

Masteroppgave

Master i Psykisk helsearbeid MAPSD5900

Mai 2023

Stigmatisering av mennesker med emosjonell ustabil
personlighetsforstyrrelse – en kritisk diskursanalyse

Kandidatnavn: Laila Utgård og Stine Korgen Flatemo
Emnekode: MAPSD5900

30 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Da vi først ble kjent på Master i psykisk helsearbeid i 2019 visste vi lite om at vi nå skriver mastergraden sammen. Vi har hatt endeløse faglige diskusjoner gjennom disse årene, men det er ett tema som har gått igjen, og det er hvordan personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse behandles i helsevesenet. Valg av tema for denne oppgaven ble derfor enkelt.

Derfor er vi nå stolte av å levere fra oss et stykke arbeid om et tema vi er engasjerte i.

Vi vil takke vår veileder, Marit Aalen, for gode og konstruktive tilbakemeldinger som har bidratt til at vi har måttet tenke selv.

Vi vil også takke de rundt oss som har hjulpet og bidratt slik at vi kunne dra dette i havn.

Sammendrag

Stigmatisering av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse – en kritisk diskursanalyse

Denne masteroppgaven er en kritisk diskursanalyse som vil undersøke hvilken diskurs som preger helsevesenets behandling av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og på hvilken måte diskursen bidrar til stigmatisering av denne pasientgruppa. Bakgrunnen for masteroppgaven er at vi gjennom vår arbeidserfaring fra ulike deler av helsevesenet har observert stigmatisering av denne pasientgruppa. Kritisk diskursanalyse har fokus på den gjensidige påvirkningen mellom tekst, diskurs og sosiokulturell praksis. Metoden innebærer systematisk analyse av tekst, og det skal identifiseres negative samfunnsforhold, og foreslås muligheter for å endre dette.

Tekstanalysen tar for seg en beskrivelse av diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, i *Lærebok i psykiatri* av Malt et al. (2018). Vi finner at ordvalg og formuleringer i denne teksten befester diskursen på flere måter og ved bruk av ulike tekstuelle virkemidler. Den virkeligheten som blir presentert om disse pasientene er at de er impulsive, voldelige og manipulerende, og at dette er uforanderlige iboende egenskaper hos disse pasientene. Vi viser deretter hvilke andre stemmer og perspektiver som finnes, og hvilke andre måter en kan se emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse på. Vi trekker frem pasientenes stemme, og perspektivet om Komplex PTSD som forklaringsmodell. Videre viser vi til kontekstuell modell som alternativ tilnæringsmåte, og som konkurrerende diskurs.

Vi konkluderer med at diskursen har en stigmatiserende effekt på denne pasientgruppa. Stigmatiseringen er et uttrykk for det ensidige perspektivet som kommer frem i alle diskursens bestanddeler. Diskursen er kjennetegnet ved fokus på atferd og symptomer, og liten forståelse for tilknytnings- og relasjonsproblematikk. Videre er diskursen preget av fordommer og antakelser om hvordan denne pasientgruppa er. Vi mener disse kjennetegnene er synlig i alle de tre delene av diskursen.

Nøkkelord: Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, kritisk diskursanalyse, diskurs, stigmatisering, pasienters erfaringer, kompleks PTSD, kontekstuell modell

Summary

A critical discourse analysis of the stigma towards patients with borderline personality disorder

This master's thesis is a critical discourse analysis that will investigate which discourse characterizes the health care system's treatment of patients with borderline personality disorder, and in what way the discourse contributes to the stigmatization of this patient group. The background for the master's thesis is that, through our work experience from various parts of the healthcare system, we have observed stigmatization of this patient group. Critical discourse analysis focuses on the mutual influence between text, discourse and socio-cultural practice. The method involves systematic analysis of text, and negative social conditions are to be identified, and opportunities to change this are proposed.

The text analysis deals with a description of the diagnosis borderline personality disorder, in *Lærebok i psykiatri* by Malt et al. (2018). We find that choice of words and wording in this text reinforce the discourse in several ways and by using different textual means. The reality that is presented about these patients is that they are impulsive, violent and manipulative, and that these are unchangeable inherent characteristics of these patients. We will then show which other voices and perspectives that exists about borderline personality disorder. We highlight the patients' voice, and the perspective of Complex PTSD as an explanatory model. Furthermore, we refer to the contextual model as an alternative approach, and as a competing discourse.

Our conclusion is that the discourse has a stigmatizing effect on this patient group. The stigmatization is an expression of the one-sided perspective that emerges in all the components of the discourse. The discourse is characterized by a focus on behavior and symptoms, and little understanding of attachment- and relationship issues. Furthermore, the discourse is characterized by prejudices and assumptions about what this patient group is like. We believe that these characteristics are visible in all three parts of the discourse.

Keywords: Emotionally unstable personality disorder, borderline personality disorder, critical discourse analysis, discourse, stigma, patient experiences, complex post-traumatic stress disorder, contextual model

Forord.....	1
Sammendrag	2
Summary	3
1 Innledning	6
1.1 Problemformulering	8
1.2 Formål	8
2 Tidligere forskning.....	10
3 Teoretisk rammeverk	12
3.1 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse	12
3.1.1 Etiologi	13
3.2 Stigmatisering.....	15
4 Metode	19
4.2 Kritisk diskursanalyse	21
4.3 Etske overveielser	24
4.3.1 Verdisyn.....	24
4.3.2 Forskningsetiske refleksjoner	24
4.3.3 Intensjonalitet	25
4.3.4 Reliabilitet og validitet	26
5.1 Om valg av analysemateriale	27
5.2 Utdrag fra Lærebok i psykiatri	28
5.3 Den ideasjonelle metafunksjonen.....	29
5.3.1 Nominalisering	30
5.3.2 Rekontekstualisering	32
5.4 Den mellompersonlige metafunksjonen.....	33
5.4.1 Modalitet.....	33
5.4.2 Makt.....	34
5.5 Den tekstuelle metafunksjonen	36

5.5.1 Gjentakelser	36
5.5.2 Antakelser	37
5.5.3 Intertekstualitet	39
6 Resultater	40
7 Motstemmer og konkurrerende diskurser	43
7.1 Pasienters erfaringer	43
8 Diskusjon	49
8.1 Diskusjon av funn i tekstanalysen	49
8.1.1 En annen virkelighet	49
8.1.2 Om interaksjon	51
8.1.3 Subjektivering	51
8.1.4 Tekst i tekst	52
8.1.5 Om komposisjon	53
8.2 Om å synliggjøre perspektiver	54
8.3 Tverrfaglig stigmatisering	55
8.4 Diskursive kamper	57
8.5 Implikasjoner	58
8.6 Oppgavens styrker og svakheter	60
9 Konklusjon	62
10 Litteratur	64

1 Innledning

Vi ønsker å undersøke fenomener tilknyttet emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (heretter forkortet BPD), siden dette er en pasientgruppe med mange ulike symptomer og symptombilder. Vi synes denne pasientgruppa er interessant også fordi vi oppfatter at den er gjenstand for mye stigmatisering på tvers av helsetjenestene. Vår erfaring med denne pasientgruppa er innenfor kommunalt og statlig barnevern, ungdomspsykiatrisk akuttavdeling og kommunal psykisk helsetjeneste. Vi erfarer at den rådende forestillingen blant helsearbeidere er at pasienter med BPD ikke bør få plass på institusjon fordi de manipulerer og splitter de ansatte, de selvskader for å få eller opprettholde oppmerksomhet og omsorg, og denne oppmerksomheten forsterker symptomene snarere enn å hjelpe pasienten. Vet vi i hvilken grad denne oppfatningen styrer avgjørelser om inntak, utskrivning og behandling? Og er det pasientene eller institusjonen en tar hensyn til ved å gå imot institusjonsplassering?

Erfaringer fra brukergruppen ved Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri underbygger også vår oppfatning. Tidligere og nåværende pasienter forteller blant annet om opplevd press om tidligst mulig utskrivelse uten fokus på hva som kan hjelpe situasjonen, og noen opplevde også at dersom diagnosen ble endret til noe annet enn BPD endret også personalets holdninger seg (Ekeberg et al., 2019a, s. 2). En vanlig oppfatning av pasienter med BPD er at de er utakknemlige og vanskelige å behandle. De er ikke ønsket i akuttavdelinger, og utover noen utvalgte behandlingsmetoder er det få behandlingstilbud til denne pasientgruppa (Ekeberg et al., 2019a, s. 2 - 3). Vi erkjenner at de som får diagnosen BPD kan ha uhensiktsmessige tankemønstre og ikke bør få styre som de selv ønsker, men det er tydelig for oss at virkeligheten ikke er så enkel, og at vi sitter med en brokete og heterogen pasientgruppe med traumer og/eller andre diagnoser i bunn (Ryden & Wallroth, 2010, s. 207).

Vi vil vise et sitat fra en pasient som først fikk diagnosen BPD og senere også Bipolar. Dette sitatet viser problemstillingen fra pasientens perspektiv og peker på det vi selv opplever som problematisk. Sitatet er fra artikkelen *Psykiatriens mange ansikter - en pasients opplevelser* i tidsskrift for psykisk helsearbeid (2014):

Selv om det i dag er noen år siden jeg ble syk første gang, vet jeg at psykiatrien fremdeles fungerer på samme måte. Jeg har hatt opplevelser i den senere tiden som bekrefter dette, og jeg leser stadig historier fra andre som har opplevd, eller akkurat nå opplever, lignende behandling. Min mening er at hvis psykiatrien hadde møtt meg

på en mer human, rettferdig og respektfull måte, så hadde både min historie og mitt liv i dag vært helt annerledes. [...] Jeg var ekstremt sårbar for avvisning, og jeg hadde opplevd overgrep tidligere i livet. Og det blir jo et paradoks at jeg i psykiatrien opplevde avvisning gang på gang, og at jeg vil beskrive mye av det jeg opplevde, som overgrep mot meg utført av psykiatrien.

I dag er jeg så heldig at jeg har fått en diagnose som gjør at det er mye lettere å få hjelp, men jeg synes det er utrolig skremmende at diagnosen skal bety så mye for hvordan man blir møtt av psykiatrien. Uansett hva som er min diagnose, er jeg fremdeles samme person med mine positive og negative sider og mine individuelle behov (Abel, 2014, s. 387 - 390).

I artikkelen *En gang borderliner – alltid borderliner* (2012) i samme tidsskrift finner vi dette sitatet fra en annen pasient med BPD:

Jeg møtte mistenksomhet, avvisning, grensesetting hinsides fornuft, at mine grenser konsekvent ble tråkket over, og at alt jeg sa ble omtolket inn i begrepet jeg nå var blitt. En borderliner. Ei urokråke, kranglefant og manipulativ drittsekk. Ønsker jeg noe, er riktig behandling å nekte meg det. Er det noe jeg ikke vil/tør, så er det svært viktig å tvinge meg. Nekter jeg fortsatt, er jeg ikke behandlingsmotivert. Og reddere og reddere blir jeg. Og oppgitt. Og sint. Så da bekrefter jeg min ustabilitet.

Ifølge «mitt» sykehus er det så typisk at borderlinere ber om nydiagnostisering, at det at de ber om det er god nok grunn til ikke å gjøre det. Det å krangle om diagnosen bekrefter diagnosen. At jeg ikke kjenner meg igjen i kriteriene for diagnosen, bekrefter også diagnosen. At jeg blir verre av foreskrevet behandling, bekrefter visst også diagnosen? (Thorgersen, 2012, s. 360 - 361).

Disse sitatene beskriver akkurat det vi ønsker å sette fingeren på; at denne pasientgruppa blir møtt på uhensiktsmessige og ofte direkte skadelige måter av hjelpesystemene.

1.1 Problemformulering

Med forsøk på å konkretisere hva vi ønsker å undersøke har vi formulert denne problemstillingen:

Hvilken diskurs preger helsevesenets behandling av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og på hvilken måte er diskursen med på å stigmatisere denne pasientgruppen?

1.2 Formål

Formålet vårt er å belyse hvilken diskurs som preger behandlingen av personer med BPD og hvordan denne gruppen blir stigmatisert. Dette vil vi gjøre ved å foreta en tekstanalyse av et utdrag fra en lærebok, for å undersøke om denne teksten bidrar til å opprettholde diskursen og stigmatiseringen av pasienter med BPD. Vi ønsker også å undersøke diskursen for å finne ut hva som skal til for å endre den.

Vi velger å gjøre en kritisk diskursanalyse framfor kun tekstanalyse fordi vi tror at for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte, må vi undersøke tekstens påvirkning på diskursen og omvendt. Da har vi muligheten til å belyse andre perspektiver og sette dette i sammenheng med den aktuelle diskursen.

Vi har gjennom ulike jobber innen psykisk helsevern og barnevern egenerfaring med utfordringene mennesker med BPD står overfor i møte med helsevesenet. For å kunne få et dypere innblikk i hva som kan være med på å skape og opprettholde negative holdninger og oppfatninger av denne diagnosen, ser vi det som hensiktsmessig å undersøke tekster som er skrevet om denne diagnosen. Vi synes kapittelet om BPD i *Lærebok i psykiatri* av Malt et al. (2018) tegner det samme bildet av diagnosen som diskursen gjør, derfor mener vi den eger seg som gjenstand for tekstanalyse.

Vi presenterer flere sitater og utdrag fra pasienters egne erfaringer og opplevelser. Det gjør vi for å belyse hvordan pasientene opplever å ha diagnosen, og hvordan de opplever å bli møtt i helsevesenet. Pasientenes virkelighetsforståelse kolliderer med helsevesenets oppfatning av dem. Konsekvensene av at pasientene opplever å bli misforstått, er at denne gruppa ikke får eller klarer å motta den helsehjelpen de trenger. Helsearbeidere som mistror og eventuelt misliker pasienter de møter gir heller ikke gode forutsetninger for vellykket eller hensiktsmessig behandling.

Vi vil ikke gå dypt inn i det vitenskapsteoretiske grunnlaget for kritisk diskursanalyse, da vi ikke vurderer det som relevant for vårt formål.

Vi tror ikke vi evner å endre diskursen med denne masteroppgaven, men et skritt i riktig retning må være å identifisere diskursen og peke på hvorfor den er problematisk. Det håper vi å oppnå med denne oppgaven.

2 Tidligere forskning

Vi har gjort søk etter studier eller andre oppgaver som har gjort diskursanalyse eller kritisk diskursanalyse av borderline eller emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og det har ikke fremkommet noen funn på dette temaet. Vi har imidlertid funnet andre masteroppgaver hvor det er brukt diskursanalyse eller kritisk diskursanalyse som metode. Temaene har ikke vært relevant for vår oppgave, men det styrker vårt valg av metode. Det bør likevel nevnes at det kan være diskursanalyser om diagnosen BPD som vi ikke har funnet.

Vi har derfor foretatt et systematisk søk for å finne andre forskningsartikler som er aktuelle for dette temaet. Det systematiske søket er gjennomført i Epistemonikos og MedLine, hvor vi brukte søkeordene: health personnel, nurse*, borderline, emotional* unstable, stigma or attitude.

Vi ønsker å trekke fram disse artiklene:

Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. Av Ring & Lawn (2019).

Dette er en litteraturgjennomgang. Bakgrunn for studien er at pasienter med BPD opplever stigmatisering i helsevesenet. Studien tar for seg både pasientenes og helsepersonells perspektiv på stigmatisering av personer med BPD. Funnene i studien viser at lavt kunnskapsnivå om diagnosen blant helsepersonell bidrar til lavt engasjement for pasientgruppa, som videre fører til stigmatisering, negative holdninger og mindre effektiv behandling. Dette er faktorer som ifølge studien bidrar til å opprettholde stigmatiseringen. De trekker videre frem at for å endre dette, er det behov for at kunnskap om diagnosen implementeres i utdannelser, samt at ledelsen på arbeidsplassen har økt fokus på kunnskap om diagnosen.

Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. Av Dickens, Lamont & Grey (2016).

Dette er en litteraturgjennomgang. Bakgrunnen for studien er at personer med BPD møter negative holdninger blant psykiatriske sykepleiere som kan være ødeleggende for det terapeutiske arbeidet. Resultatene viser at helsepersonells holdninger er mer negative i møte med BPD enn andre psykiske lidelser. Behovet for mer veiledning om hvordan møte pasientgruppa, trekkes fram som nødvendig for å redusere stigmatiseringen.

Judging personality disorder: A systematic review of clinician attitudes and responses to borderline personality disorder. Av Baker & Beazley (2022).

Dette er en litteraturgjennomgang. Denne studien forsøker å finne et svar på antakelsen om at pasienter med BPD blir stigmatisert av psykiatrisk helsepersonell. Resultatene av studien viser at stigmatiseringen ikke bare er blant psykiatriske sykepleiere, men at det også finnes på tvers av profesjoner i psykiatri og helsevesen. Også her trekkes behovet for mer opplæring og kunnskap frem som et tiltak for å redusere stigmatiseringen.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi presentere teori om diagnosen som på norsk heter emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Vi velger å bruke definisjonen fra ICD-10 fremfor ICD-11, da ICD-11 ikke er publisert eller tatt i bruk i Norge enda (E-helse, 2022, s. 22).

Videre vil vi trekke fram tilgjengelig forskning og kunnskap om hva som ligger til grunn for utviklingen av BPD.

Vi vil også legge fram teori om stigmatisering av pasienter med BPD. Denne teorien har vi hentet fra tidligere forskning som vi har funnet gjennom systematiske søk i databaser som beskrevet i kapittel 2. Videre har vi hentet teori fra litteratur om temaet stigmatisering. Vi ønsker å finne ut av på hvilken måte diskursen er med på å stigmatisere personer med BPD, derfor vil vi redegjøre for hva stigmatisering er, og hvordan det kan komme til uttrykk i møte med denne pasientgruppa.

3.1 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Vi vil nå presentere definisjonen på BPD, slik som den er beskrevet i ICD-10. Dette anser vi som en nøkkeltekst. En nøkkeltekst er en tekst som andre tekster bygger på eller har tatt utgangspunkt i, altså tekster som kan ha stor påvirkningskraft (Grue, 2021c, s. 120).

Definisjonen fra ICD-10 kan kalles en nøkkeltekst fordi den er rammeverket for diagnostisering og dermed blir brukt i hele helsevesenet. Utdraget fra Malt et al. (2018) som vi har valgt som gjenstand for selve analysen, har tatt utgangspunkt i denne nøkkelteksten. Vi anser det derfor som en viktig del av grunnlaget for analysen at vi presenterer ICD-10 definisjonen i denne oppgaven.

I ICD-10 er diagnosen beskrevet slik:

F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Pasienten har en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Det foreligger også en tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd, særlig hvis impulsive handlinger blir hindret eller kritisert. To typer kan skilles ut: den impulsive typen, som hovedsakelig kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet og impuls kontroll, og den ustabile typen, som i tillegg kjennetegnes ved

forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, og ved en tendens til selvdestruktiv atferd, herunder selvmordshandlinger og -forsøk. (Verdens helseorganisasjon, 2022).

I DSM-5 kalles denne Borderline personality disorder. DSM-5 er det amerikanske diagnosesystemet, og det er denne definisjonen internasjonalt forskning og kunnskap om BPD har tatt utgangspunkt i (Karterud et al., 2017, s. 29; Karterud et al., 2017., s. 231). For å få diagnosen må man oppfylle fem av ni kriterier, noe som i teorien kan gi 256 ulike kombinasjonsmåter en kan ha emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse på (Karterud et al., 2017, s. 232). Det er heller ikke beskrevet en kjernekombinasjon av kriterier, eller at noen kombinasjoner opptrer oftere enn andre. Dette bidrar til stor heterogenitet i gruppa. Vi velger å ikke benytte oss av DSM-kriteriene for BPD, selv om mye av forskningen på BPD bygger på DSM-5. Dette fordi det er ICD-10 som ligger til grunn for diagnostisering og behandling i Norge. Dette er også utgangspunktet for beskrivelsen av diagnosen i tekstutdraget vi skal analysere. Implikasjoner av hvordan denne diagnosen er beskrevet skal vi komme tilbake til i tekstanalysen.

I Norge finnes det ikke en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av mennesker med personlighetsforstyrrelse. En faglig retningslinje kan bidra til at flere får riktig diagnose og behandling. Det vil gi behandlere mer kunnskap om personlighetsforstyrrelser, og flere verktøy i møte med dem (Wiig, 2023).

3.1.1 Etiologi

De siste 30-40 årene har man ment at BPD er en direkte konsekvens av traumer og spesielt traumer etter overgrep (Ryden & Wallroth, 2011, s. 211 - 212). Denne forklaringsmodellen har likevel ikke vært dekkende nok, siden dette ikke har omfattet hele pasientgruppa. Det er derimot funnet en klar forbindelse mellom barns tilknytningsstrategi og senere psykopatologi (Lyons-Ruth, 2003, s. 884). Desorganisert tilknytningsmønster er den tilknytningsstrategien som er mest forbundet med både internaliserende og eksternaliserende atferdsproblemer hos barn (Karterud et al., 2017, s. 64; Lyons-Ruth, 2003, s. 884 - 885). Desorganisert tilknytningsmønster regnes som en risikofaktor i seg selv, for senere å utvikle psykiske problemer og symptomer på BPD (Karterud et al., 2017, s. 64; Mahler, 1988, s. 16 - 17). Manglende omsorg, reguleringsstøtte, engstelige eller skremmende atferd fra

omsorgspersoner de første to leveår, er faktorer som skaper desorganisert tilknytningsmønster (Karterud et al., 2017, s. 57 - 58; Lyons-Ruth, 2003, s. 889).

Når barn opplever traumatisk stress over tid, vil hjernens alarmsystem sensitiviseres (Nordanger & Braarud, 2017, s. 75). Når barnet samtidig ikke får reguleringsstøtte fra nære omsorgspersoner, vil de strukturene i hjernen som bufrer og regulerer alarmsystemet bli underutviklet. Dette doble belastningsforholdet kalles utviklingstraumer. Dette gjelder når barnets omsorgspersoner er de samme som utsetter barnet for traumatisk stress, men gjelder også når det er andre grunner til at barnet opplever vold, overgrep og truende eller skremmende hendelser, og omsorgspersonene er fraværende (Nordanger & Braarud, 2017, s. 73 - 74). Dette har ikke bare med tilknytningsmønster og reguleringsvansker å gjøre, denne type traumer forstyrrer barnets grunnleggende nevrobiologiske utvikling. Det kan svekke barnets forutsetninger for å utvikle seg normalt senere, og må ses på som skjevutvikling snarere enn en lidelse eller tilstand (Nordanger & Braarud, 2017, side 74 - 77).

Det foreslås at BPD kan forstås ut fra fraværet av, eller den manglende evnen til, stressregulering, oppmerksomhetskontroll og mentalisering, som er utviklet gjennom tilknytningsrelasjoner. Disse personene er derfor spesielt sårbare for traumer (Fonagy et al., 2003, s. 417). Selv om traumer hemmer evnen til mentalisering psykologisk sett, er det også nevrobiologiske tilnærminger som vektlegger hvordan traumer hindrer utviklingen av de hjernestrukturene som trengs for mentalisering. Det er funnet utstrakte bevis for at en trygg tilknytningsrelasjon er essensiell for normal utvikling av hjernestrukturer og dermed affektregulering. Derfor vil mishandling eller omsorgssvikt i tidlig alder og med et desorganisert tilknytningsmønster mest sannsynlig begrense utviklingen av de hjernestrukturene forbundet med evnen til mentalisering (Fonagy et al., 2003, s. 443).

Vi har nå forsøkt å gi et kort innblikk i det faglige kunnskapsgrunnlaget for hva som ligger til grunn for utviklingen av BPD. Vi anser det som relevant bakgrunnsinformasjon med tanke på at dette er tilgjengelig forskning og kunnskap som bør være en del av hele bildet i forståelsen av pasienter med BPD.

3.2 Stigmatisering

Stigmatisering kan forstås som sosial utstøting, og innebærer både fordommer og diskriminering mot en gruppe mennesker i samfunnet (Dahl & Løvlie, 2018, s. 250; Ring & Lawn, 2019, s. 1). Å få diagnosen BPD eller andre psykiske diagnoser, kan oppleves som å settes i bås eller at man får en merkelapp. Generelt sett har psykiske lidelser lav status i samfunnet og blant befolkningen, og denne gruppa er mer sårbar for stigmatisering enn de med somatiske lidelser (Hofmann, 2018, s. 127). Pasienter med BPD er en av de mest stigmatiserte pasientene i gruppa av psykiske lidelser (Ekeberg et al., 2019a, s. 1; Ring & Lawn, 2019, s. 1 – 2; Baker & Beazley, 2022, s. 291). Stigmatiseringen fremkommer også på tvers av ulike helseprofesjoner (Baker & Beazley, 2022, s. 275). Dette stemmer godt med det vi mener å ha observert.

Stigmatisering av personer med BPD kommer ofte til uttrykk gjennom negative og nedlatende holdninger. De negative holdningene kan bidra til at pasienten *blir* diagnosen sin, og at de opplever å ikke bli forstått eller inkludert. Dette kan føre til at pasienten blir behandlet som et objekt og ikke sett som et helhetlig menneske med ulike behov (Pedersen et al., 2018, s. 100 – 101; Årseth & Johannessen, 2013, s. 25 - 27). Vi opplever det som at pasientene som utsettes for stigmatisering blir mindre samarbeidsvillige og mer suicidale, i tillegg tilfører det pasientene skam.

Vi ønsker å trekke frem et sitat som beskriver noe av det samme som vi selv har sett, i forhold til stigmatiseringen personer med BPD til stadighet opplever.

Ja, nå er hun her igjen! Ikke denne gangen heller har hun klart å fullføre selvmordet (himler med øynene). Det er bare tomme trusler, og skrik om oppmerksomhet. Vi må få henne utskrevet forttest mulig, her har hun i hvert fall ingenting å gjøre, selv om vi sikkert snart ser henne igjen. Å nei! Drama, selvskading og oppmerksomhet på høyt nivå. Hvorfor kommer hun til oss nå igjen? Nå må det da være noen andre sin tur! Når skal hun ta ansvar for seg selv? Jeg vil i hvert fall ikke være primærkontakt denne gangen! (Larsen, 2017, s. 2).

Dette sitatet er hentet ut fra en artikkel som handler om hvordan helsearbeidere kan påvirkes av pasienter de møter, og hvilke konsekvenser det får. Basert på egne erfaringer tror vi eksempelet ovenfor er mer vanlig enn en skulle tro og håpet på.

Personer med BPD har ofte et stort behov for kontroll og forutsigbarhet, som i personalgruppa kan motarbeides fordi det oppleves som at pasienten vil ha ting på sin måte,

eller at pasienten manipulerer personalet for å få gjennom egen vilje (Ekeberg et al., 2019a, s. 3). De kan også ses som upålitelige og manipulerende på grunn av antakelsen om at de i stor grad evner å kontrollere destruktiv atferd (Ring & Lawn, 2019, s. 16). Det til tross for at en av utfordringene til personer med BPD, er vanskeligheter med følelsesregulering, og at de destruktive handlingene kan være et forsøk på å regulere seg (Karterud, 2018, s. 1).

Siden denne pasientgruppa ofte har et desorganisert tilknytningsmønster, vil de ubevisst overføre de samme tilknytningsstrategiene på behandlere og ansatte som de lærte av sine omsorgspersoner (Karterud et al., 2017, s. 68; Killén, 2003, s. 574; Lyons-Ruth, 2003, s. 890). Det er derfor ikke utenkelig at pasientens atferd oppfattes som vekslende, ustabil og kontrollerende (personfokusert).

De ansatte bør dermed være bevisst på mulige motoverføringsreaksjoner i møte med pasienter med BPD (Karterud et al., 2017, s. 68). Det er naturlig å føle seg maktesløs overfor pasientene hvis de ikke tar imot hjelpen som gis. Pasientens ønske om kontroll over sine omgivelser kan også føre til en maktkamp med ansatte. Andre motoverføringsreaksjoner kan være å avvise pasienten, og dette kan gi seg utslag i utsagn som at pasienten ødelegger behandlingsmiljøet eller splitter de ansatte. Dette kan også brukes som grunner til (tidlig) utskrivning eller at pasienten ikke blir tatt inn på avdeling (Ekeberg et al., 2019a, s. 2 - 3). Det er delte meninger om pasienter med BPD bør være innlagt for en kort periode eller ikke, da oppfatningen er at pasientens symptomtrykk blir verre av innleggelse. Likevel er det lite forskning som tilsier at pasienten blir dårligere av å være innlagt for stabilisering (Ekeberg et al., 2019b, s. 4).

Flere helsearbeidere mener at personer med BPD opptar for mye plass i helsetjenesten, og at de ikke er mottakelige for behandling (Campbell et al., 2020, s. 976). På grunn av omfanget av destruktive handlinger, er denne gruppen i hyppig kontakt med helsevesenet i forbindelse med kriser (Karterud, 2018, s. 1). Destruktive handlinger som ofte ledsages av selvmordsforsøk eller suicidal atferd kan oppleves som utfordrende å håndtere, i tillegg til at utfordrende atferd ofte kan oppstå grunnet rusbruk. Det kan bidra til å opprettholde holdninger om at pasienten ødelegger behandling, eller at vedkommende er behandlingsresistent (Ekeberg et al., 2019a, s. 3; Ring & Lawn, 2019, s. 15).

Motoverføring og u hensiktsmessige holdninger kan oppstå på grunn av manglende selvrefleksjon. Selvrefleksjon er en viktig egenskap helsearbeidere bør ha i møte med BPD-pasienter (Vatne, 2018, s. 128 – 129). Selvrefleksjon handler om å ha et reflektert forhold

over hva som er egne og hva som er andres følelser. I arbeid med BPD-pasienter kan helsearbeidere bli påvirket av de sterke følelsene som kommer til uttrykk. Selvrefleksivitet er nødvendig for å unngå motoverføringsreaksjoner, og for å skille mellom ulike følelser som oppstår i arbeidet med disse pasientene. Hvis en ikke er bevisst egne følelser kan dette gi seg utslag i at en invaderer pasienten med sine egne følelser om situasjonen, eller grensesetter på uhensiktsmessige måter (Vatne, 2018, s. 128 – 129). Dette sier noe om viktigheten av selvrefleksivitet og etisk refleksjon blant helsearbeidere i møte med denne pasientgruppa. Dette fordi personer med personlighetsforstyrrelser svært ofte opplever et problematisk møte med helsevesenet i form av uetiske og nedlatende holdninger hos personalet, og nedsettende omtaler av diagnosen. I tillegg kan de oppleve press om tidlig utskrivelse både i somatikk og spesialisthelsetjeneste. Flere pasienter som tidligere har hatt diagnosen BPD, opplevde at møte med helsevesenet ble endret da vedkommende fikk en annen diagnose, som for eksempel bipolar lidelse eller kompleks PTSD istedenfor BPD (Ekeberg et al., 2019a, s. 2).

En kan dermed forstå det slik at hvilken diagnose en får kan avgjøre hvordan en blir møtt. Helsearbeidere kan også ha en forutinntatt oppfatning av hva prognosen for diagnosen er, og dermed kan det farge hvordan helsearbeidere møter pasienten. Dersom pasienten for eksempel er kranglete eller utagerende, vil det kunne tolkes som en bekreftelse av diagnosen. Diagnosesystemet kan på denne måten være med på å bestemme hvordan utfallet blir allerede før pasienten selv er involvert (Hertz, 2017, s. 84). Forforståelse hos helsearbeidere kan påvirkes utfra hvilket faglig ståsted en har, og komme til uttrykk ut fra hvilket faglig paradigme en tilhører (Pedersen et al., 2018, s. 100 – 101; Baker & Beazley, 2022, s. 275). Det kan vise seg gjennom at noen profesjoner i helsevesenet er mer opptatt av symptomer, atferd og diagnoser, uten å ta hensyn til hva pasienten selv opplever eller hva som er årsak til symptomtrykket.

Vi har selv observert i jobbsammenheng at helsearbeidere i ulike deler av helsevesenet ikke er godt nok faglig rustet, og har for lite kunnskap og innsikt i diagnosen. Økt kunnskap blant helsearbeidere vil bidra til at de i større grad evner å forstå og imøtekomme personer med BPD (Campbell et al., 2020, s. 976 - 977; Dickens et al., 2016, s. 1872). Større fokus på veiledning, opplæring og oppdatert kunnskap om diagnosen BPD, er viktige tiltak for å motarbeide den pågående stigmatiseringen (Dickens et al., 2016, s. 1869; Ring & Lawn, 2019, s. 16 - 17; Baker & Beazley, 2022, s. 286). Det innebærer også at personer med BPD i større grad bør involveres i egen behandling, at utdanninger innen helse aktivt bør formidle oppdatert kunnskap til studenter, og at ledelsen på arbeidsplassen bør jobbe mot en bedre

arbeidskultur og mindre fordommer (Ring & Lawn, 2019, s. 19). Det er altså behov for at helsearbeidere kontinuerlig oppdaterer seg på feltet for personlighetsforstyrrelser. Det kan bidra til at mange pasienter, og helsearbeidere, får en bedre opplevelse fordi det kan dempe stigmatiseringen og redusere ressursbruken.

Vi har her forsøkt å vise hva kunnskapen sier om stigmatisering av pasientgruppa vår. Neste kapittel vil ta for seg tekstanalysen av tekstutdraget til Malt et al. (2018).

4 Metode

I dette kapittelet vil vi beskrive metoden vi har valgt for å forsøke å besvare problemstillingen. I arbeidet med å prøve å få tak på hva det er som skyldes at disse pasientene får dårligere oppfølging enn andre pasienter og blir møtt med negative holdninger i helsevesenet, trer det frem en kultur eller virkelighetsforståelse som ikke samsvarer med den virkelighetsforståelsen vi selv sitter med, etter å ha jobbet tett på disse pasientene over tid. Denne oppfatningen av BPD som vi synes er problematisk synes å gjennomsyre hele helsevesenet, og synes å følge en diskurs. Vi skal derfor starte med å definere diskurs og hva som gjør at vi mener denne problemstillingen egner seg for en diskursanalyse. Etter å ha presentert kritisk diskursanalyse som metode, vil vi gå inn på de etiske overveielserne vi har gjort oss i forbindelse med arbeidet med denne oppgaven.

4.1 Hva er en diskurs?

En diskurs kan være et tanke sett eller ulike forståelsesformer, eller det kan defineres som språklige, ideologiske, sosiale og institusjonelle betingelser som gjør at en forholder seg til verden på en bestemt måte (Grue, 2021a). Det kan også betegne egne former for språk, handlingsmønstre og tenkemåter (Grue, 2021a; Skrede, 2020, s. 26). En diskurs kan også være en form for fellesskap som befestes gjennom språk, både det som blir sagt og skrevet, men også et fellesskap som gir en ramme for felles forståelse, meninger og sosiale praksiser. Det kan være en måte å se verden på innen egne samfunnsperspektiver, for eksempel visse profesjoner, samfunnslag eller grupper av politisk tilhørighet (Bratberg, 2021, s. 40; Skrede, 2020, s. 26; Fairclough, 2003, s. 124; Veum & Skovholt, 2022, s. 36). Vi synes disse beskrivelsene dekker den felles kulturen vi har observert i vår praksis.

En diskurs legger føringer for hvordan vi forstår verden (Bratberg, 2021, s. 40; Neumann, 2021, s. 21). Det handler altså om hvordan noe forstås eller håndteres ut fra et sett med etablerte verdier og perspektiver, og påvirker derfor måten en tenker og handler på (Bratberg, 2021, s. 40). Det er faktorer som holder diskursen i hevd, det kan være tekster og sosiale praksiser som opprettholder den diskursive retningen, og ofte kan en finne eksempler på dette i tekster som er skrevet. Diskursen gjør at leseren oppfatter en tekst i samme forståelsesramme som den som har skrevet det, og dette gir leseren et felles handlingsgrunnlag med forfatteren og de andre leserne (Bratberg, 2021, s. 41). Diskurser

innen fagfelt og institusjoner blir oppfattet som etablerte sannheter, og blir dermed bærende for hvordan en oppfatter virkeligheten (Neumann, 2021, s. 22).

Siden diskurser fungerer som fortolkningsrammer som former vår oppfatning av hvordan ting henger sammen, er det viktig å definere innholdet og rammene for den diskursen vi ønsker å belyse. Vi tror at det er både tekster og praksiser som tar utgangspunkt i at BPD-pasienter er uforutsigbare, ustabile, voldelige og krevende å forholde seg til, og at siden fokuset ligger på atferden og symptomene så er den gjengse oppfatningen at de er patologisk kranglete og oppmerksomhetssyke personer. Denne oppfatningen ser vi videre reproduisert gjennom holdninger, beslutninger og behandlingsforløp. Vi mener det er en uheldig og feilaktig diskurs som har befestet seg om denne pasientgruppa, og at det innen helsevesenet har blitt en etablert sannhet om hvordan BPD-pasienter er.

En oppfatning trenger ikke være et produkt av bevisst meningsdannelse, det kan også være et produkt av arbeidskultur, holdninger og forforståelse. Altså kan denne diskursen eller deler av den være en ubevisst del av den sosiokulturelle praksisen. Å danne egne meninger skjer nettopp når flere diskurser overlapper eller motsier hverandre, fordi da blir de ulike perspektivene synlige (Bratberg, 2021, s. 46). Derfor skal vi også forsøke å identifisere uenigheter og motstemmer innenfor den samme diskursen, samt andre diskurser som konkurrerer med den vi ser som gjeldende. Forhåpentligvis vil dette være et bidrag til å synliggjøre andre perspektiver slik at diskursen kan dreies i en mer reflektert og kunnskapsbasert retning. Oppgaven med å definere hva som er en del av diskursen og hvordan de ulike elementene påvirker hverandre kalles en diskursanalyse. Vi vil i det følgende presentere hvilken type diskursanalyse vi har valgt for denne oppgaven.

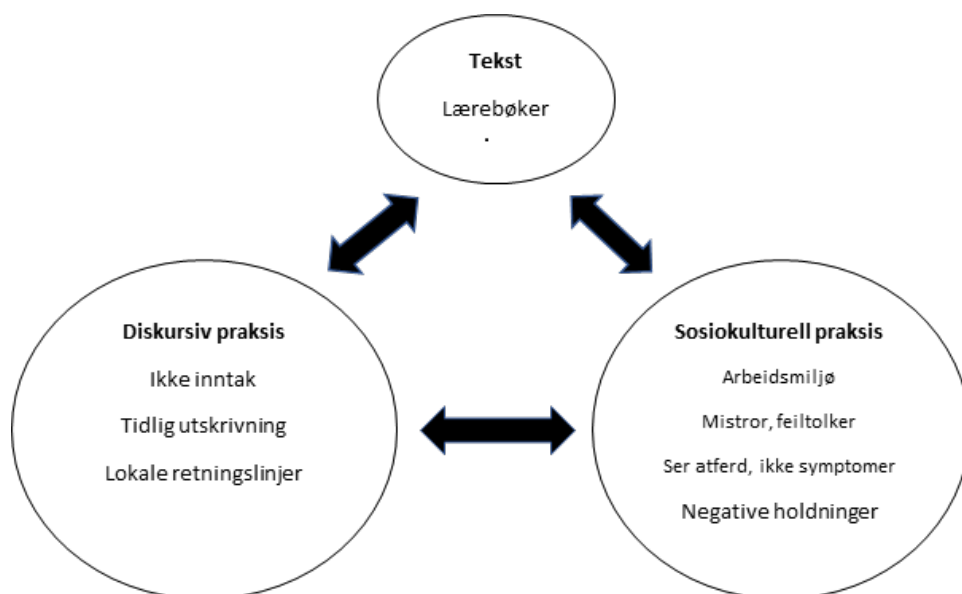
4.2 Kritisk diskursanalyse

Kritisk diskursanalyse har ikke en ferdig oppskrift en kan følge, men er et rammeverk for måter å analysere hvordan språk, samfunnet og praksiser i samfunnet er i en dialektisk påvirkningsprosess, altså en påvirkning som går begge veier (Grue, 2021b, s. 113; Grue, 2021c, s. 118; Bratberg, 2021, s. 60) En diskurs kan deles opp i tre bestanddeler; tekst/språk, diskursiv praksis og sosiokulturell praksis, som illustrert i figur 1.



Figur 1: Den tredelte modellen (Fairclough, 1992, s. 73).

Diskursanalyse er en kvalitativ analyse av tekster og språk, samtidig legger den til grunn at mening og meningsdannelse dannes gjennom språk og kommunikasjon, og at disse meningene og virkelighetsoppfatningene legger grunnlaget for handling (Bratberg, 2021, s. 44). Gjennom diskursanalyse kan en synliggjøre sammenhengen mellom tekst og sosiale prosesser som ikke nødvendigvis er bevisste (Neumann, 2021, s. 90 - 91; Bratberg, 2021, s. 60). Språket er de ordene vi bruker både skriftlig og muntlig som beskriver pasientgruppa og de tilhørende symptomene. I dette tilfellet er språket teksten vi skal analysere. Den diskursive praksisen er hvordan rutiner, behandlingspraksis og faglige tilnærminger blir påvirket eller styrt av språket. Den sosiokulturelle praksisen er holdningene og forventningene overfor disse pasientene, og hvordan de blir møtt av helsevesenet generelt. Stigmatiseringen ser vi imidlertid i alle disse delene av diskursen, og vi vil forsøke å vise denne sammenhengen. Disse elementene påvirker hverandre gjensidig. Tekst påvirker diskursiv praksis, som også påvirker sosiokulturell praksis, men dette går også motsatt vei (Bratberg, 2021, s. 60). Dette har vi forsøkt å illustrere under, i figur 2.



Figur 2: Den gjensidige påvirkningen mellom diskursens bestanddeler (vår illustrasjon).

En diskursanalyse kan være en ren tekstanalyse, mens en kritisk diskursanalyse er problemorientert og går ofte inn på årsaks- og virkningsforhold (Skrede, 2020, s. 27). På bakgrunn av dette har vi valgt kritisk diskursanalyse som metode for denne problemstillingen. Kritisk diskursanalyse har fokus på den gjensidige påvirkningen mellom tekst, diskurs og sosial praksis. At det ikke er tilfeldig *hva* som blir forstått og *hvordan* det som blir sagt eller skrevet blir forstått, og tolket (Skrede, 2020, s. 27).

Denne metoden bør inneholde en form for systematisk analyse av forholdet mellom diskurs og sosiale prosesser, det skal være en form for systematisk analyse av tekst(er), og det skal i tillegg til å identifisere og kritisere negative samfunnsforhold, også foreslås muligheter for å endre dette. Disse karakteristikene bør være til stede for at det skal kunne plasseres innenfor rammen kritisk diskursanalyse (Skrede, 2020, s. 23; Fairclough, 2010, s. 10 - 11). Sagt med andre ord er ikke tekstanalyse i seg selv nok, en må også trekke inn andre teorier og se på relasjonen mellom de aktuelle samfunnsmessige strukturene og hvilke sosiale praksiser og strukturer de påvirker, samt vurdere om denne påvirkningen er bra eller dårlig (Skrede, 2020, s. 59; Fairclough, 2010, s. 11).

Kritisk diskursanalyse handler om å være kritisk til det en leser og hvordan språket blir brukt (Veum & Skovholt, 2022, s. 44 – 45). Videre innebærer det å se hvordan språk kan påvirke, hvilken mening som blir skapt gjennom språket og å se på hvilke verdier og holdninger som blir formidlet av forfatteren. Det innebærer også at man synliggjør hvordan språk og tekst kan videreføre eller opprettholde oppfatningen av ulike grupper mennesker i samfunnet, altså hvilken effekt det har på leseren (Veum & Skovholt, 2022, s. 44 – 45; Skrede, 2020, s. 61; Grue, 2021c, s. 121).

Det kan foregå diskursive kamper om å vinne terreng, det kan finnes andre diskurser med andre virkelighetsoppfatninger som ikke har fått fotfeste. Hvis en skal prøve å identifisere hva som skal til for å endre diskursen må en også undersøke hvilken motstand som allerede finnes. En viktig del av diskursanalysen blir derfor å identifisere hvilke motstemmer en finner innenfor diskursen, men også hvilke andre og alternative diskurser som finnes (Neumann, 2021, s. 88).

Nå har vi beskrevet noen faktorer som bør ligge til grunn i en kritisk diskursanalyse. Det er ikke en bestemt oppskrift på hvordan dette skal gjennomføres, og det er mange ulike innfallsvinkler og verktøy en kan bruke (Hitching & Veum, 2021, s. 13; Skrede, 2020, s. 46 - 47). Vi har derfor prøvd å beskrive det vi oppfatter som kjernen i denne metoden og hvorfor kritisk diskursanalyse egner seg som metode til vårt prosjekt. Hvilke verktøy en bruker kommer an på hva slags type tekst en har valgt som gjenstand for analysen, og hvilke tekstuelle begreper en ønsker å fokusere på. Vi har valgt ut de tekstanalytiske verktøyene som vi synes virker relevante for å belyse problemstillingen på best mulig måte. I kapittel 5 Analyse, vil vi beskrive nærmere de verktøyene vi har brukt.

4.3 Ethiske overveielser

I dette underkapittelet vil vi presentere vårt ståsted som forskere i forbindelse med denne masteroppgaven. Dette handler om vårt verdisyn og vår motivasjon for å arbeide med denne problemstillingen. Vi vil deretter ta for oss noen forskningsetiske refleksjoner som er relevante for dette prosjektet. Vi ønsker å si noe om intensjonalitet fordi vi synes det er etisk riktig å vurdere dette siden vi kritiserer andres tekster. Til slutt vil vi gå innom forskningsvariablene reliabilitet og validitet.

4.3.1 Verdisyn

Vår motivasjon for å skrive denne masteroppgaven handler om hvordan vi har sett at pasienter med BPD blir behandlet i helsevesenet, og at de er en pasientgruppe som blir utsatt for mye stigmatisering. Vi har en tanke om at alle mennesker har lik verdi, har rett til å bli hørt og ha medbestemmelse over eget liv. Det er objektive fakta som forteller oss at helsevesenet har utfordringer med denne pasientgruppen som bør bli adressert og forsøkt å finne løsninger på. Vi tror at språk skaper virkeligheter, og at det er viktig å belyse perspektiver og problemstillinger som går på bekostning av de som har lite innflytelse i samfunnet vårt.

Vi velger å ikke å gå inn på de ulike vitenskapsteoretiske ståstedene som kan ligge til grunn for de ulike verdisynene som kommer frem i denne oppgaven. Det er tydelig for oss at de ulike helse- og omsorgsutdanningene springer ut fra ulike vitenskapsteoretiske posisjoner. Dette i forhold til verdisyn, menneskesyn og oppfatningen av psykisk sykdom. Det vi ser som problematisk er at resultatet av dette skaper ulike virkelighetsforståelser, og derav ulike diskurser. Fag er i kontinuerlig utvikling, og forskningen underbygger at mennesket må ses som en helhet. Med kunnskapen som nå eksisterer, undrer vi oss over hvorfor ulike virkelighetsoppfatninger og faglige perspektiver ikke kan forenes til det beste for pasientene.

4.3.2 Forskningsetiske refleksjoner

I en forskerrolle må en evne å se feltet på to ulike måter, både deltakerperspektivet og tilskuerperspektivet (Hitching & Veum, 2021, s. 21). Vi tolker det som at deltakerperspektivet i dette tilfellet er pasientenes perspektiv, mens vi som helsearbeidere har tilskuerperspektivet.

Videre er målet med en kritisk diskursanalyse at analysen skal bidra til å endre eksisterende sosiale praksiser og relasjoner. Det er naturlig at forskeren går inn i prosjektet med sine holdninger, verdier og fortolkningsrammer. Det er da viktig at forskeren er eksplisitt, tydelig og bevisst på bakgrunnskunnskapen, verdisynet og holdningene en har med seg inn i prosjektet (Hitching & Veum, 2021, s. 21).

Vi ønsker ikke å fremstå som verdinøytrale, men forsøker å se virkeligheten med andre øyne, den virkeligheten pasientene opplever med sin bakgrunn og sin virkelighetsoppfatning. Eksemplene vi skal vise, er for å synliggjøre pasientenes virkelighetsoppfatning.

Kritisk diskursanalyse som metode kan og har vært kritisert for å analysere språk/tekst på bakgrunn av det forskeren har bestemt seg for på forhånd (Skrede, 2020, s. 88). Altså at det blir en øvelse i selvforsterkende argumenter. Vårt valg om å bruke kritisk diskursanalyse som metode, handler om nettopp dette, at vi ikke ønsker å være nøytrale. Fordi vi har med oss både bakgrunnskunnskap og observasjoner som sier oss noe om hvordan pasienter med BPD blir møtt, har vi tanker om hva som må til for å endre den negative holdningen pasientene blir utsatt for. Likevel må vi være bevisste på at våre holdninger og verdier ikke skal prege eller påvirke vårt arbeid med analysen. At ikke funnene i analysen baseres på vår forforståelse, men at vi forholder oss objektivt til det som står. Samtidig er årsaken til at vi fant materiale å analysere, at vi med kritisk blick så hva andre kunne fortelle oss om diagnosen. I oppgaven vil vi undersøke hvilken effekt tekstutdraget til Malt et al. (2018) kan ha på de som leser det, og om den måten det er skrevet på er i tråd med eller forsterker diskursen.

4.3.3 Intensjonalitet

Konsekvensene og effekten av det man leser henger ikke nødvendigvis sammen med intensjonaliteten i det som blir skrevet (Skrede, 2020, s. 151). Vi kan ikke gå ut fra at det er forfatterens mening å beskrive diagnosen på en måte som kan oppfattes negativt. Det behøver heller ikke være meningen at tekstutdraget av Malt et al. (2018) skal bidra til mer stigmatisering. Formålet kan være å beskrive de ulike symptomene og konsekvensene denne personlighetsforstyrrelsen har på pasienten og menneskene rundt. Vi må ta utgangspunkt i at dette er ment som deskriptivt og informativt, men effekten det har på leseren kan fortsatt være det samme; at pasienter med BPD blir oppfattet på den måten vi beskriver i vår oppgave.

4.3.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om etterprøvbarehet, om resultatene vil bli de samme dersom noen andre gjennomfører studien. Noen hevder at diskursanalyse ikke er etterprøvbare, fordi den inneholder tolkning av sosiale fenomener (Skrede, 2020, s. 158). Utgangspunktet for oppgaven er ikke objektiv og verdinøytral, men springer ut fra vårt kritiske blikk utfra våre egne erfaringer i jobbsammenheng. Utfordringen med en kvalitativ analyse som dette, er at våre meninger og de kvalitative slutningene vi kommer frem til, vil bli annerledes med en annen forsker med et annet verdigrunnlag, tankegang eller ideologi, og som ikke har samme erfaringer som oss. Vår etterprøvbarehet handler om at vi er åpne om hvilke verktøy vi bruker og vise hvordan vi går frem og hvordan vi tenker. Å tydelig vise hvilke verktøy vi bruker i analysen og hvordan, bidrar til at det lettere kan etterprøves.

Validitet handler om gyldighet, om det en undersøker er representativt for virkeligheten (Skrede, 2020, s. 156 – 157). Diskursens praksis er sosialt konstituert, derfor kan det ikke objektivt beskrives, men vil alltid være beskrevet ut fra forskerens fortolkning og verdisyn, forståelse og mening. En vurdering om en diskursanalyses validitet handler i stor grad om at analysen blir gjort så gjennomiktig og åpent som mulig, slik at en kan vurdere validiteten ut fra de fortolkningene forskeren gjør eksplisitt (Hitching og Veum, 2021, s. 20).

Vi har ikke gått inn for å finne et bredt utvalg av tekster som sier noe om hva BPD er, heller har vi valgt en tekst som vi mener er representativ for diskursen, for lettere å sette søkelys på de praksisene og sosiale praksisene vi har observert. Vi har på en måte begynt i feil ende, vi observert først at diskursen var der gjennom (diskursiv) praksis og sosiokulturell praksis. I et forsøk på å finne ut hvor dette kommer fra og hva som opprettholder og reproducerer denne praksisen, fant vi fram til tekster om BPD for å se om disse samsvarte med den diskursen vi hadde observert. Vi valgte en tekst vi tenkte kunne egne seg til tekstanalyse. Det vi kunne ha undersøkt, er om det er andre tekster eller andre grunner til at diskursen har utviklet seg i denne retningen. Men vi har forholdt oss til diskursanalysens oppgave med å identifisere hvilke bestanddeler diskursen består av, og hvilke tekster og/eller praksiser som virker inn på diskursen, og vi har forsøkt å forklare hvordan vi har tenkt gjennom hele analysen av tekstutdraget og diskursen som helhet.

5 Tekstanalyse

Dette kapitlet omhandler oppgavens tekstanalyse. Tekstanalysen er en viktig del av metoden kritisk diskursanalyse. Hvis vi ser diskursen ut fra den tredelte modellen hvor tekst, diskursiv praksis og sosiokulturell praksis er under gjensidig påvirkning av hverandre, skal vi nå si noe om elementet tekst. Det er ved hjelp av teksten vi kan si noe om de andre delene av diskursen. I det videre vil vi si noe om analysen, deretter presenterer vi tekstutdraget fra Malt et al. (2018) i sin helhet, før vi gjør selve analysen. I analysen deler vi opp teksten i sine meningsbærende komponenter, her kalt metafunksjoner. Metafunksjoner er et begrep vi har lånt fra Halliday og Faircloughs tekstanalytiske begrepsapparat (Grue, 2021b, s. 119; Skrede, 2020, s. 47; Fairclough, 2003, s. 36). Innenfor de ulike metafunksjonene analyserer vi de enkelte tekstuelle virkemidlene som er brukt i teksten fra Malt et al. (2018).

5.1 Om valg av analysemateriale

Vårt utgangspunkt er at det finnes produserte tekster som befester og bekrefter diskursen, og vår antakelse er at disse tekstene skaper eller øker stigmatiseringen av pasienter med BPD. I den forbindelse søkte vi etter en nasjonal veileder for personlighetsforstyrrelser som de har i Sverige og Danmark. Vi fant ut at dette er ikke laget i Norge.

Vi prøvde å finne ut hva det er som introduserer nye helsearbeidere til denne måten å tenke og handle på. Det kan være en arbeidskultur og at disse holdningene går i arv, det kan også være skrevne tekster som legger grunnlaget for disse holdningene. Vi lurte på hva helsefagstudenter lærer om disse pasientene i utdanningene. Vi startet derfor med selve definisjonen på hva BPD er, nemlig ICD-10 diagnosekriteriene. For å finne mer utfyllende beskrivelser fant vi fram til *Lærebok i psykiatri* av Malt et al. (2018). Denne er eller har vært på pensum hos flere helsefaglige utdanninger. Nedenfor vil vi presentere et sitat fra en anmeldelse gjort av boken til Malt et al. (2018).

“Dette er den mest omfattende læreboken i psykiatri i Norge. Målgruppen er alle som ønsker og trenger en grundig innføring i fagfeltet. Boken er essensiell for psykiatere og vil være nyttig å ha på fastlegekontoret” (Fosse, 2018, avsn. 1).

Vi har valgt å inkludere dette sitatet for å vise at boka er relevant som kunnskapsgrunnlag for flere helsefaglige profesjoner.

5.2 Utdrag fra Lærebok i psykiatri

Her vil vi sitere hele teksten fra utdraget i læreboken til Malt et al. (2018). For videre i kapitlet å analysere denne teksten.

Dette er en personlighetsforstyrrelse primært kjennetegnet ved impulsiv atferd og manglende selvkontroll uten gjennomtenking av konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Pasienten kan ha en tendens til sterke følelsesutbrudd og ha problemer med å kontrollere eksplosiv atferd. Vedkommende har lett for å krangle og gå inn i konflikter, særlig hvis impulsive handlinger blir kritisert eller forsøkt hindret.

ICD-10 skiller mellom to typer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Den impulsive typen kjennetegnes hovedsakelig ved manglende følelsesmessig stabilitet og problemer med impulskontroll. Voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig, særlig ved kritikk fra andre. Den ustabile (borderline) typen kjennetegnes i tillegg ved forstyrrelser i selvbylde, mål og indre verdier med en opplevelse av kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonlige forhold, og tendens til selvdestruktiv atferd (selvbeskadigelse) som også kan føre til selvmordsforsøk.

Et felles trekk ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er sårbarhet for avvisning og kritikk, faktisk eller innbilt, noe som kompliserer forholdet til andre. Oppfatter de noe som minner om dette, kan de bli både krevende og klengende, men også utagerende med sterke affekter, ikke minst sinne. De kan da slå og skrike, men også knuse ting rundt seg. Da dette skjer impulsivt uten egenkontroll, kan de i slike situasjoner også ødelegge gjenstander som de egentlig setter svært høyt. Etterpå kan pasienten angre, være fortvilet og be om tilgivelse.

Bakgrunnen for slike reaksjoner er psykologisk sett at de lett oppfatter kritikk eller mishagsyttringer fra andre globalt. Det gjelder ikke en bestemt situasjon eller hendelse, men dem som person. Dermed får situasjoner som andre vil kunne oppfatte som isolert sett leie eller uønskede, men ikke noe mer enn det, i stedet katastrofale implikasjoner. Det er som det gjelder hele pasientens eksistens.

En implikasjon av denne sårbarheten og problemene med å regulere impulser og affekter er kompliserte relasjoner til andre mennesker. De kan i løpet av få timer til dager gå inn i intense relasjoner (“min livs kjærlighet”; “vi er så ekstremt nær hverandre”) for dager til uker senere å oppleve brudd og fullstendig fremmedgjøring

fra vedkommende. Fra å være storartet, flott og det fineste mennesket man har møtt, kan den samme personen få uker senere bli beskrevet som både slem, ond og på alle måter frastøtende. Denne tendensen til å kunne veksle mellom idealisering og devaluering kan også spille seg ut i forholdet til leger og andre behandlere. Ikke minst hvis behandleren ikke lever opp til deres ønsker, eller kommer med utsagn som pasienten opplever som avvisning eller et angrep på seg selv, kan skiftet fra å være idealisert til å bli totalt devaluert komme i løpet av sekunder.

Den underliggende utryggheten og usikkerheten med tilhørende livssmerte som disse pasientene sliter med, kommer også til uttrykk i deres ofte vekslende opplevelse av seg selv og egne verdier. Det kan også komme til uttrykk i usikkerhet omkring egen seksuell identitet (bifil? homofil?) med tilhørende impulsiv seksuell eksperimentering med ulike partnere. Impulsiviteten og manglende selvkontroll kan gi seg utslag i form av risikabel atferd i trafikken så vel som ved at de roter seg borti stoff med stoffmisbruk som en mulig komplikasjon. Noen bruker også rusmidler som et forsøk på å dempe angst, uro og dysfori.

Opplevelsen av indre tomhet (“hvem er jeg?”, “hva er meningen med livet”), som må skilles fra emosjonelt reaktivitetstap ved depresjoner, kan medføre at disse søker ulike religiøse, politiske eller esoteriske organisasjoner og sammenslutninger for å “finne seg selv”. De kan også vikle seg inn i diffuse filosofiske prosjekter på jakt etter en indre kjerne eller identitet. Denne tomheten kan være så smertefull at personen som lider av en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, noen ganger kan føle at han eller hun mister seg selv. Ikke minst under stress kan dette skje. Da kan noen skjære seg selv for både å kjenne at de eksisterer, og for å dempe den psykologiske smerten. (Malt et al., 2018, s. 659 - 660).

5.3 Den ideasjonelle metafunksjonen

Når en skal analysere en tekst er en først og fremst interessert i å finne ut hva denne teksten dreier seg om (Veum & Skovholt, 2022, s. 27). I den forbindelse vil vi presentere noen sentrale begreper fra kritisk diskursanalyse som vi vil bruke i vår analyse. Tekstutdraget vi har valgt er en tekst som skal informere studenter og helsearbeidere om et psykisk tilstandsbilde, vi kan tenke oss at temaet er faglig objektiv framstilling av symptomer.

Det er tre grunnleggende ulike typer mening som alltid blir realiserte i en ytring eller tekst (Veum & Skovholt, 2022, s. 56 - 57). Disse kalles de tre metafunksjonene, og deles opp i den ideasjonelle, den mellompersonlige og den tekstuelle metafunksjonen. Når vi kommuniserer, er alltid disse tre metafunksjonene til stedet. Ved analyse av tekst kan en velge å ta for seg en metafunksjon av gangen. Innenfor hver enkelt metafunksjon vil vi anvende ulike analyseverktøy, og belyse de ulike virkemidlene Malt et al. (2018) har brukt i sin tekst.

Den ideasjonelle metafunksjonen handler om tekstens innhold, hva teksten sier om verden. Her ser en på hvilke ord som blir brukt, dette sier oss noe om virkelighetsoppfatningen som formidles (Skrede, 2020, s. 47; Veum & Skovholt, 2022, s. 27). Innenfor den ideasjonelle metafunksjonen vil vi ta for oss virkemidlene nominalisering og rekontekstualisering, og analysere teksten i lys av disse.

5.3.1 Nominalisering

Nominalisering er en måte å skrive på som gjør om menneskeskapte prosesser til noe som bare *er*, at en for eksempel beskriver forhold i samfunnet som ting eller enheter (Skrede, 2020, s. 48; Fairclough, 2003, s. 12 - 13). Vi tolker det som at oppfatningen av pasienter med BPD kan være et produkt av en menneskeskapt prosess, og ikke en uforanderlig tilstand hos pasientene.

En måte å bruke nominaliseringer på er å benytte substantiv istedenfor verb når prosesser i samfunnet presenteres (Skrede, 2020, 48; Veum & Skovholt, 2022, s. 76). Dette flytter fokuset fra noe noen gjør, til noe statisk og uforanderlig. Dette er tingliggjøring, og fjerner handlende subjekter og menneskelige forhold i teksten. Uten handlende subjekter kan ansvaret kamufleres. Hvis premisset er at helsearbeidere stigmatiserer pasienter, kan verbet *stigmatisere* omgjøres til substantiv på denne måten: *Pasienter opplever stigmatisering*, eller *stigmatisering av pasientgrupper*. Dette er en måte å nevne stigmatiseringsproblemet på uten at noen ansvarliggjøres. Stigmatisering er da ikke noe noen gjør, men noe som skjer med den aktuelle pasientgruppen, og hvem som gjør dette blir da uklart.

Hvordan noe beskrives i en tekst kan derfor oppfattes som en type ansvarsfraskrivelse. Når teksten skrives på en måte der ingen kan ansvarliggjøres for det som står, fordi virkeligheten bare *er* sånn (Skrede, 2020, s. 115).

Subjektet som kan ansvarliggjøres kan også skjules ved hjelp av passiv-konstruksjon (Skrede, 2020, s. 48). Dette betyr at subjektet i setningen har en passiv form, i stedet for en aktiv form.

Dette er ikke like kamuflerende som nominalisering, og er en annen måte å bruke nominalisering på.

I tekstutdraget fra læreboka er pasienten det handlende subjektet i store deler av utdraget. Vi kan se nærmere på dette avsnittet:

Et felles trekk ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er sårbarhet for avvisning og kritikk, faktisk eller innbilt, noe som kompliserer forholdet til andre. Oppfatter de noe som minner om dette, kan de bli både krevende og klengende, men også utagerende med sterke affekter, ikke minst sinne. De kan da slå og skrike, men også knuse ting rundt seg. Da dette skjer impulsivt uten egenkontroll, kan de i slike situasjoner også ødelegge gjenstander som de egentlig setter svært høyt. Etterpå kan pasienten angre, være fortvilet og be om tilgivelse. (Malt et al., 2018, s. 659 - 660).

En kan se en passiv-konstruksjon her; “En sårbarhet for avvisning og kritikk [...] som kompliserer forholdet til andre” (Malt et al., 2018, s. 659 - 660). Sårbarheten blir en ting som bare er der, den kan en ikke gjøre noe med. Dessuten *kompliserer denne sårbarheten relasjoner*. Det er altså ikke andre som synes det er komplisert å forholde seg til, men sårbarheten som kompliserer. Måten dette beskrives portretterer sårbarheten som grunn for relasjonelle komplikasjoner. Da utelates elementer som at det kan være behandlere eller helsearbeidere som synes sårbarheten er vanskelig å forholde seg til. Det betyr ikke at vi avviser sårbarhet som en del av sykdomsbildet eller symptomene hos pasienten. Virkeligheten er mer komplisert og den er relasjonell, derfor kan vi ikke lene oss på pasientens iboende sårbarhet som eneste forklaringsmodell.

I resten av avsnittet ser vi et handlende subjekt, men med også bruk av passiv-konstruksjon. Setningen: “Da dette skjer impulsivt uten egenkontroll [...]” (Malt et al., 2018, s. 659 – 660) tegner et bilde av uforutsigbare reaksjoner hos pasienten. Dette kan tolkes av leseren som at disse pasientene *er* sånn, men at det ikke er bevisst eller intensjonalt. Det kan også tolkes som at dette ikke er foranlediget av triggerer, eller at det ikke kan endres. Altså kan dette avsnittet indirekte leses som at den uforanderlige grunnegenskapen til disse pasientene får dem til å handle utagerende og voldelig, og dette er helt uavhengig av hva personene rundt sier eller gjør.

Til slutt vil vi nevne at behandlere eller helsearbeideres rolle i dette utdraget er usynlig. Det handlende subjektet i teksten er alltid pasienten. Dette er gjennomgående for hele tekstutdraget, og forsterker inntrykket av at disse pasientene er styrt av sin følelsesmessige

ubalanse helt uavhengig av hvordan de blir møtt eller behandlet av helsevesenet. Dette bidrar til å kamuflere helsevesenets ansvar for hvordan pasientene oppfattes, og at hvordan de møtes kan utløse den atferden som er beskrevet.

Nå har vi gått gjennom nominalisering som virkemiddel i tekst. Vi ser at dette virkemiddelet påvirker leserens oppfatning om at pasienter med BPD har iboende egenskaper som styrer utfallet av situasjoner og relasjoner. Dette er en del av virkelighetsforståelsen som kommer til uttrykk i teksten til Malt et al. (2018).

5.3.2 Rekontekstualisering

Rekontekstualisering er et begrep som handler om at en tekst eller deler av en tekst brukes videre i en annen kontekst enn det opprinnelig var i (Veum, 2021, s. 85). Når meningen med teksten endres i en ny kontekst, er dette rekontekstualisering. Mens ICD-10 definisjonen er ment som en objektiv beskrivelse til hjelp for å diagnostisere, blir disse beskrivelsene i Malt et al. (2018) brukt om igjen for å tegne et bilde av hvordan pasienter med BPD er. Forfatteren har lagt til elementer utover en ren symptombeskrivelse, for å forklare hvordan pasienter med BPD har det, hvordan de fungerer eller hva de trenger hjelp til. Denne teksten gir inntrykk av å skulle beskrive mer enn bare symptombildet. Det vi ser som problematisk er at beskrivelsene i Malt et al. (2018) forsterker oppfatningen om at det kun handler om iboende egenskaper og viljestyrt atferd, framfor å åpne for muligheten for hva som kan ligge til grunn for reaksjonene og handlingene hos pasienter med BPD. Altså at beskrivelsene reduserer forståelsen framfor å utvide den.

Et eksempel fra tekstutdraget fra Malt et al. (2018) er at teksten innledningsvis er identisk med ICD-10-definisjonen, men forfatteren har lagt til en ekstra setning som virker å være en del av definisjonen. I sitatet under er denne ekstra setningen uthevet med fet skrift.

Eksempel:

ICD-10 skiller mellom to typer emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Den impulsive typen kjennetegnes hovedsakelig ved manglende følelsesmessig stabilitet og problemer med impulskontroll. **Voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig, særlig ved kritikk fra andre** [vår utheving]. Den ustabile (borderline) typen kjennetegnes i tillegg ved forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier med en opplevelse av kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonlige forhold, og

tendens til selvdestruktiv atferd (selvbeskadigelse) som også kan føre til selvmordsforsøk. (Malt et al., 2018, s. 659).

Vi velger å ikke trekke frem flere eksempler, siden formålet er å vise til at rekontekstualisering er en del av tekstutdraget til Malt et al. (2018). Dette kan forsterke virkelighetsoppfatningen om at pasienter med BPD er uforutsigbare og aggressive uavhengig av bakgrunn og forhold pasienten befinner seg i.

5.4 Den mellompersonlige metafunksjonen

Mening er noe som blir skapt i relasjoner mellom mennesker (Veum & Skovholt, 2022, s. 21). Den mellompersonlige metafunksjonen ser på måten teksten retter seg mot mottakeren på, og hvem teksten er rettet mot. Vi bruker språket til å skape og opprettholde relasjoner mellom mennesker (Veum & Skovholt, 2022, s. 95). I dette tilfellet brukes språket til å opprettholde avstand mellom pasienter og behandlere, mellom *de* og *oss*. I denne metafunksjonen skal vi gå gjennom tekstuelle virkemidler for å identifisere holdninger i teksten og vise hvordan språk og tekst har makt til å påvirke mennesker.

5.4.1 Modalitet

Modalitet handler om på hvilken måte språket benyttes for å fremlegge forfatterens mening eller holdning (Skrede, 2020, s. 49). Modale verb er *kan*, *vil*, *må*, *bør* eller andre verb som gir leseren føringer for hvordan teksten forstås. Å lete etter disse markørene i teksten kan fortelle oss noe om hva som presenteres som *den ekte virkeligheten* og hvilke handlinger som *må følge av denne virkeligheten* (Skrede, 2020, s. 115 – 116). Modalitet kan ses på som forfatterens måte å uttrykke holdninger på, og ved å belyse modale verb kan en lettere se en forfatters agenda, mål eller verdier (Skrede, 2020, s. 49 – 51; Fairclough, 2003, s. 165 – 166). Hvilke modale verb en bruker påvirker meningen i teksten; en kan spørre, kreve, tilby eller påstå noe ut fra modaliteten i setningen. En beskrivelse eller påstand uten noe modalitet vil oppfattes som sterkere og uten usikkerhet om det som skrives. Forfatteren vil da kunne ta rollen som ekspert, uten å åpne for andre beskrivelser eller begrunnelser (Fairclough, 2003, s. 165 – 166).

Siden tekstutdraget til Malt et al. (2018) skal presentere mulige variasjoner innen en symptomgruppe er det naturligvis en del bruk av verbet *kan* i teksten. *Kan* er et modalt verb som er skrevet 18 ganger i utdraget. Det verbet vi ser mest etter *kan* er *er*, som er skrevet 7 ganger i de syv avsnittene tekstutdraget er på. Verbet *er* brukes på en måte som forsterker

oppfatningen av at dette er sannheten om pasienter med BPD. I dette eksempelet har vi uthevet verbene *er* og *har*, og hva disse verbene henviser til, for å vise hvordan de brukes for å befeste dette inntrykket:

Dette **er en personlighetsforstyrrelse** [vår utheving] primært kjennetegnet ved impulsiv atferd og manglende selvkontroll uten gjennomtenking av konsekvensene. Stemningsleiet **er uforutsigbart og svingende**. [vår utheving] Pasienten kan ha en tendens til sterke følelsesutbrudd og ha problemer med å kontrollere eksplosiv atferd. Vedkommende **har lett for å krangle og gå inn i konflikter** [vår utheving], særlig hvis impulsive handlinger blir kritisert eller forsøkt hindret. (Malt et al., 2018, s. 659).

I dette underkapittelet forsøker vi å vise til at modaliteten i tekstutdraget kan lede leseren i retning av at pasientgruppa ikke er avhengig av kontekstuelle faktorer. Meningen som formidles til leseren kan oppfattes som at dette er fasiten, og at det ikke er andre måter å forstå symptomene på. Når det relasjonelle aspektet mellom helsearbeider og pasienter underveksles, kan dette bidra til å øke avstanden mellom disse.

5.4.2 Makt

En kritisk diskursanalyse vil lese tekster kritisk, for å vise hvordan problematiske samfunnsforhold opprettholdes eller skjules ved bruk av språk (Veum & Skovholt, 2022, s. 40). Skjult makt, eller maktstrukturer som gir negative konsekvenser for enkelte eller sosiale grupper i samfunnet er ofte gjenstand for den kritiske analysen (Skrede, 2020, s. 28). Spesielt den typen skjult makt som påvirker og former hva andre ønsker, mener og velger. Skjult makt kan for eksempel være tilbakeholdelse av kunnskap eller informasjon for å gjøre handlingsrommet smalere, eller ved å fremstille den ønskede løsningen som den eneste mulige løsningen. Den generelle definisjonen av makt er slik:

Makt er i generell forstand en aktørs evne til å oppnå det vedkommende ønsker, og mer spesielt en aktørs evne til å få andre aktører til å gjøre noe som de ellers ikke ville gjort. Aktører kan her være individer, grupper, organisasjoner eller stater. (Engelstad & Thorsen, 2022).

I tillegg til dette virker altså makt også gjennom språk, tekster og sosiale praksiser (Veum & Skovholt, 2022, s. 40; Grue, 2021, s. 116).

Vi skal gå litt nærmere inn på det. Hvordan en ordlegger seg påvirker hvordan budskapet oppfattes. Språket og begrepene en bruker beskriver en forståelse av verden, og i dette ligger en makt til å påvirke hvordan mottakeren oppfatter verden. Det vil alltid finnes andre måter å formulere seg på, og i kampen om hvordan prosesser og fenomener skal oppfattes kan en tenke seg at det ligger ulike interesser som vil tjene på å få sin fremstilling frem (Veum & Skovholt, 2022, s. 45; Grue, 2021c, s. 130). Det siste kan være mer aktuelt innen politiske diskurser, men vi kan ikke avfeie at noen vil tjene på sin fremstilling selv om det ikke virker slik ved første øyekast. En kan tolke Malt et al. (2018) sin tekst som at tilbakeholdelsen av kontekstuelle og relasjonelle faktorer i samhandling med pasientene, gir mottakeren av teksten et smalere og mer ensidig inntrykk av pasientenes beveggrunner og handlingsgrunnlag. På den måten kan en hevde at fremstillingen er ubalansert og ensidig.

Subjektivering er en type skjult makt (Solvang et al., 2012, s. 115). Subjektivering er et begrep som handler om at subjektet er noe som skapes, at man blir tildelt subjektet gjennom den diskursen en befinner seg i. En kan derfor mene at den som styrer diskursen også styrer subjektets muligheter for ytring eller handling (Solvang et al., 2012, s. 115). Det er i hvert fall lett å tenke seg at det innskrenker hva subjektet kan ytre seg om, hvordan det kan ytre seg og i hvilken retning. Det sier oss at det er vanskelig for helsearbeidere å holde seg innenfor diskursen og samtidig argumentere for en annen tilnærming til pasienter med BPD. For pasientene vil det være enda vanskeligere å bli forstått ut fra sitt perspektiv og sin virkelighetsforståelse, siden de ikke snakker *samme språk*.

Ulike samfunnsinstitusjoner uttrykker seg på egne måter innen sine diskurser, og det ligger makt i å kunne beherske disse diskursene, og vite hvordan de fungerer. Dette kan handle om bruk av fagspråk, hvilke begreper som benyttes, og det kan handle om sjanger og tekstkultur (Veum & Skovholt, 2022, s. 40). Det kan også handle om at visse utgangspunkt eller perspektiver blir tatt for gitt. Makt til å definere er en sentral del av denne makten. Som faglitteratur og oppslagsverk er det hevet over enhver tvil at ICD-10 definisjonene og lærebøkene definerer hvordan vi oppfatter pasienter vi leser om. De som har definisjonsmakten, setter også premisset for holdningene helsearbeidere får. Vi ser i tekstutdraget til Malt et al. (2018) at måten pasienter med BPD beskrives, gir negative

assosiasjoner. I ICD-10 definisjonen beskrives det ikke at usikkerhet rundt egen seksuell identitet eller seksuell eksperimentering er et av trekkene ved BPD, men i Malt et al. (2018) beskrives det som en del av symptomene. Rusbruk er heller ikke et symptom som beskrives i ICD-10, men dette nevnes også som et av diagnosetrekkene i Malt et al. (2018).

Den skjulte makten i teksten handler om et smalere ytrings- og handlingsrom for både pasienter og helsearbeidere, om bruk av definisjonsmakt, og at ordvalgene skaper avstand og lite forståelse for pasienter med BPD. Vi skal nå gå over til den tredje og siste metafunksjonen.

5.5 Den tekstuelle metafunksjonen

Denne metafunksjonen handler om komposisjon, hvordan vi bruker språket til å skape sammenheng og gjør at teksten oppfattes som en meningsskapende enhet (Veum & Skovholt, 2022, s. 128). Det handler også om sammenheng mellom de to andre metafunksjonene, ved å skape en forståelig mening og logikk for leseren ut fra det verdensbildet forfatteren presenterer (Skrede, 2020, s. 47). Forskjellige elementer i tekst kan brukes for å skape sammenheng, for eksempel å gjenta sentrale ord og begreper. Tekstens sjanger eller struktur sier også leseren noe om hva som kan forventes av objektivitet og kunnskapsgrunnlag, slik at når vi leser en faglig lærebok ikke leser like kritisk som hvis en leser en kronikk om samme tema. I denne metafunksjonen går vi gjennom gjentakelser, antakelser og intertekstualitet som tekstuelle virkemidler.

5.5.1 Gjentakelser

Gjentakelser av samme ord gjennom en tekst vil skape sammenheng i teksten, et eksempel på dette fra Malt et al. (2018) er ordet *impulsiv* som gjentas åtte ganger i løpet av de syv avsnittene dette utdraget er på. Vi ser også at ord som beskriver voldelig atferd gjentas flere ganger i ulike sammenhenger i tekstutdraget. For eksempel *eksplosiv atferd, konflikt, voldelige utbrudd, sinne, slå, skrike* og *knuse*. Vi tenker at stadig bruk av disse beskrivelsene påvirker leserens oppfatning av pasienter med BPD. Det kan forsterke inntrykket av at terskelen for å bli utsatt for vold er veldig lav.

Gjentakelser av de samme påstandene kan også ses i sammenheng med diskursen som helhet. Å stadig bekrefte diskursen gjør at noe fremstår som varig selv om det nødvendigvis ikke er

det (Neumann, 2021, s. 141). Dette gjelder både i teksten vi analyserer og diskursen generelt. Dersom andre tekster, diskursive praksiser eller sosiokulturelle praksiser stadig bekrefter de samme holdningene, vil det forsterke og opprettholde diskursen som den er (Neumann, 2021, s. 131). Oppfatningen av BPD-pasienter blir gjentatt i faglitteratur, praksiser og holdninger, og dette er en grunn til at diskursen fremstår mer som sannhet enn det er, og at det er generell konsensus om pasientgruppa.

En kan se at gjentakelser både brukes for å skape sammenheng i teksten og i meningen som formidles, men at det også har en effekt i forhold til diskursen. Gjentakelser har en forsterkende effekt på den den logikken som presenteres både i Malt et al. (2018) og i diskursen generelt. Gjentakelser kan derfor sies å ha en selvforsterkende effekt på diskursen.

5.5.2 Antakelser

Antakelser er et virkemiddel som kan brukes til å påvirke grunnforståelsen til mennesker i samme retning som en selv, det kan altså brukes for å skape et felles forståelsesgrunnlag eller handlingsgrunnlag. En antar et felles grunnlag ved å ta for gitt et felles ståsted (Fairclough, 2003, s. 55). Når man bruker virkemidler i tekst gjør det at det blir vanskeligere for leseren å ha egne meninger, fordi man får presentert en versjon av virkeligheten. Det er den versjonen forfatteren vil at vi skal oppfatte.

Det skilles mellom flere typer antakelser, vi skal fokusere på eksistensielle antakelser og verdiantakelser. *Eksistensielle antakelser* er antakelser om hva som finnes, *verdiantakelser* er antakelser om hva som er bra eller godt (Fairclough, 2003, s. 55; Skrede, 2021, s. 55). I tekstutdraget identifiserer vi flere tilfeller av antakelser som går ut fra at symptomene hos BPD-pasienter er uforanderlige og slikt sett isolert fra verden rundt.

Som eksempel vil vi her trekke fram to avsnitt fra Malt et al. (2018). Disse har vi kalt avsnitt A og avsnitt B. Vi har i disse eksemplene uthevet antakelser med fet skrift.

Avsnitt A:

[...] Denne tendensen til å kunne veksle mellom idealisering og devaluering kan også spille seg ut i forholdet til leger og andre behandlere. **Ikke minst hvis behandleren ikke lever opp til deres ønsker, eller kommer med utsagn som pasienten opplever som avvisning eller et angrep på seg selv** [vår utheving], kan skiftet fra å være

idealisert til å bli totalt devaluert komme i løpet av sekunder (Malt et al., 2018, s. 660).

Denne antakelsen er en *eksistensiell antakelse* om at pasientenes iboende emosjonelle ustabilitet gjør at de kan gå fra å elske til å hate på få sekunder. Det tas ikke forbehold om at pasient og behandler kan ha ulike oppfatninger av hvor skoen trykker, eller at pasientene kan reagere emosjonelt på hva behandleren sier eller gjør. Den inneholder også en antakelse om at vedkommende har lett for å krangle og gå inn i konflikter, *hvis* impulsive handlinger forhindres. Det kan være andre årsaker til krangling og konflikter enn at impulsive handlinger forhindres. De andre årsakene nevnes ikke i denne setningen, og det kan virke som at det allerede er bestemt at det er dette som er årsaken.

Avsnitt B:

Den underliggende utryggheten og usikkerheten med tilhørende livssmerte som disse pasientene sliter med, kommer også til uttrykk i deres ofte vekslende opplevelse av seg selv og egne verdier. **Det kan også komme til uttrykk i usikkerhet omkring egen seksuell identitet (bifil? homofil?) med tilhørende impulsiv seksuell eksperimentering med ulike partnere. Impulsiviteten og manglende selvkontroll kan gi seg utslag i form av risikabel atferd i trafikken så vel som ved at de roter seg borti stoff med stoffmisbruk som en mulig komplikasjon** [vår utheving]. Noen bruker også rusmidler som et forsøk på å dempe angst, uro og dysfori. (Malt et al., 2018, s. 660).

I avsnitt B har vi markert antakelsen om at det er usikkerhet, impulsivitet og manglende egenkontroll som er beveggrunnen for grenseløs og risikofylt atferd. Dette er også en *verdiantakelse*. Denne sammenhengen er ikke en selvfølge for oss. Vi ser også en *verdiantakelse* her ved at det antas å være negativt med seksuell eksperimentering med ulike partnere og kjønn. Det kan det nok være, men det trenger ikke være en del av et sykdomsbilde, og er heller ikke en del av symptombildet beskrevet i ICD-10.

Her har vi vist at antakelser er et virkemiddel som blir brukt i Malt et al. (2018). Hensikten med eksemplene vi har brukt er å vise hvordan forfatteren antar et felles ståsted, både *verdiantakelser*; om hva som er godt og riktig, og *eksistensielle antakelser*; om hvordan virkeligheten er.

5.5.3 Intertekstualitet

Intertekstualitet er et begrep som handler om å identifisere hvordan tekster låner og drar veksler på andre tekster. Det er ikke alltid en bevisst handling fra forfatterens side og derfor er det viktig å identifisere det i tekstanalysen (Skrede, 2020, s. 52; Fairclough, 2003, s. 61). Hvordan vi uttaler oss og bruker språket er også gjenstand for intertekstualitet, ved at en påvirkes av diskurser og forståelsesrammer (Johannessen, 2015, s. 223). Mening skapes ikke bare i tekster, men også mellom tekster. Det er den formen for intertekstualitet som ikke åpent beskrives som er vanskeligst å oppdage, men også viktigst å identifisere, fordi de skaper en felles fortolkningsramme ved å implisitt bruke andre tekster og gjør det til sitt (Bratberg, 2021, s. 62). Intertekstualitet og rekontekstualisering er beslektet med hverandre i det at det handler om å bruke andres tekster. Vi velger likevel å kategorisere dem i forskjellige metafunksjoner fordi de representerer ulike deler av analysen (Skrede, 2020, s. 54).

I tekstutdraget fra Malt et al. (2018) er det tydelig at teksten tar utgangspunkt i ICD-10-definisjonen. Ikke bare gjennom at det står skrevet i utdraget at ICD-10 definisjonen ligger til grunn, men også gjennom valg av språk for hvordan forfatteren videre beskriver diagnosen. Et problem med dette er at det er en glidende overgang mellom det som er sitater fra diagnosebeskrivelsen til de beskrivelsene forfatteren selv synes er passende. Mens ICD-10 beskrivelsen er et kunnskapsbasert internasjonalt faglig fundert utgangspunkt, bygger ikke teksten i Malt et al. (2018) på det samme grunnlaget. Det kommer ikke fram av teksten, slik at leseren kan bli forledet til å tro at ordvalgene og beskrivelsene til Malt et al. (2018) er like faglig fundert.

Her har vi fokus på hvordan forfatterens bruk av en annen tekst gjør overgangen mellom egne tolkninger og faglige beskrivelser uklare. Vi opplever det som uryddig, og det kan forlede leseren til å tro at teksten til Malt et al. (2018) er like faglig fundert som ICD-10 definisjonen.

Vi har nå foretatt en analyse av en tekst som vi mener er representativ for diskursen, nemlig tekstutdraget fra Malt et al. (2018). I neste kapittel vil vi oppsummere funnene fra denne analysen.

6 Resultater

I dette kapittelet vil vi sammenfatte resultatene som fremkommer av analysen av tekstutdraget til Malt et al. (2018).

Innen den ideasjonelle metafunksjonen forsøker vi å identifisere faktorer i teksten som kan si oss noe om den virkelighetsoppfatningen som blir formidlet gjennom tekstutdraget til Malt et al. (2018). Som lesere sitter vi igjen med oppfatningen av at BPD-pasientens symptomer er uforanderlige iboende egenskaper hos pasienten, og at symptomene også er uavhengige av konteksten og relasjonelle forhold. Virkeligheten bare er sånn, det er ingen grunn. Pasientens beveggrunner blir usynlige. Vi ser også at det eneste subjektet som ansvarliggjøres er pasienten selv, og ikke de handlende subjektene som har den utøvende makten i relasjonen. Det handlende subjektet blir altså skjult gjennom bruk av *nominalisering* (Skrede, 2020, s. 115). Det er imidlertid ikke sikkert at forfatterens intensjon er å skjule subjektet eller fraskrive ansvar, men det er dette som blir effekten.

I forbindelse med *rekontekstualisering* finner vi at tekstutdraget til Malt et al. (2018) innledningsvis er identisk med ICD-10-definisjonen, og at forfatteren fortsetter å beskrive i samme stil som gjør det utfordrende å skjelve forfatterens egne beskrivelser fra ICD-10-definisjonen. Vi valgte å ha med rekontekstualisering under den ideasjonelle metafunksjonen fordi rekontekstualisering handler om å bruke andre tekster i sin egen kontekst. Dette kan gjøre at den opprinnelige teksten forstås ut fra, eller endres til å representere den virkelighetsoppfatningen forfatteren ønsker (Veum, 2021, s. 85).

I den mellompersonlige metafunksjonen konsentrerer vi oss om måten teksten retter seg mot leseren, og hvem teksten er rettet mot. Vi ser på forfatterens måte å uttrykke holdninger på, og hvilke verdier som forfektes. Språket brukes til å skape og opprettholde relasjoner mellom mennesker (Veum & Skovholt, 2022, s. 95). Språk og tekst kan påvirke hva andre mener gjennom skjult makt (Skrede, 2020, s. 28).

Vi ser at *modale verb* brukes som et virkemiddel for å styre leseren i en bestemt retning. Når det brukes lite modale verb i teksten, virker det som står skrevet mer påståelig. Vi identifiserer en del bruk av modale verb, noe som er naturlig i forhold til at tekstutdraget til Malt et al. (2018) handler om symptomvariasjoner. Til å være nettopp beskrivelse av symptomvariasjoner, ser vi også at deler av tekstutdraget ikke inneholder *modalitet*. Dette gjør at det som står skrevet fremstår som sant og virkelig, og at forfatteren fremstår som

eksperten (Fairclough, 2003, s. 165 – 166). Forfatterens måte å formulere seg på gir dermed et inntrykk av at pasienter med BPD er vanskelige, om ikke umulige, å forholde seg til.

I tillegg til at forfatterens sjanger og stil følger den objektive beskrivelsen av symptomer, brukes det i flere avsnitt eksempler på hvordan pasienten kan tenke eller oppføre seg. Hvis sjangeren er en objektiv beskrivelse av symptomer, kan en ikke hevde at pasientens opplevelse er at behandleren i det ene øyeblikket er det fineste menneske man har møtt, til å bli på alle måter frastøtende. Dette er ikke objektiv beskrivelse, men er forfatterens egen tolkning av hvordan pasientene tenker og er. Dette kan oppleves som et uttrykk for en nedlatende holdning overfor pasientene, og kan bidra til at disse holdningene overføres til leseren, i tillegg til at det kan være en beskrivelse pasienter ikke kjenner seg igjen i.

I tekstutdraget til Malt et al. (2018) identifiserer vi skjult makt brukt ved å beskrive pasientgruppa utover definisjonen i ICD 10, men samtidig lene seg på denne definisjonen. Subjektivering som skjult makt handler om at individets mulighet for ytring og handling innskrenkes (Solvang et al., 2012, s. 115). Med individet menes både pasienter og helsearbeidere. Vi ser videre at forfatteren beskriver at seksuell identitet og seksuell eksperimentering kan være en del av diagnosen, i tillegg nevner forfatteren også rusbruk som et symptom, men det er heller ikke et kriterium i ICD-10. Hvis vi tar utgangspunkt i at Malt et al. (2018) som lærebok sitter med definisjonsmakten, synes vi det er problematisk med tendensiøse og negative beskrivelser.

I den tekstuelle metafunksjonen, som handler om hvordan vi bruker språket til å skape sammenheng, ser vi at forfatteren bruker *gjentakelser* av ordet impulsiv i nesten alle avsnittene til Malt et al. (2018). Vi ser også at ord som beskriver voldelig atferd gjentas flere ganger i ulike sammenhenger. Bruken av gjentakelser av negative beskrivelser bekrefter oppfatningen av at pasientene er på denne måten, mens det egentlig er *mulige variasjoner* av atferd.

Antakelser er et virkemiddel som brukes i tekstutdraget til Malt et al. (2018). Både antakelser om hva som er godt og riktig, og antakelser om hvordan virkeligheten er. Vi finner eksistensielle antakelser om hvordan pasientene er; at det er usikkerhet, impulsivitet og manglende egenkontroll som er beveggrunnen for grenseløs og risikofylt atferd. Vi finner også en verdiantakelse ved at det antas å være negativt med seksuell eksperimentering med ulike partnere og kjønn. Teksten drar leseren inn i rollen som den utenforstående objektive

observatøren og befester perspektivet om at det er et skille mellom pasienter og behandlere, og at det er ekspertene som har fasiten.

Det siste leddet i analysen er å identifisere hvordan teksten låner elementer fra andre tekster, i dette tilfellet ICD-10 definisjonen. Dette kalles *intertekstualitet*. Vi finner at intertekstualiteten i dette tilfellet gjør det vanskelig å skille forfatterens egne meninger fra en ellers faglig kunnskapsbasert definisjon. Det skilles ikke tydelig på dette i teksten til Malt et al. (2018), og det beskrives heller ikke hva forfatteren har hentet fra ICD-10 definisjonen og hva som er forfatterens egne beskrivelser av diagnosen. Dette gjør at leseren setter teksten til Malt et al. (2018) inn i samme fortolkningsramme som ICD-10-definisjonen, og det kan argumenteres for at dette er en del av den diskursive praksisen som opprettholder og forsterker diskursen.

I dette kapitlet har vi oppsummert funnene som fremkom i analysen av tekstutdraget til Malt et al. (2018). Vi vil komme nærmere tilbake til disse funnene i diskusjonskapitlet. Vi vil nå ta for oss andre deler av den kritiske diskursanalysen, som handler om hvilke uenigheter eller andre diskurser som kjemper om relevans i forhold til pasienter med BPD.

7 Motstemmer og konkurrerende diskurser

I tråd med kritisk diskursanalyses metodikk ønsker vi å vise hvilke andre stemmer som finnes (Neumann, 2021, s. 88; Bratberg, 2021, s. 46). I tillegg til å identifisere bestanddelene av den diskursen som preger feltet, er det viktig å identifisere motstemmer innen diskursen, og andre diskurser som trekker i motsatt retning (Neumann, 2021, s. 88). Det finnes de som står opp imot diskursen. I dette tilfellet er det er pasientene som har opplevd det selv og som ikke kjenner seg igjen i diskursens beskrivelser. Er det er mye uenigheter innen et felt kan dette kalles for diskursive kamper (Veum & Skovholt, 2022, s. 41). Dersom mange deler den samme oppfatningen vil andre konkurrerende diskurser kunne vokse fram. Vi skal nå presentere pasientenes erfaringer og kompleks PTSD som vi anser som motstemmer til diskursen. Videre presenterer vi kontekstuell modell som en konkurrerende diskurs.

7.1 Pasienters erfaringer

I forsøket på å identifisere de delene av diskursen hvor det er uenigheter og ulike oppfatninger, mener vi det er av betydning å trekke fram pasientenes stemme. Pasientene har sine erfaringer og opplevelser i møte med helsevesenet, og hvis disse kommer fram kan det være et bidrag til en diskursendring. I dette underkapittelet vil vi derfor trekke fram pasientenes egne stemmer som en motstemme til diskursen.

I innledningen presenterer vi to utdrag fra artikler skrevet av tidligere pasienter med BPD-diagnosen. Abel (2014) skriver at hun gjennom flere år har vært en svingdørspasient i helsevesenet. Hennes opplevelse er at psykiatrien har bidratt til å gjøre henne sykere, fordi hun ikke ble tatt på alvor da hun trengte hjelp som mest. Hun mener at årsaken til at hun ble behandlet på den måten er at hun fikk diagnosen BPD, og hun opplevde å få bedre hjelp og bli møtt på en annen måte da diagnosen ble endret til bipolar lidelse. Hennes vansker hadde ikke endret seg, men holdningene overfor henne endret seg med diagnosen (s. 387 - 390).

Thorgersen (2012) er også en pasient med BPD som har fått erfare at helsearbeideres holdninger endret seg da hun fikk diagnosen BPD. Hennes opplevelse er at hun aldri ble ordentlig utredet for BPD, men at en psykiater en gang i tiden satte spørsmålsteget ved om det kunne være snakk om dette. Hun opplevde en endring hos de ansatte etter dette, og siden har det festet seg som en merkelapp hun ikke blir kvitt. Hun opplever at hun har blitt motarbeidet av helsevesenet framfor å få den hjelpen hun søkte (s. 360 - 361).

Gundersen (2017) meddeler også at hennes diagnose forverret holdningene hun møtte i helsevesenet. Da hun fikk diagnosen BPD ble hun møtt med holdninger om at selvskadingen kun ble gjort for oppmerksomhet, og hun ble ignorert når hun var sint eller frustrert. Hennes erfaring var at hun ble sett på som en pasient som ikke skulle behandles ved døgnavdeling. Hun har kommet i kontakt med andre med samme diagnose, og de har de samme opplevelsene med negative holdninger og stigmatisering, til tross for ulik problematikk og geografisk bosted i landet (s. 374 - 375).

Erfaringer fra brukergruppa ved Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri viser noe av det samme som Abel (2014), Thorgersen (2012) og Gundersen (2017) peker på (Ekeberg et al., 2019a, s. 2). Pasienter med BPD møtes med lite forståelse, og tas i liten grad på alvor. De opplever press på tidlig utskrivelse fra sykehus eller psykiatrisk avdeling, og lite fokus på hva som faktisk kan hjelpe. Det fremkommer også at holdningene blant helsepersonell endret seg når pasienter fikk diagnosen bipolar lidelse eller kompleks PTSD fremfor BPD (Ekeberg et al., 2019a, s. 2).

Andre pasienterfaringer forteller at når pasienter med BPD har opplevd å få endret diagnosen til en annen psykisk lidelse, har denne endringen medført at pasienten har blitt møtt annerledes i helsevesenet, og fått tilbud om andre typer behandlinger (Gudbrandsen, 2016). Videre viser det seg at personer med BPD mottar dårligere behandling enn andre personlighetsforstyrrelser og at personlighetsforstyrrelser generelt mottar dårligere behandling enn pasienter med depresjon eller schizofreni. Det hevdes at dette henger sammen med at behandlere ikke har like stor empati og optimisme ovenfor BPD på grunn av at atferden oppleves trøblete og utfordrende (Gudbrandsen, 2016).

Vi har nå samlet noen utsagn og pasienterfaringer fra artikler hvor pasientenes stemmer kommer fram. Vi definerer dette som motstemmer, altså uenige stemmer som står opp mot den rådende oppfatningen om diagnosen BPD innen diskursen. Diskursen er styrende for enkeltmenneskets tanker og holdninger, derfor er det viktig at andre stemmer og andre diskurser kommer frem slik at de ulike perspektivene blir belyst (Bratberg, 2021, s. 46). Dette kan bidra til å finne ut hva som trengs for å endre situasjonen.

7.2 Kompleks PTSD

Det er også andre uenigheter eller motstemmer som vi mener er verdt å nevne. Det handler om at diagnosen BPD har likhetstrekk med andre diagnoser, og at 85% av personer med BPD også har symptomer på annen psykisk lidelse (Kvam & Johannessen, 2022). Vi ønsker å trekke frem Kompleks PTSD (heretter kalt KPTSD), fordi det er så mange likhetstrekk mellom BPD og KPTSD. Flere har hevdet at BPD og KPTSD er det samme, vi ønsker derfor å kort presentere dette perspektivet (Ryden & Wallroth, 2011, s. 211 – 212; Karterud et al., 2017, side 344; Nordanger & Braarud, 2017, s. 21).

Vi velger å bruke diagnosekriteriene for KPTSD fra ICD-11, da dette ikke er en diagnose i ICD-10. I ICD-11 beskrives KPTSD som en lidelse utviklet gjennom å ha opplevd gjentatte eller gjennomgående ekstreme belastninger over tid, i en sammenheng der det er vanskelig eller umulig å komme seg unna. Eksempler er tortur, slaveri, mishandling over tid, gjentatte fysiske eller seksuelle overgrep. KPTSD karakteriseres med alvorlige eller vedvarende problemer med affektregulering, opplevelse av seg selv som mindre verdt og med en følelse av skam, skyld eller mislykkethet relatert til de traumatiske hendelsene, samt vanskeligheter med å opprettholde relasjoner og føle seg nær andre personer (World Health Organization [WHO], 2023). Videre nevnes tilleggsproblemer som suicidalitet, rusbruk, depressive symptomer, psykotiske symptomer og kroppslige plager. I ungdomstiden vil rusbruk, ukritisk atferd som seksuell og trafikal risikoatferd, selvskading, og aggressiv atferd komme spesielt til syne som uttrykk for manglende affektregulering og interpersonlige vansker (WHO, 2023).

En kan se at likhetstrekkene mellom KPTSD og BPD er tydelige. Både utfordringer med relasjoner, risikoatferd, destruktive handlinger og suicidal atferd, samt impulsivitet og svekket affektregulering er fremtredende både ved KPTSD og BPD (De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, u.å).

Symptomoverlappen mellom KPTSD/PTSD og BPD bidrar til at pasienter i større grad bør kartlegges for KPTSD/PTSD ved mistanke om BPD og omvendt (Jowett et al., 2020, s. 43). Behandlingen av KPTSD-pasienter vil være noe ulik behandlingen BPD-pasienter, siden KPTSD ikke er en personlighetsforstyrrelse. I tillegg til det som nå er anbefalt behandling for BPD, vil traumebehandling være en naturlig del av tilbudet til disse pasientene.

Sett i lys av tekstanalysen er det imidlertid interessant hvordan diagnosene BPD og KPTSD beskrives i ICD 10 og ICD 11. Sammenligner en hvordan de beskrives blir BPD-diskursen

selv her synlig. I beskrivelsen av KPTSD legges det i større grad vekt på hva som ligger til grunn for symptomene, og at atferden springer ut fra hvordan pasienten opplever seg selv og seg selv i relasjoner med andre. I beskrivelsen av BPD derimot er fokuset på atferden, uten beskrivelsen av hva som ligger til grunn.

Vi har nå presentert en motstemme som handler om alternative måter å se diagnosen BPD på. Dette kan fremstå som en logisk forklaring for mange siden det er så store variasjoner innen diagnosekriteriene for BPD. At det ikke er definert noen kjernekombinasjon av symptomer som bør være til stede for å få diagnosen BPD, kan tyde på at kriteriene er for uspesifikke og favne for mange (Karterud et al., 2017, s. 232). I det neste underkapittelet vil vi presentere den kontekstuelle modellen som en konkurrerende diskurs.

7.3 Den kontekstuelle modellen

Som en del av diskursanalysen vil vi nå introdusere en annen diskurs. Vi velger å kategorisere denne som en konkurrerende diskurs fordi det er en modell som har utviklet egne forklaringsmodeller og behandlingsstrategier. Hvis en går ut fra at BPD-diskursen argumenterer for en gitt virkelighetsforståelse, kan en se det som at denne diskursen forfekter en parallell virkelighet med sin egen virkelighetsforståelse.

En kontekstuell modell søker å forstå lidelsen i sammenheng med personens livssituasjon, dennes relasjoner og omgivelser. Det handler om å se hva som finnes bak diagnosen, og å rette fokus mot å være åpen for at man påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Hertz, 2017, s. 84). Denne modellen har sprunget ut som en motsats til tradisjonell psykiatri. For å forstå motsatsen skal vi kort forklare hva den er en motsats til. Den tradisjonelle måten å behandle psykiske lidelser på har sitt utspring fra medisinen og behandling av somatiske lidelser, og blir ofte kalt den medisinske modellen. Innen den medisinske modellen går en ut fra at behandling forutsetter en diagnose som avgrenser lidelsen. Den medisinske modellen kan sies å være *kontekstutavhengig*, som grovt sett vil si at samme lidelse kan behandles med samme metoder uavhengig av pasientens kontekst; som liv, personlighet, sosiale relasjoner og verdier (Bøe & Thomassen, 2018, s. 70; Hertz, 2017, s. 83; Westerhof, 2022). Det vil si at behandlingen av for eksempel BPD vil være den samme uavhengig av person, livssituasjon og behandler. Behandlingsmetodene er altså universelle, og det er dette den kontekstuelle modellen er en motsats til.

En av de mest brukte kontekstuelle behandlingsmetodene er Recovery. Målet med Recovery er å bruke ressursene i omgivelsene, som nettverk og nærmiljø for å kunne leve et så godt liv som mulig (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid [NAPHA], 2022). Det viktigste er at pasienten selv skal definere hva som er livskvalitet for den enkelte og at vedkommende finner hensiktsmessige måter å oppnå god livskvalitet ut fra hvilke forutsetninger en har. Det innebærer å lære seg å leve med utfordringer den psykiske lidelsen kan medføre. Det handler nødvendigvis ikke om å bli frisk. Selv om det i hovedsak er en egen individuell prosess, så er støtte og hjelp fra omgivelsene viktige faktorer i Recovery (NAPHA, 2022).

Flere fagfolk argumenterer for et paradigmeskifte innen psykisk helse, og for en omlegging til en kontekstuell modell i forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser (Aarre, 2020; Vedeler, 2016; Valla, 2017). Kritikken som rettes mot den medisinske modellen handler om at den helhetlige forståelsen av lidelser er mangelfull, samt at behandlere blir eksperter på standardiserte utredninger og behandling, fremfor individuelle ulikheter (Roksund, 2018; Westerhof, 2022). Andre peker på motsetningsforholdet innen dagens praksis, at en på den ene siden skal ivareta brukermedvirkning og pasientens prioriteringer, samtidig som en skal diagnostisere og standardisere kartlegging og behandling. Disse fagmiljøene mener at motsetningene ikke kan forenes, og at det bestående systemet derfor må rives ned til fordel for en kontekstuell modell (Aarre, 2020; Valla, 2017). En kan se den kontekstuelle tankegangen som at diagnoser trekker problemene ut av konteksten derfor er kontekstuell modell i utgangspunktet skeptisk til diagnoser (Bøe & Thomassen, 2018, s. 71). En kontekstuell modell vil hevde at psykiske lidelser er et produkt av levde liv og vanskelige livssituasjoner mer enn det er sykdom, og at en derfor må øke den relasjonelle kompetansen blant helsearbeidere, så vel som behandle psykiske plager innen en kontekstuell ramme hvor behandlingen bygger på pasientens premisser (Roksund, 2018).

Det kan også nevnes her at psykoterapeutisk forskning har funnet at de relasjonelle og kontekstuelle forholdene ved behandling er viktigere for pasientenes bedring enn hvilken metode eller teknikk som er blitt benyttet (Bøe & Thomassen, 2018, s. 71; Wampold & Imel, 2015, s. 80). Vi mener dette sier noe om hvor viktig de relasjonelle og kontekstuelle sidene ved behandling av psykisk lidelse er, uten at vi nødvendigvis forkaster alt ved den medisinske modellen av den grunn.

Vi har nå vist litt av hva den kontekstuelle modellen handler om. Den kontekstuelle modellen er en modell for å forstå psykiske lidelser ut fra pasientens liv, belastninger og relasjoner, men den er ikke spesifikt rettet mot BPD som diagnose. Heller retter den seg mot det synet som preger diskursen, også BPD-diskursen. På grunnlag av dette ser vi det som relevant at vi nå har presentert den kontekstuelle modellen som motsats til den rådende diskursen.

8 Diskusjon

Vi har nå kommet til diskusjonen. Aller først tar vi for oss funnene fra tekstanalysen og diskuterer disse. Videre har vi med et underkapittel om å synliggjøre perspektiver. Deretter drøfter vi stigmatiseringen av pasienter med BPD. Videre diskuterer vi de diskursive kampene som skaper bevegelse i feltet. Til slutt i dette kapittelet presenterer vi implikasjoner for klinisk praksis.

8.1 Diskusjon av funn i tekstanalysen

I analysen ser vi på ulike elementer i teksten gjennom tre metafunksjoner; den ideasjonelle, den mellompersonlige og den tekstuelle metafunksjonen. Den første metafunksjonen sier noe om virkelighetsoppfatningen som formidles gjennom teksten (Skrede, 2020, s. 47; Veum & Skovholt, 2022, s. 59 - 60). Hva sier teksten om verden? Den kan fortelle oss at pasienten er det handlende subjektet som må stå til ansvar for sine handlinger. Måten Malt et al. (2018) formulerer seg på kamuflerer den utøvende makten i relasjonen, altså behandlere og helsearbeidere. Når behandlerens rolle skjules, fremstår det som at det kun handler om hvordan pasienten er og oppfører seg, og tar ikke hensyn til at behandlerens væremåte kan ha noe å si for relasjonen, eller at det kan utløse reaksjoner.

Det kan være vanskelig å sette seg inn i hvordan pasienten tenker og forstår verden når en møter uhensiktsmessige og uproporsjonale følelsesmessige reaksjoner. Når vi vet at et desorganisert tilknytningsmønster ligger til grunn for utviklingen av BPD, vet vi også at pasienten strever med relasjoner og at den også vil bruke de tilknytningsstrategiene den har på relasjonene rundt seg (Karterud et al., 2017, s. 68). Der det beskrives i ICD-10 at pasientene er uforutsigbare og preget av sterke følelsesutbrudd kan en sette dette i sammenheng med den tilknytningsstrategien de har lært seg fra fødselen av. Denne sammenhengen må innebære flere komponenter; fraværet av evnen til mentalisering og den neurobiologiske skjevutviklingen. Dette gjør at pasientene ikke klarer å se ut over sitt eget perspektiv, blir overveldet av affekter og ikke evner å regulere seg (Nordanger & Braarud, 2017, s. 74 – 77; Fonagy et al., (2003), s. 443). Hvis en ser på disse pasientene ut fra tanken om at alarmsystemet er sensitivisert, er det lettere å forstå de sterke følelsesmessige reaksjonene og at første innskytelse kan være å gå til angrep.

8.1.1 En annen virkelighet

I analysen handler den første metafunksjonen om hvilken virkelighetsforståelse som formidles. Det finnes også de som har andre virkelighetsoppfatninger. Vi oppfatter det slik at

en av motstemmene innen diskursen er pasientene selv, og hvilke erfaringer og opplevelser de har. Hvordan deres virkelighetsoppfatning ikke samsvarer med hvordan de blir møtt i helsevesenet. I oppgaven trekker vi frem noen erfaringer fra pasienter med BPD. Felles for disse pasientene er at de alle har møtt negative holdninger i helsevesenet i form av å ikke bli tatt på alvor, og at diagnosen BPD førte med seg en merkelapp som påvirket hvilken behandling de fikk (Abel, 2014; Thorgersen, 2012; Gundersen, 2017). For å tydeliggjøre hvordan virkelighetsoppfatningen til pasientene kan kollidere med behandlingen av helsevesenet, vil vi i det følgende trekke frem et møte med en pasient som vi har opplevd gjennom jobb. Denne pasienten forklarer at hennes erfaringer fra oppveksten handlet om at voksne konsekvent overkjørte hennes vilje og grenser. Dette resulterte i at hun ble fratatt makt og autonomi over egen kropp og skjebne. Hun beskriver at hun ble fratatt opplevelsen av å ha egen vilje og en egen identitet. Da hun senere opplevde at hjelpesystemene prøvde å sette rammer for henne, gjennom bruk av tvang eller makt, opplevde hun dette på samme måte som da grensene ble tråkket over i oppveksten. Dette forsterket virkelighetsoppfatningen hun allerede hadde, at hennes kroppslige integritet ble overkjørt og at hun ikke hadde bestemmelse over egen kropp. Denne pasienten handlet og reagerte ut fra sin virkelighet og sin opplevelse av å bli invadert gang på gang i møte med helsevesenet.

Selv om dette kun er en persons beskrivelse, sitter vi igjen med inntrykket av at denne pasienten ikke er alene om å oppleve hjelpen på denne måten. Denne pasienten hadde vært på mange institusjoner, og gjentagende hatt den samme opplevelsen. Det gjorde henne mye sykere. Felles for denne pasienten og de andre pasientenes stemmer vi velger å trekke fram i oppgaven, er at de har blitt møtt med mistro og negative holdninger, og med at de ikke er kvalifisert for behandling på institusjon (døgnbehandling). Deres oppfatning er at de har blitt møtt som diagnose, ikke som personer. Helsearbeidere disse pasientene har møtt forstår ikke pasientens reaksjoner og beveggrunner, og de velger derfor behandlingsstrategier som virker mot sin hensikt (Pedersen et al., 2018, s. 100 – 101; Årseth & Johannessen, 2013, s. 25 - 27). Hvorfor ble de ikke hørt eller tatt på alvor da de forsøkte å si fra? Diskursen sier at disse pasientene motsetter seg, manipulerer og ikke skal få ha ting på sin måte, og de ansatte har handlet ut fra dette. Diskursen har altså en stigmatiserende effekt.

Samtidig bør det nevnes at helsearbeidere også kan handle ut fra motoverføringsreaksjoner. Det kan komme til uttrykk ved at de avviser pasienten, fordi det oppleves som at pasienten ikke tar imot behandlingen som gis. Helsearbeidere kan også motsette seg pasientens behov

for kontroll, av frykt for å bli manipulert eller av frykt for tap av kontroll eller makt i relasjonen (Ekeberg et al., 2019a, s. 3).

8.1.2 Om interaksjon

I den mellompersonlige metafunksjonen er det meningen som skapes og måten teksten retter seg mot leseren som er gjenstand for tekstanalysen. Tekster interagerer med andre gjennom å skape sosiale relasjoner med den som leser (Veum & Skovholt, 2022, s. 95). Her finner vi at Malt et al. (2018) formulerer seg på bastante måter, slik at leseren ikke nødvendigvis oppfatter at dette er mulige variasjoner, eller forfatterens tolkning av mulige variasjoner. Ser en tekstutdraget til Malt et al. (2018) ut fra denne tankegangen er det lettere å se at ordvalgene forfatteren har tatt viser en ensidig beskrivelse av pasientenes symptomer. Det kan forsterke inntrykket hos leseren om at pasientene velger å oppføre seg dårlig, eller at en selv ikke kan påvirke utfallet av en interaksjon med pasienten. Effekten blir at det formidles som sannheten om pasientene. Forfatteren beskriver at pasienten har lett for å krangle og gå inn i konflikter hvis impulsive handlinger blir kritisert eller forsøkt hindret (Malt et al., 2018, s. 659). Dette beskriver hvordan pasienten er, men sier ikke noe om at situasjonen kan påvirkes av hvilken kontekst pasienten befinner seg i. Konteksten kan være at de impulsive handlingene er selvskadende atferd som mestringsstrategi, fordi det er den eneste måten pasienten har lært å håndtere overveldende følelser på. Videre kan konteksten være helsearbeidere som opptre avvisende, straffende eller på andre måter uhensiktsmessig, og på den måten er med på å skape en konflikt. I teksten til Malt et al. (2018) blir ikke behandlere eller andre helsearbeidere nevnt, slik at andre mulige årsaker som bakgrunn for konflikt kommer fram, enn å bli kritisert eller forhindret. Vi ser det som problematisk at pasienten er det eneste handlende subjektet i teksten, når atferden til disse pasientene er så kontekst- og relasjonsavhengig.

8.1.3 Subjektivisering

Et viktig element ved den mellompersonlige metafunksjonen er makt, og da spesielt skjult makt. Skjult makt kan brukes til å påvirke og forme hva andre ønsker, mener og velger (Veum & Skovholt, 2022, s. 40). Pasientgruppa beskrives i Malt et al. (2018) som aggressive, konfliktsøkende, ustabile og impulsive. I diskursen vi har observert beskrives de også som oppmerksomhetssøkende, manipulerende, krevende og klengete. Mange av pasientene vi har

møtt har disse egenskapene i seg, men det er ikke nødvendigvis slik vi vil beskrive dem. Når pasientene beskrives på en måte de ikke kjenner seg igjen i, eller behandles dårlig på bakgrunn av det, har de to alternativer. Det ene alternativet er å underkaste seg diskursen og godta den behandlingen og de merkelappene de får; altså kranglete, krevende og impulsive. Det andre alternativet er å ikke underkaste seg. Da vil de kunne fremstå som nettopp kranglete og krevende når de reagerer følelsesmessig eller forsøker å endre på eller forklare hvorfor det som blir sagt eller vedtatt, oppleves uriktig. Det paradoksale i dette er at de befester diskursen uansett hva de velger av de to alternativene. Dette handler om en type skjult makt som kalles for subjektivering, fordi personens handlings- og ytringsmuligheter kun foregår innen diskursen (Solvang et al., 2012, s. 115). Når det ikke er rom for å handle eller ytre seg utenfor den virkeligheten som skapes, innskrenkes pasientens ytringsmulighet. Pasientene som underkaster seg merkelappene de får og *blir* diagnosen sin, er således gjenstand for subjektivering.

Vi som arbeider innenfor en diskursiv og sosiokulturell praksis, er også utsatt for subjektivering. Det oppleves ikke som at det er rom for å handle utenfor de rammene som diskursen har satt. Diskursiv praksis kan eksempelvis vise seg gjennom at avdelingsledere legger føringer hvordan helsearbeidere skal følge opp pasienter med BPD. Det er utfordrende å argumentere mot avdelingsledere, spesielt hvis resten av personalgruppa stiller seg bak den samme tankegangen. Det kan også være mindre eksplisitt; selv hvis det ikke er lagt noen lokale retningslinjer, vil den sosiokulturelle praksisen være førende for hvordan en kan handle eller ytre seg. Arbeidskulturen i seg selv har stor makt i en personalgruppe. Det er slik vi har opplevd subjektivering som ansatte og studenter i praksis de stedene BPD-diskursen er førende.

8.1.4 Tekst i tekst

Når det gjelder bruk av andre tekster i tekst, samler vi nå rekontekstualisering fra den ideasjonelle metafunksjonen og intertekstualitet fra den tekstuelle metafunksjonen. Disse begrepene er beslektet med hverandre siden begge handler om bruk av andre tekster i tekst (Skrede, 2020, s. 54). Rekontekstualisering handler om å bruke en eksisterende tekst og gjøre det til sitt, slik at det passer inn i forfatterens virkelighetspresentasjon (Skrede, 2020, s. 54 - 55). BPD som diagnose blir rekontekstualisert til å handle om iboende og/eller viljestyrte egenskaper framfor et resultat av tilknytningsforstyrrelser.

Intertekstualitet i dette tilfellet handler om at tekstutdraget til Malt et al. (2018) tar utgangspunkt i ICD-10 som nøkkeltekst, men fortsetter å beskrive pasientens symptomer og beveggrunner i samme type språk og uten å være tydelig på hvor sitatet begynner og slutter. Dette gir leseren inntrykk av at definisjonen til ICD-10 inneholder de samme elementene som forfatteren bruker i sine beskrivelser. Også det at teksten til Malt et al. (2018) er skrevet på den objektive symptombeskrivende måten, gjør at en oppfatter dette som faglig objektivt stoff på linje med ICD-10 definisjonen. Dette er et eksempel på at denne teksten får mer tyngde og mer definisjonsmakt ved å bruke ICD-10 definisjonen i sin tekst.

Dette sier noe om viktigheten av å være kritisk til det en leser, fordi skriftlig materiale har stor påvirkning på hvordan vi ser verden og virkeligheten.

8.1.5 Om komposisjon

Den tekstuelle metafunksjonen handler om komposisjon av teksten for å skape sammenheng (Veum & Skovholt, 2022, s. 128). Det handler også om at diskursen hele tiden bekreftes gjennom alle de tre metafunksjonene, og slik får en selvforsterkende effekt. Her finner vi virkemidlene *gjentakelser* og *antakelser*.

Antakelser som virkemiddel kan brukes for å skape et felles forståelsesgrunnlag eller handlingsgrunnlag. En antar at alle er enige om grunnlaget eller det grunnleggende verdisynet (Fairclough, 2003, s. 55). En av grunnene til at vi oppfatter at tekstutdraget til Malt et al. (2018) har en nedlatende tone er nettopp alle antakelsene. En av antakelsene vi markerer i analysekapittelet er at usikkerhet, impulsivitet og manglende egenkontroll er beveggrunnen for grenseløs og risikofylt atferd. Denne sammenhengen er ikke en selvfølge for oss. Hvis en skal beskrive noe om pasientenes bakgrunn for å handle som de gjør, mener vi at det bør trås mer forsiktig. Grenseløs og risikofylt atferd kan også handle om et ødelagt selvbilde, manglende grenser eller likegyldighet om en lever eller dør. Impulsive seksuelle handlinger, rus, eller annen grenseløs og risikofylt atferd, kan også være en måte å selvskade på fordi en ikke føler eierskap til sin egen kropp. Det kan også være ut fra et ønske om å straffe seg selv. At denne pasientgruppa generelt har et problematisk forhold til seksuelle relasjoner, kan også være en naturlig konsekvens av overgrep og grenseoverskridende opplevelser. Å beskrive dette som et utslag av impulsivitet og dermed indirekte som tankeløshet, blir en for grunn og overfladisk beskrivelse som ikke gjør denne pasientgruppa en tjeneste.

I utdraget til Malt et al. (2018) trekker forfatteren også frem eksperimentering av seksuell atferd og identitet som en del av beskrivelsen av pasientene. Dette er ikke et av kriteriene for

diagnosen i ICD-10 definisjonen. Vi mener at eksperimentering med seksuell identitet er irrelevant i denne sammenhengen. Vi ser det også som problematisk at det kan oppfattes av leseren som et kriterium eller en del av definisjonen av denne diagnosen.

Vi har nå drøftet de ulike funnene i analysen vi har gjort av tekstutdraget til Malt et al. (2018). Videre vil vi diskutere de andre elementene i diskursanalysen som ikke er en del av selve tekstanalysen.

8.2 Om å synliggjøre perspektiver

Kritisk diskursanalyse handler om å synliggjøre perspektiver, at en alltid kan formulere seg annerledes, og at det ikke er tilfeldig hvordan en uttrykker seg (Veum & Skovholt, 2022, s. 45; Grue, 2021c, s. 130). Gjennomgående ser vi at valg av ord i teksten til Malt et al. (2018) er med på å stadfeste at pasienter med BPD er uforanderlige, og at de bare er sånn. Det tas ikke høyde for årsakene til at det er slik, eller kontekstuelle faktorer som kan spille inn. I tillegg bruker forfatteren uttrykk som *roter seg bort i*, dette oppfatter vi som uttrykk for nedlatende holdning til pasientene og de problemene de står overfor. Som et eksempel på synliggjøring av andre perspektiver har vi tatt ut et avsnitt av tekstutdraget fra Malt et al. (2018), og deretter beskrevet det med våre egne ord.

I utdraget står det følgende:

Den underliggende utryggheten og usikkerheten med tilhørende livssmerte som disse pasientene sliter med, kommer også til uttrykk i deres ofte vekslende opplevelse av seg selv og egne verdier. Det kan også komme til uttrykk i usikkerhet omkring egen seksuell identitet (bifil? homofil?) med tilhørende impulsiv seksuell eksperimentering med ulike partnere. Impulsiviteten og manglende selvkontroll kan gi seg utslag i form av risikabel atferd i trafikken så vel som ved at de roter seg borti stoff med stoffmisbruk som en mulig komplikasjon. Noen bruker også rusmidler som et forsøk på å dempe angst, uro og dysfori (Malt et al., 2018, s. 660).

For å synliggjøre hvordan en kan formulere seg annerledes, har vi her omformulert det samme avsnittet:

Grunnet en utrygg barndom uten hjelp til å utvikle sin egen identitet vil disse pasientene ofte prøve ulike ting for å forsøke å finne fram til hvem de *egentlig er* og hva de liker. Dette kan

oppfattes som kaotisk og formålsløst for mennesker rundt fordi de kan teste ut det ene ytterpunktet etter det andre. Rusmisbruk er en uttalt tilleggsproblematikk for disse pasientene da de uten en sikker identitet og indre trygghet ofte kan føle seg tomme innvendig, ha store depresjoner og mye angst, og kan prøve å fylle tomrommet eller dempe symptomene [vår formulering].

Ved at diagnosen beskrives på en annen måte, kan beskrivelsen i større grad legge vekt på de kontekstuelle forholdene rundt pasienten. Det vil kunne gi en annen forståelse av hvorfor vedkommende gjør som en gjør.

Vi har nå vist til hvordan teksten endres ved å ordlegge seg på andre måter. I neste underkapittel vil vi drøfte hvordan vi ser stigmatiseringen komme til uttrykk på tvers av instanser i helsevesenet og barnevernsfeltet.

8.3 Tverrfaglig stigmatisering

Her vil vi se på hvordan vi ser at stigmatisering av pasienter med BPD har innvirkning på ulike deler av helsevesenet og omsorgsfeltet. Vi har ulike arbeidserfaringer innen helsevesenet, men fellestrekket er likevel det samme. Vi ser at pasienter med BPD møtes på uhensiktsmessige måter på tvers av instanser i helsetjenesten (Baker & Beazley, 2022, s. 275). Vi opplever at på sykehus blir pasienter med BPD ofte sett som vanskelige å behandle, og det er motvilje mot å ta imot denne pasientgruppa. Vi har vært vitne til holdninger som at pasienten ikke trenger bedøvelse ved behandling av skader gjort ved selvskading, med begrunnelsen av at de har skadet seg av egen fri vilje. Videre at de blir skrevet ut fra helsetjenesten tilbake til kommunen, kun få timer etter innleggelse ved for eksempel selvmordsforsøk eller overdoser. Vår opplevelse er at dette forverrer pasientene, ved at disse føler seg avvist og ikke tatt på alvor. Resultatet av dette har vært nye alvorlige destruktive handlinger, som har ført til nye innleggelse og mer ressursbruk. Inntrykket vi har understøttes av forskning om stigmatisering av pasienter med BPD, som sier at disse pasientene ofte kan bli utsatt for holdninger om at de evner å kontrollere destruktiv atferd, eller at de er upålitelige og manipulerende (Ring & Lawn, 2019, s. 16). Samtidig har vi opplevd enkelte helsearbeidere som ønsker å møte pasienten på en respektfull og verdig måte, men siden det ikke er implementert i generell praksis blir det med enkelttilfeller, og helt tilfeldig ettersom hvem en møter på.

Lignende erfaringer har vi også i omsorgsfeltet. Når ungdommer på barnevernsinstitusjon har atferd som minner om BPD, eller de har fått diagnosen tidligere, har vi sett at holdningene hos de ansatte endres. De ansatte kan frykte at de kan la seg manipulere, og utsagn fra pasienten eller ungdommen med BPD kan bli møtt med skepsis og mistro. Dette kan handle om at helse- og omsorgsarbeidere har en forforståelse for hvordan personer med denne diagnosen er, og at det er med på å farge oppfatningen av pasientgruppa (Hertz, 2017, s. 84). Videre har vi sett at ungdommer med BPD eller BPD-lignende symptomer ikke får plass på psykiatriske institusjoner angivelig fordi institusjon er kontraindisert. Pasienten blir i stedet henvist til BUP og barnevernstjenesten, og ender i mange tilfeller opp med plassering på barnevernsinstitusjon. Da har pasienten likevel havnet på institusjon, selv om det ble hevdet at det var kontraindisert. Slik vi ser det er konsekvensen av denne praksisen at problemet flyttes fra en instans til en annen, og på veien kan pasienten ha opplevd å bli avvist og forverret sine vansker.

Det virker for oss som at denne diskursen preger behandlingen av BPD-pasienter både innen somatisk sykehus, psykisk helsevern og på omsorgsfeltet. Vi ser at de samme mytene og holdningene overfor BPD-pasientene følger med til alle typer institusjoner uavhengig av hvilken fagkultur de tilhører. Selv om omsorgsfeltet ikke har det samme vitenskapsteoretiske utgangspunktet som helsefagene, kan det virke på oss som at BPD-diskursen har blitt mer utbredt. Diskursen som preger helsevesenet, kan ha blitt overført til omsorgsfeltet. Det kan handle om at helse- og omsorgsarbeidere har respekt for diagnoser, og for hva andre har bestemt i sitt fagfelt. Det sier også mye om den makten psykiatriske diagnoser har, når den medisinske diskursen får fotfeste i andre fagkulturer.

Vi tenker dette kan handle om at fagkulturen i de ulike delene av helsevesenet og omsorgsfeltet har for lite kunnskap om diagnosen. Vårt inntrykk underbygges av ulike studier som viser at årsaken til negative holdninger er for lavt kunnskapsnivå om BPD, og at det er stort behov for veiledning og endret praksis (Ring & Lawn, 2019, s. 16 - 17; Baker & Beazley, 2022, s. 286; Dickens et al., 2016, s. 1869).

I dette kapittelet har vi drøftet hvordan vi har erfart at personer med BPD blir stigmatisert på tvers av instanser. I neste kapittel vil vi bevege oss inn på motstemmer til BPD-diskursen, og konkurrerende diskurser.

8.4 Diskursive kamper

Vi har i forbindelse med den ideasjonelle metafunksjonen drøftet problemet med at pasientenes virkelighetsforståelse ikke er kongruent med BPD-diskursens virkelighetsforståelse. Pasientenes erfaringer og opplevelser er en viktig motstemme for å gjøre diskursen mindre stigmatiserende. I dette underkapittelet vil vi drøfte de to andre elementene som også viser motstand mot den rådende diskursen.

I det undersøkelsesarbeidet vi gjorde for å finne ut om hva som rører seg i området rundt den aktuelle diskursen fant vi også noen stemmer som mente at Kompleks PTSD kan være en bedre forklaringsmodell (Ryden & Wallroth, 2011, s. 211 – 212; Karterud et al., 2017, s. 344; Nordanger & Braarud, 2017, s. 21). KPTSD skiller seg fra BPD på flere områder, blant annet er det ingen personlighetsforstyrrelse. Samtidig vil denne diagnosen kunne utløse andre former for behandling. Vi synes denne koblingen er såpass interessant og viktig at den fortjener å bli nevnt. I vår arbeidserfaring har vi selv tenkt på denne koblingen, og de pasientene vi der ble kjent med har ikke blitt kartlagt med tanke på traumer og om de kunne ha KPTSD i stedet for, eller i tillegg til, den BPD-diagnosen som var satt. Det er ikke vanskelig å tenke seg at disse pasientene hadde blitt møtt med mer forståelse og respekt i helsevesenet dersom de hadde hatt KPTSD. Navnet (Kompleks Posttraumatisk Stressyndrom) i seg selv sier noe om årsakene til tilstanden. I tillegg ses en forskjell i definisjonene av disse lidelsene, hvor det legges ulik vekt på pasientens opplevelse av seg selv og beveggrunner for atferden som kommer til syne. I artiklene vi presenterer i kapittelet om pasientenes erfaringer kommer det også fram at disse pasientgruppene møtes på ulik måte av helsevesenet.

Vi er ikke i posisjon til å mene noe om omfanget av eventuell feildiagnostisering eller hvor mange som skulle hatt begge diagnosene. Vi kan derimot mene at det bør komme bedre diagnoseverktøy samt en bredere kartlegging av BPD (Jowett et al., 2020, s. 43). Hvis atferd og symptomer er like mellom de to diagnosene, men årsakene er det som skiller dem, mener vi det er en unnlatesessynd å ikke kartlegge for traumer eller KPTSD før en diagnostiserer pasienter med BPD.

Den kontekstuelle modellen regner vi som en konkurrerende diskurs fordi den presenterer andre tilnæringsmåter og behandlingsmetoder enn den nåværende BPD-diskursen. I den diskursive kampen mellom medisinsk og kontekstuell modell kan det virke som det er steile fronter. Den tradisjonelle måten å organisere og drive psykisk helsevern på kalles ofte den medisinske modellen. Den kontekstuelle modellen har bakgrunn fra fenomenologi,

empowerment og antipsykatrien, og tilhengerne av denne modellen ønsker en omlegging til kontekstuell tankegang i forståelsen og behandling av psykiske lidelser (Valla, 2017; Vedeler, 2016; Westerhof, 2022; Aarre, 2020).

Innen denne diskursen finnes de som ønsker å legge ned hele psykiatrien som vi kjenner den, med diagnoser og den medisinske innstillingen til sykdom (Aarre, 2020; Valla, 2017). Vi opplever at det er mange som støtter en kontekstuell tankegang uten å være like ytterliggående, og at det er fullt mulig å inkorporere en kontekstuell tankegang innen den bestående modellen. Vi mener at det må finnes et system for å klassifisere lidelser, og vi har allerede dette systemet gjennom ICD-klassifiseringen. Likevel har den kontekstuelle tankegangen vokst fram av en grunn, en av grunnene kan være at psykiatrien er såpass vanskelig å endre innenfra at det i stedet har vokst fram en konkurrerende diskurs. Det kan også ha vokst fram alternative perspektiver og behandlingsmetoder fordi det nåværende systemet har såpass store mangler, eller at det er tydelig at det er mange som faller igjennom. Vi mener at de ulike standpunktene her ikke trenger å være i et motsetningsforhold til hverandre. Mange fagpersoner som bekjenner seg til den medisinske modellen tar hensyn til og inkorporerer kontekstuelle faktorer i sin praksis, men mange gjør ikke det. Kan det være at den medisinske modellen, slik som BPD-diskursen, er for mangelfull og dermed blir uheldig for enkeltmenneskene? Hvis helsevesenet klarer å ta de relasjonelle og kontekstuelle sidene ved psykisk helse til seg i praksis vil ikke behovet for en konkurrerende diskurs være så stort. Uansett hvilken side en er på så er det en kjensgjerning at mange pasienter ikke får den hjelpen de bør (skal) få, eller møtes på måter som gjør det verre i stedet for bedre.

8.5 Implikasjoner

Kritisk diskursanalyse er egnet til å ta for seg fenomener som har en negativ effekt for sosiale grupper eller utsatte grupper i samfunnet (Grue, 2021c, s. 121; Skrede, 2020, s. 28). Dette forsøker vi å gjøre i denne oppgaven ved å ta for oss diskursen som preger behandlingen av BPD-pasienter. Vi ønsker derfor å si noe om hvilke implikasjoner det vi har funnet ut kan gi for disse pasientene.

Det kan fremstå som overveldende å skulle prøve å endre en diskurs som har befestet seg i så mange deler av helsevesenet og som virker å ha betydelige konsekvenser på mange nivåer, både i samfunnet og for enkeltmenneskene. For å finne ut hvordan man kan endre dette, må

en dele diskursen opp i mindre deler. Dette er en av måtene en kan bruke kritisk diskursanalyse på (Neumann, 2021, s. 90 - 91; Bratberg, 2021, s. 60).

Hvis vi tar utgangspunkt i at diskursen er delt i tre deler; tekst, diskursiv praksis og sosiokulturell praksis, vil tiltak også kunne fremmes på de tre delene for seg. Gjennom tekstanalysen i denne oppgaven forsøker vi å synliggjøre den påvirkning og makt faglige tekster kan ha. Selv om kildekritikk er innlemmet i de utdanningene vi kjenner til, lurer vi på om kritisk lesning av lærebøker kan være mindre utbredt. Dette er imidlertid opp til forelesere å vurdere da det er utenfor vår kunnskapsbase og kompetanse. Funnene i tekstanalysen vår indikerer imidlertid et behov for å fornye og revidere *Lærebok i psykiatri* av Malt et al. (2018). Vi tenker det kan være et behov for å gå gjennom og vurdere flere lærebøker, men det får være opp til andre tekstanalyser.

En implikasjon av forskjellen mellom pasientenes og diskursens virkelighetsforståelse er at det ikke er nok kunnskap eller fokus på selvrefleksjon hos ansatte. Selvrefleksivitet er etter vår oppfatning en nødvendig egenskap i arbeidet med BPD-pasienter. Dette handler om evnen til å skille mellom egne og andres følelser og hindre motoverføringsreaksjoner som kan oppstå (Vatne, 2018, s. 128 – 129). Helsearbeidere må kunne være oppmerksomme på pasientenes opplevde virkelighet som en beveggrunn for reaksjoner og atferd. Vi tror at mer fokus på dette i de helsefaglige utdanningene, og mer veiledning av ansatte som er i kontakt med denne pasientgruppa, er nødvendig for å få til dette.

I denne diskursanalysen identifiserer vi subjektivering som skjult makt, og at dette er en negativ effekt av diskursen. Vi mener dette problemet ikke bør ses isolert, men som en del av den sosiokulturelle praksisen. Vi mener endring av denne delen av diskursen bør adresseres på lik linje som de andre delene av diskursen. De tre delene påvirker hverandre gjensidig både positivt og negativt (Bratberg, 2021, s. 60). Vi har ingen formening om i hvilken del endringsarbeidet bør begynne, da rekkefølgen ikke er avhengig av hverandre. Den sosiokulturelle praksisen kan gripes an ved å initiere faglig veiledning på arbeidsplassene. Dette vil kunne øke kompetanse og selvtillit til å stå imot en negativ arbeidskultur. Veiledning kan gjøre arbeidsmiljøet mer åpent for andre forklaringsmodeller, og å reflektere sammen i gruppe kan endre holdninger og øke selvrefleksjon hos de ansatte. Veiledning kan dermed øke evnen til å tenke utenfor diskursen. Også resultatene av forskningen vi fant på stigmatisering av pasienter med BPD hevder at større fokus på veiledning, opplæring og

oppdatert kunnskap om diagnosen BPD bør prioriteres (Ring & Lawn, 2019, s. 16 - 17; Baker & Beazley, 2022, s. 275; Dickens et al., 2016, s. 1869).

Det er generell konsensus om at pasienter med BPD ikke bør legges inn, da oppfatningen er at pasientens symptomtrykk blir verre av innleggelse. Dette til tross for at denne oppfatningen ikke er forankret i forskning (Ekeberg et al., 2019b, s. 4). Vi anser denne oppfatningen som en del av den diskursive praksisen. Det usikre grunnlaget for denne oppfatningen impliserer at dette er noe som bør forskes mer på. Det kan være andre diskursive praksiser som også bygger på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Oppdatert kunnskap og forskning om pasienter med BPD må diskuteres på et nivå hvor det kan gjøre en praktisk forskjell. Her synes vi behovet for en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser er aktuelt å påpeke (Wiig, 2023). Hadde dette vært utarbeidet ville informasjonen vært mer tilgjengelig, og det kunne vært enklere for de ulike instansene i helsevesenet å anvende denne kunnskapen overfor pasientene og i sin praksis.

Det er altså tydelig for oss at for å kunne endre stigmatiseringen av personer med BPD er det behov for endring på flere nivåer. Vi er av den oppfatningen at diskursen ikke kan endres med mindre endringen foregår i alle de tre delene av diskursen.

8.6 Oppgavens styrker og svakheter

Her vil vi si noe om hva vi anser som styrker og svakheter ved vår oppgave.

Vi mener at en av oppgavens styrker er bredden i vår arbeidserfaring. Det styrker vårt belegg for å mene at det vi har observert i praksis ikke er basert på enkelthendelser. Videre vil vi trekke frem fordelene med å være to personer om dette prosjektet. Det gjør at vi har bredere erfaring, samt at vi har ulike tanker og utgangspunkt som gjør at vi utfyller hverandre på flere plan i arbeidet med oppgaven.

Vi mener det er en styrke at vi begge er engasjert i problemstillingen. Vi synes temaet er viktig, og vi ønsker derfor å aktualisere det. Dette bunner i vårt ønske om å bidra til å endre diskursen.

En svakhet kan være at vi kun har analyse av tekst og ikke noen undersøkelse av en eller begge de andre delene av diskursen. Det hadde vært interessant å gjøre en forskningsundersøkelse av enten den diskursive eller den sosiokulturelle praksisen. Det kunne gitt selve diskursanalysen mer bredde og dybde.

Vi tenker at mange av de diskursive kampene kan handle om ulike vitenskapsteoretiske ståsteder som bakgrunn for ulike helsefaglige utdannelser. Hvis vi kunne presentert de ulike ståstedene som grunnlag for ulike fagkulturer, kunne vi sett diskursen i et større perspektiv. Dette kunne belyst diskursens opprinnelse og effekter på en bedre måte, og slik kunne vi gjort en dypere analyse av hvordan diskursen kan endres. Det er derimot usikkert om implikasjonene for klinisk praksis og konklusjonen hadde blitt annerledes av den grunn. Oppgavens omfang og tidsperspektiv har imidlertid hindret oss i å fordype oss i dette.

9 Konklusjon

Vårt formål med denne kritiske diskursanalysen er å undersøke hvilken diskurs som preger helsevesenets behandling av pasienter med BPD. Videre hvordan diskursen bidrar til stigmatisering av denne pasientgruppa. I tråd med diskursanalytisk metodikk vil vi undersøke hvilke bestanddeler diskursen består av, og hvilke faktorer som er med på å påvirke denne diskursen. For å finne ut hvordan diskursen bidrar til stigmatisering må vi dele opp diskursen i de meningsskapende bestanddelene den består av. Når vi ser hvordan tekst, diskursiv praksis og sosiokulturell praksis påvirker hverandre gjensidig, kan vi undersøke eller analysere de tre delene hver for seg. Vår forskning består i å analysere en tekst for å se om den er konstituerende for diskursen og hvordan den eventuelt påvirker eller blir påvirket av de andre bestanddelene. Gjenstand for analyse er et utdrag av beskrivelsen av diagnosen BPD, i *Lærebok i psykiatri* av Malt et al. (2018). Vi finner at ordvalg og formuleringer i Malt et al. (2018) følger den samme virkelighetsforståelsen og forfekter de samme holdningene vi selv har observert i diskursen. Teksten til Malt et al. (2018) bekrefter og befester diskursen, og vi prøver å vise til at denne diskursen virker stigmatiserende for pasienter med BPD. Vi går ut fra at teksten til Malt et al. (2018) er med på å påvirke studenter og andre lesere, samt påvirker de to andre bestanddelene; diskursiv og sosiokulturell praksis. De to andre meningsskapende bestanddelene har vi ikke mulighet til å undersøke på samme måte, vi lener oss derfor på egne erfaringer og observasjoner.

En diskurs er sjelden uten bevegelse, og vi ønsker derfor å finne ut hvilke andre stemmer og perspektiver som finnes, og hvilke andre måter en kan se BPD-diagnosen på. Det mest naturlige er å se pasientenes egne stemmer først og hvilke opplevelser og erfaringskunnskap de har. Vi synes perspektivet om Kompleks PTSD som forklaringsmodell er interessant og verdt å nevne. Hvis dette perspektivet blir mer brukt, kan det bidra til å redusere stigmatiseringen, og flere pasienter kan oppleve nytte av behandling. Videre vil vi trekke frem kontekstuell modell som alternativ tilnæringsmåte, hvor pasientenes egne erfaring og opplevelser blir tatt hensyn til. En kontekstuell modell vil derfor være bedre egnet til å ta innover seg pasientens uhensiktsmessige tilknytningsstrategier og anvende relasjonelle tilnæringsmåter i behandlingen og møte med pasientene. Samtidig mener vi at det ikke nødvendigvis er noen grunn til å forkaste systemer og institusjoner som allerede er etablert. Utfordringen er å få til en innlemming av elementer fra den kontekstuelle tankegangen i praksis. Vi tror uansett at en mer kontekstuell tilnærming vil bidra til mindre stigmatisering av pasienter med BPD.

Vi vil konkludere med at diskursen er med på å stigmatisere denne pasientgruppa. Tekstanalysen bekrefter vår tanke om at språk og tekst påvirker de andre delene av diskursen, den diskursive praksisen og den sosiokulturelle praksisen, og at disse igjen påvirker hverandre. Stigmatiseringen er et uttrykk for det ensidige perspektivet som kommer frem i alle diskursens bestanddeler. Vi mener diskursen som preger helsevesenets behandling av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er stigmatiserende fordi den er kjennetegnet ved ensidig fokus på atferd og symptomer, og liten forståelse for tilknytnings- og relasjonsproblematikk. Videre er diskursen preget av fordommer og antakelser om hvordan denne pasientgruppa er. Vi mener disse kjennetegnene er synlig i alle de tre delene av diskursen.

10 Litteratur

- Abel, H. (2014). Psykiatriens mange ansikter – en pasients opplevelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 14(4), s. 387 – 390.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-12>
- Aarre, T.F. (2020, 1. september). *Mot eit nytt paradigme*. Psykologitidsskriftet.
<https://psykologitidsskriftet.no/debatt/2020/09/mot-eit-nytt-paradigme>
- Baker, J. & Beazley, P.I. (2022). Judging Personality Disorder: A Systematic Review of Clinician Attitudes and Responses to Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 28(4), 275 – 293.
https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/2022/07000/Judging_Personality_Disorder_A_Systematic_Review.2.aspx
- Bratberg, Ø. (2021). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. (3. utg.). Cappelen Damm AS.
- Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2018). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre*. Universitetsforlaget AS.
- Campbell, K., Clarke, K-A., Massey, D. & Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 972 - 981. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1111/inm.12737>
- Dahl, A.A. & Løvlie, A. (2019). *Psykkiske lidelser. Forståelse, diagnostikk og juss*. Universitetsforlaget.
- De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. (u.å). *Differensialdiagnostikk*. Stø Kurs. Hentet 26. april 2023 fra <https://stokurs.rvtsnord.no/delkapitler/differensialdiagnostikk/>
- Dickens, G.L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(14-15), 1848 – 1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Om ICD-10 og ICD-11*. (IE-1103).
<https://www.ehelse.no/publikasjoner/om-icd-10-og-icd-11-forarbeid-til-utredning>

- Ekeberg, Ø., Kvarstein, H.E., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U-M. & Hem, E. (2019a). Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*, 15. 10.4045/tidsskr.19.0492
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, H.E., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U-M. & Hem, E. (2019b). Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*. 15. 10.4045/tidsskr.19.0493
- Engelstad, F. & Thorsen, D.E. (2022, 5. juni) Makt. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/makt>
- Fairclough, N. (2003). *Analysing Discourse*. Textual analysis for social research. Routledge.
- Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis. The Critical Study of Language*. Second Edition. Pearson Education Limited.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Polity press
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G. & Bateman, A.W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412 – 459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Fosse, I.M. (2018). *Grundig og god lærebok i psykiatri*. [Anmeldelse av boka *Lærebok i psykiatri*, U.F, Malt., I, Melle & O.A. Andreassen]. *Utposten*. Blad for allmenn- og samfunns medisin. https://www.utposten.no/journal/2018/5/utposten-5-2018-a-1493/Grundig_og_god_lærebok_i_psykiatri
- Grue, J. (2021a, 27. januar). Diskurs. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/diskurs>
- Grue, J. (2021b). Hva er kritisk diskursanalyse? I Hitching, T.R., Nilsen, A.B. & Veum, A. (Red.), *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse* (1 utg., s. 112 - 115). Høyskoleforlaget
- Grue, J. (2021c). Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: mellom medisinske og sosiale forståelser av funksjonshemming. I T.R, Hitching, A.B, Nilsen & A.Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse* (1 utg., s. 116 - 134). Høyskoleforlaget

- Gudbrandsen, K.M. (2016, 09. november). *Brukeres erfaringer med traumebehandling og personlighetsforstyrrelser*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/brukeres-erfaringer-med-traumebehandling-og-personlighetsforstyrrelser>
- Gundersen, S.T. (2017, 11. november). *Kaste et glass vann på et inferno*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-10>
- Hitching, T.R. & Veum, A. (2021). Introduksjon. I T.R, Hitching, A.B, Nilsen & A.Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse* (1 utg., s. 11 - 36). Høyskoleforlaget
- Hofmann, B. (2018). Hva er “Psyk-dom”? - Sykdomsbegrepets etikk. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. FRA - 127). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36 – 45. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2019-36670-001.html>
- Karterud, S. (2018). Personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*, 5. 10.4045/tidsskr.18.0100
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24(2), 15. <https://doi.org/10.7146/pl.v24i2.8642>
- Kvam, M. & Johannessen, T. (2022, 08. august). *Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline)*. Norsk helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/emosjonelt-ustabil-personlighetsforstyrrelse/>
- Larsen, K.B. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*, 105(1), 62-66. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59760>

- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: a Longitudinal Perspective From Attachment Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 883 – 911. <https://doi.org/10.1177/00030651030510031501>
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1988). *Barnets psykiske fødsel*. Gyldendal Norsk Forlag
- Malt, U.F., Melle, I. & Andreassen, O.A. (2018). Personlighetsforstyrrelser. I U.F, Malt., O. A, Andreassen., I, Melle. & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri*. (3. Utg., s. 659-660). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2022, 11.juli). *Recovery*. <https://napha.no/content/13883/recovery>
- Neumann, Iver B. (2021). *Innføring i diskursanalyse. Mening, materialitet, makt* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget
- Pedersen, R., Norvoll, R. & Bjørgen, D. (2018). Pasientens perspektiv i psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 87 - 116). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ring, D. & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. (s. 1 – 21). <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
- Roksund, G. (2018, 15. oktober) Viktig bok om psykiske plager. [Anmeldelse av boka En mindre medisinsk psykiatri, av T.F. Aarre]. Tidsskriftet. Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2018/10/anmeldelser/viktig-bok-om-psykiske-plager>
- Ryden, G. & Wallroth, P. (2011). *Mentalisering. Å leke med virkeligheten*. Pax Forlag AS.
- Skrede, J. (2020). *Kritisk diskursanalyse*. Cappelen Damm AS.
- Solvang, I., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Å forme brukers arbeidsvilje. I E, Engebretsen & K, Heggen (Red.), *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Thorgersen, L.T. (2012). En gang borderliner – alltid borderliner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 9(4), s. 359 – 361. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2012-04-09>
- Valla, B. (2017, 26. februar). *Tid for et paradigmeskifte*. Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/tid-for-et-paradigmeskifte/401471>
- Vatne, S. (2018). *Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vedeler, G.H. (2016, 18. juni). *Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern?*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>
- Verdens helseorganisasjon. (2022). F. 60.3: Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. (10 utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613591>
- Veum, A. (2021). Kva er diakron diskursanalyse?. I T.R, Hitching, A.B, Nilsen & A.Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse* (1 utg., s. 81 - 86). Høyskoleforlaget
- Veum, A. & Skovholt, K. (2022). *Tekstanalyse. Ei innføring*. Cappelen Damm Akademisk
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge.
- Westerhof, L.L. (2022, 11. januar). *En mindre medisinsk og mer klientvennlig psykiatri – kontekst og kultur har betydning i behandling av psykiske problemer*. Utdanningsforskning.no. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2022/en-mindre-medisinsk-og-mer-klientvennlig-psykiatri--kontekst-og-kultur-har-betydning-i-behandling-av-psykiske-problemer/>
- Wiig, F.L. (2023, 16. februar). *Nasjonal retningslinje vil hjelpe ungdom med personlighetsproblemer*. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/nasjonal-retningslinje-vil-hjelpe-ungdom-med-personlighetsproblemer>

World Health Organization. (2023). 6B41: Complex post traumatic stress disorder. In *International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int/browse11/1-1-2023/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>

Årseth, A.L. & Johannessen, B. (2013). Opplevelsene av få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 25 – 35.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-04>

Vedlegg 1: Dokumentasjon bidrag i masteroppgaven

Dokumentasjon bidrag masteroppgave

Dokumentet er signert digitalt av følgende undertegnere:

- Flatemo, Stine Korgen (06.01.1994), signert 10.05.2023 med Signicat Sign BANKID_MOBILE
- Utgård, Laila (16.08.1977), signert 10.05.2023 med Signicat Sign BANKID_MOBILE



Det signerte dokumentet inneholder

- En forside med informasjon om signaturene
- Alle originaldokumenter med signaturer på hver side
- Digitale signaturer



Dokumentet er forseglet av Posten Norge

Signeringen er gjort med digital signering levert av Posten Norge AS. Posten garanterer for autentisiteten og forseglingen av dette dokumentet.



Slik ser du at signaturene er gyldig

Hvis du åpner dette dokumentet i Adobe Reader, skal det stå øverst at dokumentet er sertifisert av Posten Norge AS. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke er endret etter signering.

Tittel på masteroppgaven: Stigmatisering av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse – en kritisk diskursanalyse

Navn på student 1: Laila Utgård

Navn på student 2: Stine Korgen Flatemo

Beskrivelse av eget bidrag til monografi eller artikkel 30 stp.

Kandidat: Laila – kandidatnr: 512	Kandidat: Stine – kandidatnr: 504
Har lest litteratur og funnet kilder på tilknytningskapitlet. Begge har imidlertid skrevet og samarbeidet om dette kapitlet.	Har lest litteratur og funnet kilder på stigmatiseringskapitlet. Begge har imidlertid skrevet og samarbeidet om dette kapitlet.

Beskrivelse av samarbeidet:

Vi har tidligere på studiet skrevet flere av eksamener/arbeidskrav sammen, slik at vi har vært godt kjent med vårt samarbeid før vi begynte på masteroppgaven. I oppstartfasen av prosjektet utarbeidet vi en prosjektplan for hvordan arbeidet skulle utføres, og med hvilket tidsrom. Videre har vi hatt svært tett dialog gjennom hele arbeidet med masteroppgaven. Vi har hatt jevnlig avtalepunkt hvor vi har hatt konkrete arbeidsoppgaver, enten oppgaver vi har gjort sammen eller hver for oss. Når vi har jobbet hver for oss, har vi begge vært involvert i hverandres

Dokumentet er signert digitalt av:

- Flatemo, Stine Korgen (06.01.1994), 10.05.2023
- Utgård, Laila (16.08.1977), 10.05.2023

Forseglet av



Posten Norge

arbeidsoppgaver. Vi har begge skrevet i alle kapitlene, og gått gjennom hva den andre har skrevet enten på delt dokument eller på telefon via delt dokument. Vi har hatt de samme bøkene og lest de samme artiklene som vi ville bruke som kilder.

Arbeidet med hele prosjektet er et resultat av at begge har tatt like mye ansvar, og støttet hverandre med et mål om å gjøre arbeidet engasjerende, interessant og med et samarbeid basert på gjensidig respekt, tålmodighet og åpenhet.

Sted og dato: 10.05.23, Øyer og Oslo

Signaturer:

Navnene med blokkbokstaver: LAILA UTGÅRD OG STINE KORGEN FLATEMO

Dokumentet er signert digitalt av:

- Flatemo, Stine Korgen (06.01.1994), 10.05.2023
- Utgård, Laila (16.08.1977), 10.05.2023

Forseglet av



Posten Norge