

Diagnose eller minoritetsstress?



Linda Nesse

ROPforsk, Sykehuset Innlandet

linda.nesse@sykehuset-innlandet.no

LN er i Psykologforeningens utvalg for kjønns- og seksualitetsmangfold. Teksten gir kun uttrykk for LNs meninger og er ikke skrevet på vegne av utvalget.

I klinisk arbeid med skeive klienter som strever med identitet og relasjoner, er det ikke nok å forstå strevet som individuelle prosesser.



Illustrasjon: Kristian Utrimark

Forskningslitteratur om skeives helse har pekt på en høyere forekomst av et bredt spekter av psykiske helseplager enn hos cispersoner og heterofile (Zeeman et al., 2019). Den høyere forekomsten blir oftest forstått som uttrykk for sosial ulikhet i helse – altså samfunnsskapt, systematiske helseforskjeller. Forskere fortolker gjerne forskjellene i lys av perspektiver som *minoritetsstress*, men det er uklart om psykologer forholder seg til minoritetsstress som rammeverk i møte med skeive klienter. Begrepet minoritetsstress viser her til belastninger og undertrykkelse som skeive opplever på bakgrunn av brudd med normer for kjønn og seksualitet (Frost & Meyer, 2023; Hendricks & Testa, 2012).

I teksten vil jeg løfte det fagetiske dilemmaet som kan oppstå dersom psykologer primært fortolker skeive klienters uttrykk for psykisk smerte gjennom diagnostiske kategorier, uten å ta høyde for den strukturelle avvisningen og manglende anerkjennelsen mange skeive opplever i nære relasjoner og i omgivelsene. En slik refleksjon blir særlig relevant når vi vet at fagpersoners kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold varierer, og at skeive ikke nødvendigvis føler seg trygge på å være åpne om hvem de er, om erfaringene de har, og om livet de lever, i møte med psykologer (Evje et al., 2025; Ivanova et al., 2025).

Jeg vil ta utgangspunkt i kritisk forskningslitteratur om en av de diagnosene som er tettest forbundet med stigma – nemlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. De diagnostiske kriteriene for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har fellestrekk med uttrykk for omfattende minoritetsstress (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026; Seal et al., 2026). Personer som har diagnosen, risikerer å bli møtt med mistro og avvisning både i helse- og omsorgstjenester og ellers i hverdagslivet.



Internasjonalt ser man at diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse oftere gis til skeive enn til cispersoner og heterofile, til tross for at forskjellen i prevalens ikke kan forklares rent diagnostisk (Rodriguez-Seijas et al., 2021; Rodriguez-Seijas et al., 2024). Selv når man kontrollerer for personlighetsspesifikke symptomer, vedvarer forskjellen. Funnene innebærer at fagpersoner kan være mer tilbøyelige til å tolke skeives uttrykk for psykisk smerte som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, også når smerten er mer diffus enn det de diagnostiske kriteriene skulle tilsi (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026; Seal et al., 2026).

Minoritetsstress

Minoritetsstress kan ta mange former – både i form av ytre hendelser og indre prosesser (Frost & Meyer, 2023). Direkte og indirekte eksponering for ytre minoritetsstress – som stygge blikk, nedsettende ord, utestengelse, trakassering, diskriminering, vold eller terror – er skadelig i seg selv, og kan internaliseres av den som utsettes for det. Internalisert minoritetsstress kan vise seg i form av årvåkenhet overfor andres reaksjoner, forventning om avvisning og forsøk på å beskytte seg ved å holde egen skeivhet skjult (Frost & Meyer, 2023). Selv om internalisert minoritetsstress er belastende, så kan det også ha en funksjon – nettopp fordi diskriminering på bakgrunn av kjønnsuttrykk, kjønnsidentitet og seksuell orientering faktisk forekommer. Mange skeive opplever manglende aksept og validering tidlig i livet, og manglende aksept og validering repeteres gjerne i ulike relasjoner, situasjoner og over tid – uten at det nødvendigvis er noen klar forutsigbarhet i responsene fra andre mennesker (Rodriguez-Seijas et al., 2023).

Minoritetsstress påvirker identitet og relasjoner (Rodrigues-Seijas & Rogers, 2026). I lys av perspektiver som minoritetsstress kan det gi mening å oppleve tvil og usikkerhet når man som skeiv ikke har blitt speilet i sine opplevelser av seg selv og verden. Det er forståelig at man er spesielt oppmerksom på tegn på avvisning hvis man har blitt avvist fordi man er den man er, gjentatte ganger og fra flere hold. Det kan være naturlig å streve med følelsesregulering og å finne hensiktsmessige utløp for smertetrykk og tomhet når man ikke har fått fått dekket grunnleggende emosjonelle behov. Det er dessuten ikke rart at det kan være utfordrende å navigere nærhet, avstand, intensitet og grenser i relasjoner når aksepten fra andre har vært betinget eller uforutsigbar.

Spørsmålet blir da om utfordringer med identitet og relasjoner hos skeive best kan forstås som personlighetsforstyrrelser, som stressrelaterte psykiske lidelser, eller gjennom forklaringsmodeller som tar høyde for konteksten som setter preg på skeives liv (Rodriquez-Seijas & Rogers, 2026).

Verdier og nøytralitet

Diagnostiske kategorier er ikke statiske enheter. Det er heller ikke diagnosemanualene, som kommer i nye utgaver og er i kontinuerlig utvikling – ofte på bakgrunn av faglige debatter, forskningsgrunnlag, kliniske erfaringer og tilbakemeldinger fra personer med levd erfaring. Selve bruken av diagnostiske kategorier og kliniske forståelsesmodeller er heller ikke statisk. Det blir særlig tydelig i debatter om

økning eller reduksjon i andelen personer som blir gitt spesifikke diagnoser, og hva slike tendenser har å si for samfunnet.

Diagnostiske kategorier gir oss et språk for å kommunisere om kompleksiteten i psykiske lidelser, både mellom fagpersoner og til klienter og deres pårørende. Samtidig er diagnostiske kategorier ikke nødvendigvis verdinøytrale (Seal et al., 2026). Diagnostiske kategorier har ofte normative trekk – noe som kanskje særlig gjelder for personlighetsforstyrrelser (Seal et al., 2026).

Diagnosene har blitt utviklet, og utvikles, innenfor en spesifikk faghistorisk kontekst og påvirkes av samfunnsmessige betingelser, som moral og normer. Også psykologers utrednings- og diagnostiseringspraksiser påvirkes av faghistorie og samfunnsmessige betingelser.

Alt dette betyr at bruken av diagnoser i helse- og omsorgstjenester krever fagetisk refleksjon. I klinisk arbeid med klienter som har minoritetserfaringer som ofte inkluderer opplevelser av systematisk og negativ forskjellsbehandling, tenker jeg at det er relevant å gjøre en spesielt grundig vurdering av betydningen av kontekstuelle faktorer.

Å anerkjenne livsbetingelser

Enkelte har tatt til orde for at diagnostisering av personlighetsforstyrrelser hos skeive kan være med på å sykeliggjøre og individualisere vansker som i stor grad har oppstått som en respons på uforutsigbare omgivelser, relasjonelle traumer og manglende validering på grunnlag av kjønn og seksualitet (Cardona et al., 2022; Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026). I møte med klienter som opplever strukturell annerledesgjøring gjennom hele livsløpet, holder det ikke å forstå relasjonelle traumer og deres betydning for identitetsutviklingen som individuelle prosesser (Rodriguez-Seijas & Rogers, 2026).

For personer som opplever omfattende minoritetsstress, er det viktig at betydningen av konteksten anerkjennes og blir viet plass. Når man som psykolog arbeider med skeive som strever med identitet og relasjoner, mener jeg man bør vurdere hva klienten vil kunne ha mest nytte av – er det en diagnose som plasserer strevet i personlighetsstrukturen, andre diagnoser, begreper som forklarer strevet med systematisk annerledesgjøring, eller en kombinasjon? Man bør også vurdere mulige negative implikasjoner av diagnostiske valg – for eksempel i form av stigma og selvstigma.

Psykologer som anerkjenner betydningen av livsbetingelser for skeive klienter, vil kunne bidra til å lette tyngden av undertrykkelse og minoritetsstress, og samtidig støtte utviklingen av mer hensiktsmessige reguleringsstrategier, tilknytning, tilhørighet, selvaksept og stolthet over å være den man er (Cardona et al., 2022).

Referanser

- Cardona, N. D., Madigan, R. J. & Sauer-Zavala, S. (2022). How minority stress becomes traumatic invalidation: An emotion-focused conceptualization of minority stress in sexual and gender minority people. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 185–195. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cps0000054>
- Evje, J., Nysæter, M. K., Ivanova, A., Nygård, S., Lock, L. & Fischer, N. (2025). Skeives helsesøkende atferd: En kunnskapsoppsummering av behov, barrierer og erfaringer i møte med helsetjenesten. https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/kjonn-seksualitet-mangfold-lgbt%2B/rapport_helsesokende_atferd.pdf



- Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Ivanova, A., Nysæter, M. K. & Fischer, N. (2025). Skeives psykiske helse fra tjenesteyteres perspektiv. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/grupper/cense/skeives-psykiske-helse-fra-tjenesteyteres-perspektiv---rapport.pdf>
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2021). Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among lesbian, gay, and bisexual patients?. *Assessment*, 28(3), 724–738. <https://doi.org/10.1177/1073191120961833>
- Rodriguez-Seijas, C., Rogers, B. G. & Asadi, S. (2023). Personality disorders research and social decontextualization: What it means to be a minoritized human. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(1), 29–38. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000600>
- Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2024). Transgender and gender diverse patients are diagnosed with borderline personality disorder more frequently than cisgender patients regardless of personality pathology. *Transgender Health*, 9(6), 554–565. <https://doi.org/10.1089/trgh.2023.0062>
- Rodriguez-Seijas, C. & Rogers, B. G. (2026). Recentring environmental context in the conceptualization of borderline personality disorder among sexual and gender minority individuals. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 135(1), 83–103. <https://doi.org/10.1037/abn0001012>
- Seal, E. L., Kokanović, R., Borovica, T. & Blackman, L. (2026). Queering the diagnostic trajectory of borderline personality disorder. *Health*, 1–22. <https://doi.org/10.1177/13634593261421653>
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F., Health4LGBTI Network, Taibjee, R., Toskin, I., ... De Sutter, P. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974–980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

