grundutbildning till psykologer. I manualerna för vidareutbildning i DBT (Linehans, 2010) och MBT (Morberg & Pain, 2018) nämns inget om menscykelns hormonpåverkan på symptomuttryck vid EIPS. Avsaknaden av utbildning och manualbaserad kunskap speglas i Vidlunds (2018) undersökning där 42% av deltagarna önskade mer utbildning kring premenstruella besvär. I linje med Vidlunds (2018) resultat beskrev psykologerna en avsaknad av förståelse av menscykeln i behandlingssammanhang. Några av psykologerna berättade att de fått information om menscykelns hormonpåverkan i förbigående i andra utbildningssammanhang men ingen av dem beskrev att de fått utbildning i hur de skulle implementera menscykeln i behandlingen de utför.

En fråga som blir problematisk ur en ansvarssynpunkt är frågan om det är den enskilda psykologens ansvar att vidareutbilda sig, samt vems ansvar det är att kontrollera vilken forskning psykologen använder för att fördjupa sin kunskap. Därav blir analysens tema "Från psykologen till samhället i stort" viktigt att lyfta. En risk när universitetens utbildning brister eller när riktlinjer för att inkorporera menscykeln i behandling gör att ansvaret hamnar hos den enskilda psykologen att söka forskning och kunskap om menscykeln. Det finns även en organisatorisk aspekt där arbetsgivare har en möjlighet att införa rutiner kring hur psykologer ska arbeta med menscykelns hormonpåverkan i behandlingen de utför. Utöver detta lyfte flera av psykologerna aspekten av hur frågorna prioriteras i samhället, där exempelvis utbildningarna och universiteten har möjlighet att lyfta frågan men inte gör det.

Sammanfattningsvis är studiens resultat i linje med befintlig forskning gällande att det finns ett behov av att inkorporera menscykeln i behandlingen psykologerna utför. Studiens resultat visar att det finns ett behov av evidensbaserad kunskap för att psykologerna ska ha en hjälpsam förståelse för menscykeln och att det finns en önskan hos psykologerna att lära sig mer om ämnet.

## Metoddiskussion

En begränsning för detta arbete som behöver lyftas är urvalsprocessen för deltagare. Urvalet för studien kan ses som ett bekvämlighetsurval (Bryman, 2011) där de psykologer som var intresserade av att delta intervjuades. Ytterligare en aspekt gällande urvalet är att de deltagare som anmälde sig kan ha haft ett personligt intresse för frågan, vilket kan ha gett en skev bild av yrkesgruppens förståelse. Om en skevhet uppstår i urvalets representativitet riskeras ett urvalsbias (Bryman, 2011), ett slumpmässigt urval hade sannolikt haft högre generaliserbarhet för gruppen. Enligt Braun och Clarke (2021) är dock inte målet för den kvalitativa analysen att nå en generaliserbarhet av resultat likt den man fått om man gjort en kvantitativ studie. Braun och Clarke (2021) hävdar istället att kvalitativa resultat ska ses som överförbara (eng: transferability) till andra kontexter baserat på läsarens bedömning. Därför bör resultaten i denna studie ses som en fördjupande komplementär bild av ytterligare forskning och en möjlighet för djupare förståelse av hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns hormonpåverkan i behandling av EIPS-patienter. Urvalet av deltagare innehöll flera gynnsamma faktorer för kvalitativ generaliserbarhet (Langemar, 2008), så som deltagare av olika åldrar, tid i yrket och utbildning. Dessutom möjliggjorde den öppna intervjuguidens frågor uttömmande svar från deltagarna (Braun & Clarke, 2021).

Författarens subjektivitet är enligt Braun och Clarke (2021) en oundviklig del av kvalitativ analys och ses som en tillgång för arbetet. Att författaren själv är cis-kvinna (och inte cis-man) kan ha påverkat svaren i intervjusituationen och ökat deltagarnas villighet att dela med sig av sina erfarenheter (Eisinga et al. 2021).

En styrka hos denna studie är den kvalitativa ansatsen som möjliggjorde en djupgående analys av materialet där nyanser kunde belysas och studien kan även ses som komplementär till Vidlunds (2018) kvantitativa resultat. Ingen tidigare forskning kring gynnsamma effekter av inkorporering av menscykelns hormonpåverkan i behandling kunde hittas i efterforskningarna för denna studie, vilket gör att resultatet belyser en aspekt av behandling av EIPS-patienter som är utforskad.

På basen av studiens resultat, där det framkom att psykologerna ser att behandling med EIPS-patienter kan gynnas av att man använder sig av menscykeln som förklaringsmodell, vore ett lämpligt nästa steg att utvärdera implementering av menscykeln i behandling av EIPS-patienter för att se om det ger förbättrat mående för patienten jämfört med standard DBT eller MBT.

Det finns forskningsstöd för att psykisk hälsa kan påverkas av bland annat; preventivmedel (Jarva & Oinonen, 2007), pubertet (Uran m.fl., 2017), menopaus (Hogervorst m.fl., 2022; Jagtap m.fl., 2016), vid könskorrigering vård (Shelemy m.fl., 2024), graviditet (Sacher m.fl., 2020; Winkel m.fl., 2013) samt missfall och abort (Bellieni & Buonocore, 2013; Mota m.fl., 2010). Vidare forskning gällande hur EIPS-patienters symptomuttryck påverkas av dessa reproduktiva livshändelser skulle kunna motiveras av att den aktuella studiens resultat indikerar att psykologer ser hormonpåverkan av samma hormoner på symptomuttryck hos sina patienter. En avslutande rekommendation blir därför framtida forskning är att studera andra reproduktiva livshändelser som påverkar östrogen och progesteron nivåer i relation till symptomuttryck vid EIPS.

## Slutsatser och implikationer

Syftet med studien var att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns hormonpåverkan på symptom vid EIPS. Resultaten visar att psykologer som utför behandling av EIPS i svensk sjukvård önskar mer kunskap om menscykelns hormonpåverkan. Studien bidrar med en unik inblick i psykologers arbetssätt gällande menscykeln i behandling av EIPS-patienter. Förhoppningsvis kommer studiens resultat att belysa behovet av utbildning och tillgång till forskning för psykologer gällande menscykelns hormonpåverkan. Studiens resultat skulle även kunna användas för regioner och arbetsgivare för att belysa bristen på rutiner och riktlinjer för menscykelns hormonpåverkan i behandling av EIPS-patienter.

Framtida rekommendationer utifrån resultaten är inkludering av menscykelns hormonpåverkan i behandling och tillgång till forskningsbaserad kunskap. Psykologer idag behöver redan ta hänsyn till menscykeln i behandling av EIPS-patienter med en förståelse som just nu grundas mer på egna erfarenheter än forskning. För att säkerställa en patientsäker vård behövs vidare undersökning om inkludering av menscykeln i behandling. En viktig implikation av studien gäller för patienterna; menscykelns hormonpåverkan är individuell och med ökad förståelse kan psykologer ge en säkrare vård, göra bättre bedömningar och framför allt ge en person möjligheter till djupare kunskap om sig själv. För patienterna kan också menscykelns hormonpåverkan ge en unik möjlighet till självvalidering, en möjlighet att komma bort från tanken om att de själva är problemet, till att det är menscykeln som ger starkare känslor där det redan finns starka känslor.

## Referenser

- Alfonsson, S., Fagnäs, S., Beckman, M., & Lundgren, T. (2024). Psychotherapist factors that patients perceive are associated with treatment failure. *Psychotherapy*, 61(3), 241–249. <https://doi.org/10.1037/pst0000527>
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pepi.18.1.36.32772>
- Bellieni, C. V., & Buonocore, G. (2013). Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 301–310. <https://doi.org/10.1111/pcn.12067>
- Berk, L. E. (2014). *Exploring lifespan development* (3rd ed.). Pearson.

- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 708–716. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.6.708>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Tredje upplagan). Liber.
- Bäckström, T., Andreen, L., Birzniece, V., Björn, I., Johansson, I.-M., Nordenstam-Haghjo, M., Nyberg, S., Sundström-Poromaa, I., Wahlström, G., Wang, M., & Zhu, D. (2003). The Role of Hormones and Hormonal Treatments in Premenstrual Syndrome. *CNS Drugs*, 17(5), 325–342. <https://doi.org/10.2165/00023210-200317050-00003>
- de Vos, J. A., Netten, C., & Noordenbos, G. (2016). Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy: A qualitative examination of the therapists' and the patients' view. *Eating Disorders*, 24(3), 207–223. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1090869>
- DeSoto, M. C., Geary, D. C., Hoard, M. K., Sheldon, M. S., & Cooper, L. (2003). Estrogen fluctuations, oral contraceptives and borderline personality. *Psychoneuroendocrinology*, 28(6), 751–766. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(02\)00068-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00068-9)
- Dragstedt, L. (2023, oktober 17). *Premenstruellt syndrom—1177 för vårdpersonal*. [https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/premenstruellt-syndrom/?selectionCode=profession\\_primarvard](https://vardpersonal.1177.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/premenstruellt-syndrom/?selectionCode=profession_primarvard)
- Dubol, M., Epperson, C. N., Sacher, J., Pletzer, B., Derntl, B., Lanzenberger, R., Sundström-Poromaa, I., & Comasco, E. (2021). Neuroimaging the menstrual cycle: A multimodal systematic review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 60, 100878. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100878>
- Eisinga, R., te Grotenhuis, M., Larsen, J. K., Pelzer, B., & van Strien, T. (2011). BMI of Interviewer Effects. *International Journal of Public Opinion Research*, 23(4), 530–543. <https://doi.org/10.1093/ijpor/edr026>
- Handy, A. B., Greenfield, S. F., Yonkers, K. A., & Payne, L. A. (2022). Psychiatric Symptoms Across the Menstrual Cycle in Adult Women: A Comprehensive Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(2), 100–117. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000329>
- Hantsoo, L., Rangaswamy, S., Voegtline, K., Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, J. L. (2022). Premenstrual symptoms across the lifespan in an international sample: Data from a mobile application. *Archives of Women's Mental Health*, 25(5), 903–910. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01261-5>
- Hawkins, S. M., & Matzuk, M. M. (2008). *The Menstrual Cycle: Basic Biology*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135(1), 10–18. <https://doi.org/10.1196/annals.1429.018>
- Hogervorst, E., Craig, J., & O'Donnell, E. (2022). Cognition and mental health in menopause: A review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, 81, 69–84. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.009>
- Hsiao, M., Hsiao, C., & Liu, C. (2004). Premenstrual symptoms and premenstrual exacerbation in patients with psychiatric disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(2), 186–190. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2003.01215.x>
- Hälso- och sjukvårdsdrag (2017:30)*. (u.å.). Hämtad 08 augusti 2024, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)
- Jagtap, B. L., Prasad, B. S. V., & Chaudhury, S. (2016). Psychiatric morbidity in perimenopausal women. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 86. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196056>
- Jang, D., & Elfenbein, H. A. (2019). Menstrual Cycle Effects on Mental Health Outcomes: A Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 312–332. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430638>
- Jarva, J. A., & Oinonen, K. A. (2007). Do oral contraceptives act as mood stabilizers? Evidence of positive affect stabilization. *Archives of Women's Mental Health*, 10(5), 225–234. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0197-5>
- Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Eppinger, S., & Rosenbaum, J. F. (1994). Premenstrual exacerbation of symptoms in women with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 131–138. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90011-6](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)90011-6)

- Kolla, N. J., Eisenberg, H., & Links, P. S. (2008). Epidemiology, Risk Factors, and Psychopharmacological Management of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/13811110701542010>
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: Att låta en värld öppna sig* (1. upplagan). Liber.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Publications.
- Lovick, T. A., Guapo, V. G., Anselmo-Franci, J. A., Loureiro, C. M., Faleiros, M. C. M., Del Ben, C. M., & Brandão, M. L. (2017). A specific profile of luteal phase progesterone is associated with the development of premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, 75, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.10.024>
- Manber, R., & Armitage, R. (1999). *Sex, Steroids, and Sleep: A Review*. 22(5).
- Morberg Pain, C. (2018). *MBT i teori och praktik*. Natur och Kultur akademisk.
- Mota, N. P., Burnett, M., & Sareen, J. (2010). Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(4), 239–247.
- Mu, E., Thomas, E. H. X., & Kulkarni, J. (2022). Menstrual Cycle in Trauma-Related Disorders: A Mini-Review. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 910220. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.910220>
- N-Wihlbäck, A.-C., Sundström-Poromaa, I., & Bäckström, T. (2006). Action by and sensitivity to neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. *Psychopharmacology*, 186(3), 388–401. <https://doi.org/10.1007/s00213-005-0185-2>
- Osz, F., Kilpatrick, M., Muburi, C., & Castle, D. (2023). Gonadal hormones in borderline personality disorder: Implications for understanding symptoms and supporting treatment. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01406-0>
- Panzica, G. C., & Melcangi, R. C. (2008). The endocrine nervous system: Source and target for neuroactive steroids. *Brain Research Reviews*, 57(2), 271–276. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2008.02.002>
- Peters, J. R., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2019). Ovarian Hormones as a Source of Fluctuating Biological Vulnerability in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 21(11), 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1096-y>
- Peters, J. R., Owens, S. A., Schmalenberger, K. M., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2020). Differential effects of the menstrual cycle on reactive and proactive aggression in borderline personality disorder. *Aggressive Behavior*, 46(2), 151–161. <https://doi.org/10.1002/ab.21877>
- Petrovic, P. (2015). *Känslostormar* (1:a uppl.). Natur & Kultur Akademisk.
- Rohatgi, A., & Dash, S. (2023). Period poverty and mental health of menstruators during COVID-19 pandemic: Lessons and implications for the future. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1128169. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1128169>
- Sacher, J., Chechko, N., Dannlowski, U., Walter, M., & Derntl, B. (2020). The peripartum human brain: Current understanding and future perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 59, 100859. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100859>
- Sahlin, H., Solomin, L., & Lundholm, L. (2016). *Emotionell instabilt personlighetsyndrom—EIPS* [Text]. Kunskapsstöd för vårdgivare. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-varldprogram/emotionell-instabilt-personlighetsyndrom---eips>
- Thompson, A., Ruch, D., Bridge, J. A., Fontanella, C., & Beauchaine, T. P. (2024). Self-injury and suicidal behaviors in high-risk adolescents: Distal predictors, proximal correlates, and interactive effects of impulsivity and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001342>
- Uran, P., Yürümez, E., Aysev, A., & Kılıç, B. G. (2017). Premenstrual syndrome health-related quality of life and psychiatric comorbidity in a clinical adolescent sample: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(1), 36–40. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1235710>



- Vidlund, U. (2018). *Psykologer om PMDS - beredskap att upptäcka, diagnostisera och behandla / Lunds universitet* [Examensarbete yrkesexamen, Lunds Universitet].  
<https://www.lu.se/lup/publication/8958529>
- Wihlbäck, A.-C., Nyberg, S., Bäckström, T., Bixo, M., & Sundström-Poromaa, I. (2005). Estradiol and the addition of progesterone increase the sensitivity to a neurosteroid in postmenopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, *30*(1), 38–50.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2004.05.005>
- Winkel, S., Einsle, F., Wittchen, H.-U., & Martini, J. (2013). Premenstrual symptoms are associated with psychological and physical symptoms in early pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(2), 109–115. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0322-y>
- Sveriges Psykologförbund (2023). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*.  
<https://www.psykologforbundet.se/globalassets/dokument/stadgar-policys-arsrapporter/yrkesetiska-principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Ziv, B., Russ, M. J., Moline, M., Hurt, S., & Zendell, S. (1995). Menstrual Cycle Influences On Mood and Behavior in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *9*(1), 68–75. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.1.68>



# Bilaga 1

## Intervjuguide

### 1. Inledande information

**Syfte:** Dina svar används för att öka kunskapen om hur psykologer är insatta i, förstår och arbetar med menscykelns påverkan på symptom vid EIPS.

**Data:** Intervjun kommer att pågå i ca 20- 30 min. och spelas in med ljud och här i webläsaren via zoom

**Användning:** Informationen används endast för examensarbetet och behandlas konfidentiellt. De enda som kommer ta del av materialet i någon form är mina handledare och jag själv.

**Anonymitet.** Resultaten i uppsatsen kommer att presenteras på sådant sätt att du är anonym.

**Lagring:** Uppgifterna lagras lokalt och lösenordsskyddas de kommer att anonymiseras så snart som möjligt. De sparas tills efter att uppsatsen är godkänd och raderas därefter.

**Etik:** Studien har godkänts av kursledare och handledare med guidning av mall för etikprövning.

**Samtycke:** Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke.

**Rättigheter:** Du kan begära att dina uppgifter raderas när som helst.

**Kontakt:** Det är bara att kontakta mig med frågor via informationen du fått skickad till dig

## Intervjuguide

### 1. Bakgrundsinformation

1. Hur länge har du arbetat som psykolog?
2. Hur länge har du jobbat med EIPS-patienter?
3. Vilken eller vilka metoder arbetar du med?
4. Vilken utbildning har du?

### 2. Generell kunskap om menscykeln

- Innan vi går in på dina erfarenheter som behandlare skulle jag vilja fråga dig hur du tänker generellt kring menscykeln kopplat till psykisk hälsa. Skulle du kunna berätta lite om det?
- Vad tror du har influerat ditt synsätt?
- Tänker du att menscykeln har någon påverkan på människors psykiska hälsa?

### 3. Hur ser du på menscykelns påverkan när det kommer till dina patienter?

- Kommer du ihåg något tillfälle då det var tydligt för dig i en behandlingssituation?
- Upplever du någon förändring i symptom uttryck kopplat till menscykeln hos dina patienter? Exempel på skiftningar i de olika faserna, premenstruellt, ägglossning eller under menstruation?
- upplever du att vissa EIPS-symptom blir mer intensiva i perioder? Eller tvärtom mindre intensiva...
- Tror du att det påverkar hur man ser på menscykeln i behandling om man själv har upplevt att menstruera?
- Ingick något om menscykeln i utbildningen du läste?

- Om den gjorde det på vilket sätt?
- 4. Påverkar din bild av menscykeln behandlingen du ger i någon form?**
- På vilket sätt?
  - Brukar du prata med patienterna om menscykeln?
  - Brukar du eller patienten ta upp det?
  - Finns menscykeln med i behandlingen på något annat sätt?
- 5. Jag är lite nyfiken på hur det ser ut på din arbetsplats med tankar om menscykeln**
- Hur upplever du att man ser på menscykelns påverkan hos patienterna på din arbetsplats? (*Är hormonpåverkan en integrerad del i arbetet på mottagningen*)
  - Förs samtal kring hormonpåverkan? Hur ser dessa ut?
  - Finns det rutiner?
- 6. Vilket kön identifierar du dig som?**
- Har du egen erfarenhet av att ha menstruerat?
- 7. Har jag missat något viktigt? Är det något du vill tillägga?**