



Mats Andersson och Cecilia Hellgren

Personlighetsstörning och behandling

Den subjektiva upplevelsen av en KBT-behandling

Personality disorder and treatment
The subjective experience of a CBT treatment

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendeinriktad psykoterapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: VT- 2014
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Bakgrund: Det finns en förhöjd prevalens av personer med en personlighetsstörningsdiagnos inom psykiatri och rättspsykiatri. KBT-behandling har visat sig ge en minskning av psykiatriska symtom hos dessa patienter. Patienterna har i studier nämnt att följande faktorer är viktiga i en terapi: strukturen i terapisessionen, en god relation till behandlaren, eget ansvar samt inlärd strategier och tekniker.

Syfte: Syftet med uppsatsen är att utforska hur personer som diagnosticerats med en personlighetsstörning upplevt en samtalsbehandling med KBT inriktning.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med fem deltagare vilka har en personlighetsstörningsdiagnos samt deltar i eller har deltagit i KBT-behandling. För att analysera materialet användes en tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Resultatet redovisas främst kvalitativt.

Resultat: Det framkommer att personerna är positiva till den KBT-behandling som de fått och att de upplever förbättringar inom flera områden.

Slutsats: Intervjupersonernas subjektiva upplevelse av KBT-behandlingen är att den har gett dem funktionella strategier att hantera relationer och situationer. Detta stöder tidigare studiers resultat att personer med personlighetsstörningsdiagnos kan tillgodogöra sig KBT-behandling.

Nyckelord: Personlighetsstörning, KBT- behandling, Komorbiditet, Subjektiv uppfattning av behandling

Abstract

Background: There is an increased prevalence of people with a personality disorder diagnosis in psychiatry and forensic psychiatry. Studies show that CBT treatment may cause reduction of psychiatric symptoms in these patients. The following factors are perceived to be important: the structure of the therapy, a good relationship with the therapist, individual responsibility, and the strategies and techniques learned.

Objective: The purpose of this paper is to explore how people diagnosed with a personality disorder experienced a CBT treatment.

Method: A qualitative study with five participants, who have a personality disorder diagnosis and participate or have participated in CBT treatment. The material was analyzed using a thematic analysis (Braun & Clarke, 2006). The results are mainly reported qualitatively.

Results: It appears that people have a positive attitude towards the CBT treatment they received and that they experience improvements in several areas.

Conclusion: The respondents' subjective experience of CBT treatment is that it has given them the functional strategies to manage relationships and situations. This supports the results of earlier studies that people with personality disorder diagnosis may benefit from CBT treatment.

Key words: Personality disorder, CBT treatment, Comorbidity, Subjective perception of treatment

Förord

Ett av uppdragen inom rättspsykiatrisk vård är att bota, lindra symtom och lidande samt förbättra livssituationen patienterna. På rättspsykiatriska kliniker liksom på andra psykiatriska kliniker finns ett antal patienter med en personlighetsstörningsproblematik. Dessa personer kan väcka mycket känslor hos den personal som vårdar dem och ibland känslor av oförmåga att kunna hjälpa, vilket kan försvåra behandling. Trots detta behöver även dessa patienter behandling för sina svårigheter och problem. Utifrån dessa svårigheter ville vi undersöka hur de berörda patienterna upplever en KBT-behandling. Detta för att få en föreställning om hur gruppens förväntningar och behov ser ut.

Vi vill tacka de patienter som ställt upp och deltagit i studien.

Inledning

Prevalensen av patienter med personlighetsstörningsproblematik, antingen som enda diagnos eller i komorbiditet med andra diagnoser är högre inom psykiatri och rättspsykiatri, än i normalpopulationen (Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006). Dessa patienter kan behöva terapeutiska insatser för att behandla psykiatriska diagnoser, problem och/ eller förbättra livsomständigheter (Bateman & Fonagy, 2000).

Personlighetsstörning

Beskrivning. Personlighet kan definieras som människors olika sätt att uppfatta, förhålla sig till och hantera sig själva, relationer och sin omgivning. Dessa mönster är ofta stabila över tid (i vuxen ålder) och innehåller tankar, känslor och förhållningssätt. Mönstren är unika för alla människor och utgör grunden för en persons personlighetsdrag (Passer & Smith, 2001). När mönstren saknar flexibilitet mellan olika situationer och leder till ett signifikant lidande för personen eller en försämrad social eller yrkesmässig funktionsnivå kan det klassas som en personlighetsstörning (Mateusiewicz, Hopwood, Banducci & Lejeuz, 2010; Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006).

Ordet personlighetsstörning är en psykiatrisk term och återfinns i den diagnostiska manualen DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000). I denna finns de generella kriterier som skall vara uppfyllda för att kunna bestämma vilken/vilka personlighetsstörningar en person bedöms ha. Dessa beskrivs nedan (APA, 2000):

- A. Ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden:
 - (1) Kognitioner (dvs. sättet att uppfatta och tolka sig själv, andra personer och inträffade händelser)
 - (2) Affektivitet (dvs. komplexiteten, intensiteten, labiliteten och rimligheten i det känslomässiga gensvaret)
 - (3) Mellanmänskligt samspel
 - (4) Impulskontroll

- B. Det varaktiga mönstret är oflexibelt och framträder i många olika situationer och sammanhang.
- C. Det varaktiga mönstret leder till kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Mönstret är stabilt och varaktigt och kan spåras tillbaka åtminstone till adolescensen eller tidig vuxen ålder.
- E. Det varaktiga mönstret kan inte bättre förklaras som ett uttryck för eller en följd av någon annan psykisk störning.
- F. Det varaktiga mönstret beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/ skada (t ex skalltrauma).

Personlighetsstörningsdiagnoserna kan delas in i tre kluster (A, B och C) vilka beskrivs nedan (APA, 2000 ;Moran, 2002; Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006):

Kluster A innehåller de udda och excentriska personligheterna (paranoid, schizoid och schizotyp).

Kluster B innehåller de dramatiska, impulsiva och emotionella personligheterna (antisocial, borderline, histrionisk och narcissistisk).

Kluster C innehåller de räddhågsna och ängsliga personligheterna (fobisk, osjälvständig och tvångsmässig).

En person kan uppfylla kriterier för flera personlighetsstörningsdiagnoser samtidigt. Då en person uppfyller de generella kriterierna för en personlighetsstörning men inte de specifika, kan en diagnos UNS (utan närmare specifikation) sättas.

Prevalens. Prevalensen för personlighetsstörningar beräknas vara 11 procent i den svenska populationen (Ekselius, Tillfors, Furmark & Fredriksson, 2001). Inom psykiatrin är personer med personlighetsproblematik och personlighetsstörningar överrepresenterade (Coid et al., 2006; Ekselius, Tillfors, Furmark & Fredriksson, 2001). Då det gäller patienter inom såväl öppen som sluten psykiatrisk vård varierar förekomsten i olika studier, och ligger mellan 30 och 70 procent, den högre siffran rapporteras från kriminalvård och rättspsykiatri (Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006). Det finns svårigheter med såväl mätmetoder som

kriterier för personlighetsstörning vilket försvårar mätningarna och kan göra att resultat skiljer sig åt i olika studier (Ekselius et al., 2001; Moran, 2002).

Etiologi. Etiologiskt förefaller ursprunget vara en interaktion mellan arv och miljö. Utifrån tvillingstudier står arvet för omkring 40 till 60 procent av variationen (Livesley, Jang & Jackson, 1993). Barndomstrauman och negativa händelser verkar vara riskfaktorer (Bierer et al., 2003), men det är svårt att befästa kausala samband, då de flesta studier är retrospektiva (Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006). Negativa händelsers svårighetsgrad och personens genetiska och biologiska sårbarhet förefaller interagera då det gäller förekomsten av personlighetsstörning. Goda psykosociala förhållanden och god anpassningsförmåga verkar fungera som skyddande faktorer (Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006). Hos personer med personlighetsstörning är det vanligare än hos övrig befolkning med relationsproblematik, arbetslöshet och bostadsproblem (Coid et al., 2006; Grant et al., 2004; Moran, 2002).

Komorbiditet. Vanliga komorbida diagnoser som en person med en personlighetsstörning har är depressions- och ångestproblematik (Tyrer, Gundersen, Lyons & Tohen, 1997). Alkohol- och drogmissbruk samt beroende förekommer (Sher & Trull, 2002). Det finns en högre förekomst av medicinska åkommor än i normalpopulationen (Frankenburg & Zanarini, 2006). Bland personer med en personlighetsstörningsproblematik finns det en förhöjd risk för suicid, självskadebeteende, aggressivt och kriminellt beteende samt förhöjd risk för olyckor samt förtidig död (Moran, 2002).

Behandling

Personer som söker psykiatrisk vård söker sällan vård för att de uppfattar att de har en personlighetsproblematik. Denna kan uppfattas som jagsynton (en aspekt som är accepterad av jaget och inte föränderlig) (Bateman & Tyrer, 2002). Istället söker de för annan psykiatrisk problematik, psykosociala eller interpersonella problem. (Bienenfeld, 2007; Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006). Det finns även personer som är mer hjälpsökande inom gruppen av personlighetsstörda patienter, t.ex. de som har en borderline personlighetsstörning (Bateman & Tyrer, 2002; Moran, 2002)

Bannerjee et al., (2006) påpekar att personer med en personlighetsstörningsdiagnos ofta inte har goda kunskaper om denna. En anledning till detta kan vara att behandlare tror att psykoedukation kan påverka relationen på ett negativt sätt, en annan kan vara att det ses som en

stigmatiserande diagnos, vilken kan vara obehaglig att informera om. Bannerjee et al., (2006) visade i sin studie att psykoedukation om personlighetsstörningsdiagnoser inte skadade den terapeutiska alliansen utan att den tvärtom förbättrades. De visade även att psykoedukation kan medföra ytterligare fördelar som förståelse för de egna svårigheterna (Bannerjee et al., 2006).

Det finns evidens för att samtalsbehandling kan vara effektivt vid behandling av personer med en personlighetsstörning (Bateman & Fonagy, 2000; Leichsenring & Leibing, 2003). Bateman och Tyrer (2002) menar att psykologisk samtalsbehandling (såväl KBT som psykodynamisk inriktning) tillsammans med medicinering av akuta tillstånd och komorbida diagnoser är den behandling som ger bäst resultat.

Bateman och Fonagy (2000) har funnit olika komponenter som är viktiga för att en behandling av patienter med en personlighetsstörningsdiagnos skall vara effektiv. Dessa redovisas nedan:

- Välstrukturerade.
- Lägga stor vikt vid compliance (samtycke och medgörlighet).
- Ha tydliga mål eller ett tydligt fokus för behandlingen.
- Vara teoretiskt förståeligt för såväl terapeut som för patient.
- Vara relativt långvarig.
- Lägga stor vikt vid en god arbetsallians och ge terapeuten en möjlighet att inta en mer aktiv position.
- Vara väl integrerad med övriga insatser som patienten tar del av.

Läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandling har inte visat på säkerställda positiva resultat då det gäller behandling av personlighetsproblematik (Tyrer & Bateman, 2004). Vid medicinsk behandling bör risk för beroende och intoxicationer beaktas (Svenska psykiatriska föreningen & Gothia, 2006). Läkemedelsbehandling kan behövas vid komorbida psykiatriska besvär och vid kritiska tillstånd (National institute for mental health in England [NIMH(E)], 2003; Tyrer & Bateman, 2004).

KBT-behandling. Kognitiva och beteendeinriktade terapier utgår från att personen ifråga har maladaptiva föreställningar om sig själv/ andra, att kontextuella faktorer framkallar eller vidmakthåller ett problematiskt beteende och att personen saknar färdigheter i att agera på ett adaptivt sätt (Mateusiewicz et al., 2010). Kognitiv beteendeterapi (KBT) använder

konceptualisering, psykoedukation, beteendexperiment, färdighetsträning samt kognitiv omstrukturering med eller utan exponering i behandlingen av de maladaptiva föreställningar som finns (Kåver, 2006; Mateusiewicz et al., 2010). Vid behandling av personer med personlighetsstörningsproblematik läggs ett större fokus på att förändra grundantaganden än på att förändra negativa automatiska tankar samt att upprätthålla en god terapeutisk allians än vid gängse KBT behandling (Bienenfeld, 2007; Bateman & Tyrer, 2002). Strategier för att hantera kriser, förmåga till självinsikt och självhjälp är också områden som tas upp i KBT behandling (Bateman & Tyrer, 2002). Skillnader mellan terapi för axel I och axel II problematik är enligt Bienenfeld (2007) att terapin med en patient som har en personlighetsstörning tar längre tid, kräver en mer aktiv terapeut för att kunna sätta relevanta mål, har mer fokus på patientens historia, lägger större fokus på relationen mellan patient och terapeut och kräver att terapeuten intar en granskande hållning till sina egna föreställningar och känslor. Det kan behövas mer träning i sociala och relationella färdigheter då dessa kan saknas, på grund av att patienten inte kunnat tillgodogöra sig dessa under sin uppväxt (Bienenfeld, 2007; McMurrin et al., 2010).

Mateusiewicz et al. (2010) har i en metastudie av KBT-behandlingar visat att dessa kan minska symtom (psykiatrisk symtomskattning på såväl axel I som axel II), förbättra social funktionsförmåga, minska dagar inom slutenvård, minska självskadebeteende samt öka den globala funktionsförmågan (GAF). En studie som gjorts har undersökt behandling av patienter med en borderline personlighetsstörning och denna visar på en kliniskt signifikant förbättring för patienterna (färre suicidförsök, sänkt ångest, symtomreduktion samt färre negativa kognitioner) (Mateusiewicz et al., 2010). I en större studie på behandling av antisocial personlighetsstörning visade Davidson et al., 2009 på en viss förbättring inom social funktionsförmåga, ökad tilltro till andra personer och på en minskning av skadligt alkoholbruk. Dessa resultat var dock ej signifikanta. För behandling av fobisk personlighetsstörning finns en metastudie som visar på signifikant symtomreduktion (t.ex. depression, ångest och socialfobisk problematik) vid såväl individuell som gruppbehandling (Mateusiewicz et al., 2010). Studier som synat behandling av tvångsmässig personlighetsstörning har i huvudsak undersökt axel I problematik (tvångsmässighet) och visat på symtomförbättring inom detta (Mateusiewicz et al., 2010). Fricke et al. (2005) visade i en ytterligare studie på ett resultat liknande det ovan, vilket även varade över tid. För flera av de övriga personlighetsstörningarna (schizotyp, schizoid, paranoid, histrionisk, narcissistisk och osjälvständig personlighetsstörning) finns fallstudier men inte

statistiskt kontrollerade större studier (RCT). Fallstudierna tyder på att förbättring av symtom kan uppnås genom KBT-behandling (Mateusiewicz et al., 2010).

En svårighet vid bedömning av förändring vid personlighetsstörning är att det inte finns några standardiserade procedurer och instrument för detta (Bateman & Tyrer, 2002; Ekselius et al., 2001). Bateman och Tyrer (2002) menar att symtomförändring, social funktionsförmåga, livskvalitet, samhälleliga konflikter (t.ex. poliskontakter) och rapporter från informanter (patienter, anhöriga och personal) är faktorer som bör tas med i en bedömning av förändring.

Komorbiditet och behandling. Forskningen har inte visat entydigt hur personlighetsstörningsproblematik påverkar behandling av komorbida sjukdomar (te. x. ångest, depression). Mennin och Heimberg (2000) fann i en studie att en komorbid personlighetsstörning påverkade utfallet av behandling av paniksyndrom negativt. Resultatet i en annan studie (behandling av paniksyndrom och komorbid personlighetsstörning) visade att en personlighetsstörningsdiagnos inte påverkade resultatet negativt, utan att det var svårighetsgraden av symtomen som var prediktivt för symtomförbättring (Kampmann, Keijsers, Hoogduin & Hendriks, 2008). Resultatet i en studie där axel I diagnoser (te. x. ångest och depression) behandlades med gängse förekommande KBT behandlingsrationaler visade att personer med en personlighetsstörningsdiagnos är behandlingsbara i samma mån som personer utan, men att de förstnämnda tenderar ha en svårare problematik innan terapistart vilket även kan avspegla sig på slutresultaten (van den Hout, Brouwers & Oomen, 2006). Bateman och Tyrer (2002) menade att det är svårt att avgöra om ett behandlingsresultat påverkar personlighetsstrukturen eller den psykiska hälsan, då dessa variabler interagerar och samvarierar på olika sätt.

Patienters egen uppfattning av behandling. I en engelsk studie (Haigh, 2002) som undersökte hur vårdtagare uppfattade sin diagnos (personlighetsstörning) framkom att många upplevde diagnosen som stigmatiserande och att de uppfattade det som om den ibland gjorde det svårare för dem att få adekvat hjälp, då vårdgivare föreföll ha gett upp hoppet om att kunna behandla dem. Samma studie undersökte vårdtagares (med en personlighetsstörningsdiagnos) positiva och negativa upplevelse av den behandling de fått. Det som uppfattades som positiva inslag i en behandling var en god relation till behandlaren där respekt och anknytning var viktiga delar. Viktigt var även att vårdtagarna hade en möjlighet att påverka sin egen behandling och att deras egna erfarenheter och kunskaper tillvaratogs i densamma. Kontinuitet och struktur i behandlingen sågs också som önskvärt (Haigh, 2002). Perseus et al. (2003) undersökte i en

svensk studie hur patienter med en borderline personlighetsstörningsdiagnos uppfattade sin DBT-behandling (dialektisk beteendeterapi). Dessa patienter upplevde efter behandlingen förbättring av symtom (ångest och depression), mindre självförakt och negativa tankar om andra samt en hoppfullhet inför framtiden som de tidigare inte upplevt. Det som de uppfattade som hjälpsamt i behandlingen var de tekniker och strategier som de lärt sig och efteråt kunde använda i svåra situationer (t.ex. vid självskada och suicidimpulser). Annat som patienterna uppfattade som hjälpsamt var en relation till behandlaren där de kände sig respekterade, förstådda och att de blev tagna på allvar. Eget ansvar såväl i terapin som för deras eget liv var också viktigt (Perseius et al., 2003).

Syfte

Syftet med uppsatsen var att utforska hur några personer som diagnosticerats med en personlighetsstörning upplevt en samtalsbehandling med KBT inriktning. Detta för att kunna ge en ökad förståelse för dessa patienter och deras behov av behandling.

Frågeställningar

De frågeställningar som togs upp i studien var hur personer diagnosticerade med personlighetsstörningsdiagnos beskrev behandlingsinterventionerna (baserade på KBT) och sin personlighetsstörningsdiagnos. Frågeställningarna redovisas nedan:

- Har måendet förändrats under/ efter behandling?
- Har det skett förändringar under/ efter behandling? På vilket sätt?
- Har de varit nöjda med behandlingen?
- Vad har varit bra/ mindre bra med behandlingen?
- Vilka svårigheter finns det i vardagen på grund av personlighetsstörningsdiagnosen?
- Hur hanteras dessa (eventuella) svårigheter?

Metod

Deltagare

I studien deltog fem personer, vilka vårdades inom slutna psykiatrisk vård på en rättspsykiatrisk klinik i Sverige. Fem personer tillfrågades, samtliga valde att delta i intervjun. Det var ingen som avbröt intervjun. Intervjupersonerna valdes ut enligt kriterierna nedan:

Inklusionskriterier

- Män och kvinnor, 18 år eller äldre.
- Personlighetsstörningsdiagnos.
- Deltagande i KBT inriktad terapi.

Exklusionskriterier.

- Komorbid schizofreni- eller psykosdiagnos.
- Pågående substansbruk.
- Förvärvad hjärnskada eller demensutveckling.

Design

Studien är deskriptiv och bygger på en tematisk analys av svar från semistrukturerade intervjuer. Resultaten redovisas kvalitativt, en mindre del redovisas kvantitativt.

Datainsamlingsmetod

Deltagarna informerades om syfte med intervjun såväl muntligt som skriftligt och att den inte var tvingande men inte heller gav dem några fördelar (bilaga 1). De fick därefter formellt godkänna sitt deltagande i intervjun och att den användes i forskningssyfte i ett skriftligt formulär (bilaga 2). En semistrukturerad intervjuguide användes vid genomförandet av intervjuerna (bilaga 3). Intervjun innehöll dessa frågor: vilka samtalsbehandlingar intervjupersonerna tagit del av, hur nöjda de var med behandlingen, förändringar i psykiskt mående under/efter behandling, positiva och negativa delar med behandling, om den kunde ha utformats på annat sätt. Andra frågor var vilket vårdbehov som fanns och hur personlighetsproblematiken påverkade personerna. Intervjupersonerna fick under intervjun göra en skattning av sitt psykiska mående före och efter terapi. De som inte hade avslutat terapin fick göra en skattning av sitt mående i dagsläget.

Båda författarna deltog i intervjuerna. Den ena ledde intervjun och var mer aktiv och den andra var bisittare. Då författarna haft terapier med vissa av deltagarna fördelades intervjuerna så att den som haft en arbetsallians med en deltagare inte ledde den intervjun. Intervjuerna spelades in, transkriberades och skrevs ut.

Databearbetning

Bearbetning av de data som fanns i materialet gjordes utifrån en teoridriven tematisk analys, vilken sker i sex steg. Detta redovisas nedan samt i tabell 1 (Braun & Clarke, 2006):

1. Det första steget var att transkribera och läsa igenom materialet ett flertal gånger för att lära känna det väl.
2. Det andra steget var att skapa initiala koder av materialet. De initiala koderna skapades utifrån att en konstellation av ord eller påståenden bedömdes ha samma centrala mening (Graneheim & Lundman, 2003). Koderna underlättade organisationen av citaten efter innehåll eller sammanhang. Intervjuerna gicks sedan igenom och citaten kodades med en eller flera av dessa koder. Exempel på en kod var ”Förmåga att sluta älta”. Ett citat som sorterades in under denna kod var *”Jag går inte och ältar på samma sätt längre”*.
3. I det tredje steget formulerades koderna om till teman. Vissa formulerades till huvudteman och vissa till subteman. Ett exempel på huvudtema som användes var ”Strategier/ färdigheter”, ett exempel på subtema var ”Kognitiva färdigheter”.
4. Steg fyra var att återigen gå igenom materialet och betänka relevansen i de teman som framkommit och förfinna dessa. Vissa teman reviderades, vissa togs bort på grund av bristande relevans och vissa slogs ihop då de visade samma ämnesområde.
5. I steg fem gjordes förekommande teman om till rubriker (huvudrubriker och subrubriker). I slutet av detta steg var det möjligt att beskriva innehållet i temana med ett par meningar. Det är dessa rubriker som används i

resultatdelen. Ett exempel på huvudrubrik var ”Strategier och färdigheter”, ett exempel på underrubrik var ”Kognitiva strategier”.

6. Det sjätte steget innehöll en bedömning av materialet. Det innehöll även det praktiska steget att skriva in resultatet av analysen i uppsatsen, tillsammans med illustrerande citat.

Tabell 1 här

Reliabilitet och validitet

Resultatet kan ha påverkats av att såväl intervjuare som intervjupersoner befinner sig i samma vårdkultur och i samma kontext, vilket kan ha påverkat frågornas utformning, svaren på dessa samt tolkningen av svaren. Detta kan påverka generaliserbarheten. I en av de studier som finns har dock resultat varit likartade inom rättspsykiatri och övrig psykiatri (Bannerjee et al. 2006). En faktor som skulle kunna påverka resultatet är att intervjuarna befinner sig i en maktposition då behandlingen sker i en kontext som innefattar tvångsvård (det kan ha funnits farhågor att de svar som gavs skulle kunna påverka den vård som ges eller vårdtid). Intervjuarnas maktpositioner utifrån deras profession som behandlare till vissa av intervjupersonerna, kan ha påverkat resultatet. För att reducera detta påpekades att intervjun inte skulle påverka vården negativt eller positivt samt att intervjuarna inte ledde intervjuer med egna patienter. Yttre faktorer och händelser kan ha påverkat de svar som gavs.

Etiska överväganden

Ett av de etiska överväganden som funnits inför studien är att de personer som intervjuats befunnits i tvångsvård, vilket kan ha påverkat deras vilja att delta i studien. Detta hanterades genom att poängtera i informationen att deltagande inte skulle påverka deras vård positivt eller negativt (bilaga 1).

En ytterligare aspekt var att intervjuarna skulle kunna påverka pågående terapier negativt. Eftersom inga hinder uppkom vid informationssamtalen gjordes en bedömning att intervjupersonerna var positivt inställda och att en intervju inte skulle påverka pågående

behandling. De personer som var i pågående behandling hade alla längre terapier bakom sig och hade kommit långt, vilket togs med i bedömningen.

Resultat

I resultatdelen redovisas först deltagarna i intervjun. Efter det presenteras de kvalitativa resultaten. De kvalitativa resultaten var de huvud och subrubriker som framkommit i den tematiska analysen. Huvudrubrikerna presenteras i resultatdelen i fetstil, subrubrikerna följer som underrubriker efter huvudrubrikerna. De huvudrubriker som använts var: strategier/ färdigheter, förändringsområden, terapiprocess och personlighetsstörning. De subrubriker som använts var: kognitiva strategier, impuls kontroll/ konflikthantering, hantera och undvika situationer, identitet och värderingar, livskvalitet och mående, inställning till terapi, positiva/ negativa delar med behandlingen, kunskap om diagnos, svårigheter med personlighetsstörning. Resultatet illustreras med representativa citat, vilka skrivs i kursiverad stil. Detta för att öka validiteten (Graneheim & Lundman, 2003). En resultatdel redovisas kvantitativt. Denna innehåller resultat av intervjupersonernas skattning av sin psykiska hälsa samt inställning till terapi. Detta redovisas i figurer och illustreras med citat.

Deltagare

Det var fem personer, män och kvinnor som deltog i studien och de var mellan 33 och 49 år. Alla personerna hade komorbida diagnoser och flertalet medicinerades mot dessa. Personerna i studien hade under vårdtiden deltagit i KBT behandling för olika problemområden. Exempel på problemområden var depression, ångest, ADHD- problematik, impuls kontroll och aggressionsproblematik. Flera av personerna hade terapier bakom sig där målen syftade till att hantera svårigheter som kunde uppkomma på vårdavdelningarna samt brottsbearbetande terapier. Längden på behandlingarna varierade mellan 8 månader och 4 år (ibland veckovisa sessioner eller mer, ibland längre uppehåll i terapierna). I de miljöterapeutiska insatser som erbjöds på kliniken ingick bland annat kontaktpersoner och en strukturerad miljö med sysselsättning. Den missbruksbehandling som personerna erhållit på kliniken var återfallsprevention.

Kvalitativa resultat

Vissa av deltagarna i studien hade avslutat terapin och andra var fortfarande i terapi. Samtliga berättade att de märkt en positiv förändring av terapin. De som inte var färdiga skattade den förändring de uppnått till intervjutillfället. Den förändring de berättade om visade sig inom olika livsområden och genom att de tillägnat sig olika nya strategier. De berättade i intervjun om de strategier och färdigheter som de tillägnat sig, och som lett till den positiva förändringen. De strategier och färdigheter som valdes ut, då de var mer vanligt förekommande, listas nedan. Även andra strategier förekom i intervjuerna. Exempel på dessa var att skapa struktur och att förhålla sig annorlunda än tidigare till känslor.

Även inom andra områden, dit inga direkta strategier är kopplade fanns det mönster som tyder på förändring. Exempel på dessa förändringsområden var livskvalitet, identitet och värderingar. Dessa områden förekom i flera av intervjuerna och listas nedan. Andra områden som inte var så vanligt förekommande, men som nämndes var förlåtelse och acceptans.

Strategier och färdigheter. Kognitiva strategier: Vissa av intervjupersonerna berättade att terapin gett dem en förbättrad förmåga att agera flexibelt och inte fastna i beteenden, på samma sätt som förut. Vissa svar beskrev en ökad förmåga till att avbryta ältande, grubblande samt negativa tankar.

”Ja framförallt kan jag se problemet ur olika perspektiv, om jag har ett problem kan jag se det på olika sätt som jag inte kunde förut.”

”Jag går inte och ältar på samma sätt som jag gjorde förut.”

Impulskontroll och konflikthantering: Då det gällde impulskontroll och konflikthantering var två sorters svar vanligt förekommande. Den ena sorten visade på en förståelse för de konsekvenser som beteendet kunde leda till och att om dessa konsekvenser var negativa kunde beteendet behärskas på ett sätt som inte varit möjligt innan. Den andra sortens svar visade på nyvunna strategier att hantera situationer.

”Jag tänker igenom saker och handlar inte på impulser.”

”Då räknar jag från noll till tio, och sedan går jag därifrån.”

Hantera och undvika situationer: Vissa personer berättade att de efter behandling hanterade situationer på ett mer socialt anpassat sätt samt att de kunde hantera fler situationer än tidigare. I flera av svaren berättade personerna att de undvek situationer som de visste med sig var svåra att hantera.

”Jag löser situationer bättre än jag gjort tidigare. Och det hjälper ju mig att inte må dåligt, då jag kan lösa saker som jag inte kunde tidigare.”

”Jag försätter mig heller inte gärna i sådana situationer där det kan hända saker som jag inte kan hantera. Men det händer ju alla människor, även mig, att man hamnar i sådana situationer.”

Förändringsområden. Identitet och värderingar: I några av intervjuerna beskrevs förändrade värderingar i fråga om missbruk och kriminalitet och om en anpassning mot mer socialt accepterade normer.

”Jag har gått ifrån en missbruksidentitet och en kriminell identitet. Fått en ny vardag och det känns bra.”

”Jag har ändrat vissa saker, jag har helt andra värderingar.”

Livskvalitet och mående: Ökad livskvalitet beskrevs i intervjuerna som en förmåga att känna sig mer nöjd i sin vardag, fast situationen var svår. Måendet beskrevs som förbättrat genom en minskning av psykiatrisk problematik och ett ökat välmående.

”Jag sätter mer värde på livet.”

”Allting känns mycket lättare nu.”

Terapiprocess. Inställning till terapi: Vissa intervjupersoner uttryckte en tacksamhet över att ha fått möjlighet att delta i terapi. Andra sa att det hjälpt dem dit där de är idag. Ytterligare kommentarer var att det egna arbetet och motivationen varit viktigt för att nå resultat.

”Jag har fått jättemycket i min terapi.”

”Jag har hela tiden fått jobba med mig själv, såklart. Och sedan hålla i det också.”

Positiva delar med behandling: Det intervjupersonerna beskrev som positivt i behandlingen var individuellt. Vissa tog upp det strukturerade arbetssättet som positivt, vissa samarbetet med terapeuten och vissa att det hjälpt dem hantera deras uppväxt och deras förflutna.

”Fyrkantigheten har varit bra.”

”Det har varit jättebra. Jag har kunnat berätta om saker som jag inte berättat om förut och jag tror och hoppas att det kommer att hjälpa mig när jag kommer härifrån.”

Negativa delar med behandlingen: Det som sågs som negativt med terapin var att det ibland var en påfrestande behandling och att vissa områden var känslomässigt svåra att ta upp. Vissa berättade att det man såg som negativt även sågs som positivt. Förändringen beskrevs som positiv men att vägen dit varit jobbig. Negativ var att det upplevdes som att inget hände i terapin och att processen stod still ett tag, vilket senare följdes av en utveckling, men tiden då det stod still upplevdes som påfrestande.

”Det negativa är att det är så fyrkantigt.”

”Det är tufft att gå bakåt, och det är mycket sorgearbete och så.”

Intervjupersonerna berättade att ett område som de tyckte saknades i terapin, var ett större utbud av sociala situationer, där de skulle kunna öva sig på att träffa personer samt öva på situationer som de i dagsläget inte kom i kontakt med.

”Jag tänker att jag inte skulle vilja förändra behandlingen så att den passar mig bättre. Det jag skulle vilja förändra är väl svårt här, då jag skulle vilja ha ett större socialt område att röra mig på.”

Personlighetsstörning. Kunskap om diagnos: Då det gäller diagnosen personlighetsstörning fanns det skillnader i intervjupersonernas svar. Några sade sig ha god kännedom om hur diagnosen påverkade dem. Andra sade sig inte riktigt ha kännedom om vad diagnosen stod för. Då det gällde att beskriva hur diagnosen påverkade dem i vardagen var det

flera, även de som inte kunde beskriva diagnosens kriterier, som kunde ge exempel på hur deras personlighetsstörningsdiagnos påverkade dem.

”Det här med personlighetsstörningen är lite invecklat, det är inte lätt att beskriva exakt.”

”Jag har aldrig tänkt på det så att jag har en personlighetsstörning.”

Svårigheter med personlighetsstörning: De svårigheter som alla intervjupersonerna beskrev var svårigheter i relationer till andra människor. Exempel på svårigheter var: problem med anknytning och nära relationer, problem med auktoriteter eller svårigheter med anpassning till sociala normer. Flera av intervjupersonerna berättade att den kunskap de fått om personlighetsstörningsdiagnosen lett till att de kunde hantera de svårigheter som uppkom på ett sätt som de inte kunde innan. Vissa av intervjupersonerna berättade att de hade mycket att arbeta med kring detta och att de troligtvis kommer att få fortsätta med det resten av livet. Andra berättade att de numer inte hade så mycket svårigheter.

”Det är lite det här när man skall knyta kontakter och närhet.”

”Min personlighetsstörningsdiagnos är något jag alltid måste tänka på. Kanske hela livet.”

Resultat av intervjupersonernas skattningar

Den kvantitativa delen i intervjun utgick från tre skattningar: skattning av psykiskt mående före och efter terapi samt nöjdhet med terapi. Skattningen gjordes under intervjun (bilaga 3). De personer som inte avslutat terapin skattade det psykiska måendet i dagsläget. Resultatet redovisades i tabellform och illustrerades med citat.

Subjektivt mående. I intervjupersonernas skattning av den psykiska hälsan innan terapin fanns det en stor spridning. Även resultatet av intervjupersonernas skattning av den psykiska hälsan efter terapin (eller den upplevda hälsan vid intervjutillfället) var spritt (se figur 1). Alla intervjupersonerna beskrev en förbättring.

”Innan terapin mådde jag ju dåligt”

”Ja, det är mycket bättre, jag vet inte om det kan bli mycket bättre”

Figur 1 här

Inställning till terapi. Intervjupersonerna fick skatta hur nöjda de var med behandlingen, vilket redovisas i figur 2.

”Jag har fått jättemycket i min terapi”

”Det har varit jättebra”

Figur 2 här

Diskussion

Syftet med studien har varit att beskriva och analysera hur en samtalsbehandling med KBT inriktning uppfattats av patienter med en personlighetsstörningsproblematik.

En tematisk analys gjordes av de fem intervjuer som samlats in på en rättspsykiatrisk klinik i Sverige. Sammanfattningsvis framkommer att personerna var positiva till den samtalsbehandling som de fått och att de upplevde förbättringar inom flera områden. Av svaren framkom att personlighetsstörningen i sig inte uppfattades som ett problem utan att det var symtom av denna samt av komorbida diagnoser som upplevdes som problematiska.

Metoddiskussion.

Denna intervjustudie byggde på fem intervjuer. Designen valdes för att få en djupare kunskap om hur personer med en personlighetsstörning upplevde en KBT inriktad terapi. En kvalitativ studie valdes då det var en bra metod för att utforska företeelser och subjektiva erfarenheter (Patton, 1991). En fördel med kvalitativ ansats gentemot kvantitativ ansats t ex enkätundersökning var att den gav möjligheter att ställa följdfrågor för att fördjupa det som kom upp i intervjun (Carlsson, 2012). De fem intervjuerna var innehållsrika, vilket gav en bra insyn i ämnet. Dessutom svarade de på de frågeställningar som fanns, vilket var viktigare än antalet intervjupersoner (Trost, 2010). Eftersom författarna inte hade så mycket tidigare erfarenhet och

för att stärka trovärdigheten i studien så var båda författarna med på intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2003). Detta kan ha påverkat intervjupersonerna negativt då maktpositionen ökar med två intervjuare. En faktor som kan ha bidragit till att intervjupersonerna uttalade sig mer positivt till terapin var att det har funnits en vårdrelation mellan vissa av patienterna och intervjuarna (Thomsson, 2010). Av den anledning leddes intervjuerna av den författare som inte hade haft terapi med patienten.

Alla intervjuerna spelades in för att i efterhand kunna höras och transkriberas, samt att författarna endast behövde koncentrera sig på vad som sades i intervjun utan att de behövde anteckna. Det negativa med ljudinspelningen var att den kunde påverka intervjupersonernas svar. Dessa kunde uppleva ett krav på att formulera sig väl och även känna sig obekväma med tanken om att intervjuarna sedan skulle lyssna på samtalet (Thomsson, 2010). Denna olustkänsla togs i beaktande genom att informera om att ljudinspelningen skulle behandlas med sekretess, för att endast användas i denna intervjustudie. Intervjupersonerna får även vetskap om att intervjun sedan skulle kasseras. Intervjustudiens tillförlitlighet ökade då alla intervjuade fick samma frågor i samma miljö och därmed lika förutsättningar under intervjuerna (Trost, 2010). Trovärdigheten höjdes i databearbetningen då båda författarna varit delaktiga i denna.

Resultatdiskussion.

Viktiga frågor i denna uppsats var hur intervjupersonerna upplevde en KBT-behandling samt om och hur de upplevde en förändring i sin psykiska upplevda hälsa av denna.

Resultatet i denna uppsats visade på ett förbättrat mående efter behandling, vilket stöds av de resultat som Mateusiewicz et al. (2010) kom fram till i sin studie. En svårighet var att bedöma vad subjektivt förbättrat mående stod för. I den studie som Mateusiewicz et al., (2010) gjorde, mättes såväl symtomreduktion, ångestlindring, minskat antal självmordsförsök samt andelen negativa kognitioner. Objektiva mätmetoder för mätning av symtom eller beteendeförändring saknades i förekommande studie då författarna ville undersöka intervjupersonernas subjektiva upplevelse. Det fanns även svårigheter med objektiva bedömningar av personlighetsförändring då det inte fanns standardiserade mätmetoder för detta (Bateman & Tyrer, 2002).

Intervjupersonerna i uppsatsen beskrev flera förändringar som de kopplade till terapin, exempelvis att de tillägnat sig nya strategier att hantera olika situationer och relationer med. Strategierna som de beskrev var såväl beteendemässiga som kognitiva. Dessa resultat

överensstämde med de resultat som Perseus et al. (2003) redovisade i sin studie av borderlinepatienter. Exempel på kognitiva strategier som intervjupersonerna beskrev var en förbättrad förmåga att vara flexibel och inte fastna i ältande. Exempel på beteendemässiga strategier var impulskontroll, konflikthantering och att hantera situationer på ett annat sätt än tidigare. Tidigare studier har poängterat att övning i sociala och relationella färdigheter kan vara viktiga (Bienenfeld, 2007; McMurrans et al. 2009) och bidra till ökade färdigheter.

Några intervjupersoner beskrev förändrade värderingar i fråga om missbruk och kriminalitet samt en anpassning mot mer socialt accepterade normer. Ökad livskvalitet beskrevs som en förmåga att känna sig mer nöjd i sin vardag. Dessa förändringar överensstämde i stort med de resultat Perseus et al. (2003) kommit fram till.

Intervjupersonerna i förekommande uppsats var överlag nöjda med terapin. Detta resultat var tydligt i såväl den kvalitativa som kvantitativa delen. Det de var nöjda med var individuellt, men faktorer som av flera upplevdes som positiva var samarbetet med terapeuten, det strukturerade arbetssättet och en möjlighet att hantera sitt förflutna. Detta överensstämde med vissa av de komponenter som Bateman och Fonagy (2000) funnit vara effektiva vid behandling av personer med personlighetsstörningsdiagnos. Det egna arbetet och motivationen sågs också som viktigt i terapiprocessen. De studier som tidigare undersökt patientens egna upplevelser av terapi har fått liknande resultat, där det egna ansvaret och möjligheten att påverka den egna behandlingen varit viktiga faktorer (Haigh, 2002; Perseus et al., 2003).

Det som upplevdes som negativt med behandlingen var att den tidvis var påfrestande och att vissa områden var känslomässigt svåra. Det som var känslomässigt påfrestande att hantera var svåra upplevelser ur patientens historik. Dessa saker upplevdes trots att de var svåra som viktiga för behandlingen. Enligt Bienenfeld (2007) var patientens historia och uppväxt viktiga behandlingsområden i en terapi. Det intervjupersonerna tyckte saknades i terapin var fler möjligheter att öva sina sociala förmågor utanför den rättspsykiatriska kliniken. Bienenfeld (2007) och McMurrans et al. (2009) menade att personlighetsstörda patienter kunde behöva färdigheter i sociala och relationella sammanhang då dessa kan saknas, eftersom dessa patienter ofta inte lärt sig detta under uppväxten.

Personlighetsstörningsdiagnosen sågs av flera av intervjupersonerna som invecklad och de berättade att de inte tänkte så mycket på den. De flesta hade god kännedom om hur dess symtom påverkade dem och kunde ge exempel på hur den inverkar i vardagen. Detta stöddes

av Bateman och Tyrer (2002) som beskrev att personer med personlighetsstörningsdiagnos inte såg detta som problematisk utan snarare sökte vård för annan psykiatrisk problematik, psykosociala eller interpersonella problem (Bienenfeld, 2007). Exempel på svårigheter som intervjupersonerna gav var problematik med anknytning, nära relationer och sociala normer. Flera av intervjupersonerna berättade att den kunskap de fått om personlighetsstörningsdiagnosen lett till att de kunde hantera de svårigheter som uppkom på ett sätt som de inte kunde innan. Detta stöddes i en studie av Bannerjee et al., (2006) där psykoedukation förbättrade förståelse för de egna svårigheterna.

Den subjektiva upplevelsen av behandling, då det gäller personer med en personlighetsstörningsproblematik, var ett område där det fanns begränsat med forskning och där denna uppsats försökt tillföra ny kunskap.

Begränsningar och problem

En begränsning i uppsatsen var att intervjupersonerna kom från en rättspsykiatrisk population. De faktorer som kan ha påverkat svaren var att intervjupersonerna kan ha haft andra personlighetsstörningsdiagnoser än i en annan psykiatrisk population. Svaren kan även ha påverkats av kontextuella faktorer som skiljer sig mellan rättspsykiatriska kliniker och andra psykiatriska enheter.

En svårighet med intervjumaterialet var begreppet mående, då detta är ett allmänt begrepp och var svårt att bedöma objektivt.

Fortsatt forskning

De slutsatser som framkom i uppsatsen stöddes av tidigare forskning kring personlighetsstörning och behandling. I fortsatt forskning på området kan det vara viktigt att ha såväl objektiva som subjektiva bedömningsmetoder av förändring, för att öka validiteten. Det subjektiva perspektiv som uppsatsen kunde ge större förståelse för patientgruppen och deras behandling, men behöver generaliseras till andra populationer, t.ex. primärvårds- eller psykiatripatienter.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *MINI-D IV: Diagnostiska Kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.
- Bannerjee, 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. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A. W., & Tyrer, P. (2002). *Effective Management of Personality Disorder*. Hämtad 25 mars, 2014 från Department of Health, National Archives:
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009546
- Bienenfeld, D. (2007). Cognitive therapy of patients with personality disorders. *Psychiatric Annals*, 37:2, 133-139.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmiedler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J.M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(10), 737-740, 749-754.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Carlsson, G., Granskär, I. M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Critical incident: Tillämpad Kvalitativ Forskning inom Hälsa och Sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezlyak, V., Seivewright, H., Robertson, H., & Crawford, J. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 39(4), 569-577.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredriksson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311-320.

- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2006). Personality disorders and medical comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 428-31.
- Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Jacobsen, D., Kloss, M., Rufer, M., & Hand, I. (2005). Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *European Psychiatry*, 21(5), 319-324.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grant, B., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958.
- Haigh R. (2002) Services for people with personality disorder: the thoughts of service users. Hämtad 25 februari, 2014 från Department of Health, National Archives: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009546
- Kampmann, M., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Hendriks, G. (2008). Outcome prediction of cognitive behaviour therapy for panic disorder: Initial symptom severity is predictive for treatment outcome, comorbid anxiety or depressive disorder, cluster C personality disorders and initial motivation are not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 99-112.
- Kåver, A. (2006). *KBT i Utveckling: En Introduktion till Kognitiv Beteendeterapi*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N., & Vernon, P. A. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1826-1831.

- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2009). Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences and interventions. *Clinical Psychology Review, 30*, 277-287.
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N. & Lejuez, C. N. (2010). The effectiveness of behavioral therapy for personality disorders. *National Institutes of Health, 33*(3), 657-685.
- Mennin, D. S., & Heimberg, R. G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorder in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 339-357.
- Moran, P. (2002). *The Epidemiology of Personality Disorders*. Hämtad 15 april, 2014 från Department of Health, National Archives:
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009546
- National Institute for Mental Health in England. (2003) *Personality Disorder; No Longer a Diagnosis of Exclusion*. Hämtad 15 april, 2014 från National Institute for Mental Health in England <http://www.personalitydisorder.org.uk/assets/resources/56.pdf>
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2001). *Psychology: Frontiers and Applications*. New York: McGraw-Hill.
- Patton, M.Q. (1991). *Qualitative Evaluation and Research Methods (2nd ed.)* Newsbury Park, CA: Sage Publications.
- Perseus, K., Öjehagen, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., & Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: The patients and the therapists perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing, 5*, 218-227.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Report, 4*(1), 25-29.
- Svenska psykiatriska föreningen och Gothia. (2006). *Personlighetsstörningar- kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB
- Trost, J. (2010) *Kvalitativa Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

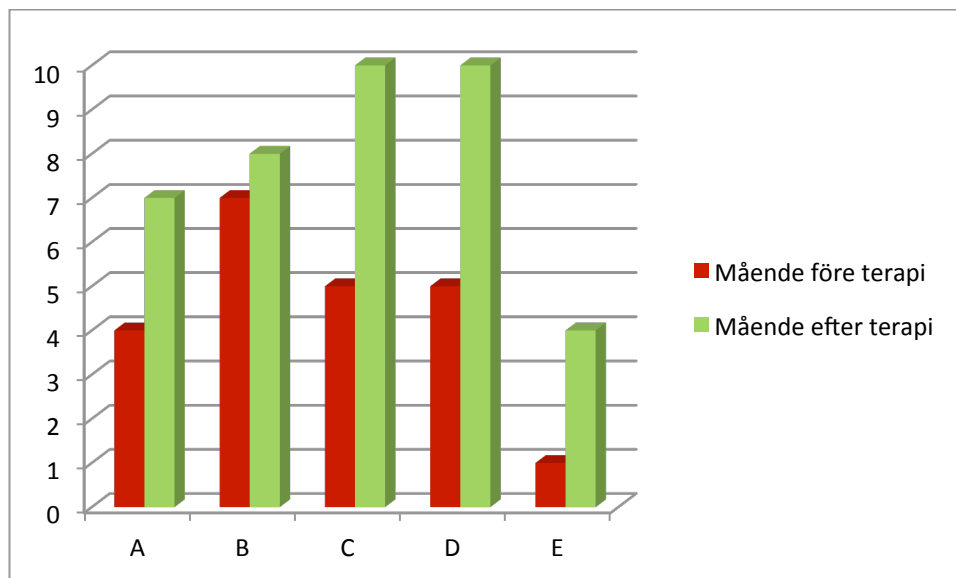
van den Hout, M., Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 56-63.

Tyrer, P., & Bateman, A. W. (2004). Drug treatment for personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 389-398.

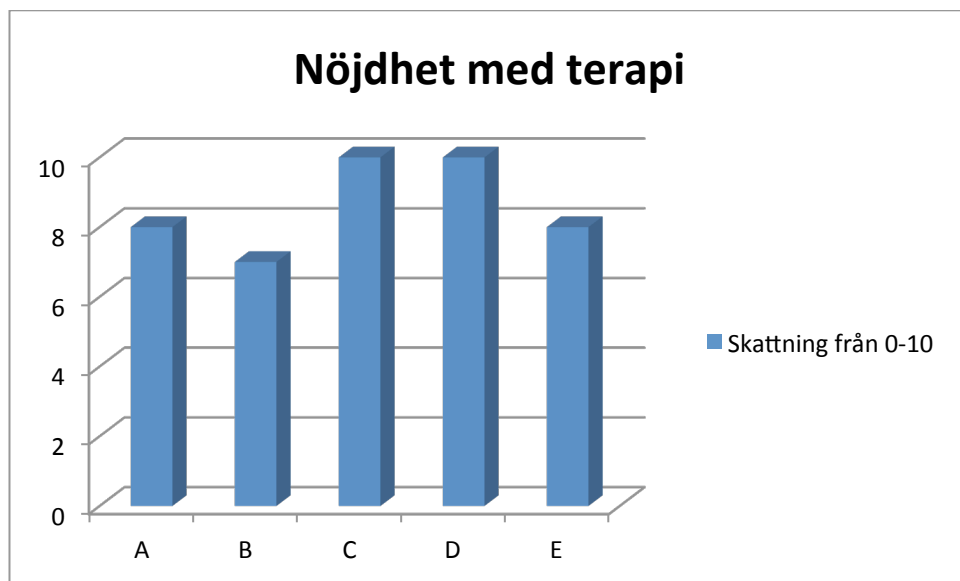
Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 11*(3), 242-259.

Tabell 1: Figuren visar den process som använts vid analysen av materialet (Braun & Clarke, 2006).

Citat	Initiala koder	Teman	Rubriker
Jag går inte och ältar på samma sätt längre.	Förmåga att kunna sluta ältä.	Huvudtema: Strategier/ färdigheter Subtema: Kognitiva färdigheter	Huvudrubrik: Strategier och färdigheter Subrubrik: Kognitiva strategier



Figur 1. Siffrorna 0-10 (0 representerade mycket dåligt och 10 mycket bra) visar det skattade måendet före (rött) och efter (grönt) behandling. De olika bokstäverna representerar värdet för de olika intervjupersonerna.



Figur 2. Siffrorna visar hur nöjda intervjupersonerna var med sin behandling (0-10, mycket dåligt- mycket bra). De olika bokstäverna representerar värdet för de olika intervjupersonerna.

Information om intervju.

Du tillfrågas härmed om du vill delta i en intervju som berör patienter som har en personlighetsstörningsdiagnos och som har genomgått eller går i en KBT-behandling. Intervjun kommer att handla om hur du upplevt att det är att delta i en samtalsterapi. Anledningen till att vi gör denna intervju är att forskningen inte är entydig och vi vill försöka få information kring behandling av personer med personlighetsstörning. Vi vill kartlägga din subjektiva uppfattning om hur olika behandlingsinterventioner påverkat dig. Vi går en vidareutbildning till Leg. Psykoterapeut och intervjun kommer att ingå i vår uppsats.

Om du väljer att delta i intervjun kommer du att få besvara en del frågor som handlar om den behandling du fått eller får. Intervjun beräknas ta mellan 30- 60 minuter och vi kommer att vara två som genomför intervjun med dig.

Det är helt frivilligt att delta i intervjun och du kan när som helst utan att ange något skäl avbryta deltagandet. Under inga omständigheter kommer din vård att påverkas om du väljer att avbryta studien. Uppgifter och resultat kommer att hanteras enligt gällande sekretessregler och vid publicering kommer resultaten att redovisas på ett sådant sätt att inga enskilda deltagare kan identifieras.

Du kommer att få möjlighet att ta del av vår uppsats när den är färdig.

Om du har frågor eller undrar över något så kontakta Mats Andersson Avd 21/22 eller Cecilia Hellgren Avd 25.

Medgivande

Jag har informerats muntligt om studien och jag har läst den skriftliga informationen. Jag har fått svar på mina frågor och jag samtycker till att delta i studien.

Mitt deltagande är frivilligt och jag kan avbryta när som helst utan förklaring, utan att det påverkar mitt omhändertagande.

.....
Patientens namnteckning

.....
Ort/datum

.....
Namnförtydligande

.....
Informerande persons namnteckning

.....
Ort / datum

.....
Namnförtydligande

Har du frågor är du välkommen att kontakta undertecknade.

Mats Andersson
Skötare/ steg 1 terapeut
Rättspsykiatriska regionkliniken
592 81 Vadstena
Tfn: 010-10 48 34

Cecilia Hellgren
Leg. psykolog
Rättspsykiatriska regionkliniken
592 81 Vadstena
Tfn: 010-104 83 44

Frågor till intervju om behandling och personlighetsstörning

Introduktion

Välkommen till den här intervjun. Intervjun är frivillig och du är utvald att medverka i den då du har en personlighetsstörningsdiagnos samt går i behandling eller har genomgått en KBT-behandling. Intervjun kommer att handla om hur Du upplevt att det är att delta i samtalsterapi här på kliniken. Intervjun beräknas ta 30 minuter och skulle du behöva ta en paus får du säga till. Är det något du undrar över eller vill fråga får du gärna göra det.

Vilka samtalsbehandlingar/terapierna har du tagit del av under din vistelse på RPR?

Hur nöjd är du med den behandling du fått?

0 5 10
Mycket missnöjd Mycket nöjd

Hur skulle du skatta ditt psykiska mående innan terapin?

0 5 10
Mycket dåligt Mycket bra

Hur skulle du skatta ditt psykiska mående efter terapin?

0 5 10
Mycket dåligt Mycket bra

Hur tycker du att ditt psykiska mående eller ditt liv förändrats under eller efter terapin?

Hur skulle du beskriva de positiva delarna med behandlingen?

Hur skulle du beskriva de negativa delarna med behandlingen?

Skulle du ha velat att behandlingen hade utformats på ett annat sätt och i så fall hur?

Hur skulle du beskriva ditt vårdbehov nu?

Hur skulle du säga att din personlighetsproblematik påverkar dig?

Kan du ge några exempel i vardagen när den påverkar dig?