

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 2/2023

Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom

**Utvärdering av ett psykoedukativt material inom
Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg**

Verksamhetsområde:	Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Vuxenpsykiatrimottagning Emotionell instabilitet Malmö och Vuxenpsykiatrimottagning Bedömning Malmö, Område öppenvård Vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg
Projektansvarig chef:	Robin Åkerlund, enhetschef robin.akerlund@skane.se
Projektets medarbetare:	Johanna Freidlitz, leg psykolog johanna.freidlitz@skane.se Erik Ydrefelt, leg psykolog erik.ydrefelt@skane.se
Handledare vid FoU-enheten:	Stine Thorsted, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg, kirstine.thorsted@skane.se
Utgivning:	maj 2023
ISBN:	978-91-987657-7-9
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Freidlitz, J. & Ydrefelt, E. (2023). *Psykoedukation för patienter med personlighetssyndrom*. FoU-rapport 2/2023, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Personlighetssyndrom innebär ett ihållande och påtagligt från normen avvikande sätt att tolka situationer samt reagera känslomässigt och/eller beteendemässigt som medför lidande och/eller funktionsnedsättning. Forskning visar att psykoedukativa insatser till personer med personlighetssyndrom kan leda till minskning av kärnsymtom och förbättrad psykosocial funktion. Syftet med studien är att utveckla och utvärdera ett skriftligt material som stöd för psykoedukativa insatser inom ramen för SVP Personlighetssyndrom. Materialet har tagits fram i samverkan med professionella som är insatta i diagnosen, behandlare och patienter. Innehåll och användande av materialet diskuterades i fokusgrupper med representanter för de tre olika grupperna. Materialet reviderades med utgångspunkt i aktuell forskning och utifrån en sammantagen bedömning av synpunkterna från de olika grupperna. Synpunkterna kring användningen av materialet bekräftade idén om att materialet bör användas i dialog med en behandlare. Förslaget är att materialet används som ett första steg efter diagnos och inför vidare behandling inkluderande fördjupad psykoedukation. Komplettering av specifikt material riktat till närstående kan också vara aktuellt.

Förväntad nytta för patienten är tillgång till ett psykoedukativt material som kan leda till förbättrad psykosocial funktion.

Förord

Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har ett psykoedukativt material för patienter med personlighetssyndrom tagits fram och utvärderats. Projektet har genomförts av leg psykolog Johanna Freidlitz och leg psykolog Erik Ydrefelt vid mottagningarna Bedömning respektive Emotionell instabilitet inom öppenvårdspsykiatri Malmö/Trelleborg. Hälso- och sjukvårdsstrateg, fil dr Stine Thorsted har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från enhetschef Robin Åkerlund och verksamhetschef Hans Brauer. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till granskarna överläkare Sofie Westling, leg psykolog Njördur Viborg och överläkare Peder Björling för värdefulla kommentar på det psykoedukativa materialet. Vi vill även tacka behandlare och peer supportrar inom Vuxenpsykiatri Malmö Trelleborg för deltagande i intervjuer och kloka synpunkter kring materialets utformande.

Lund april 2023.

Charlotta Sunnqvist
Specialistsjuksköterska i psykiatri, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	6
1.1 Personlighetssyndrom.....	6
1.2 Psykoedukation	7
1.3 Psykoedukation vid personlighetssyndrom	8
1.4 SVP Personlighetssyndrom.....	10
2. Syfte	10
3. Metod	10
3.1 Beskrivning av studien	10
3.2 Deltagare.....	11
3.3 Materialinsamling	11
3.4 Analys	11
3.5 Etiska överväganden	11
4. Resultat	12
4.1 Utgångspunkter och struktur	12
4.2 Justeringar i innehåll.....	14
4.3 Användbarhet.....	18
5 Diskussion	19
6. Slutsatser	21
Referenser	23
Bilagor	28
Bilaga 1 Psykoedukativt material för personlighetssyndrom	28
Tidigare publikationer	33

1. Bakgrund

1.1 Personlighetssyndrom

Med personlighetssyndrom avses en form av psykisk ohälsa där det är individens vanliga sätt att fungera (individens personlighet) som orsakar lidande och/eller funktionsnedsättning. Ofta utgår man här från WHO:s definition av personlighet som det inrotade mönstret av tankar, känslor och beteenden som karaktäriserar en individs unika livsstil och anpassning, resulterande från konstitutionella faktorer, utveckling och social erfarenhet (American Psychological Association; APA, 2023). Personlighetssyndrom innebär alltså ihållande och påtagligt från normen avvikande sätt att tolka situationer samt reagera känslö- och/eller beteendemässigt.

I det aktuella diagnossystemet ICD-11 konceptualiseras personlighet kliniskt dels som grundläggande och viktiga funktioner för att förstå och förhålla sig till sig själv och andra människor, dels som specifika personlighetsdrag. Personlighetssyndrom ses främst som ett uttryck för nedsättningar i en eller flera av dessa funktioner, ibland tydligt kopplat till så kallade maladaptiva personlighetsdrag. Graden av personlighetsmässig funktionsnedsättning varierar, vilket diagnostiskt specificeras genom beskrivningarna lindrigt, måttligt respektive svårt personlighetssyndrom.

Även om det finns en viss osäkerhet kring prevalensen av personlighetssyndrom (Gawda, 2018) talar data för att omkring 10 till 15 procent i befolkningen uppfyller kriterierna för ett personlighetssyndrom. Då personlighetssyndrom i sig många gånger innebär ett illabefinnande samt ökar risken för annan psykisk och fysisk ohälsa är förekomsten av personlighetssyndrom bland vårdsökande hög. Bland patienter i primärvården beräknas prevalensen vara ca 24 procent (Moran m.fl., 2000) och bland patienter i specialistpsykiatri över 30 procent (Gawda, 2018).

Forskning talar för att personlighetssyndrom ofta är förknippat med allvarliga konsekvenser såväl för den drabbade som för omgivningen. Patienter med personlighetssyndrom skattar sin hälsorelaterade livskvalitet på motsvarande nivå som patienter med allvarliga kroniska somatiska sjukdomar (Soeteman m. fl., 2008). Medellivslängden hos personer med personlighetssyndrom är påtagligt kortare än i normalbefolkningen (Fok m. fl., 2012). Detta kan förklaras dels av livsstilsfaktorer (Frankenburg & Zanarini, 2004) och dels av en ökad risk för suicid (Björkenstam m. fl., 2016). Närstående till personer med personlighetssyndrom upplever som grupp högre stressbelastning och symtom på psykisk ohälsa än närstående till personer med annan allvarlig psykisk ohälsa (Bailey & Grenyer, 2013). På samhällsnivå medför personlighetssyndrom betydande kostnader i form av högt utnyttjande av vård och sociala

insatser samt produktionsbortfall. Kostnaderna för samhället är enligt Soeteman m.fl. (2008) större än för andra psykiatriska diagnoser som depression och generaliserat ångestsyndrom. De allvarliga konsekvenserna till trots talar tillgängliga siffror för att personlighetssyndrom hittills inte prioriterats vare sig på forsknings- eller behandlingsnivå (Zimmerman & Gazarian, 2014, Iliakis m. fl., 2019).

Forskare inom området menar att personlighetssyndrom generellt är underdiagnostiserat och att patienter i många fall erhåller felaktig diagnos (Tyrrer m.fl., 2015). Detta tycks gälla även inom verksamheten där föreliggande utvärdering genomförs, den allmänpsykiatriska öppenvården i Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg. Personlighetssyndrom har här diagnostiserats i väldigt liten omfattning jämfört med förväntad prevalens. Vid en genomgång gjord av verksamhetsutvecklare framkom att av alla patienter som 2021 hade kontakt med sin mottagning hade endast runt 3% en personlighetssyndromdiagnos registrerad i systemet VåPS. Efter emotionellt instabilt personlighetssyndrom var ospecificerat personlighetssyndrom den vanligast förekommande diagnosen. Övriga kategoriska diagnoser användes i väldigt liten omfattning (färre än 20 patienter) eller inte alls (exempelvis narcissistiskt personlighetssyndrom).

En bidragande faktor till under- och feldiagnostik kan vara attityder. I litteraturen kring personlighetssyndrom, såväl i vetenskapliga artiklar och vårdriktlinjer som i material från patientorganisationer, återkommer iakttagelser om att personlighetssyndromsdiagnoser förknippas med negativa associationer och stigmatisering (Sheehan m. fl., 2016; Purves & Sands, 2009; Banerjee m. fl., 2006; Perkins m. fl., 2018; *Treatment Guidelines for Personality Disorders*, 2015 [Mind UK, 2020]). Patientgruppen tycks i större utsträckning tillskrivas negativa egenskaper, skuldbeläggas och ses som obehandlingsbara (Keuroghlian m. fl., 2016). Detta uppfattas bidra till att många kliniker helst undviker att arbeta med patientgruppen samt är försiktiga med att både diagnostisera och kommunicera kring diagnosen med patienter (D'Silva & Duggan, 2002, Perkins m. fl., 2018).

1.2 Psykoedukation

Det finns ingen allmänt vedertagen definition av psykoedukation, men vanligtvis avses en patientutbildande insats som ges för att främja ändamålsenlig hantering av ett ohälsotillstånd (Fruzzetti m. fl., 2014). Ofta understryks att psykoedukation inte uteslutande handlar om förmedling av information, utan om att bidra till att stärka patientens förmåga att hantera sitt tillstånd (Colom, 2011). Ofta ges psykoedukation som en integrerad komponent i psykologisk behandling. Förståelse för sitt sätt att fungera och hur måendet går att påverka kan i sig ha en symtomlindrande och funktionshöjande

effekt. Engagemang i en behandlings ibland utmanande moment förutsätter förståelse för syftet med att utsätta sig för obehag. Ett gemensamt språk och delad förståelseram kopplat till den specifika behandlingsformen underlättar utforskandet av och samarbetet kring patientens svårigheter (Bernstein & Clercx, 2018). Psykoedukation kan även ges som en avgränsad intervention i sig själv, också av vårdpersonal utan psykoterapeutisk utbildning. Sådan psykoedukation innefattar ofta förmedling av information om aktuell problematik/diagnos (definition, förekomst, orsaker, konsekvenser, relevanta vetenskapliga fynd), behandlingsalternativ och förväntade utfall av dessa samt vad individen själv kan göra för att minimera den negativa inverkan av tillståndet i fråga. Ibland inkluderas träning i specifika hanteringsstrategier, exempelvis stresshanteringstekniker eller problemlösningsfärdigheter (Fruzzetti m. fl., 2014).

Effekter av psykoedukation som lyfts fram är bland annat ökad möjlighet att tillgodogöra sig behandling, mer gynnsam utveckling av sjukdomsförloppet, minskad risk för återinsjuknande och förbättrade familjerelationer. Forskning ger stöd för att psykoedukation är en kostnadseffektiv interventionstyp för många psykiatriska tillstånd såsom bipolärt syndrom, schizofreni och tvångssyndrom (Fruzzetti m. fl., 2014).

1.3 Psykoedukation vid personlighetssyndrom

Psykoedukation har över tid getts större vetenskaplig och klinisk uppmärksamhet. Data talar för att vårdenheter i allt större utsträckning erbjuder psykoedukativa behandlingsinsatser, dock i mindre omfattning för vissa diagnoser, däribland personlighetssyndrom (Rummel-Kluge m. fl., 2013). En studie visade att patienter med personlighetssyndrom hade dålig kunskap om och förståelse för diagnosen, att de flesta inte hade fått diagnosen förklarad för sig och att de som hade fått den förklarad inte kom ihåg informationen (D'Silva & Duggan, 2002). Detta är oroväckande då studier talar för att effekten av att få en psykiatrisk diagnos tenderar att bli negativ om otillräcklig information om den ges (Perkins m. fl., 2018).

Effekten av psykoedukativa insatser för personer med personlighetssyndrom borderline/emotionellt instabilt personlighetssyndrom (BPD/EIPS) har visat sig kunna leda till minskade kärnsymtom på BPD/EIPS (impulsivitet och instabilitet i nära relationer) och till förbättrad psykosocial funktion (Zanarini & Frankenburg, 2008, Zanarini m. fl., 2018, Ridolfi m. fl., 2020).

Studier kring psykoedukativa interventioner för närstående respektive vårdgivare till personer med BPD/EIPS pekar på att interventionerna kan minska upplevd stress/belastning hos personer i patienternas nära omgivning samt öka upplevelsen av att kunna utöva en mer aktiv roll och förbättra relationsmässiga kvaliteter i förhållande till

patienten (Clarke m. fl., 2015; Pearce m. fl., 2017; Grenyer m. fl., 2019). Studier kring en psykoedukativ insats för personer med andra personlighetssyndrom än BPD/EIPS¹ indikerar effekter hos patienterna som stärkt terapeutisk allians, förbättrat utfall gällande kortsiktiga behandlingsmål samt ökad kunskap och känsla av att ha fått hjälp (Banerjee m. fl., 2006; Thylstrup m. fl., 2017). Motsvarande psykoedukativa intervention har också studerats i kombination med ett färdighetsträningsprogram fokuserat på problemlösning och delvis visat positiva resultat (Huband m. fl., 2007; McMurrans & Wilmington, 2007; McMurrans m. fl., 2008; McMurrans m. fl., 2011; McMurrans m. fl., 2016).

Förutom att avgränsade psykoedukativa insatser visat sig ge effekt vid personlighetssyndrom, antas det att psykoedukativa inslag inom ramen för psykoterapiformer såsom dialektisk beteendeterapi (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en av de faktorer som gör dessa behandlingar effektiva för EIPS/BPD (Fonagy m. fl., 2015). Ett antagande är att svårigheter med att på ett adekvat sätt ta till sig personligt relevant kunskap från omgivningen är en central faktor vid personlighetssyndrom då det finns en nedsatt förmåga att använda sig av sin omgivning för att förstå sig själv och andra. Detta ses både som en del av symtombilden och som bidragande faktor till svårigheter att erbjuda effektiv behandling (Fonagy m. fl., 2017). Förutom att förmedla specifik information till patienten fyller psykoedukation alltså också funktionen att i bästa fall ge en upplevelse av att det går att ta hjälp av andra människor för att förstå mer om sig själv och världen (Bateman, 2022). Adekvat psykoedukation kan utifrån detta ses som en intervention för att stärka patientens förmåga och vilja att använda sig av omvärldsinformation generellt för att förstå och hantera livets utmaningar.

Betydande underdiagnostisering av personlighetssyndrom understryker behovet av att sprida uppdaterat kunskapsunderlag som utgångspunkt för att kunna bemöta patienter med personlighetssyndrom konstruktivt. En förhoppning är att ökad tillgång till behandlingsinriktat material motiverar till att identifiera personlighetssyndrom i större utsträckning. Om diagnostiseringsprocessen fungerar väl kan den ge patienten förståelse för sina upplevelser, känslor av lättnad, ökad kontroll och hopp om återhämtning liksom en förbättrad relation till vårdgivaren (Perkins m. fl., 2018). Framtagandet av ett psykoedukativt material uppfattas sammanfattningsvis som viktigt både för att ge patienterna konkret stöd och underlätta för vårdgivare. Målet är att materialet ska bidra till att psykoedukation erbjuds alla patienter som diagnostiseras med personlighetssyndromsdiagnos. Ambitionen är att etablera en

¹ definierat som "minst en diagnostiserad personlighetssyndromsdiagnos enligt DSM-IV" respektive antisocialt personlighetssyndrom

gemensam grund för vårdgivare och patienter att utgå ifrån i uppföljande samtal och vidare behandlingsplanering.

1.4 SVP Personlighetssyndrom

Som grund för vården inom psykiatri i Region Skåne finns standardiserade vårdprocesser (SVP). Enligt den standardiserade vårdprocessen för personlighetssyndrom, ska den första insatsen efter erhållen diagnos vara psykoedukation (Region Skåne, 2022). Psykoedukativa insatser har en framträdande roll även i andra standardiserade vårdprocesser, varför verksamheten tagit fram en gemensam definition av begreppet. Denna kan sammanfattas som "Utbildning för att hantera en funktionsnedsättning, innefattande information om hälsa och sjukdom till patienter och närstående samt psykopedagogisk rådgivning för att öka färdigheter att hantera vardagliga situationer. Syftet ska vara att med objektiv kunskap främja ett sakligare sätt att se på sina egna reaktions- och handlingsätt, minska oro och ge en bas för behandling."

I enlighet med SVP har en psykoedukativ gruppinsats för patienter som diagnostiserats med EIPS/BPD tagits fram inom verksamhetsområde Malmö-Trelleborg. För patienter som diagnostiserats med annat personlighetssyndrom saknas däremot i nuläget helt systematiserad psykoedukation, vilket utgör bakgrunden till aktuellt arbete. (Materialet som tagits fram kan användas även i kontakt med EIPS/BPD-patienter, men är mer allmänt hållet än den riktade intervention som tagits fram för denna grupp.) Framtagandet av aktuellt material motiverades av ett upplevt glapp mellan riktlinjer i SVP och tillgängliga förutsättningar för att i praktiken säkerställa följsamhet till dem.

2. Syfte

Föreliggande arbete syftar till att utveckla och utvärdera ett skriftligt material till stöd för psykoedukativa insatser inom ramen för SVP Personlighetssyndrom.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Materialet har tagits fram med hjälp av så kallad formativ utvärdering. Formativ utvärdering används ofta i förbättringsarbeten och metoden innebär att ett material utvärderas under tiden det tas fram (Karlsson & Vestman, 2011; Patton, 1997). Medskapande från representanter med olika perspektiv är centralt i formativ utvärdering. Medskapandet syftar till att ge patienter och brukare större inflytande i planering och genomförande av vård genom att systematiskt tillvarata erfarenhets-

kunskap (SKR, 2015). Aktuellt material har granskats ur olika perspektiv – patientperspektiv, behandlarperspektiv och specialistperspektiv.

3.2 Deltagare

Förvaltningens psykoterapiansvariga psykolog, specialistläkare involverad i framtagandet av SVP Personlighetssyndrom samt specialistläkare verksam på en specialistmottagning för personlighetssyndrom inom annan region stod för specialistperspektivet. Peer supportrar från verksamheten med egen erfarenhet av personlighetssyndrom representerade patientperspektivet. Medarbetare verksamma vid olika enheter samt inom olika professioner (läkare, psykolog, sjuksköterska, skötare) tillfrågades om att representera behandlarperspektivet. Tre patientrepresentanter och fyra medarbetarrepresentanter deltog. En medarbetarrepresentant (kurator) samt en patientrepresentant fick med kort varsel förhinder och deltog inte.

3.3 Materialinsamling

Ett utkast till textmaterial togs fram som sedan justerades utifrån synpunkter från deltagarna. Synpunkterna samlades först in genom skriftliga kommentarer från specialistföreträdarna. Därefter genomfördes fokusgrupper med behandlar- respektive patientrepresentanter. Deltagarna hade inför fokusgruppsstillfället fått materialet för genomläsning. Teman för fokusgrupperna var begriplighet, relevans/användbarhet och upplevelse av specifikt innehåll, inklusive vad som upplevdes saknas. Intervjuerna genomfördes digitalt och på plats. Fokusgrupper syftar till att samla in data genom gruppinteraktion (Wibeck, 2000). Både i gruppen med patientrepresentanter och med behandlarrepresentanter fanns tydligt gemensamma intressen kring frågeställningarna och genom gruppintervjuerna utforskades dessa. Om någon deltagare uttryckte andra synpunkter än de övriga deltagare utforskades även dessa.

3.4 Analys

Synpunkterna som framkommit i fokusgrupper och kompletterande intervju sammanfattades. Därefter togs aktivt ställning till att modifiera utifrån dessa respektive att låta ursprungliga formuleringar kvarstå med hänvisning till kunskapsläge och syfte.

3.5 Etiska överväganden

Samtliga informanter är anonyma i rapporten och informerades inför sitt deltagande om detta.

4. Resultat

Resultatet beskriver utgångspunkterna för materialet, hur representanternas synpunkter har vägts in och hur representanterna ser på materialets användbarhet.

4.1 Utgångspunkter och struktur

Det skriftliga psykoedukativa material som togs fram (Bilaga 1) skapades utifrån några centrala utgångspunkter. Dessa beskrivs nedan.

Materialet utgår från att patienter ska ges förutsättningar att vara delaktiga i sin vård. Hälso- och sjukvården har skyldighet att informera patienten om aktuellt hälsotillstånd, behandlingsalternativ och risker/möjligheter med dessa, förväntat vårdförlopp samt metoder för att förebygga ohälsa (Patientlagen, 2014:821). Förståelse utgör en förutsättning för att patienter ska kunna vara aktiva i sin vårdplanering och återhämtning.

Något specifikt skriftligt psykoedukativt material framtaget för andra personlighetssyndrom än EIPS kunde inte identifieras som förlaga. Då kunskapsläget gällande behandling för personlighetssyndrom andra än EIPS/BPD är bristfälligt rekommenderar såväl nationell som internationell expertis i nuläget att anpassa och använda sig av kunskap gällande EIPS/BPD i behandling också av andra personlighetssyndrom (Bateman m.fl., 2016; Ekselius, 2017). Som följd rekommenderar även SVP Personlighetssyndrom att de för EIPS/BPD evidensprövade behandlingsprinciperna med anpassning bör tillämpas vid andra typer av personlighetssyndrom. Erfarenheterna från specifika psykoedukativa interventioner som visat sig vara hjälpsamma vid EIPS/BPD finns därför med som bakgrund till aktuellt material.

En utgångspunkt för materialet är att samma psykoedukation ska kunna ges av vårdgivare oavsett utbildningsmässig bakgrund. Utifrån detta beslutades att använda generell snarare än specialiserad psykoedukation som ingår i evidensprövade behandlingsmodeller för EIPS/BPD. De sistnämnda tenderar att vara omfattande samt förutsätta kunskap som inte kan förväntas ingå i allmänpsykiatrisk kompetens (se exempelvis Bateman & Fonagy, 2016). Det framtagna materialet bygger i stället på den generalistiska behandlingsingången till personlighetssyndrom som finns i Good Psychiatric Management (GPM)-modellen. I denna läggs stor vikt vid både inledande och återkommande psykoedukation (Gunderson & Links, 2014). GPM är ursprungligen framtaget för behandling av patienter med EIPS/BDP men har idag anpassats för att behandla också patienter med narcissistisk (Choi-Kain & Gunderson, 2019) och tvångsmässig personlighetsproblematik (Finch m. fl., 2021). Likheter mellan

ursprungsmodellen och anpassningarna bedömdes utgöra en bra grund för ett material avsett att både beskriva de för personlighetssyndrom gemensamma dragen och lämna utrymme för att adressera individuella sårbarheter.

Då aktuellt material riktar sig till den breda grupp patienter som enligt ICD-11 ryms under diagnosen personlighetssyndrom har det av nödvändighet hållits på en mer generell nivå. I studier kring psykoedukativa interventioner för den bredare gruppen personlighetssyndrom (Banerjee m. fl., 2006; Thylstrup m. fl., 2017) betonas vikten av samarbete mellan patient och behandlare vid informationsförmedlingen samt flexibel anpassning av den. En utgångspunkt även för aktuellt material är att det ska erbjudas i ett sammanhang av samtal mellan patient och behandlare. Funktionsnedsättning inom självfunktioner och interpersonella funktioner kan förväntas innebära ökad risk för missförstånd om individen lämnas ensam med informationen. Såväl svårighetsgrad som specifika dysfunktionella mönster varierar stort inom patientgruppen. Det medför att materialet kommer uppfattas olika och att kompletterande kommunikation behöver anpassas till mottagaren samt bör bjuda in till vidare utforskande av individspecifika aspekter och relevant tillägg av information.

Den generella beskrivningen av psykoedukation som innefattande informationsförmedling om aktuell problematik/diagnos (definition, förekomst, orsaker, konsekvenser, relevanta vetenskapliga fynd), behandlingsalternativ och förväntade utfall av dessa samt vad individen själv kan göra för att minimera den negativa inverkan av tillståndet i fråga (Fruzetti m. fl., 2014) har legat till grund för materialet. Förmedling av konkreta färdigheter har däremot inte inkluderats. Detta för att hålla materialet allmänt (då patientgruppen är bred) och lättillgängligt, främst som en bas för vidare arbete utifrån individuell relevans.

Det framtagna materialet beskriver sammanfattningsvis vad diagnosen personlighetssyndrom innebär och vad man utifrån vetenskap och klinisk erfarenhet vet om tillståndet. Därutöver konkretiseras vardagliga utmaningar som kan förekomma när man lever med personlighetssyndrom samt beskrivs hur patienten i samarbete med behandlare kan identifiera strategier för att förbättra mående och fungerande. Beskrivningarna syftar till att ge patienten ökad känsla av kontroll liksom att motivera till förändring. Strukturen i materialet är:

- Vad innebär det att ha ett personlighetssyndrom?
- Vad beror personlighetssyndrom på?
- Hur kan jag må och fungera bättre?
- Vad kan jag förvänta mig av vården?

4.2 Justeringar i innehåll

Nedan presenteras ställningstaganden till och justeringar utifrån insamlade kommentarer. Även om vissa teman i kommentarerna överlappade mellan de olika informantgrupperna presenteras de olika perspektiven (specialist, behandlare och patient) separat.

Specialistperspektivet

Innehållet bedömdes av samtliga specialister vara förenligt med rekommenderad vård.

Större förändringar gjordes inte efter specialisternas kommentarer, men enskilda formuleringar justerades eller utvecklades utifrån att de ansågs kunna misstolkas. En formulering som omarbetades rörde hur diagnostisk beskrivning enligt ICD-11 återgavs i förenklade ordalag. I det ursprungliga materialet kunde beskrivningen missvisande uppfattas som att man är mindre noggrann med att precisera typ av personlighetsproblematik.

Ett förslag från en specialist om att bredda materialet gällande konkreta exempel på vad personlighetssyndrom kan innebära för svårigheter lyftes in. Specialisten underströk med hänvisning till forskningsunderlag (McMain m. fl., 2018) vikten av att betona betydelsen av sysselsättning för återhämtning från personlighetssyndrom.

Behandlarperspektivet

Materialet utgår från aktuell syn om att "normal" respektive "problematisk" personlighet inte rör sig om radikalt olika tillstånd utan om gradskillnader i uttryck och konsekvenser. En formulering som avsåg spegla detta lød: *"Oavsett vilken personlighet vi har ställer den ibland till problem för oss själva eller andra. Om detta händer ofta och om dessa problem orsakar lidande eller på andra sätt gör det svårt att leva livet så som vi vill, kallar vi det för ett personlighetssyndrom."* Denna formulering ansågs dock som för bred. Synpunkten värderades som relevant då syftet med materialet är att tydliggöra vad diagnosen personlighetssyndrom innebär. Ursprunglig formulering justerades därför så att större betoning lades på *vad* när det gäller tolknings- och reaktionsmönster som kan leda till problem vid personlighetssyndrom till: *"Oavsett vilken personlighet vi har ställer den ibland till problem för oss själva eller andra. Om ens personliga sätt att tolka och reagera i situationer återkommande leder till problem, lidande eller på andra sätt gör det svårt att leva livet så som vi vill, kallar vi det för ett personlighetssyndrom."* Samtidigt speglar kommentaren en generell utmaning med diagnosen, då den är tämligen bred till sin natur och innefattar flera grader av svårigheter/nedsättningar. Det kan förväntas att den

generella beskrivningen behöver kompletteras med en individanpassad beskrivning i direkt patientkontakt.

En synpunkt bland behandlarna rörde en formulering om att specifika benämningar för olika typer av personlighetssyndrom tidigare användes. Det invändes att dessa fortfarande är aktuella. Synpunkten är relevant då psykiatriska diagnoser i Sverige fortfarande formellt kodas enligt ICD-10 och en del patienter erhåller en specificerad personlighetssyndromsdiagnos. Samtidigt visar data från mottagningen att de kategoriska diagnoserna, bortsett från EIPS/BPD, redan idag används sparsamt utöver att ICD-11-systemet nu är det som rekommenderas. Betoningen på ICD-11-konceptualiseringen bedöms därför som motiverad, men stycket formuleras om för att tydliggöra att kategoriska personlighetssyndromsdiagnoser fortfarande förekommer.

Materialet har formulerats utifrån vetenskapligt underbyggd beskrivning av diagnosen och exempel på konsekvenser den kan få i vardagen. Enstaka behandlare uppfattade vissa formuleringar som värderande och framförde att de kunde upplevas som negativa av patientgruppen. I vissa fall omformulerades passager som uppfattades vara värderande, dock med bibehållen andemening, då det bedömdes att själva formuleringen kunde bidra till en negativ/icke-validerande tolkning. Exempelvis balanseras beskrivning av vad en allvarigare personlighetsmässig funktionsnedsättning kan innebära med en beskrivning av hur det kan se ut vid lindrigt personlighetssyndrom. I andra fall fattades beslutet att behålla ursprungsformuleringen. Att omformulera materialet så att beskrivningar av konsekvenserna av personlighetssyndrom inte uppfattades som negativa och/eller värderande bedömdes gå emot syftet med materialet då diagnosen personlighetssyndrom inte är aktuell om inga negativa konsekvenser av personlighet förekommer (se bakgrund). Det bedömdes också föreligga risk för negativa patientreaktioner om negativa konsekvenserna och lidande minimerades eller undanhölls.

Bland behandlarrepresentanterna uttrycktes också att materialet bekräftade de upplevelser som patienterna ofta beskriver, speciellt med hänvisning till exemplen. Sammantaget understryker kommentarerna åter vikten av att använda materialet i ett sammanhang av respektfull dialog. Det är en balansgång mellan att beskriva negativa konsekvenser av diagnosen och att ge utrymme för de möjliga positiva förändringar som kan initieras av patient och behandlare.

Patientperspektivet

I flera fall reagerade patienterna negativt på beskrivningar av hur personlighetssyndrom kan yttra sig och vilka konsekvenser det kan ha i vardagen. Man tyckte att dessa kunde tas bort. Detta med

hänvisning till att man redan vet vilka svårigheter man har, men också i något fall till att man tvärtom inte är medveten om sina ohjälpsamma beteendemönster. Syftet med exemplen är att motverka vagheten som den breda diagnostiska beskrivningen medför. Som parallell kan nämnas att det även i ICD-11 lyfts vägledande exempel som inte nödvändigtvis föreligger hos den enskilda individen. Därför behålls exemplen, i några fall dock med justerad formulering. För att motverka negativa reaktioner på exemplen lades formuleringar som underströk att det just är exempel och inte gäller alla till. Reaktionerna understryker åter vikten av samtal med vårdgivare.

Bland patienterna rörde flera synpunkter att vissa formuleringar uppfattades tunga eller smärtsamma. Patientrepresentanterna återkom också till vikten av att förmedla hopp. Förslag om att lyfta "det positiva personen gör" och att skriva mer om behandlingsmöjligheterna uttrycktes. Formuleringar som "du kommer att få hjälp med..." efterfrågades. Anpassningar gjordes här med ambitionen att inte väja för beskrivning av det som är negativt och känslomässigt jobbigt kopplat till personlighetssyndrom, och å andra erbjuda hopp genom att på ett realistiskt sätt beskriva vilka möjlig-heter som finns att få ett bättre mående. Beskrivningarna av det som är känslomässigt svårt kan utgöra en grund för att motivera förändringsarbete mot bättre livskvalitet.

Materialet innehåller en uttalad formulering om att personlighets-syndrom inte innebär att det är något fel på personen utan att personen har en sårbarhet. Trots detta antydde någon kommentar bland patienterna att detta budskap inte var tydligt nog. Ytterligare formulering om att de negativa uttrycken för personlighetssyndrom är begripliga utifrån individuell sårbarhet och erfarenhet lades till i syfte att understryka att diagnosen inte handlar om att skuldbelägga eller nedvärdera patienten.

Utifrån patienternas önskemål gjordes även tillägg kring behandling, men utifrån den generella ansatsen hänvisades primärt till vidare samtal med vårdkontakter rörande konkreta alternativ. Utifrån detta uttrycktes önskemål om att behandlingsinslag från specifika terapiformer skulle inkluderas. Utrymme till detta gavs inte med hänvisning till den generella ansatsen.

Relaterat till att patienterna betonade vikten av att förmedla hopp efterfrågades information om att vården kan ge stöd i att hitta positiva aktiviteter och ändamålsenliga strategier. Gällande delen som beskriver vikten av sysselsättning för att må och fungera bättre ansågs att det var begripligt men kunde upplevas smärtsamt för den som i stunden står långt ifrån arbetsmarknaden.

Författarna valde att inte lägga till information om specifika strategier eller insatser. Som patientrepresentanterna också betonar i intervjun kan behovet och mottagligheten, liksom tillgängliga resurser för insatser, variera mellan individer och sammanhang. Valet gjordes att inte heller upprepa generell information som finns väl tillgänglig på annat håll. En uttalad hänvisning till "Återhämtningssguiden" från Nationell samverkan för psykisk ohälsa (NSPH) lades dock till. Avsnittet kring sysselsättning behölls med hänvisning till att detta uttalat betonas i generalistiska behandlingsmodeller för personlighetssyndrom och att forskningsfynd understryker att livet utanför behandlingen har stor betydelse för dess framgång (McMain m. fl, 2018, Sharp & Bevington, 2022). Det förutsätts att känslor av sorg potentiellt kan omvandlas till steg mot förändring. En justering gjordes dock för att ytterligare tydliggöra att även andra aktiviteter i livet utanför behandlingen än förvärvsarbete kan ha den hälsofrämjande funktionen.

Att det råder viss osäkerhet kring övergången mellan olika diagnossystem framkommer även i patienternas kommentarer. De efterfrågar mer information om "de specifika diagnoserna", det vill säga kategoriska personlighetssyndromsdiagnoser enligt DSM-5 respektive ICD-10. Man uppfattar dem som hjälpsamma för att få syn på den egna problematiken. Författarna instämmer i att för de patienter vars kärnproblematik tydligt överensstämmer med en kategorisk personlighetsdiagnos kan denna utgöra en hjälpsam förståelseram, vilket exempelvis psykoedukativa modeller som tagits fram inom GPM visar. I dessa fall kan fördjupad psykoedukation göras med behandlare, individuellt respektive i grupp. Det nya sättet att konceptualisera personlighetssyndrom, inklusive kartläggning av vilka specifika personlighetsdrag som bidrar till svårigheter för individen, är dock sannolikt för många mer hjälpsamt för att tydliggöra den egna problematiken, eftersom många med personlighetssyndrom inte uppfyller kriterierna för en viss kategorisk diagnos utan snarare har drag som överlappar mellan flera kategorier. I aktuellt material bedöms det dessutom svårt att motivera att det begränsade utrymmet används till att redovisa diagnoser som redan idag används sparsamt och som är under avveckling.

Sammanfattningsvis är materialet framtagit utifrån aktuellt kunskapsläge. Professionellas syn på texten har lett till enskilda justeringar gällande formuleringar om diagnosen som sådan för att bättre överensstämma med praxis samt öka tydligheten. Patienters synpunkter kring hur det upplevs att ta till sig materialet har lett till modifieringar för att balansera realistiska beskrivningar med hoppfullt innehåll. Viss diskrepans mellan behandlares inställning till betoning på vad patienterna kan göra själva för att må bättre respektive att patienterna efterfrågade mer betoning på vad vården kan erbjuda framkom.

4.3 Användbarhet

Den bakomliggande tanken är att alla patienter som diagnostiseras med personlighetssyndrom ska erbjudas informationen i materialet, förmedlat via en personlig vårdkontakt och med möjlighet till reflekterande samtal kring det. Nedan presenteras kommentarer kopplade till hur materialet skulle kunna användas ur behandlares och patienters perspektiv.

Behandlarperspektivet

Behandlarrepresentanterna bekräftade att materialet kan vara användbart i mötet med patienter med personlighetssyndrom. Man tror att patienter kan ha nytta av det efter utredning. Även de patienter som redan känner till informationen tror man kan ha nytta av repetition utifrån materialet. Materialets innehåll anses överensstämma med rekommenderat arbetssätt.

Behandlare lyfte att alla patienter i nuläget inte erbjuds allt som materialet nämner, exempelvis får inte alla en krisplan. Man tycker ändå att det är bra att det finns med i materialet då det utgör ett mål för verksamheten att sträva mot och det blir tydligt för patienterna vad de har rätt till och kan förvänta sig.

Behandlare föreslog att närståendes roll kunde utvecklas mer för att ytterligare öka användbarheten av materialet. Vidareutveckling av närståendeperspektiv ligger i linje med SVP, men rymms inte inom projektramen. Tills vidare bedöms dock aktuellt material i enskilda kontakter kunna användas som bas även för psykoedukation till närstående.

Behandlargruppen instämde även med utgångspunkten att materialet ska användas i kombination med samtal. Det lyftes att det skulle kunna vara svårt att prata utifrån materialet om man inte har tillräcklig allians med patienten. Olika synpunkter från olika behandlare kring definition och beskrivning av diagnosen ger i sig stöd för vikten av samtal. Den generella ansatsen och breda diagnosbeskrivningen i materialet behöver sannolikt anpassas till den enskilde individens situation, exempelvis genom att de exempel som ges i materialet kompletteras med exempel från den aktuella patientens problemområden.

Förbättringsförslag om att lätta upp meningar samt använda punktlistor och faktarutor för att göra materialet mer lättillgängligt lyftes. Författarna ställer sig positiva till dessa förslag. Försök att lätta upp språket gjordes, men vidareutveckling av materialets form bedömdes inte rymmas inom projektramen.

Patientperspektivet

Patientrepresentanter uttryckte att de sannolikt hade haft nytta av materialet som nydiagnostiserade. De betonade dock hur individuellt det kan vara att få diagnosen - en lättnad, något jobbigt eller svårt att överhuvudtaget ta in. Liksom behandlarna såg man positivt på informationsförmedling även till närstående.

Även patienterna underströk behovet av att koppla materialet till individuella samtal och att det är viktigt hur materialet levereras och att inte lämnas ensam med det eftersom det kan väcka känslor. Patientgruppen beskriver utifrån egna erfarenheter att mottagligheten för information om diagnosen personlighetssyndrom varierat beroende på tidpunkt. Man tror att materialet hade varit bra att få i samband med att diagnosen ställs men bekräftar också vikten av uppföljning.

Patientrepresentanterna kommenterade inte formatet. Språket kommenterades som lättbegripligt. Åsikten att för mycket talspråk användes uttrycktes.

Sammanfattningsvis ger underlaget från såväl behandlare som patienter stöd för att materialet kan vara användbart som avsett. Efter inhämtande av uppgifter från behandlare och patienter har uppslag till vidareutveckling formulerats avseende presentationsform, en sammanhangsplacerande behandlarinstruktion samt en närståendeversion. Sådan vidareutveckling ryms inte inom ramen för aktuellt arbete, men kan bli aktuell på sikt.

5 Diskussion

Både patienter och behandlare instämmer med utgångspunkten att psykoedukation bör erbjudas efter diagnostisering av personlighetssyndrom. Att i ett första skede utgå från ett strukturerat material som det aktuella ter sig rimligt både ur patient- och behandlarperspektiv. I enlighet med forskningsfynd (Perkins m. fl., 2018) understryker patienterna vikten av att erhållandet av en psykiatrisk diagnos paras med information som ger hopp.

Båda referensgrupperna är också, i enlighet med arbetets utgångspunkt, tydliga med att det skriftliga materialet i sig självt är otillräckligt - att det måste presenteras och diskuteras i direkt möte mellan vårdgivare och patient. Denna princip understöds av att tidigare studier av psykoedukation för personlighetssyndrom i bred bemärkelse har baserats på individuella sessioner i gemensamt utforskande anda (Banerjee m. fl., 2006, Thylstrup m. fl., 2017). Materialet utgör en bas för fördjupad och individualiserad psykoedukation, inklusive sådan som innehåller förmedling av nya färdigheter. Heterogeniteten inom patientgruppen och komplexiteten i

personlighetsproblematik som sådan kommer i de flesta fall kräva anpassad förmedling av informationen liksom ofta komplettering med andra behandlingsinsatser.

Då personlighetssyndrom ofta innebär svårigheter med tolkning av interpersonellt förmedlad information, och graden av svårigheter skiljer sig mellan individer, kan det finnas utmaningar i psykoedukativt arbete med målgruppen som inte kom till uttryck i fokusgrupperna. Detta understryker ytterligare vikten av lyhörddhet och flexibilitet vid informationsförmedlingen. Fonagy m. fl. (2017) betonar att information som kan öka förståelsen för personlighetssvårigheterna behöver levereras i ett sammanhang av samarbete, uppmärksammande och värdesättande av patientens perspektiv samt icke-verbala interaktiva signaler för att patienten ska kunna lita på och se informationen som personligt relevant.

I fokusgruppen med behandlare framkommer varierande uppfattningar av diagnosen och vilken information som krävs. Till exempel framkom olika uppfattningar kring vilken information som är värderande respektive beskrivande. En del skillnader i hur materialet uppfattas kan sannolikt kopplas till olika erfarenheter, exempelvis av en viss typ av personlighetssvårigheter och/eller av en viss typ av terapeutisk metod. Andra orsaker till variationer i förståelsen för diagnosen är sannolikt dess bredd och den otydlighet som uppstått till följd av förändringar i diagnossystemen. Även om såväl patienters självförståelse som olika behandlingsingångar kan rymma olika perspektiv och nyanser talar den framkomna diskrepansen för behovet av en gemensam basförståelse inom vårdssystemet. Att tala samma språk kring diagnosen bedöms öka chanserna för känslor av kontroll, hopp om återhämtning och relationsmässig tillit samt minska risken för osäkerhet, frustration och stigmatisering, aspekter som Perkins m. fl (2018) beskriver som avgörande för att erhållande av en psykiatrisk diagnos ska bli gynnsamt. Förhoppningsvis kan aktuellt material genom sin generella ansats bidra till en sådan gemensam bas. Indirekt kan det potentiellt också bidra till att patienterna med personlighetssyndrom i större utsträckning identifieras i enlighet med aktuellt diagnostiskt system. Att samma relativt basala information om personlighetssyndrom trots allt väckt något olika reaktioner inte bara mellan patienter och behandlare utan också inom behandlargruppen talar för värdet av någon typ av guide kring hur och när materialet bör användas.

En skilljelinje mellan patienternas och behandlarnas perspektiv tycks ligga i det att patienterna i högre utsträckning efterfrågar information om den hjälp och det stöd de kommer erbjudas från vården, medan vårdgivarna uppskattar fokus på vad patienten själv kan göra för att må bättre. Temat är sannolikt inte specifikt för personlighetssyndrom och det ter sig generellt viktigt att klargöra förutsättningarna tidigt i kontakt med vården för att undvika missförstånd och besvikelse.

Gällande format för psykoedukation rekommenderar SVP Personlighetssyndrom att gruppinsatser ska erbjudas "när möjligt". Även om individuell anpassning av informationsförmedling till patienter med personlighetssyndrom understryks, indikerar erfarenheterna från arbete med EIPS/BPD att detta i någon grad går att uppnå i ett standardiserat psykoedukativt program.

I verksamheten pågår arbete för att likrikta psykoedukativa insatser för olika diagnosgrupper så att dessa både erbjuds i grupp och digitalt. Det är inte uteslutet att aktuellt material kan vidareutvecklas för att ligga mer i linje med dessa format. Såväl litteratur som de genomförda fokusgrupperna talar samtidigt för att psykoedukation inte bör reduceras till ren informationsförmedling utan bör genomföras så att patienten ges möjlighet att diskutera, reflektera och på andra sätt bearbeta materialet. Detta för att skapa upplevelsen av personlig relevans och användbarhet. Man kan tänka sig att vidare utveckling av psykoedukativa insatser för personlighetssyndrom snarare sker mot mer behandlingsintegrerat format likt vid psykossjukdom eller bipolär sjukdom (Colom & Vieta, 2006, Mueser m. fl., 2006). I såväl generalistiska behandlingsmodeller (GPM och SKB (strukturerad klinisk behandling) som i specialiserade behandlingar (DBT och MBT) antas det att psykoedukativa inslag är en faktor som gör dessa behandlingar effektiva för EIPS/BPD (Fonagy, m. fl., 2015).

Såväl patienter som behandlare underströk att närstående sannolikt har behov av det psykoedukativa innehållet som materialet förmedlar, både för egen och för patientens del. Detta stämmer väl med forskning som påvisat att såväl närståendes hälsa som relationsmässiga aspekter till patienten förbättrats efter psykoedukation (Grenyer m. fl., 2019, Pearce m. fl., 2017). Att psykoedukation ska erbjudas också till närstående anges även i SVP Personlighetssyndrom. Författarna ser inga hinder att som behandlare eller patient dela aktuellt material även med närstående, även om ytterligare anpassning till rollen som närstående också kan göras.

6. Slutsatser

Ett psykoedukativt informationsmaterial har utvecklats i samverkan med specialister, behandlare och patienter. Materialet har justerats utifrån synpunkter och användbarheten av materialet har bekräftats. Förslaget är att materialet används som ett första steg efter diagnos och inför vidare behandling inkluderande fördjupad psykoedukation. (Fördjupad psykoedukation kan innebära en individualiserad konceptualisering av hur den aktuella patientens personlighetsmässiga känslighet kommer till uttryck i olika situationer samt av vilka faktorer som i det specifika fallet kan vara möjliga och

viktiga att påverka. Det kan också innebära mer utförliga kunskapsförmedling om specifika personlighetsdrag eller relation till samsjuklighet när det är relevant.) Materialet bör inte användas utan möjlighet till dialog mellan patient och vårdgivare. Materialet kan och bör utvecklas vidare. Presentationsformat kan inte bara anpassas till enskilda patienter utan också till organisatoriska förutsättningar. Exempelvis kan fördelar med gruppformat finnas då det kan främja att det blir en aktiv process. Komplettering av specifikt material riktat till närstående kan också vara aktuellt. Vidareutveckling görs lämpligen utifrån utvärderande samtal med behandlare som använt sig av aktuellt material.

Referenser

APA (19 april 2023) *Personality*.

<https://www.apa.org/topics/personality>

Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry, 21*(5), 248-58.

Banerjee, P., Duggan, C., Huband, N., & Watson, N. (2006). Brief psychoeducation for people with personality disorder: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 385–394.

Bateman, A. (2022, oktober). *Mentalizing and it's variations in I-mode, Me-mode, and We-mode*. Föredrag vid Svenskt forum för mentaliserings årskongress 2022.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet, 385*(9969), 735–743.

Björkenstam, C., Ekselius, L., Berlin, M., Gerdin, B., & Björkenstam, E. (2016). Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *Journal of Psychiatric Research, 83*, 29-36.

Bernstein D. P., & Clercx, M. (2018). Schema Therapy. I W. J. Livesley & R. Larstone (Red.), *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research & Treatment*. (s. 555-570). The Guilford Press,

Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2019). *Applications of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. American Psychiatric Association Publishing.

Clarke, S., Taylor, G., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders, 2*, 163-76.

Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry, 198*(5), 338–340.

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.

- D'Silva, K., & Duggan, C. (2002). Service innovations: the development of a psychoeducational programme for patients with personality disorder. *Psychiatric Bulletin*, *26*, 268-271.
- Ekselius, L. (Red.) (2017). *Personlighetssyndrom, kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Gothia Förlag.
- Finch, E. F., Choi-Kain, L. W., Iliakis, E. A., Eisen, J. L., & Pinto, A. (2021). Good Psychiatric Management for Obsessive–Compulsive Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *8*, 160–171.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, *29*(5), 575–609.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*(1), 1–12.
- Fok, M.L., Hayes, R. D., Chang, C., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research* *73*(2), 104-107.
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(12), 1660-5.
- Fruzzetti, A. E., Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2014). Psychoeducation. I J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of Personality Disorders (2nd ed. s 303–320)*. American Psychiatric Publishing, Inc.,
- Gawda, B. (2018). Cross-cultural studies on the prevalence of personality disorders. *Current issues in personality psychology*, *6*(4), 318-329.
- Grenyer, B. F. S., Bailey, R.C., Lewis, K. L., Mattias, M., Garretty, T. & Bickerton, A. (2019). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Journal of Personality Disorders*, *33*(2), 214-228

Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder* (First edition). American Psychiatric Association Publishing.

Huband, N., McMurrin, M., Evans, C., & Duggan, C. (2007). Social problem-solving for adults with personality disorder. Pragmatic controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 190, 307-313.

Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: Is supply adequate to meet public health needs? *Psychiatric Services*, 70(9), 772–781.

Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst*. Studentlitteratur.

Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P. C., Links, P. S., & Gunderson, J. G. (2016). The Effect of Attending Good Psychiatric Management (GPM) Workshops on Attitudes Toward Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 567-576.

McMain, S. F., Fitzpatrick, S., Boritz, T., Barnhart, R., Links, P., & Streiner, D. L. (2018). Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients with Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*.32(4), 497-512.

McMurrin, M., Crawford, M. J., Reilly, J., Delport, J., McCrone, P., Whitham, D., Tan, W., Duggan, C., Montgomery, A. A., Williams, H. C., Adams, C. E., Jin, H., Lewis, M., & Day, F. (2016). Psychoeducation with problem-solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manualised intervention to improve social functioning. *Health Technology Assessment*, 20(52), 1-250.

McMurrin, M., Crawford, M. J., Reilly, J. G., McCrone, P., Moran, P., Williams, H., Adams, C. E., Duggan, C., Delport, J., Whitham, D., & Day, F. (2011). Psycho-education with problem solving (PEPS) therapy for adults with personality disorder: A pragmatic multi-site community-base randomized clinical trial. *Trials*, 12, 1-10.

McMurrin, M., Huband, N., & Duggan, C. (2008). The role of social problem solving in improving social functioning in therapy for adults with personality disorder. *Personality and Mental Health*, 2, 1-6.

McMurrin, M., & Wilmington, R. (2007). A Delphi survey of the view a of adult male patients with personality disorders on

psychoeducation and social problem-solving therapy. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 293-299.

Mind UK (2020). *Personality disorders*. [personality-disorders-2020-downloadable-pdf-version.pdf](https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/personality-disorders-2020-downloadable-pdf-version.pdf) (mind.org.uk)

Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 52-57.

Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 32-43.

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Sage.

Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotional dysregulation*, 4, 1-7.

Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C., & Hackman, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *Lancet Psychiatry*, 5, 747-64.

Purves, D., & Sands, N. (2009). Crisis and Triage Clinicians' Attitudes Toward Working With People with Personality Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 208-215.

Rummel-Kluge, C., Kluge, M., & Kissling, W. (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry*, 13(170), 1-5.

Ridolfi, E. M., Rossi, R., Occhialini, G., & Gunderson, J. G. (2020). A Clinical Trial of a Psychoeducation Group Intervention for Patients with Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(1), 41-46.

Sharp, C., & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in psychotherapy: A guide for practitioners*. The Guilford Press.

Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18 (11), 1-7.

SKR (2015). *När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia*. Sveriges regioner och landsting.

Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J. V. J. (2008.) The economic burden of personality disorders in mental health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-65.

Soeteman D. I., Verheul R., & Busschbach, J. V. J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 259-68.

Thylstrup, B., Schröder, S., Fridell, M., & Hesse, M. (2017). Did you get any help? A post-hoc randomized controlled trial of psychoeducation for patients with antisocial personality disorder in outpatient substance abuse treatment programs. *BMC Psychiatry*, 17(7), 1-10.

Treatment Guidelines for Personality Disorders. 2nd Ed. (2015). *Project Air Strategy for Personality Disorders*. University of Wollongong, Illawarra Health and Medical Research Institute. [https://ProjectAirStrategy_Guidelines \(bpdfoundation.org.au\)](https://ProjectAirStrategy_Guidelines (bpdfoundation.org.au))

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford M. J. (2015) Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385, 717-726.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Studentlitteratur.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 22(3), 284-290.

Zanarini, M. C., Conkey, L. C., Temes, C. M., & Fitzmaurice, G. M. (2018). Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 52-59.

Zimmerman, M., & Gazarian, D. (2014). Is research on borderline personality disorder underfunded by the National Institute of Health? *Psychiatry Research*, 220(3), 941–944.

Bilagor

Bilaga 1 Psykoedukativt material för personlighetssyndrom

Vad innebär diagnosen personlighetssyndrom?

Ett första steg när man har fått en psykiatrisk diagnos är att lära sig mer om den, vilket inom vården brukar kallas för psykoedukation. Nedan följer information som kan vara värdefull för dig som fått diagnosen personlighetssyndrom. Din behandlare kan förklara mer om diagnosen och ge dig stöd om informationen känns svår att ta till sig.

Vad är egentligen personlighet?

Begreppet **personlighet** används på olika sätt. Oftast avses en persons vanliga sätt att tänka, känna, reagera och bete sig på. Som personer skiljer vi oss åt exempelvis i hur utåtriktade vi är, hur starka känslor vi har, vad vi gillar eller ogillar. Till vår personlighet räknas också vår förmåga att förstå och hantera känslor, liksom vårt sätt att tolka och agera i olika situationer.

Vad är personlighetssyndrom?

Oavsett vilken personlighet vi har ställer den ibland till problem för oss själva eller andra. Om ens personliga sätt att tolka och reagera i situationer återkommande leder till problem, lidande eller på andra sätt gör det svårt att leva livet så som vi vill, kallar vi det för ett personlighetssyndrom. Studier pekar på att runt tio procent av befolkningen har ett personlighetssyndrom och att det är ännu vanligare bland personer som söker vård för psykisk ohälsa.

Personlighetssyndrom är alltså en vanlig form av psykisk ohälsa som ofta har stora negativa konsekvenser i vardagen. Personlighetssyndrom kan se ut på många olika sätt men innebär att man har någon form av allvarliga och långvariga svårigheter med att förstå och kontrollera sig själv. Ofta har man också svårt att förstå andra människor och att hantera relationer. Tillsammans gör detta att vissa situationer i livet återkommande blir svåra att klara av. För en del är det situationer som väcker separationsångest, för andra är det situationer där de känner att de inte har kontroll, för en del är det att inte känna sig sedd och uppskattad. Personlighetssvårigheter kan handla om att vara så rädd för att bli kritiserad att man inte vågar söka ett arbete eller gå på dejt. För andra kan känsloregleringssvårigheter medföra att man ofta blir överdrivet arg och måste be om ursäkt efteråt eller att man har så svårt att lugna sig när man har ångest att man använder alkohol eller droger trots att

det gör måendet värre på sikt. Det kan vara svårt för andra att förstå varför man reagerar som man gör, vilket ökar risken för missförstånd.

Vid allvarigare personlighetssyndrom kan det mesta i livet kännas väldigt svårt, tillvaron kan bli kaotisk med återkommande kriser och konflikter eller präglas av isolering och ensamhet. Suicidtankar är vanligt vid personlighetssyndrom då man kan ha svårt att hitta alternativa lösningar. Vid lindrigt personlighetssyndrom kan livet fungera inom vissa områden och svårigheterna märkas främst vid stressande omständigheter.

En anledning till att personlighetssyndrom är en allvarlig problematik är att ens vanliga sätt att försöka hantera de svåra situationerna många gånger snarare gör dessa värre. Exempelvis kan svårigheter med separationsångest leda till att man betar sig på ett sätt som ökar risken för att andra drar sig undan. Dåligt fungerande sätt att tolka och agera i situationer är ofta begripliga utifrån personens sårbarhet och tidigare erfarenheter.

Personlighetssyndrom gör personen sårbar för att utveckla olika symtom på psykisk ohälsa (tex depression, panikångest eller ätstörning). Det är vanligt att personer med personlighetssyndrom hamnar i akuta kriser. Många som söker vård får i början behandling för till exempel depression och det kan ta tid innan man själv och vården förstår att det också rör sig om ett personlighetssyndrom.

Vad innebär det att få diagnosen personlighetssyndrom?

En psykiatrisk diagnos är en beskrivning av symtom och svårigheter. När en person får en diagnos betyder det att andra har samma slags problem. Syftet med att ställa en diagnos är att dels att förenkla kommunikation så att man inte varje gång behöver förklara sina enskilda symtom och svårigheter, dels att kunna ge rekommendationer utifrån vad man vet varit hjälpsamt för andra med samma typ av problem.

Att få en diagnos kan för många vara en lättnad då man kan uppleva att det ger en förklaring. För andra kan en diagnos förknippas med negativa reaktioner såsom skam. En del diagnoser är på grund av okunskap eller missförstånd förknippade med fördomar i samhället. Så har det varit med personlighetssyndrom som tidigare kallades för personlighetsstörning. Namnet har gjort det lätt att tänka att det är något fel på personen fast syftet snarare är att beskriva en sårbarhet.

Ibland använder man specifika benämningar – exempelvis tvångsmässig, narcissistisk eller borderline (respektive emotionellt instabilt) – för att kategorisera personlighetssyndrom. Detta görs fortfarande men eftersom personlighetsmönster kan se ut på så

många olika lägger man idag större vikt vid att beskriva hur stora personlighetssvårigheterna är och i vilka situationer dessa leder till problem. Personlighetssyndrom är alltså en diagnos i sig. Viktigast med diagnosen är att den förmedlar att just personlighetsmässig sårbarhet bidrar till problem att klara sin vardag, exempelvis ha svårt att fungera stabilt i arbetslivet eller upprätthålla goda privata relationer.

Orsaker till personlighetssyndrom

Både arv (biologi/de gener man föds med) och miljö (det man är med om) spelar roll för hur ens personlighet blir, också om man utvecklar ett personlighetssyndrom. Till de biologiska, medfödda faktorerna räknas det som kallas medfött temperament, alltså hur lättväckta och starka ens känslor är. Sådana medfödda faktorer påverkar redan från början hur man uppfattar sin miljö och hur omgivningen reagerar på en. Exempelvis kan ett barn med lättväckt ilska få ett annorlunda bemötande än ett lugnt och stillsamt barn. Olika typer av svåra händelser eller brister i uppväxtmiljön såsom försummelse, övergrepp eller andra typer av trauman ökar risken för att utveckla ett personlighetssyndrom. Även här verkar det som att medfödda faktorer spelar roll för om sådana negativa livshändelser leder till att man utvecklar ett personlighetssyndrom eller inte.

Går det att bli bättre?

Vi kan inte förutse hur ett enskilt personlighetssyndrom kommer att utvecklas över tid. Vi vet dock att uttalat lidande och svårigheter inte behöver vara livslånga, en del tillfrisknar helt. I de allra flesta fall finns det både saker man själv kan göra och saker man kan få hjälp med för att må och fungera bättre.

Förbättring kräver ofta både tid och ansträngning. För att ta sig an detta är det viktigt att tydliggöra för sig själv vad i sitt sätt att fungera man vill förändra och varför man önskar det. För att må och fungera bättre både på kort och lång sikt behöver man både förstå sin sårbarhet och hitta bättre sätt att hantera denna. Förbättring handlar inte om att ändra personlighetsdrag som sådana utan om att lära sig sätt att uttrycka dem på ett fungerande sätt. Första steget kan vara att, som du gör nu, lära sig mer om personlighetssyndrom och koppla den generella kunskapen till egna svårigheter.

När det gäller förändring är det prioriterat att tidigt identifiera och försöka minska direkt negativa konsekvenser som personlighetssyndrom har på ens liv. Det kan handla om sådant som att försöka minska antalet konflikter man hamnar i, att sluta självskada eller avbryta missbruk av något slag. Det kan också vara

att klara av att sköta vardagsliv och arbete eller studier även i perioder när man mår dåligt. Istället för att hela tiden försöka hantera nya mer eller mindre akuta problem får man förutsättningar att lägga sin energi på att må och fungera bättre. Ofta är det så att förbättringar i funktion (hur väl man klarar saker) kommer före förbättringar i psykiskt mående.

En del lär sig bättre sätt att hantera sin sårbarhet på egen hand och behöver mest någon att vända sig till när saker är extra tuffa, en del behöver regelbundna samtal och för en del krävs det någon form av psykoterapi. För vissa typer av personlighetssyndrom finns specifika behandlingsmodeller. Fråga din behandlare om psykologisk behandling, och i så fall vilken typ som, bedöms kunna vara hjälpsam för dig.

Det finns inga läkemedel för personlighetssyndrom. Har du andra samtidiga sjukdomar/symtom kan dock läkemedel vara aktuellt. Du och din läkare diskuterar tillsammans vilka läkemedel som eventuellt kan hjälpa dig och i så fall på vilket sätt.

Betydelse av sysselsättning och aktivitet

Om du mår dåligt till följd av personlighetssyndrom kan någon form av sysselsättning eller aktivitet vara en viktig hjälp till att göra livet mer strukturerat och meningsfullt. Beroende på hur man mår och fungerar kan sysselsättning innebära olika saker, det kan handla om arbetsträning, volontärarbete, studier eller arbete. Att ha en sysselsättning ger inte bara rutiner och mening åt vardagen. Det ger också social kontakt, en möjlighet att bygga självförtroende och övning i vanliga mänskliga relationer. Att ha sysselsättning gör en till en stabilare partner eller vän eftersom man inte knyter upp hela sitt mående till de nära relationerna.

Vad händer nu?

När du har läst materialet går du igenom det tillsammans med en vårdgivare. Ställ frågor om du tycker något är otydligt och ta upp om du reagerar på något speciellt. Varje person som får diagnosen personlighetssyndrom är unik och alla beskrivningar kommer inte stämma in på just dig. Fundera över vad du känner igen dig i och vad du inte känner igen dig i. Tänk även efter om det finns andra i din närhet som du tror skulle behöva ta del av innehållet.

Behandlaren kan ge dig stöd i att fundera kring dina sårbarheter och i att hitta strategier som kan skapa ett bättre mående för dig. Ni diskuterar även vad det är du vill förändra. Utifrån detta skriver ni en behandlingsplan.

Ni diskuterar när det är lätt för dig att leva med diagnosen och när det är svårt. Ni utformar även en krisplan, ett verktyg att använda i

situationer då det blir svårt. I din krisplan beskrivs vad du ska göra när det uppstår så svåra problem att det riskerar att leda till skada för dig eller din omgivning (exempelvis självskada, självmordsförsök, konflikter eller destruktiv impulsivitet). Där skriver ni hur du märker att en kris är på gång, vad du kan göra för att avvärja den samt hur och när du ska söka hjälp.

Din behandlare kan ge dig "Återhämtningsguiden" som är ett material framtagit av Nationell samverkan för psykisk ohälsa (NSPH). Materialet kan vara hjälpsamt både när du ska formulera förändringsmål och för att identifiera hanteringsstrategier.

Tidigare publikationer

- Rapport 1/2023 Familjebehandling inom spä- och småbarnspsykiatri. ISBN 978-91-987657-6-2
- Rapport 4/2022 Hältygsvård vid substansbrukssyndrom. ISBN 978-91-987657-5-5
- Rapport 3/2022 Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV). ISBN 978-91-987657-4-8
- Rapport 2/2022 Kvalitetsmått vid journalgranskning. ISBN 978-91-987657-3-1
- Rapport 1/2022 Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP. ISBN 978-91-987656-0-1
- Rapport 7/2021 Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva. ISBN 978-91-986060-7-2
- Rapport 6/2021 *Interventioner vid dyskalkuli*. ISBN 978-91-986060-4-1
- Rapport 5/2021 *Personer med hemmasittarproblematik och autism*. ISBN 978-91-986060-5-8
- Rapport 4/2021 *Good Psychiatric Management*. ISBN 978-91-986060-3-4
- Rapport 3/2021 *Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion*. ISBN 978-91-986060-2-7
- Rapport 2/2021 *Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter*. ISBN 978-91-986060-1-0
- Rapport 1/2021 *Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD*. ISBN 978-91-7261-340-9
- Rapport 10/2020 *Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen*. ISBN 978-91-7261-339-3
- Rapport 9/2020 *Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-337-9
- Rapport 8/2020 *Mobila RIK i Skåne*. ISBN 978-91-7261-335-5
- Rapport 7/2020 *AKK inom sjukvården*. ISBN 978-91-7261-334-8
- Rapport 6/2020 *En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning*. ISBN 978-91-7261-333-1
- Rapport 5/2020 *Kartläggningsmaterial inom orientering och förflyttning*. ISBN 978-91-7261-338-6
- Rapport 4/2020 *Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-332-4
- Rapport 3/2020 *Samtalsmaterialet "Det här är jag!"* ISBN 978-91-7261-331-7
- Rapport 2/2020 *Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal*. ISBN 978-91-7261-330-0
- Rapport 1/2020 *Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus*. ISBN 978-91-7261-329-4
- Rapport 7/2019 *Habilitering och rehabilitering på distans*. ISBN 978-91-7261-328-7
- Rapport 6/2019 *Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering*. ISBN 978-91-7261-327-0
- Rapport 5/2019 *Patienters delaktighet i målformulering*. ISBN 978-91-7261-326-3
- Rapport 4/2019 *Mentaliseringssträning vid autism*. ISBN 978-91-7261-325-6
- Rapport 3/2019 *ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"*. ISBN 978-91-7261-324-9
- Rapport 2/2019 *Delaktighet och digitalisering av rehabiliteringens arbetssätt*. ISBN 978-91-7261-323-2
- Rapport 1/2019 *Skånska stegen II*. ISBN 978-91-7261-322-5
- Rapport 8/2018 *Basal kroppskännedom vid autism*. ISBN 978-91-7261-321-8
- Rapport 7/2018 *Mötet med rehabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-320-1
- Rapport 6/2018 *Grafisk AKK för barn*. ISBN 978-91-7261-319-5
- Rapport 5/2018 *Kulturell kompetens i rehabiliteringsarbetet*. ISBN 978-91-7261-318-8
- Rapport 4/2018 *Barns delaktighet i sin rehabiliteringsplanering*. ISBN 978-91-7261-317-1
- Rapport 3/2018 *Kvalitetssäkring genom utvärdering*. ISBN 978-91-7261-316-4
- Rapport 2/2018 *Bedömning av sömn*. ISBN 978-91-7261-315-7
- Rapport 1/2018 *Självskattning av delaktighet*. ISBN 978-91-7261-314-0
- Rapport 7/2017 *Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-313-3
- Rapport 6/2017 *Motorik och autism*. ISBN 978-91-7261-311-9
- Rapport 5/2017 *Motivation för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-311-9
- Rapport 4/2017 *Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning*. ISBN 978-91-7261-310-2
- Rapport 3/2017 *Mindfulness och synnedsättning*. ISBN 978-91-7261-308-9
- Rapport 2/2017 *Stöd till anhöriga till vuxna med autism*. ISBN 978-91-7261-307-2
- Rapport 1/2017 *Förskrivning av AKK-hjälpmiddel*. ISBN 978-91-7261-306-5
- Rapport 8/2016 *Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva*. ISBN 978-91-7261-305-8
- Rapport 7/2016 *Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-304-1
- Rapport 6/2016 *Strukturerad analys för 24h positionering*. ISBN 978-91-7261-303-4
- Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP*. ISBN 978-91-7261-302-7
- Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmiddel i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-301-0
- Rapport 3/2016 *Hur kan rehabiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi*. ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå*. ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism*. ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande*. ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP*. ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuela scener som AKK – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne*. ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng*. ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen*. ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn-och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ*. ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet*. ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och måluppfyllelse*. ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen –en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet*. ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat"*. ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen*. ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK*. ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten*. ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition*. ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers*. ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder*. ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom*. ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande*. ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvärande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Bamperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning*. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy*. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd*. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen*. ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag har en egen vilja och egen talan"*. ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo*. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv*. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen*. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse*. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak*. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism*. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pekdator för barn med autism*. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering*. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen*. ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pekdator som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram*. ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik*. ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Farvatten och blindskär i barnhabilitering*. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering*. ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva*. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet*. ISBN 91-7261-000-X
