



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi  
*Psykologprogrammet*

# **Psykoterapeutiska faktorer i psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi**

En jämförande kvalitativ intervjustudie

**Thomas Nilsson**

Psykologexamensuppsats 2019

Handledare: Per Johnsson  
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

## Sammanfattning

**Introduktion:** Det råder fortfarande oklarheter kring genom vilka mekanismer psykoterapi har effekt. För att förstå detta har psykoterapi undersökts med både komponentstudier och kvalitativa intervjustudier. Föreliggande studies syfte var att genom kvalitativ metod göra en jämförelse mellan verksamma mekanismer i PDT respektive KBT. **Metod:** Intervjuer genomfördes av 8 personer där 4 hade genomgått KBT och 4 PDT, 2 män och 6 kvinnor i åldern 21-31. Under intervjuerna fördes anteckningar som sedan renskrevs och analyserades med tematisk analys utifrån en kritisk-realistisk ansats. **Resultat:** Teman som uppkom lika mycket i båda grupper kallades generella teman och rörde att få berätta fritt, en positiv relation till terapeuten och en känsla av att vara värdefull. Teman i PDT-gruppen rörde emotionellt utforskande, större självinsikt och större förståelse för och kontroll över interpersonella mönster. Teman i KBT-gruppen rörde beteendestrategier, distans till negativa tankar och förmåga till självhävdelse. **Diskussion:** Resultaten bekräftar till stor del tidigare kvalitativ psykoterapiforskning och talar emot teorier som anser psykoterapeutisk teknik som irrelevant och relationella aspekter som de enda verksamma mekanismerna. Svårigheter med att jämföra kvalitativ psykoterapiforskning på grund av olika forskares begreppsval och analysnivå diskuteras. Förslag på forskningsmetodologiska åtgärder föreslås.

Nyckelord: Psykoterapi, kvalitativ forskning, psykodynamisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, klient-erfarenhet, intervju

## **Abstract**

**Introduction:** There are still some uncertainties about the mechanisms of psychotherapy. To understand this psychotherapy has been investigated with both component studies and qualitative interview studies. The aim of the present study was to make a comparison between mechanisms in psychodynamic therapy (PDT) and cognitive-behavioural therapy (CBT) respectively using a qualitative method. **Method:** Interviews were conducted with 8 people of which 4 had undergone KBT and 4 PDT, 2 men and 6 women aged 21-31. Notes were taken during the interviews that were later systematized and analyzed with thematic analysis based on a critical-realist approach. **Results:** Therapeutic themes that emerged equally in both groups were called General themes and related to talking freely, a positive relationship with the therapist and a sense of being valued. The themes in the PDT-group related to emotional exploration, greater self-awareness and greater understanding & control of interpersonal patterns. The themes in the CBT-group related to behavioral strategies, distance to negative thoughts and ability for self-assertion. **Discussion:** The results largely confirm previous qualitative psychotherapy findings and contradict theories that regard psychotherapeutic techniques as irrelevant and relational aspects as the only therapeutic factors. Difficulties in comparing qualitative psychotherapy research due to different researcher choices of terminology and level of analysis are discussed. Proposals to remedy this are given.

**Keywords:** Psychotherapy, qualitative research, psychodynamic psychotherapy, cognitive behavioural-therapy, client experience, interview

## **Tack!**

Ett stort tack till alla som deltog i denna studie. Genom att delge era personliga erfarenheter har ni möjliggjort studiens genomförande och bidragit till utvecklandet av psykologisk kunskap. Ett stort tack också till min handledare Per Johnsson för all vägledning och hjälp.

## Innehåll

Introduktion.....	1
Forskningsöversikt: universella psykoterapeutiska mekanismer .....	2
Forskningsöversikt: Psykodynamisk terapi.....	5
Forskningsöversikt: Kognitiv beteende-terapi .....	9
Gemensamma faktorer – de enda verksamma mekanismerna?.....	11
Utgångsläge .....	13
Syfte .....	14
Metod.....	14
Deltagare .....	14
Instrument.....	15
Procedur .....	15
Design .....	15
Dataanalys .....	16
Resultat .....	16
Generella teman .....	17
Psykodynamiska teman.....	22
Kognitiv-beteendeterapeutiska teman.....	26
Diskussion.....	29
Teoribelysning .....	29
Psykioterapi: Metodologiska principer eller enbart en social ritual?.....	35
Metoddiskussion .....	37
Framtida forskning.....	40
Referenser .....	43
Bilaga 1 .....	48
Bilaga 2.....	49

## Introduktion

Synen på hur psykisk sjukdom ska behandlas har sedan de tidigaste formerna av det vi idag kallar psykoterapi varierat i relativt stor utsträckning (Philips & Holmqvist, 2008). Idag finns en otalig mängd olika psykoterapier som i varierande grad visat sig vara effektiva behandlingar, de flesta av dessa tillhörande den kognitivt-beteende-terapeutiska traditionen eller den psykodynamiska. Men det finns fortfarande långt mer för psykoterapiforskningen att upptäcka. Att psykoterapi är ett effektivt sätt att behandla psykisk ohälsa är utom tvivel, men forskningen har ännu inte med säkerhet kunnat identifiera *vad* som är de hjälpande mekanismerna i psykoterapi (Kazdin, 2009; Lundh, 2014; Wampold, 2001; 2007; Luborsky et al., 2002). Forskning om vad som är psykoterapins byggstenar, eller vad som är de hjälpande elementen i terapi, har inom kvantitativ forskning bedrivits med det som kallas komponentstudier (Luborsky et al., 2002; Wampold, 2002). I en komponentstudie undersöks om ett visst psykoterapeutiskt inslag är effektivt genom att jämföra två likadana behandlingar där en viss komponent tagits bort eller lagts till. Genom att sedan jämföra behandlingsresultaten för de två behandlingarna hoppas man kunna se hur stor andel av effekten, positiv eller negativ, som utgjordes av det bortplockade eller adderade elementet (exempelvis hemuppgifter), och därmed få en indikation på ett detta elements effektivitet. Trots denna form av forsknings uppenbara metodologiska styrkor är den svår att använda när mindre konkreta psykoterapeutiska element vill undersökas. Det är exempelvis svårt att undersöka element som terapeutens visade empati i sessionen, eller känslomässig insikt, eftersom det skulle innebära att konstruera en terapi där terapeuten inte visade empati, vilket skulle vara mycket svårt att genomföra av både tekniska och etiska anledningar. På liknande sätt är många andra psykoterapeutiska element som inte är lika konkreta som hemuppgifter invävda i psykoterapi och sammanlänkade med andra element på ett sätt som gör det svårt att isolera dem. Ett annat problem med komponentstudier som Kazdin (2009) lyfter är att de inte kan visa *hur* ett visst element hjälper, bara *att* det gör det.

Ett annat sätt att bedriva psykoterapiforskning är att undersöka upplevelser i terapisituationen (klienten såväl som terapeutens) med hjälp av kvalitativa intervjustudier. Kvalitativ metod är utformad för att undersöka "mänsklig levd erfarenhet", och möjliggör därför att undersöka komplexa fenomen med stor detaljrikedom (Polkinghorne, 2005; Willig, 2013; Morrow, 2005; Ponterotto, 2005). Klientens upplevelsevärld är av central vikt i psykoterapi, något som terapeuten ofta vill förändra och bör därför vara av högsta intresse för psykoterapiforskning (Elliot & James, 1989). Många forskare har uppmärksammat det faktum att klienten är den glömda faktorn inom psykoterapiforskning som inte undersökts i någon

större grad och att detta är ett problem (Levitt, Pomerville & Surace 2016; Willig, 2013, Ponterotto, 2005). Det finns en intervjumall utformad av Elliot och Rogers (2008) för att intervjua klienter om progressionen under en terapi och/eller efter en terapi som ofta används inom kvalitativ psykoterapiforskning kallad "The Client change interview".

### **Forskningsöversikt: universella psykoterapeutiska mekanismer**

Stora översikter av vad klienter finner verksamt i psykoterapi har gjorts av bland andra Elliot och James (1989), Howe (1993), McLeod (1990), Rennie (2002) Timulak (2007) och Levitt, Pomerville & Surace (2016). Dessa studier har inte undersökt olika terapiformer separat. I en av de tidigare kvalitativa studierna om patienters upplevelser ville Elliot & James (1989) brett undersöka de viktigaste teman i klienters upplevelser av psykoterapi och inkluderade i sin analys både kvalitativa och kvantitativa data. De fann tre större områden; upplevelser om förändringar i; upplevelsen av självet, relationen till terapeuten, och terapin som process. De diskuterar vidare att dessa områden är det som verkar vara viktigt att adressera i forskningen, då det är kring dessa tre teman som klienter verkar ha sina viktigaste upplevelser. Elliot och James (1989) fann även att patienter värderar att fritt få uttrycka sig själva, att uppleva en stödjande relation, att förvärva självförståelse, och att terapeuten uppmuntrar patienten att använda sig av lärdomar från terapin i det verkliga livet. En senare översikt identifierade öppenhet, empati och gemensamt utforskande som de viktigaste egenskaperna hos terapeuten (Bohart et al., 2002). Patienter värderar högt när terapeuten fokuserar på och i inledningen av terapin arbetar med individspecifika rädslor och föreställningar som kan vara hindrande för terapin (Bordin, 1979; 1994).

I en stor metaanalys av 109 kvalitativa psykoterapistudier av Levitt et al., (2016) om patienters upplevelse av psykoterapi och vad det tyckte var hjälpsamt fann forskarna 5 övergripande kluster: (1) Insikt i sina personlighets- och beteendemönster i närvaro av en annan, vilket gav dem nya handlingsmöjligheter. Del i detta var även insikt och accepterande av negativa känslor som de annars undvek och som i takt med att de uppdagades minskade känslor av skam och ökade själv-acceptans. (2) Upplevelsen av en förstående, empatisk och accepterande person som fick dem att känna sig accepterade, samt en internalisering av terapeutens röst som en källa till styrka. Men om terapeuten var överinvolverad eller uttryckte sin egen vilja för starkt hade det en negativ effekt på terapin. (3) Terapeuten som representant för en profession och en professionell struktur skapade kredibilitet vilket hjälpte terapin. Men det var samtidigt något som kunde skapa problem om patienterna upplevde att den formella strukturen störde relationens autenticitet. (4) Att öppet prata om den inherenta

maktinkongruensen i klient-terapeut-situationen om det uppstod ett problem i detta, samt att lyfta in demografiska aspekter i detta (etnicitet, religion osv.). Om detta inte adresserades kunde det leda till känslor av avstånd som kunde skada relationen. (5) Ett erkännande av klientens agens och en inbjudan till klienten att vara aktiv i behandlingen, eftersom klienten var den som i slutändan stod för den stora förändringen. Forskarna diskuterade vidare att de i sina dataanalyser inte kunde se tydliga trender beroende på vilket terapi-inriktning det gällde, vilket stödjer positionen om gemensamma faktorer.

I en kvalitativ meta-analys sammanfattade Timulak (2007) resultaten från olika typer av terapier. De 9 teman som framträdde var: (1) medvetenhet/insikt/självförståelse, (2) beteendeförändring/problemlösning, (3) utveckling av egenmakt/agentskap, (4) avlastning, (5) utforskning av känslor/emotionellt upplevande, (6) att känna sig förstådd, (7) klientengagemang, (8) uppmuntran/stöd/trygghet och (9) känsla av personlig kontakt med terapeuten.

I en studie av Nilsson et al. (2007) undersöktes patienter som hade gått PDT respektive KBT. De 4 teman som var gemensamma för båda grupper var: (1) att känslor var mer begripliga och möjliga att hantera, (2) att de fått verktyg för att hantera ångest och stress, (3) att förändringar på ett område kunde leda till förändringar i andra delar av livet och (4) positiv personkemi med terapeuten. Det var lika många missnöjda i varje grupp.

I en studie ville forskarna undersöka upplevelser av insikt i terapi med klienter som gått i PDT respektive KBT (schema-terapi, som förvisso är en form KBT med inslag av PDT) (Timulak & McElvaney 2013). Forskarna fann två olika huvudsakliga former av insikt, en *svår eller smärtsam* form av insikt och en *självhävdande och stärkande* form av insikt. De var inte helt separerade men det kunde ändå göras en åtskillnad. De svåra eller smärtsamma insikterna orsakades ofta av en metodisk strategi från terapeutens sida, och fick oftast som konsekvens att alliansen stärktes, en känsla av lättnad och att klienternas tilltro till terapin ökade. De självhävdande formerna av insikt orsakades ofta av att terapeuten validerade patientens behov. Man fann intressant nog att alla de svåra eller smärtsamma formerna av insikt kom ifrån klienter som gått i PDT eller humanistisk terapi medan alla självhävdande och stärkande formerna av insikt skedde i KBT-terapierna. Konsekvenserna det fick var att klienterna blev mer medvetna om sina egna behov och vad de ville, och i detta kända de sig förstådda, sedda och en befriande känsla. Forskarna betonade dock att det fanns element av båda typerna av insikt i varandra.

I en svensk studie av Göstas, Wiberg och Kjellin (2012) intervjuades klienter efter terapi om de problem de hade haft innan terapin och hur de hade förändrats efter terapins slut. Problemen klienterna rapporterade från innan terapin var överväldigande känslor, kognitiva



problem, och problematiska beteenden, som var tillräckligt stora för att hindra dem från att delta i sitt liv som de hade velat. Förändringarna som beskrevs var (1) ett rikare känsloliv som delvis kunde balansera de tidigare överväldigande negativa känslorna, (2) mer flexibla, rationella och positiva tankar (3) en större förmåga att influera sitt beteende. De strategier som klienterna tyckte hade hjälpt dem mest med att återfå sin livskvalité och som interagerade med de positiva förändringarna var medvetenhet om egen agens samt redskap och strategier för att hantera problem. Intressant är att de inte fann skillnader mellan KBT och PDT.

Det finns även studier som undersöker terapeuternas upplevelser av vad som var hjälpande, vilket kan vara nödvändigt exempelvis i terapier med barn, som kan ha svårt att redogöra för varför de blev hjälpta. I en chilensk studie intervjuades terapeuter som arbetade med barn som utsatts för sexuella övergrepp om vad de trodde var förändringsfaktorer i terapin (Aguila et al., 2016). Terapeuterna beskrev terapin som gående genom tre stadier. Det första steget innebar att barnet skulle knyta band till den terapeutiska situationen. I detta ingick att kunna lita på terapeuten och att barnet skulle känna en trygghet i att liknande saker inte skulle kunna hända igen. I detta steg ingick alliansbyggande och en början till att förklara för barnet hur övergreppet hängde ihop med symtom och interpersonella svårigheter. I det andra steget påbörjades arbetet med att försöka förstå händelsen och de känslor som den var förknippad med. Terapeuter beskrev det som att barnen behövde steg 1 för att bli trygga nog att kunna uttrycka och utforska det som kom upp i steg 2. Det tredje steget i terapierna var att konsolidera de positiva förändringar som terapin hade skapat och stödja den positiva utvecklingen i barnet. Författarna menar deras resultat går i linje med annan mer generell forskning som visar att psykoterapeutisk förändring ofta genomgår faser.

**Vad klienter finner hindrande för effektiv psykoterapi.** Det verkar vara ett utbrett fenomen att patienter tycker det är mycket svårt att ta upp kritik mot terapeuten i terapin (Philips & Holmqvist, 2008). Elliot (1985) fann att terapeutens missuppfattning, terapeutens negativa reaktioner (oengagemang eller kritik), oönskad ansvarsbörda (påtryckningar) samt upprepningar och felriktning i terapin var saker som klienter kände var hindrande i sina terapier. Både terapeuter och patienter tenderar att ta på sig själva skulden för det som inte går bra i terapin. Buckley et al. (1981) fann att höga skattningar av terapeutens hindrande faktorer korrelerade med att klienter drömde om terapeuten eller kände att terapeuten var den viktigaste personen i livet. De drog slutsatsen att olöst överföring spelar en viktig roll för negativa terapiupplevelser. Grunebaum (1986) intervjuade 47 psykoterapeutstudenter som hade upplevt skadlig personlig terapi. Han fann 5 övergripande teman: (1) En kall distanserad, rigid och oengagerad terapeut, (2) en emotionellt förförisk terapeut, (3) en upplevd dålig matchning

mellan terapeut och klient, (4) ett explicit sexuellt förhållande och (5) att klienten hade relationer till terapeuten i andra sammanhang.

### **Forskningsöversikt: Psykodynamisk terapi**

**Teorier om förändringsfaktorer.** Inom den psykodynamiska teorin om vad som är de verksamma mekanismerna i psykodynamisk psykoterapi (PDT) har det skett en utveckling från att som förändringsfaktorer betona tolkning av patientens omedvetna och medföljande insikt, till den terapeutiska intimitet som utvecklas mellan patient och terapeut, till det senaste nämligen nya verktyg och färdigheter som kan leda till hälsosam anpassning (Summers and Barber, 2010). Psykodynamiskt tänkande och teori idag kan sägas vara en blandning av dessa olika perspektiv, där olika terapiformer eller terapeuter kan betona olika aspekter olika mycket (Summers and Barber, 2010). Nedan är en kort beskrivning av olika teorier och teoretikers tankar.

**Driftteori.** Freud och andra driftteoretiker och delvis även den jagpsykologiska skolan betonade att genom intellektuell och emotionell insikt i drifter (ofta aggressiva och sexuella) som trängts bort på grund av att de av någon anledning ansetts oacceptabla blir patienten av med symptom som är ett kompromissförsök att dölja drifterna från medvetandet (Summers and Barber, 2010).

**Analytisk psykologi.** Carl Jung och andra inom den relativt okända psykoanalytiska riktningen som kallas "analytisk psykologi", grundad av Jung, hävdade i likhet med Freud och andra psykodynamiska tänkare att terapi helar genom att drifter och känslor som varit omedvetna görs medvetna, men menade att Freud överdrev det sexuella och det aggressivas centralitet. Jungianer betonar istället att denna process av integration egentligen är inbegripen i ett större självförverkligande som ytterst innebär att klientens omedvetna integreras i det medvetna; en sorts självupptäckande och självförverkligande, där även relationen till terapeuten är av stor betydelse (Jung, Henderson, Jaffé, Jacobi & Von Franz, 1968).

**Objekt-relationsteori.** Dessa tänkare, bl.a. Winnicott, betonade att den terapeutiska relationen är förändringens "hävstång/påtryckningsmedel". Relationen med terapeuten blir som modellerad av moder-barn bandet och blir en behållare för de svåra inre känslor patienten bär på. Terapeuten blir en "sopsorteringsmaskin" (Wiberg & Wiberg, 2013) som "tuggar" och smälter ner dessa negativa, aggressiva, svåra, eller intensiva känslor som patienten lägger över på terapeuten och ger tillbaka dem i en bearbetad form som patienten internaliserar. Patienten ser hur terapeuten *håller* patientens svåra känslor.

**Jagpsykologi.** Strachey menade att terapi är en överjags-lindrande process genom att patienten internaliserar terapeutens förståelse, acceptans och förklaringar över sitt fungerande (Summers and Barber, 2010).

**Alexander och French.** Den korrigerande emotionella erfarenheten. Återupplevande av gamla konflikter med terapeuten som inte följer det historiska mönstret (Summers and Barber, 2010).

**Loewald.** I relationen med terapeuten skapas en öppenhet där patienten blir mindre rigid och kan utforska sig själv, och komma mer i kontakt med svåra/förbjudna känslor (Summers and Barber, 2010). Denna öppenhet internaliseras sedan i patienten så att han kan vara mer öppen till sitt eget omedvetna. Detta återför patienten till sin utvecklingsväg, som tidigare hade varit blockerad av neurosen.

**Forskning.** Kvalitativa studier av psykodynamiska verkningsmekanismer har gjorts i relativt hög utsträckning då dessa är kompatibla med psykodynamiska förhållningssätt och teorier. Kvantitativa dismantling-designer har dock gjort i mycket liten grad och eftersom kvalitativa studier inte anses ha samma legitimitet som dismantling-studier anses forskningsunderlaget vara tunt. Forskning har gjorts på centrala koncept och typiska inslag i PDT som förespråkandet av (i regel) långa behandlingar, mentalisering, tolkningar, överföringstolkningar, arbetsallians, empati, den kompensatoriska relationen och det psykoanalytiska förhållningssättet (Philips & Holmqvist, 2008). Jones & Pulos (1993) fann att längre terapier har visat en tydlig korrelation med bättre utfall, samt upplevs mer positivt av både patienten och terapeuten. Centralt för PDT är reflektion och självreflektion. Levy et al. (2006) visade på signifikanta öknings i mentaliseringsförmåga när man jämfört innan och efter lyckad terapi. Man jämförde här dessutom PDT med dialektisk beteendeterapi (DBT) och fann signifikant högre mentaliseringsförmåga i PDT-gruppen. Detta stöder att mentalisering, en form av reflektion, går hand i hand med bättre psykiskt mående. Vad gäller tolkningar finns studier (Crits-Cristoph & Conelly, 2002) som visat att antalet lyckade tolkningar korrelerat med utfall i terapi. Forskarna ifrågasätter dock på goda grunder om kvantiteten tolkningar spelar någon roll och menar att det snarare borde röra sig om att tolkningarna kommer vid rätt tillfälle, vilket de även har fått visst stöd för trots svårigheterna att undersöka detta (Crits-Cristoph & Conelly, 2002). Man har funnit en positiv korrelation mellan antal överföringstolkningar och behandlingsutfall, och även visat i motsats till viss teori att klienter med dåliga inre objektrelationer också kan dra nytta av detta (Crits-Cristoph & Conelly, 2002). Kvaliteten i arbetsalliansen har visat stark korrelation med behandlingsutfall (Philips & Holmqvist, 2008). Forskning tyder på att terapeuter är olika bra på att skapa en bra allians, eftersom när man

undersökt sambandet mellan allians och utfall för klienter som går hos samma terapeut finns inte sambandet (Baldwin, Wampold & Imel, 2007). Inom schematerapi, en integrativ terapi som består av element från olika inriktningar däribland PDT, har man forskat på den ”omföräldring” som inom PDT brukar benämnas som den kompensatoriska relationen och som terapirelationen ska modellera. Man har funnit resultat som visar att behandling som hade just detta som mål var framgångsrik, men man kunde inte isolera effekten till just den kompensatoriska relationen (Philips & Holmqvist, 2008). Vad gäller det psykoanalytiska förhållningssättets betydelse fann Jones & Pulos (1993) att eklektiska terapiers positiva utfall korrelerade signifikant med förekomsten av ett ”psykodynamiskt förhållningssätt” som var beteenden som förespråkas inom PDT, såsom mycket litet eller inget självavslöjande, ett känslomässigt neutralt beteende och tystnad. En annan studie fann dock att ett psykodynamiskt förhållningssätt korrelerade negativt med utfall i terapier som inte var psykodynamiska (Grant & Sandell, 2004). Annan forskning har visat att utfall i eklektiska terapier korrelerade signifikant med hur mycket fokus som lades på patientens historia, vilket är centralt inom PDT (Hayes & Strauss, 1998). Vocisano et al. (2004) fann att PDT-terapeuter som skulle utöva en kognitiv terapi men som hade ett tydligt fokus på den terapeutiska relationen hade ett bättre resultat än andra terapeuter som utövade samma metod.

I en studie intervjuades psykoanalytiker om vad de hade funnit hjälpande respektive hindrande i deras egna psykoanalyser (Philips & Holmqvist, 2008). Det som kom fram var: (1) terapeutegenskaperna äkthet och öppenhet, (2) större öppenhet i egna föreställningar, (3) medvetandegörande av upplevelser som klienten undvikit, (4) och tolerans för ilska. Den upplevda förändringen var starkast korrelerad med specifika terapeutiska interventioner.

Lilliengren och Werbart (2005) undersökte 22 unga vuxna patienter som hade gått psykodynamisk terapi och gjorde en teoretisk modell av sina fynd, som på ett intressant sätt visar hur hjälpande och stjälpande faktorer interagerar: Att prata om sig själv samtidigt som att ha en speciell plats och relation hos terapeuten gav nya positiva relationella erfarenheter. Men det fanns också en negativ aspekt i detta i form av att många upplevde det som svårt att alltid behöva prata. Att prata om sig själv hängde ihop med att utforska *tillsammans med terapeuten* vilket i sin tur återigen samspelade med att ha en speciell plats hos terapeuten. Att utforska tillsammans och att prata om sig själv samverkade till en ökad självkänedom. Denna ökade självkänedom hade dock för vissa en negativ aspekt, nämligen att insikt inte alltid var tillräckligt. Detta ledde till att vissa kände att något hade saknats i terapin, och att terapeuten var för passiv, det fanns en önskan om mera feedback, styrning råd och vägledning, och en

önskan om mer strukturerade handlingsinriktade interventioner. Vissa önskade också att terapeuten skulle gjort terapin mer effektiv genom att aktivt fokusera på det som var viktigt.

I den ovan nämnda studien av Nilsson et al. (2007) var 10 positiva teman specifika för PDT-gruppen: (1) en bättre förståelse för sig själva, (2) en bättre förståelse för vad som bidrog till psykiskt lidande, (3) skapandet av en sammanhängande livshistoria, (4) en förändring i sitt förhållningssätt i sociala situationer, (5) en större förmåga att uttrycka sina egna behov och säga nej, (6) att i mindre grad ta på sig ansvaret för personers lidande när det inte var deras fel, (7) en större förmåga till omsorg om sig själva, (8) en större förmåga att undvika destruktiva relationer, (9) en minskad rädsla för att känna sig svaga och (10) upplevelsen av en grundläggande trygghet. Klienterna beskrev att terapeuten vägledde, visade på mönster och sammanhang, och vidgade perspektivet. I psykoterapin ifrågasatte patienten sin falska och förlegade självbild. Terapeuten hade lagom distans och var inte för personlig. Ett negativt tema som framkom var en avsaknad av stöd och styrning från terapeuten.

I en dansk studie undersöktes hur unga kvinnor med en bulimidiagnos uppfattade sig hjälpta av 1-årig psykodynamisk terapi (Poulsen, Lunn & Sandros, 2010). Alla deltagarna reagerade på terapeuternas neutrala, icke- styrande hållning. Många reagerade negativt, andra med förvirring, och några få reagerade positivt. Men vid punkten för utvärderingen tyckte majoriteten av deltagarna att det hade varit en bra erfarenhet. De 3 centrala teman som deltagarna hade uppfattat som hjälpande var: (1) upplevelsen av terapeuten som varm, mänsklig och genuint intresserad, (2) att förstå bulimi på ett nytt psykologiskt plan som ett sätt att hantera inre skeenden och reglera känslor och (3) personlighetsförändringar i form av ökad känslomedvetenhet och att ta sina egna känslor mer på allvar. Vissa av deltagarna kände att den neutrala approachen försvårade detta till en början men de flesta ändrade sedan uppfattning. Andra bibehöll dock en något ambivalent attityd till sina terapeuter på grund av vad de uppfattade som en opersonlighet. Terapins duration var också ett viktigt tema, och de flesta deltagarna tyckte att 1 år var för lite. Vissa uttryckte att det var svårt att slappna av i terapin när det fanns en utsatt sluttid. Nästan alla deltagare rapporterade sig ha blivit hjälpta av terapin, men de som inte upplevde detta tyckte att det hade varit ett för litet direkt fokus på att hjälpa deras ätstörningar. Många av deltagarna uttryckte att de hade varit rädda för att terapin skulle bli för intellektuell och att inte blir berörda fysiskt av sina terapeuter. Ett intressant fynd var att deltagarna inte betraktade enbart symtom som avgörande för om de kände sig hjälpta eller inte.

## **Forskningsöversikt: Kognitiv beteende-terapi**

**Teorier om förändringsfaktorer.** De verksamma mekanismerna i KBT brukar traditionellt delas in i två stora övergripande kategorier; beteendeförändring och kognitiv förändring (Philips & Holmqvist, 2008). Baserat på inlärningsteori menar man att klientens symtom och svårigheter beror på en inlärning av maladaptiva beteenden (där beteenden betecknar "allt som en individ gör", dvs. tankar, känslor och handlingar (referens) som utvecklats antingen för att det på något sätt tjänade individen i det förflutna eller för att de skapar självförstärkande och självbekräftande beteendesystem. Man brukar säga att KBT genomgått 3 olika "vågor" som nu alla influerar KBT (Kahl et al., 2012). Beteendeförändring tillhörde "den 1:a vågens" KBT. I beteendeaspekten av KBT är fokus på att bryta ner klientens problem i observerbara och mätbara beteenden som sedan kan förstärkas eller utsläckas beroende på om de är positiva eller negativa. Kognitiv förändring tillhörde 2:a vågens KBT under 70-talet. I denna aspekt av KBT arbetar man istället med det intrapsykiska i form av kognitiva processer. Man menar att mycket psykisk ohälsa orsakas av negativa och irrationella tankemönster som skapar en felaktigt negativ bild över en själv, andra och världen. Den 3 vågens KBT har fört in en rad alternativa perspektiv och sätt att se på psykisk ohälsa (Kahl et al., 2012). Den tredje vågen är en blandning av olika behandlingar där större fokus läggs på en persons *förhållande* till tankar och känslor än till innehållet i sig. Därför är behandlingarna centrerade kring mindfulness, känslor, acceptans, meta-tanke och mål. Det finns ett större fokus på att stärka det som fungerar bra istället för enbart fokusera på det som är dysfunktionellt.

**Forskning.** Beteendeförändring har enligt Philips & Holmqvist (2008) ett så massivt empiriskt stöd att de väljer att inte redogöra för det. Kognitiv förändring är inte lika entydigt. Även om tusentals patienter har förbättrats av kognitiva insatser, tyder forskningen på att den kognitiva delen av behandlingen inte står för särskilt stor del av förändringen; det är exempelvis inte klart att kognitiva förändringar föregår beteendeförändringar (Longmore & Worell, 2007). DeRubeis, Evans, Hollon, Garvey, Grove & Tuason (1990) försökte undersöka förhållandet mellan kognitiv förändring och tillfrisknande ifrån depression genom att med frågeformulär undersöka en CT (cognitive therapy) – grupp och en farmakoterapi-grupp. De fann att kognitiv förändring enbart medierade depressionssymtom i CT-gruppen och drog slutsatsen att kognitiva förändringar verkar spela en roll i tillfrisknandet från depression men är inte avgörande. Philips och Holmqvist (2008) redogör i sin sammanställning för vad forskningen säger om 5 olika psykoterapeutiska ingredienser som inom KBT anses viktiga; (1) terapeutisk allians, (2) validering av klienten, (3) kognitiv konceptualisering, (4) hemuppgifter, (5) och struktur i sessionen. I studier av den terapeutiska alliansen har man inte kunnat hitta stor korrelation med

utfall. Validering av klienten finns det ännu inga studier på. Kognitiv konceptualisering är processen där patientens problem analyseras och man strukturerar upp behandlingen. Detta är anser terapeuter vara hjälpsamt som redskap, men empiriskt stöd för att det utgör en nyckelfaktor finns inte. Hemuppgifter har måttligt starkt samband med utfall ( $r=0,36$ ). Struktur i sessionen har ännu inte varit möjligt att utreda. Slutsatsen som Philips och Holmqvist (2008) drar är att många av de ingredienser som anses centrala för KBT ännu inte har empiriskt stöd, även om de kan upplevas som hjälpsamma för terapeuter och klienter. Psykoedukation, en annan viktig del av KBT, har undersökts genom att titta på sambandet mellan hur mycket klienten har lärt sig och utfallet, men man har inte funnit något samband (Scogin, Jamison, Floyd & Chaplin, 1998). Vad gäller den tredje vågens KBT-metoder är evidensen ännu för tunn för att kunna dra några slutsatser, även om det finns indikationer på att det är en effektiv behandling (Öst, 2016; Philips & Holmqvist, 2008). I en studie undersöktes vad ungdomar upplever som förändrande i sina terapier (Donald, Carey & Rickwood, 2017). Terapeuterna arbetade utifrån en eklektisk approach men var mest influerade av ACT och klassisk KBT. Ungdomarnas rapporterade förändringsområden var: (1) att inte längre möta problem ensam, (2) att strukturera upp inre skeenden och mående och (3) att få stödet av en annan person med detta, och (4) erhållandet av redskap med vilka de kunde påverka med sitt eget mående och (5) en ny självbild och helare känsla av själv, kopplat till att kunna tillfredsställa behov som de tidigare inte hade tillåtit sig. Ingen av deltagarna rapporterade några avgörande insikter. I en studie av patienter som gått KBT, mer exakt renodlad kognitiv terapi (CT) för depression angav patienterna 3 övergripande förändringskluster med 10 underteman (Clarke, Rees, Hardy, 2004). De tre olika klustren var: (1) ”Den lyssnande terapeuten” som innehöll icke-KBT-specifika faktorer. Dessa var sådant som att ha gått från att ha mycket motstånd mot terapeutens förslag och agenda, för att sedan inse dessas värde och slutligen känna en trygghet i att förlita sig på terapeuten. (2) Det andra klustret fick namnet ”den stora idén”, och innehöll kognitiva tekniker som deltagarna fann värdefulla. Deltagarna listade terapeutens konceptualiseringar, tekniker för att ordna tankar, att förstå sina grundantaganden och hur de påverkade deras tänkande samt att testa nya beteenden som hjälpsamma mekanismer. (3) Det tredje och sista klustret kallades ”känsla av komfortabilitet i självet” och handlade om upplevelser klienter hade efter terapins slut. Dessa var självsäkerhet att göra sådant som de tidigare hade svårt med eller inte vågade, en acceptans för sådana svårigheter som de inte kunde göra något åt, samt att kunna ta åt sig av positiv feedback från andra som sett förändringarna. I en studie där deltagarna hade låg socioekonomisk status värderades särskilt att terapeuten var intresserad av och engagerad i patienten, samt gav vägledning och hopp (Murphy, Cramer & Lillie, 1984). I den ovan nämnda

studien av Nilsson et al. (2007) var de 4 positiva teman som var specifika för KBT-gruppen: (1) att problemet hade normaliserats genom att terapeuten gav förklaring till hur problemet hade uppkommit, (2) pragmatiska målsättningar, (3) övningar och (4) exponering. Ett negativt tema som framkom hos vissa var att de upplevde terapeuten som påträngande och att upplägget var förutbestämt på ett sätt som upplevdes negativt.

### **Gemensamma faktorer – de enda verksamma mekanismerna?**

Vissa forskare som Wampold (2001; 2007), Luborski (Luborski et al. 2002) Rozenzweig samt Frank & Frank (Lundh, 2014) hävdar att de helande mekanismerna i terapi är helt oberoende av psykoterapeutiska tekniker, metoder och teorier, utan enbart kan tillskrivas universella socialt betingande helande processer som finns i alla psykoterapier (men som inte ens nödvändigtvis behöver vara specifika för psykoterapi), dessa brukar benämnas ”common factors” (gemensamma faktorer). Denna ståndpunkt stöds av det faktum att det varit mycket svårt att demonstrera att en viss psykoterapi är mer effektiv än någon annan, den så kallade ”Dodo bird verdict” (Luborsky et al, 2002; Wampold, 2001). Luborsky et al. (2002) sammanställde i en studie 17 meta-analyser där olika terapiformer jämfördes med varandra istället för mot kontrollgrupp och fann inga signifikanta skillnader (Cohens  $d = .20$ ). Skillnaden blev ännu mindre signifikant när man kontrollerade för det som kallas ”therapeutic allegiance”, dvs. vilken psykoterapeutisk tradition en forskare tillhör, något som man anser kan utgöra en bias. Wampold (2001) aggregerade i en stor studie effektstorleken för 27 studier som både jämförde KBT-behandling ”X” med KBT-behandling X + tillägg samt jämförde behandling X med behandling X – element. De fann inga signifikanta skillnader i utfall. Wampold (2001) menar utifrån sina fynd även att användandet av manualer går emot empirin, som säger att det viktiga är common factors, *och att patienten tror på/gillar behandlingen*. Manualer kan göra terapeuten oflexibel, eftersom fokus ska ligga på common factors och relation, och störa relationen. Wampold lyfter även att variationen mellan terapeuter är mycket större än variationen mellan metod, och att sjukvårdstjänster borde utgå ifrån det istället. Han tycker att flera metoder ska finnas tillgängliga som passar patientens världsåskådning. Wampold (2007) lyfter i en annan artikel olika exempel på former av behandling och delar in den i medicinsk, psykologisk och andlig. Han argumenterar här för sin tes att metoden är irrelevant och att det är inbjudandet till patienten i en specifik ”myt” som är det helande. Han skriver vid en punkt att olika psykologiska behandlingar/traditioner varierar ”dramatiskt” i hur de förklarar olika psykiska problem. En stor meta-analys av Bell, Goodlad & Marcus (2013) fann inga skillnader vid dismantling designs men små skillnader när komponenter adderades, men bara när de var



specifika för en viss problembild. Sammanfattningsvis har KBT haft svårt att hitta att vissa terapeutiska komponenter står för en del av förändringen, i den typen av studier som gjorts. Eftersom KBT är den vanligaste och mest beforskade psykoterapin har de som menar att psykoterapin inte beror på metoder ett relativt starkt empiriskt stöd i ryggen. Det finns dock de som menar att det inte går att skilja på ickespecifika relationella faktorer och terapeutiska interventioner, eftersom de i hög grad är sammanvävda. I stöd till detta finns fynd som pekar på att patienter värderar konfrontation, utforskning, ny kunskap och insikt, vilket onekligen kan kallas för terapeutiska interventioner (Philips & Holmqvist, 2008). Det tycks alltså finnas ett problem i att definiera vad man menar när man pratar om gemensamma faktorer. En forskare som försökt reda ut detta problem är Lars-Gunnar Lundh (2014).

**Gemensamma faktorer – men på vilket sätt?** I en artikel från 2014 (Lundh, 2014) differentierar Lundh två olika sätt att konceptualisera "common factors", som han menar är ett begrepp som inte är tillräckligt tydligt definierat. Om man betraktar forskningen och teorier på området kan man å ena sidan enligt Lundh se de som betraktar gemensamma faktorer beskrivet som sociologiska processer som inte är specifika för psykoterapi, detta synsätt kallar han för "Relational-Procedural Persuasion model" (RPP). I denna grupp placerar han Wampold, Luborsky, Frank & Frank och Rosenzweig. RPP menar man att psykoterapins verksamma mekanismer är (1) en genuin, positiv terapeutisk relation, som (2) engagerar klienten i en socialt sanktionerad terapeutisk procedur, som liknas sociologiskt vid en ritual, som (3) ger klienten en ny förklaring av sina symtom baserad på detta socialt sanktionerade narrativ. RPP har således en social-konstruktionistisk syn på psykoterapi och psykisk ohälsa och avvisar en "medical model" till förmån för en "contextual model". Det viktiga att förstå med RPP är att *den förnekar att det som gör psykoterapi effektivt är inherent i psykoterapi*, och jämför det med all annan form av helande praktiker som funnits och finns i olika kulturer. Wampold menar att terapeuter därför inte borde bry sig om terapeutisk teknik och olika teorier utan tränas i vad han kallar "core therapeutic skills".

Den andra synen på gemensamma faktorer, som är det som Lundh senare argumenterar för, menar att effektiv psykoterapi innehåller effektiva metodologiska principer som kan manifesteras i *olika* terapier i mer eller mindre liknande former, *men som ändå är utmärkande för psykoterapi som sådant*. Denna syn kallar Lundh för "Methodological Principles and Skills model (MPS)". Lundh postulerar att MPS innehåller tre verksamma mekanismer, (1) nya interpersonella erfarenheter, på grund av en positiv relation till terapeuten som går emot äldre negativa interpersonella upplevelser, (2) att gradvis exponeras för det man är rädd för, och därmed minska rädslan och minska dess påverkan på ens liv, samt (3) att bli empatiskt lyssnad

på och validerad. Dessa är ingredienser som Lundh menar att alla lyckade terapier innehåller. De är inte socialt konstruerade myter utan reella mekanismer.

Lundh diskuterar sedan implikationer för de olika synsätten. Han menar att RPP har många problem, (1) genom att påstå att det enbart är patientens tro behandlingen som hjälper, och att innehållet i behandlingen är irrelevant, får det som implikation att RPP är neutral till om en behandling är skadlig för patienten eller inte; en behandling baserad exempelvis på tveksamma ny-andliga idéer om energifält kommer att vara hjälpsam för klienten så länge han tror på den. (2) Vad gäller terapeutiska färdigheter menar RPP att de är irrelevanta då psykoterapi snarare bör liknas vid en övertalnings/påverkans-process, och, vilket är kanske viktigast av allt, (3) RPP ställer sig mycket pessimistisk till utvecklingen av psykoterapi eftersom den inte tror att metoder har någon effekt. Lundh lyfter även något han kallar ”the common factors paradox” som är ett tankeexperiment enligt följande: Om man tänker sig att man skulle jämföra effektiviteten mellan en klassisk Beteendeterapi, med något som skulle likna Wampolds förespråkade terapiform; en ”common factors therapy” kan man tänka sig två potentiella utfall: (1) ”common factors”- terapin är bättre, eller (2) både behandlingarna är lika effektiva. Lundh menar att båda dessa utfall falsifierar Wampold och RPP:s påstående. Om (1) är fallet, bevisar det att det visst finns terapeutiska metoder som är mer effektiva än andra, om (2) är fallet, skulle det styrka ”The Dodo bird verdict” men på bekostnad av Wampolds åsikt om att man borde träna terapeuter i ”core therapeutic skills”. Lundh menar dock att det ännu inte går att utesluta RPP helt, men att psykoterapiforskningen har mycket att vinna på att utgå ifrån en MPS-model. Psykoterapi borde enligt Lundh försöka klassificera och undersöka metodologiska färdigheter, samt teorin bakom dem, och om möjligt utveckla sätt att operationalisera och mäta dessa.

### **Utgångsläge**

Svårigheterna med att identifiera förändringsmekanismerna i psykoterapi, i samband med svårigheterna att kunna identifiera en terapi som mer effektiv än någon annan, har således gett upphov till olika teorier för att förklara detta fenomen. För att kunna fortsätta utveckla psykoterapi är det viktigt att få klarhet i dessa frågor. En väsentlig aspekt av psykoterapi är klienters upplevelser av den. Kvalitativ metod är den forskningsmetod som bäst lämpar sig för att fånga subjektiva upplevelser av ett fenomen (Levitt, Pomerville & Surace, 2016; Elliot & James, 1989; Willig, 2013). Eftersom psykoterapi i högsta grad är ett subjektivt fenomen både för klienten och terapeuten och den subjektiva dimensionen är avgörande för klientens mående är undersökningar av klienters subjektiva upplevelser av terapi, och vad som varit hjälpsamt

respektive stjälpande, av stort intresse för psykologin som vetenskap (Levitt, Pomerville & Surace, 2016; Elliot & James, 1989).

## **Syfte**

Syftet med föreliggande studie är att bättre förstå vilka är de verksamma mekanismerna i KBT och PDT. Detta ska göras genom att intervjua individer som genomgått PDT respektive KBT om vad de upplevde som hjälpande faktorer sina terapier.

## **Metod**

Tematisk analys (TA) är en vanlig kvalitativ forskningsmetod inom psykologi eftersom den är obunden till någon specifik sociologisk eller humanistisk idétradition eller epistemologi utan kan anpassas efter forskarens preferenser (Willig, 2013; Braun & Clarke, 2006). Det är en simpel metod som går ut på att man först systematiserar textdata ("rådata") i mindre teman som kallas "koder". Koder ska vara nära texten men ändå lyfta fram mönster och regelbundenheter. Dessa koder systematiseras sedan i större kluster som kallas teman, vilket är slutprodukten (Willig, 2013; Braun & Clarke, 2006). Metodens lämplighet och enkelhet gjorde att den valdes som analysmetod. Kritisk realism valdes som metodologisk ansats då det ansågs förenligt med studiens syfte eftersom den kritiska realismen tror på en verklighet oberoende av betraktaren, samtidigt som den tar hänsyn till svårigheterna i att studera denna objektivt (Willig, 2013). Genom att tematiskt analysera berättelser från 4 personer som genomgått PDT respektive 4 personer som genomgått KBT identifierades det som deltagarna hade tyckt varit de hjälpande samt stjälpande faktorerna i sina terapier.

## **Deltagare**

En annons publicerades på social media som förklarade målet med studien och efterlyste deltagare. Inklusionskriterierna var att ha genomgått minst 10 sessioner KBT eller PDT och att på något sätt ha känt sig hjälpt av terapin. Detta var för att säkra att kunna identifiera hjälpande mekanismer. 11 personer anmälde intresse, varav 8 valdes ut. Dessa valdes inte ut med någon annan lämplighetstanke än att det skulle bli så blandad könsfördelning som möjligt. Totalt var det 2 män och 6 kvinnor; 1 man och 3 kvinnor i var grupp. Åldrarna vid tiden för intervjun varierade från 21 till 31. Den längsta tiden som hade gått sedan intervjun och terapins avslut var 5 år, och den kortaste var en terapi som fortfarande pågick sedan 2 år tillbaka. Alla deltagare hade genomgått minst 10 sessioner terapi. Deltagarnas ursprungliga sökanledningar till sina terapier varierande från stress,

interpersonell stress, relationsproblem, önskan om självinsikt, nedstämdhet, depression, svår depression, dissociativ ångest, alkoholproblem, bulimi och svår bulimi.

### **Instrument**

Intervjun genomfördes i semi-strukturerat format för att ge utrymme för följdfrågor och fördjupning. En intervjumall användes (se bilaga 1) som utgjorde den delen av intervju som var strukturerad. Denna intervjumall var skapad genom att hämta element ifrån Elliot och Rogers "The Client change interview" (2008) som var relevant för studien. Ytterligare frågor som ansågs relevant för studien tillfördes, baserat på sådant som tidigare forskning visat vara viktigt, exempelvis frågor som rörde terapeuten och relationen till denne. Intervjumallen innehöll också som avslutande del att varje intervjuperson själv fick försöka identifiera det som hen tyckte hade varit de viktigaste hjälpande eller stöjande elementen i sin terapi. Detta var ett försök att minska graden av forskarens subjektiva påverkan i tolkningen av data. Ljudinspelning användes ej utan anteckningar gjordes av intervjuledaren, som sedan renskrev dessa anteckningar. Dessa anteckningar utgjorde rådata. Detta val gjordes därför att inspelning och transkription inte bedömdes nödvändigt utifrån studiens mål, som var att identifiera övergripande teman.

### **Procedur**

Varje deltagare intervjuades i ett samtalsrum så länge som krävdes för att svara på alla frågor och eventuella följd- och fördjupningsfrågor. Intervjuerna varade mellan 45 och 100 minuter. En av deltagarna intervjuades genom webbsamtal med kamera, och en deltagare intervjuades genom telefonsamtal (då webbkameran inte fungerade). Inför varje intervju fick deltagare fylla i samtyckesblankett (Se bilaga 2). När intervjuerna skedde via telefon mailades samtyckesblanketten till personen, som sedan skrev under och skickade ett foto på sitt underskrift, alternativt ett e-mail där intygade sitt samtycke.

### **Design**

Kriteriet för att något ska räknas som ett tema i TA är att det ska vara någon form av regelbundenhet eller mönster som dessutom har relevans för forskningsfrågan (Willig, 2013; Braun & Clarke, 2006). Ett tema behöver inte nödvändigtvis vara något som framträtt många gånger utan prevalens kan bedömas på olika sätt, främst tre olika: (1) hur *brett* temat är, dvs hos *hur många* deltagare det förekommer (bredd/kvantitet), (2) hur centralt det är *för en viss* individ (djup/kvalitet) samt (3) hur relevant det är för forskningsfrågan (Braun & Clarke, 2006). TA kan göras både i "induktiv" och "teoretisk" form (Braun & Clarke, 2006). I

induktiv TA försöker forskarna bortse ifrån teoretisk förförståelse och titta på alla teman som framträder ur data. Detta har som konsekvens att forskningsfrågan kan ändra sig under forskningens gång. I en teoretisk TA försöker forskarna besvara sin specifika forskningsfråga och är således mer målinriktade i vad de söker efter. Föreliggande studie har därför använt en teoretisk TA. En analys kan göras både i ”explicit” och ”latent” form (Braun & Clarke, 2006). I en explicit analys tittar man enbart på det som sägs av deltagarna och försöker sedan ordna detta i teman. I en latent analys försöker man även upptäcka underliggande mönster i det som deltagarna berättar när man sätter ihop teman. Exempel på dessa typer av mönster är sociologiska eller psykoanalytiska mönster. Föreliggande studie använde därför en latent analys, för att ge utrymme åt författaren att kunna tolka och se sådant som deltagarna uttryckte indirekt.

### **Dataanalys**

Rådatan utgjordes således av de renskrivna intervjuprotokollen. Processen för att analysera data var indelad i tre steg: (1) Genomläsning. (2) Kodning. (3) Utifrån koder bilda teman. Varje grupp analyserades separat; först PDT gruppen, sedan KBT gruppen. Det som var av intresse var (1) teman som förekom lika mycket i PDT som i KBT och (2) teman som var mer framträdande i någon av grupperna. Varje renskrivet intervjuprotokoll lästes igenom och allt som kunde koda på ett sätt så att det var intressant för forskningsfrågan kodades. När alla protokoll i en grupp var kodade sammanställdes alla teman som framkom ur denna grupp. Sedan upprepades samma procedur med den andra gruppen. I nästa steg analyserades alla teman från de olika grupperna och de teman som var mycket lika eller innehöll lika många och relevanta (relevans innebär som tidigare nämnt både prevalens/bredd samt djup) koder ifrån båda grupper, slogs ihop. Det sista steget var att ordna alla teman i tre olika grupper. De teman med ungefär lika många relevanta koder ifrån båda grupper utgjorde *generella teman* och de teman som innehöll relevanta koder mest ifrån en grupp kallades för *PDT-teman* respektive *KBT-teman*.

### **Resultat**

De olika temana delades således in i tre grupper: (1) *Generella teman*, (2) *PDT-teman*, och (3) och *KBT-teman*. Ett tema som var framträdande i en grupp kunde ibland uppkomma något mindre i den andra gruppen. När detta var fallet är det tydligt uttryckt i texten. När inget om någon i den andra gruppen nämns i texten för ett visst grupp tema betyder det att det var ett

tema som inte framträdde i den andra gruppen. De fyra deltagarna i PDT-gruppen kallas P1, P2, P3 och P4, och i KBT-gruppen K1, K2, K3 och K4.

### **Generella teman**

**Att verbalisera det inre (1).** Det som var ett genomgående tema i alla intervjuer i båda grupper och som uttrycktes explicit som en hjälpsam faktor av nästan alla var att "sätta ord på" det som kände och tänkte inombords. Detta var alltså inte specifikt tidigare omedvetet material eller en viss typ av känslor, utan helt enkelt sådant som de tänkte på, kände, plågades av och liknade. Detta tema hängde ihop med andra teman i de olika grupperna, men var ett så tydligt framträdande tema i alla berättelser att det bedömdes rimligt att göra det till ett eget tema. För P1 var en känsla av att "det kändes bättre efteråt"; en förlösande och befriande effekt som förbättrande måendet. För P4 och P2 var det likadant;

P4: "Det har hjälpt att bara sätta ord på saker, det gjorde mig mindre rädd för mina känslor". Jag kände en lättnad och styrka efter att ha pratat om jobbiga saker, det var liksom inte så farligt trots allt."

P2: "Det var förlösande att bara prata, utan att det behövde lösas".

Här betonade även P2 en upplevelse av att det inte var att komma fram till någon "lösning" som behövdes. KBT-gruppen uttryckte liknande upplevelser. Som tidigare nämnt beskrev K1 beskrev att han tidigare inte hade varit särskilt uppmärksam på vad han kände. I terapin ville terapeuten att han skulle försöka komma åt och sätta ord på vad han kände. Detta tangerar naturligtvis det PDT tema som handlade om att komma åt tidigare omedvetna känslor.

Något som K2 arbetade mycket med i sin terapi var att tillsammans med terapeuten sätta ord på de negativa tankar som hon hade om sig själv. Detta var till en början mycket svårt för K2 som kände att det var skamfullt att sätta ord på detta. I takt med att de bättre kunde sätta ord på tankarna och vad de innehöll började hon må bättre;

K2: "Bara att sätta ord på saker gjorde att skammen minskade. Tankarna drogs ur en".

Mycket liknande upplevelse hade K3 som upplevde att det var hjälpsamt att sätta ord på de tankar hon hade om sin självbild. K4 kände att det var en mycket stor hjälp att sätta ord

på det som hon kände var hennes problem, nämligen att hon kände att hon alltid behövde vara uppåt och positiv och inte fick var lågmäld och negativ. Att sätta ord på detta var det första steget i att göra något åt det eftersom det gjorde att hon tydligt kunde se hur dessa två sidorna i henne förhöll sig till varandra. Det som var den gemensamma faktorn i alla dessa upplevelser, både i KBT- och PDT-gruppen, var att alla upplevde att det var en hjälpande faktor i sig självt att verbalisera sina inre upplevelser.

**En känsla av att vara viktig och förtjäna hjälp (2).** Ett förekommande tema i båda grupper var en känsla av att vara viktig/värdefull och "ha rätt" att ta plats med sina problem och att få hjälp.

P1: "Det var så viktigt för mig att känna att jag förtjänade att få hjälp, och att någon tog hand om mig när jag var svag".

K1: "Det var viktigt för mig att känna att jag hade någon som var till bara för att hjälpa mig"

K4 kände sig också hjälpt av denna känsla. Inför terapin hade hon varit på ett läkarsamtal där läkaren uppträtt mycket nonchalant och respektlöst mot henne, och sårat henne djupt. Denna upplevelse var det första hon tog upp med sin terapeut i terapin och terapeuten hjälpte henne att förstå att hon förtjänade och var "berättigad" hjälp. Detta upplevde hon som mycket hjälpande. Det uppkom också i en annan form genom att K4 i början av terapin upplevde att upplägget var för fritt, varpå hon bad sin terapeut att bli mer konkret, till exempel i form av att använda exempelvis whiteboard och olika modeller på papper. Detta anpassade sig terapeuten efter, och det var en positiv erfarenhet för K4 att terapeuten kunde anpassa sig efter hennes behov, genom att det fick henne att känna sig tagen på allvar och respekterad. Genomgående i dessa upplevelser var att intervjupersonerna uppfattade sig själva som värda hjälp, och att deras tillstånd skulle tas på allvar och respekteras, något som de annars tvekade på.

**Acceptans: Att känna sig accepterad som man är av terapeuten och sig själv (3).** Ett framträdande tema var en känsla av acceptans mot sig själv. En känsla av att man var "OK" som man var. Denna acceptans förekom oftast på två sammanlänkade nivåer; både något som upplevdes från terapeuten, och samtidigt ett utarbetande av acceptans mot sig själv. För P1 var det viktigt att terapeuten inte hade ett krav på prestation, utan motverkade P1 eget krav på sig själv att alltid prestera och "bli bättre", och att inte vara bra nog;

P1: ”Det var så oerhört viktigt för mig att känna att det jag gjorde, de små steg jag lyckades åstadkomma, var bra nog, det behövde inte alltid bli bättre. Och att min terapeut uppmuntrade mig i att vara stolt över detta.”

P1 terapeut visade även mycket tålamod med P1 process, vilket gjorde att P1 kände att hon accepterade henne som hon var och inte krävde ständig förbättring och prestation. I takt med att terapeuten visade acceptans för P1 kunde hon börja utveckla en acceptans även mot sig själv. P2 betonade att känslan av acceptansen kom utav att terapeuten var en icke-partisk och lugn observatör;

P2: ”För mig var det viktigt att han var en neutral observatör som inte var partisk, det gjorde att jag kände mig accepterad vilket gjorde att jag kunde känna mig trygg i att öppna upp”.

I KBT-gruppen beskrev K4 att hennes problem kretsade mycket kring att hon kände att hon hade två sidor av sig själv, där den ena var positiv, kreativ och energisk, medan den andra var negativ, melankolisk och reflekterande. Hon upplevde besvär av detta genom att hon dels kände att hon alltid behövde vara den positiva delen, och att hon dels inte visste vilken av sidorna bäst representerade henne. Detta gjorde att hon ofta kände sig falsk och icke-autentisk. Terapeuten hjälpte henne i detta genom att bekräfta dels att det inte nödvändigtvis var någon motsättning mellan dessa två sätten att vara, och dels genom att poängtera att båda dessa sidor hade positiva egenskaper som var en del av K4, och som hon inte behövde skämmas över.

K4: ”Hon hjälpte mig att förstå att båda dessa sätten att vara var ju okej, och båda var en del av mig! Jag behövde inte välja.”

Terapeuten hjälpte henne således att acceptera detta i sig själv. K1 problem kretsade mycket kring att han var rädd för andra människors negativa känslor/omdömen och ilska mot honom, och han hade svårt att sätta gränser gentemot andra på grund av detta.

K1: ” Jag var väldigt konflikträdd. Jag var rädd för andras negativa känslor, även mina egna”.

Genom rollspel där K1 skulle öva sig på att bli arg på sin lägenhetskamrat när han inte diskade, och en hemuppgift som gick ut på att konfrontera en arbetskamrat kände K1 att han



lärde sig med hjälp från sin terapeuts acceptans för att andra kunde hysa negativa känslor mot honom.

K1: ”Jag blev okej med att befinna mig i konflikt. Det kommer finnas människor som inte tycker om mig, och det är OK”.

Gemensamt för dessa upplevelser var att deltagarna med terapeutens hjälp ökade sin förmåga att acceptera sig själva och hur de var, och blev mindre hårda i dömandet av sig själva. Ibland skedde detta till större del genom att terapeuten föregick dem genom att aktivt validera dem, och ibland var det enda terapeuten gjorde att bemöta dem vänligt och neutralt. Det är viktigt att poängtera att denna acceptans var något som intervjupersonerna om än i varierande grad lyckades uppbåda själva, och att terapeuten snarare understödde denna process än skapade den.

**En empatisk terapeut (4).** Ett mycket universellt tema som uppkom i båda grupper var en känsla av att terapeutens sympati, empati och värme hade varit en viktig hjälpande faktor. Detta tog sig många olika uttryck. Egenskaper som uppskattades var att terapeuten gav intryck av att vara naturlig (i motsats till forcerad), varm (i form av att bli berörd och bry sig om dem), att inge trygghet och att bara lugn.

P1: ”Hon var verkligen ingen formell person, och det kändes verkligen som att hon var sig själv. Det var högt i tak, hon svor mycket och vågade vara spontan och ofin. Det var skönt att känna att det var så högt i tak och att härinne kunde man vara sig själv.”

En intressant händelse som K3 värderade i sin terapi var när hennes terapeut höjde rösten mot henne då det var motiverat av omsorg för henne;

K3: ”Det var en gång då jag hade fastnat i väldigt orimliga negativa tankar om mig själv, och istället för att vara mild och mjuk som man tänker sig att en psykolog ska vara, och som man ofta i mina vänkretsar förväntas vara, höjde hon irriterat på rösten och sa något i stil med ”men så kan du ju inte tänka förstår du väl”.” Det var väldigt skönt. Det kändes som att hon hade lyssnat, att hon var genuin, det kändes personligt. Att det fanns en poäng med att sitta där.”

Gemensamt för upplevelserna var att terapeuten genom sitt genuina bemötande/empati kunde göra att klienterna kände att terapeuten brydde sig om dem.

**En professionell terapeut (5).** Ett viktigt tema var vikten av att terapeuten hade en utstrålning av professionalitet, kompetens, auktoritet och baserat på detta en förmåga att hantera svåra situationer eller känsligt material. P3 uppskattade att terapeuten utstrålade auktoritet, därför att det gjorde att han inte vågade göra sig till på samma sätt och tvingades vara ärlig;

P3: ”Jag kände att jag inte kunde ljuga för henne eller smickra henne, jag var tvungen att vara ärlig”.

En känsla av professionalitet och kompetens gjorde ofta att intervjupersonerna kände att de kunde lita på sin terapeut;

K2: ”Han gav ett kompetent intryck, jag hade stort förtroende för honom”.

Och även motsatsen kunde ske. K4 kände att hennes terapeut var ömtålig, flummig och snäll vilket gjorde att hon inte vågade prata om vissa saker;

K4: ”Hon kändes lite ömtålig och flummig, med massa sjalar kring sig och så. Hon var mild och varm men det kändes ibland som att hon var osäker på sig själv. Det kunde ibland göra att jag kände att jag inte vågade öppna mig helt. Jag visste inte om hon klarade av att ta det.

Både K1 och K4 hade önskat en terapeut som hade haft en mer fordrande attityd, snarare än följsam och mild;

K4: ”Jag hade önskat en lite mer fordrande terapeut, som inte lät mig styra så mycket. Som tvingade mig mer att vara kvar i det jobbiga.”

P3 terapeut var tydlig med att inte vara följsam och ge efter för P3 behov av beröm och lät P3 således träna på att inte söka bekräftelse hos andra utan att själv utvecklas. Det hjälpte honom mogna och att ta mer ansvar. Liknande upplevde P4 genom att terapeuten inte gick med i P4 mönster i att försvara personer som hade sårat henne, trots att det innebar att konfrontera P4;

P4: ”Min terapeut vägrade att gå med mig i att försvara personer i min familj som gjort mig illa. Det var bra, hon tvingade mig att konfronteras med känslor jag hade mot dem som jag försökte fly ifrån.”

Det som var gemensamt i upplevelserna var att det som verkade uppskattas var en terapeut som dels visade att han eller hon var kunnig, tålig i att bemöta känsligt eller tungt material samt kunde vara fordrande och kräva av klienten att bemöta något som var svårt i stunden, men som var viktigt för att nå ett mål.

**Kontinuitet (6).** Ett något mindre tema som framträdde för en person i vardera grupp var en upplevelse av att terapikontaktens kontinuitet hade varit hjälpande. Det skapade trygghet, och en känsla av säkerhet;

K3: ”Kontinuiteten var viktig för mig. Det fick mig att ta det mer på allvar.”

P3: ”Den kontinuerliga check-up:en kändes lite som att någon tog hand om mig...en trygghet.”

Denna faktor nämndes inte uttryckligen av några andra personer, men för K3 och P4 var det en viktig faktor. Det gemensamma för båda var att kontinuiteten i kontakten innebar en stabil, trygg punkt i deras liv där de kände sig omhändertagna och viktiga.

**Hänsyn till klass och etnicitetsaspekter (7).** Detta var också ett mindre tema då det endast uppkom hos en person men som för denna person var mycket viktigt. K3 upplevde det som en svårighet att hennes terapeut var vit, välbärgad och arbetade med K3 drömjobb, alla saker som K3 inte var:

K3: ”Jag kände att hon var mer privilegierad än mig. Jag kunde vara avundsjuk. Jag ville prata om min uppväxt gällande hur det har varit att växa upp så mycket utanför normen. Det fanns en stor diskrepans mellan oss. Men hon hade behövt bjuda in till det för att jag skulle ha vågat prata om det”.

K3 kände inte att hon själv vågade lyfta problemet hon kände. Att det inte berördes gjorde att en viktig del av K3 erfarenhet som hon hade velat arbeta med tyvärr inte vidrördes.

### **Psykodynamiska teman**

**Att komma i kontakt med känslor och perspektiv som varit omedvetna (1).** Ett tema som framträdde tydligt i PDT-gruppen var att på olika sätt komma i kontakt med känslor

som tidigare varit omedvetna, även om ”omedvetet” inte nödvändigtvis var den term som användes utan är en tolkning från forskarens sida. Terapeutens tolkningar uttrycktes av många vara avgörande för att komma i kontakt med dessa känslor. Dessa känslor upplevde personerna gjorde att de kom mer i kontakt med vad de ville och behövde och en känsla av att vara mer integrerade som personer. P3 beskrev det som att han genom att komma mer i kontakt med sin sårbarhet och därmed mänsklighet, förbättrade sin relation till sin partner;

P3: ”Jag har insett nödvändigheten i att ha någon nära mig. Att jag vill det. Jag känner att jag är en vanlig människa med vanliga behov”.

Genom att hitta sin egen vilja och behov kände han sig inte lika styrd av andras förväntningar. P3 uttryckte att tolkningar var så hjälpsamt att han önskade de hade börjat tidigare, och att en allt för tyst terapeut var störande för terapin. P4 uttryckte tolkningarna hjälpte henne att förstå sig själv och sina känslor bättre, men att terapeuten genom att tvinga henne att konfronteras med känslor och perspektiv även gjorde att P4 konfronterades med sanningen kring händelser i hennes liv;

P4: ”Jag var tvungen att konfronteras med sanningar om mitt liv, jag kunde inte fatta att jag hade varit en sån förnekare!”

Många negativa interpersonella händelser hade P4 skapat falska narrativ kring för att minska de negativa känslor och implikationer som händelserna hade haft. Insikter om sina egna känslor och sanningar om sitt liv sade P4 har gjort henne mindre benägen att fly ifrån sina egna problem genom att ta hand om andra. P1 beskrev kontakten med känsliga punkter i hennes förflutna som viktiga för att förstå vem hon var, var hon kommer ifrån och inte vara lika påverkad av det;

P1: ”Vi kom åt många ömma punkter. Hur det hade varit med mina föräldrar. Det var viktigt att förstå hur det har varit, att få insikten. Men det gör ont”.

Gemensamt i berättelserna var att terapin gjorde att de kom i kontakt med känslor som de tidigare inte hade tillgång till alls, eller inte i samma grad. Denna kontakt gjorde att de kände sig mer harmoniska, förstod mer vad de ville i livet och blev mer grundade i sig själva. Ingen förutom K1 i KBT gruppen uttryckte i någon nämnvärd grad kontakt med omedvetet

material som en central eller hjälpande faktor i deras terapi. K1 beskrev att han tidigare inte hade varit särskilt uppmärksam på vad han kände. I terapin ville terapeuten att han skulle försöka komma åt och sätta ord på sina känslor, vilket han blev bättre på och vilket han kände hjälpte honom att må bättre

**Att se kopplingen sin historia och mönster i nutid (2).** Något som P1 uttryckte var en stor hjälpande faktor i sin terapi var att förstå de interpersonella mönster som hon hade i nutid baserat på hur hennes relationer varit i hennes barndom; P1:

P1: ”Jag har fått förståelse för vad mina mönster är och vad de grundar sig i”

Detta gjorde att hon kunde undvika i högre grad att gå in i relationer som inte var bra för henne. P2 hade en liknande erfarenhet:

P2: ”Jag har fått en ökad medvetenhet om mina känslor och varför jag känner på ett visst sätt i relationer, vilka som är mina triggers.”

P3 kände att han förstod hur hennes mönster av att vela smickra andra och ställa sig in hos dem kom ifrån hans barndom;

P3: ”Jag försöker alltid göra det, smickra. Men min terapeut gick inte på det”.

Klienterna kunde genom att utforska sitt förflutna, sina känslor och tidigare relationer förstå hur de fungerade även i nutid, och blev således inte lika styrda av sin historia.

**Att känna sig sedd (3).** Temat att känna sig sedd framkom som mycket centralt i P1 berättelse med även till viss del i P3. Att terapeuten var uppmärksam och lyssnade aktivt och att terapeuten hade bra minne uttryckte både P1 och P3 gjorde att de kände sig sedda. Att känna sig förstådd, känslan av att terapeuten såg henne som en unik individ och någon att dela processen med som såg henne var saker som P1 uttryckte som mycket viktiga. P1 beskrev också hur negativt och destruktivt det hade varit för henne att ha fått vänta i länge i vårdkö, det hade fått henne att känna sig bortglömd. Hon beskrev också hur när terapeuten försökte göra generella tolkningar baserade på personer med liknande problematik kändes det mycket negativt; hon kände sig reducerad till ett anonymt ”fall” och inte sedd som en person;

P1: ”I början lade hon ord i min mun, det gjorde mig tokig! Men hon har blivit bättre på att förstå mig, jag känner mig väldigt sedd. Hon ser mig som person och individ, det värdesätter jag högt.”

Båda kände att det var viktigt att någon såg, och respekterade deras värde i deras individualitet, och att de hade blivit lyssnade till.

Detta var ett tema som framträdde också till viss del i KBT gruppen men inte i lika hög grad. K4 beskrev det som hjälpande att känna sig tagen på allvar, hörd, sedd och att terapeuten hade ett bra minne.

**Större förmåga att reglera känslor (4).** Både P1 och P3 beskrev att de hade blivit bättre på att reglera sina känslor och inte var lika påverkade av dem på grund av den grundliga utforskningen av känslor och orsaker som de hade genomgått. P3 tog exempel på hur han inte längre blev lika arg i bråk med sin flickvän utan kunde kontrollera sin ilska bättre;

P3: ”Om jag blir arg på min flickvän behöver jag inte ta bråket direkt, utan kan skjuta upp det till ett bättre tillfälle”.

P1 beskrev att hon genom bättre förståelse för sina interpersonella mönster och deras orsaker kunde bete sig mer ändamålsenligt med vad hon själv ville i relationer och inte bli lika påverkad av sådant som innan kunde göra henne mycket ledsen som andra gjorde;

P1: ”Insikterna gör att jag kan förstå situationer bättre, och t.ex. ta min mamma mer med en nypa salt”.

Att ha bearbetat känslor som tidigare varit omedvetna och/eller som varit viktiga i deras barndom gjorde att klienterna inte blev lika påverkade av känslor i nuet som härrörde ifrån dessa upplevelser.

**Negativt: Önskan om mer konkreta verktyg, styrning och råd (5).** Ett tydligt framkommande tema ifrån tre av fyra i PDT gruppen var att de hade önskat en högre grad av konkret hjälp. Två av intervjupersonerna hade ätstörningar och saknade konkret hjälp med dessa. De kände att även om hjälpen med de bakomliggande känslorna hade en indirekt hjälp på ätstörningarna genom att de generellt mådde bättre så var ätstörningarna så pass grundlagda beteenden att de hade behövt mer konkret hjälp med dem;

P1: ”Jag hade velat ha mer konkreta tips & hjälp på hur jag ska få bukt på bulimin”

P4: ”Jag hade velat ha lite mer metoder, mer praktiskt. Lite mer raka svar.”

Dessa skulle kunna vara olika beteende och tanke-strategier som de kunde använda i de reella situationerna. P2 upplevde att det ibland var svårt att terapins enda fokus var att hon skulle prata fritt, och hade önskat konkreta verktyg för interpersonella relationer, beteenden som hon kunde använda för att motverka negativa mönster;

P2: ”Hade velat ha lite mer konkreta verktyg, hur jag ska göra in en viss situation, t.ex. med mamma när jag känner mig otillräcklig.”

Gemensamt för deras upplevelser var en önskan om hjälp med svårigheter när de yttrade sig i nuet, istället för enbart fokus på de bakomliggande mekanismerna.

### **Kognitiv-beteendeterapeutiska teman**

**Att lära sig självhävdelse (1).** Ett tema som tydligt framträdde i KBT-gruppen var att lära sig självhävdelse och att lära sig att värdera sina egna behov. Alla i KBT-gruppen beskrev det som ett problem att de var mycket inställda på andras behov, att vara till lags och att inte tänka på sig själva. De beskrev att de hade höga krav på sig själva och ofta kände skuld gentemot andra. Terapin hjälpte dem att acceptera sina egna behov och att kunna agera efter dem. K1 tränade på detta genom ett rollspel med sin terapeut där han skulle öva sig på att hävda sin integritet och dra en gräns gentemot sin inneboende. Detta upplevde han mycket hjälpsamt. K1 sa om sin terapi i helhet:

K1: ”Jag blev okej med att befinna mig i konflikt. Det kommer finnas människor som inte tycker om mig, och det är okej.”

K3 blev genom terapin bättre på att hävda sina egna behov och ta emot hjälp;

K3: ”Jag känner att jag kan släppa in folk i mitt nu och inte längre bara vara till för andra”.

K4 kände mycket krav på sig själv att alltid vara positiv och genom att prata om denna problematik med sin terapeut och få terapeutens bekräftelse på att hon inte alltid behövde vara

till lags kunde hon lära sig att inte känna sig lika tvingad till detta. Det gemensamma för upplevelserna var att klienterna genom att prata om sig själva och sina känslor, att öva på att hävda sig mot andra och att ha någon som var fokuserad på att hjälpa dem lärde sig att hävda sina egna behov.

Detta var något som framkom även i PDT-gruppen, men fokus där var som ovan nämnt mer på att komma i kontakt med känslor i generell bemärkelse.

**Att få distans till det inre genom att kunna resonera kring det (2).** Nästan samtliga inom KBT-gruppen beskrev att de genom att verbalisera det som pågick i deras inre fick en större frihet, möjlighet att resonera kring det och distans till det negativa innehållet. K2 beskrev:

K2: "Känslorna och tankarna var inte lika nära inpå"

K3 kände att hon inte var lika påverkad av sin negativa självbild genom att ha satt ord på den och sedan kunna resonera kring hur rimligt det var;

K3: "Terapin hjälpte mig genom att jag fick kartlägga min självbild, och se att jag höll mig själv till högre krav än andra".

K4 hade en fobi för att åka kollektivtrafik. Hon var rädd för att inte ha kontrollen över var hon tog vägen. Tillsammans med sin terapeut kartlade de dessa tankar och försökte tänka sig vad som var det värsta möjliga scenariot:

K4: "Vi resonerade kring min fobi, vad som kunde var the worst case-scenario, då kändes det mindre upprörande och obehagligt".

Genom att först ha satt ord på de negativa känslor, tankar och beteenden som klienterna bar inom sig kunde de sedan tänka rationellt kring dem och därmed få en större frihet och möjlighet att göra motstånd mot de negativa tendenserna. I PDT-gruppen förekom en liknande upplevelse i form av P2 kände att hon fick mer frihet till sitt inre genom att ha satt ord på det, men hos P2 liksom hos de andra i PDT-gruppen fanns ett större fokus på att ha upplevt en befriande känsla av lättnad än att ha resonerat om innehållet.

**Träning i interpersonella färdigheter (3).** För två av de fyra i KBT-gruppen blev terapin en träning i interpersonella färdigheter som de såg som en hjälpande faktor. K1 hade



rollspelet och insikterna om hans benägenhet att alltid vara andra till lags. Detta beskrev han var en färdighet som han sedan tog med sig till andra relationer. K3 fick konkret hjälp av sin terapeut med hur hon skulle närma sig interpersonella situationer där det fanns svårigheter;

K3: ”Terapin hjälpte mig att hitta konkreta sätt att närma mig mina föräldrar utan skuld, genom att tänka annorlunda i situationerna, det har lindrat”.

Gemensamt i berättelserna var att terapin på olika sätt gav dem träning i hur de skulle bete sig i de faktiska situationerna där de upplevde problem.

**Negativt: Inte tillräckligt djupt (4).** Två av de fyra personerna i KBT gruppen tyckte starkt att något som hade saknats i KBT var en djupare dimension. K2 och K3 kände båda att de saknade utforskande av sig själva, reflektion och förståelse. De hade önskat ett mindre fokus på att ”fixa” problem och att det var ett för ensidigt fokus på att hantera problemen som de var och komma tillbaka till sina rutiner:

K3: ”Jag ville förstå mer varför, reflektera över existentiella frågor och vem jag var. Jag hade velat flyta runt mer. Men hon var mer praktisk”

K2 kände till och med att bristen på känslfokus och förståelse gjorde att terapin stundvis kändes opersonlig;

K2: ”Jag hade velat ha mer djup. Fokus låg mycket på att komma tillbaka i rutiner. Det gör ju också att det inte blir så opersonligt och känslomässigt”.

Genomgående var att båda kände att de inte förstod varför de hade hamnat i de problem som de hamnat i och hade velat förstå det bättre, och förstå sig själva bättre.

**Terapeutens beröm (5).** Ett mindre tema framkom hos K3 men även lite hos K2. Både K3 och K2 upplevde det som en hjälpande faktor att terapeuten hade validerat dem och gett dem positiv feedback när de hade gjort något bra:

K3: ”Min terapeut sa i slutet av terapin att hon såg en starkare person framför sig nu än vid terapins start. Det var mycket skönt att höra, att få en annans perspektiv.”

K2 terapeut brukade poängtera när han tyckte att K2 hade gjort något bra, vilket hon uppskattade; K2:

K2: ”Han brukade säga när jag hade gjort något bra, det gillade jag”.

Bekräftelsen och berömmen var något som båda stärkte dem och ökade deras självförtroende.

## Diskussion

### Teoribelysning

**Generella teman.** Nedan följer en jämförelse mellan de gemensamma temana funna i föreliggande studie och de i tidigare forskning. Till skillnad från tidigare forskning framkom temat *Att verbalisera det inre (1)* som ett mycket centralt tema i denna studie. Tidigare forskning har inte funnit detta som något som stått ut. Snarlika fynd har dock gjorts, som Elliot & Jones (1989) som fann ”att fritt få uttrycka sig” som en viktig faktor, Timulak (2007) som fann ”avlastning” och Donald et al. (2017) som fann ”strukturering av inre skeende”, som skulle kunna ses som liknande att verbalisera det inre. Att detta tema inte framträtt tydligt tidigare kan möjligtvis vara för att tidigare studier valt att beskriva andra mekanismer som går in under detta begrepp. Exempelvis kanske ”medvetandegörande av känslor” och/eller ”kognitivt strukturerande” är sätt att förklara vad som döljer sig bakom ”att verbalisera det inre”. I föreliggande studie ansågs det dock relativt tydligt att intervjupersonerna beskrev verbalisering i sig självt som något hjälpsamt. Därtill, vilket är möjligtvis den viktigaste poängen, var att det var något som i föreliggande studie var *transmetodiskt* vilket antyder att bara akten av att prata om det inre kan lindra psykisk ohälsa oavsett psykoterapeutisk inriktning.

Temat *En känsla av att vara viktig och förtjäna hjälp (2)* var till skillnad från föreliggande studie inte heller något som i tidigare forskning i större grad uppträtt som en framstående faktor. Det finns dock tidigare fynd som approximerar detta tema: en stödjande relation (Elliot & James, 1989) och att känna sig förstådd & accepterad (Philips & Holmqvist, 2008; Timulak, 2007). Ett fynd som approximerar detta i något högre grad skulle man kunna hävda är den form av självhävdande insikt som klienterna i Timulak & McElvaney (2013) fann hjälpsamt, vilket var en insikt om sina egna behov och att kunna berätta dessa utan skam eller skuld. Även Bordins (1979; 1994) fynd om vikten av att arbeta med individspecifika rädslor och problem tidigt i terapin approximerar detta tema, då individanpassad hjälp är det som får någon att känna sig värd hjälp. Varför detta viktiga tema inte framträtt tydligare i tidigare forskning är intressant eftersom det är ett relativt viktigt tema. Möjligtvis har tidigare forskare

valt att använda mer generella termer som ”empati” eller ”förståelse” för att fånga detta tema. Temat *Acceptans: Att känna sig accepterad som man är av terapeuten och sig själv (3)* är inte alltför prevalent i tidigare forskning, men det förekommer. I likhet med föreliggande studie fann Levitt et al. (2016) liknande fynd i form av att utforskande av negativa känslor ledde till en acceptans av sig själv, samt det hjälpande i upplevelsen av terapeuten som en empatisk, accepterande person. Elliot (1985) fann i likhet med detta tema att icke-engagemang och kritik från terapeutens håll var destruktivt för terapin, och Clark et al. (2004) fann något som möjligen kan liknas vid detta tema i form av ”komfortabilitet i självet” vilket inbegrep ett element av acceptans mot sig själv och att göra sådant man tidigare inte tillåtit sig eller vågat. Andra tydliga exempel på acceptans fann inte denna studie tidigare forskning, men det är viktigt att poängtera att Levitt et al. (2016) metaanalys inbegrep många kvalitativa studier och utgör således en stor likhet. Temat *En empatisk terapeut (4)* är dock mycket mer prevalent, och är något som bekräftas av så gott som all tidigare forskning. Det som verkar utgöra *empati* i den terapeutiska situationen tycks vara att terapeuten gör sitt bästa för att försöka *förstå* klienten, och även försöker känna in i hur det är att *vara* klienten. Empatin tycks innehålla både den intellektuella och den relaterande/emotionella komponenten. Både tidigare forskning och föreliggande studie pekar på att båda aspekter utgör essentiella delar av en enhet. Temat *En professionell terapeut (5)* förekommer i tidigare forskning endast i liknande form i Levitt et al. (2016) i form av temat ”terapeuten som representant för en profession”. Det var i likhet med föreliggande studie fråga om att känna ett förtroende och ett professionellt åtagande från terapeutens sida. Återigen bör här understrykas att detta är en mycket stor meta-analys och att det därför är ett viktigt tema. Det kan antas vara viktigt för en klient på det sätt att professionell hållning ger ett intryck av att bli tagen på allvar och respekterad, samt att den som ska ge hjälpen gör ett seriöst åtagande som är en produkt av rigorös utbildning och träning. Det är lätt att förstå hur detta inger klienten ett förtroende för att våga berätta om känsliga ämnen och lita på att terapeuten kan ta hand om det/dem. Levitt et al. (2016) poängterar dock i likhet med föreliggande studie att professionalism inte ska bli stel på det sättet att den skymmer den genuina relationen. Temat *Kontinuitet (6)* förekommer inte i den tidigare forskning som föreliggande studie undersökt. Även om det var ett relativt litet tema var det ändå ett tema som två deltagare nämnde som speciellt relevanta. Det är rimligt att anta att detta tema i likhet med andra som funnits, är på mer detaljerad och specifik nivå än många av de teman som tidigare studier funnit. Kontinuitet skulle till exempel kunna gå in under mer generella teman som ”ramar” eller ”känsla av stöd”. Temat *Klass och etnicitet (7)* var ett tema som också framkom i Levitt et al. (2016) metaanalys, men inte i någon annan studie. I deras studie framkom det i form av att prata om

maktinkongruensen i relationen ifall det uppstod problem i detta, och innefattade i detta begrepp både en inkongruens som är inherent i terapirelationen i form av att en person får inblick i en annans personliga angelägenheter, som är mycket sårbar inför denne och får därigenom stor makt, samt den inkongruens som kan skapas av att tillhöra olika samhällsklasser, nationaliteter, etniciteter, kön och liknande. I likhet med Levitt et al. (2016) understryker denna studie vikten av att terapeuten försiktigt lyfter in denna aspekt i relationen så att patienten känner sig välkommen att prata om detta, utan att känna sig besvärlig eller anklagande. Även om detta var ett tema som bara uppkom hos en deltagare är det missvisande att betrakta som ett litet tema då det var den enda person som kunde ha haft detta problem. Det kan liknas vid att i en studie med enbart en man/kvinna klassificera deras behov av att prata om könsspecifika frågor som ett subtema. Även om det i denna studie uppkommit i form av just klass och etnicitet är samma princip gällande för andra faktorer, så som kön eller könsidentitet. Om en terapeut är känslig och försiktig i sitt inbjudande till att prata om detta ämne finns heller ingen större risk att det sker en ”krock” genom att klienten pressas till att berätta om något som hen kanske inte vill prata om eller är redo för att prata om.

**Psykodynamiska teman.** Det psykodynamiska temat *Att komma i kontakt med känslor och perspektiv som varit omedvetna (1)* var ett tema som förekom ofta i tidigare forskning som hjälpande, om än i lite andra formuleringar. De liknande teman som tidigare funnits har varit förvärvat självförståelse (Elliot & James, 1989), insikt i personlighetsmönster och acceptera negativ känsla (Levitt et al., 2016), insikt/självförståelse samt utforskning av känslor (Timulak, 2007), svår och smärtsam insikt (Timulak & McElvaney, 2013), tillgång till ett rikare känslspektrum (Göstas et al., 2012), att förstå en traumatisk händelse och känsloreaktionerna som följer den (Aguila et al., 2016), medvetandegörande av upplevelser som undvikits (Philips & Holmqvist, 2008), ökad självkänedom och förståelse för vad som leder till psykisk ohälsa (Lilliengren & Werbart, 2005; Nilsson et al., 2007) samt ökad känslomedvetenhet (Poulsen et al., 2010). Tidigare forskning bekräftar även att detta tema tycks vara mer förekommande som ett antingen universellt tema eller PDT-tema än ett KBT tema, då den enda KBT-studie som funnit något liknande var Clarke et al. (2004) CT-studie som fann ”förståelse för grundantaganden”. Detta går i linje med respektive teorier om förändringsfaktorer för PDT och KBT, där utforskning, insikt och omedvetet är något som i regel tillhör PDT. Temat *Att se kopplingen mellan interpersonella mönster i nutid och sin historia (2)* förekom snarlikt i Levitt et al. (2016) meta-analys, i form av insikt i beteendemönster. Det kan naturligtvis ifrågasättas hur mycket detta har att göra med interpersonella mönster och historia. Återigen finns ett problem med att temana är på olika

detaljerad nivå. I Nilsson et al. (2007) där PDT-klienter undersöktes separat fann dock i likhet med föreliggande studie liknande teman i form av förståelse för sig själva, en sammanhängande livshistoria, förändrat förhållningssätt i sociala situationer och större förmåga att undvika destruktiva relationer. I andra PDT-studier nämndes intressant nog inte detta som en faktor. Detta är anmärkningsvärt då det psykoterapeutiska arbetet att förstå sina relationella mönster (inre objekt-relationer) för att få bättre kontroll över dem är mycket centralt i PDT, då det anses vara centralt för utvecklingen och bibehållandet av psykisk ohälsa. Temat *Att känna sig sedd* (3) var relativt förekommande i tidigare forskning, men i större grad i de generella studierna och enbart i snarlikt form. Det ska betonas att detta tema även innehöll känslan av att känna sig förstådd, vilket var relaterat till upplevelsen av att vara sedd. Liknande teman som uppkommit är att känna sig förstådd och accepterad (Philips & Holmqvist, 2008; Timulak, 2007), upplevelsen av att möta en förstående och empatisk person (Levitt et al., 2016), positiv personkemi med terapeuten (Nilsson et al., 2007) och de negativa effekterna av dåligt engagemang ifrån terapeutens sida (Elliot, 1985; Grunebaum, 1986). I PDT studierna förekom det mycket sparsamt som en faktor, enbart i Poulsen et al. (2010) uppkom ett likande tema i form av en upplevelse av terapeuten som varm och genuint intresserad. Intressant är att i likhet med föreliggande uppkom inte detta tema i någon av KBT-studierna. Exempelvis i Clarke et al. (2004) förekom det övergripande temat ”Den lyssnande terapeuten”, men detta innehöll inte något element av att känna sig förstådd eller sedd, utan kretsade kring kontraktet, arbetsalliansen, motivation och att känna sig trygg nog att öppna sig. Det bör poängteras att detta tema var mycket centralt mest för en person i PDT-gruppen, och det kan därför diskuteras om det kanske är specifikt för en viss problematik eller situation som rörde denna person. Detta kan förklara varför det inte förekom i tidigare forskning på samma sätt. En annan möjlig förklaring till att det förekommer mindre i KBT-sammanhang är att djupare känslor och perspektiv berörs i mindre grad i KBT och att det därför inte blir lika mycket av denna upplevelse, eftersom det kan hävdas att den förutsätter att starkt känsliga och/eller tidigare omedvetna perspektiv delges terapeuten. En annan möjlig förklaring är att det helt enkelt var slump att det in denna studie förekom i PDT-gruppen och att det i själva verket är mer knutet till kvalitén på relationen mellan klient och terapeut. Temat *Större förmåga att reglera känslor* (4) förekom relativt mycket i tidigare forskning, både på snarlika sätt och på sätt som liknande föreliggande studie. Det var något mer förekommande i PDT, men förekom till skillnad från denna studie även i KBT-studier. Levitt et al. (2016) fann ett tema som möjligtvis kan tolkas som något snarlikt men också kan syfta på något annorlunda nämligen nya handlingsmöjligheter till följd av insikter och självkänedom. Nilsson et al. (2007) fann att både

PDT och KBT klienter upplevde att känslor hade blivit mer begripliga och möjliga att hantera och Göstas et al., (2012) fann att klienter oavsett inriktning upplevde en större förmåga att kunna balansera tidigare överväldigande känslor. Vidare har förmåga till mentalisering, som innehåller element av känsloreglering, visat korrelation med behandlingsutfall (Levy et al., 2006) och i PDT-studien av bulimi-patienter uppkom temat att förstå bulimin som ett sätt att hantera känslor, vilket kan tolkas som att indirekt mena att patienterna nu hade mer adaptiva sätt att reglera sina känslor. Det negativa temat *Negativt: Önskan om mer konkreta verktyg, styrning och råd (5)* förekom intressant nog i relativt hög grad i tidigare PDT-forskning, på ett mycket liknande sätt som i föreliggande studie. Lilliengren & Werbart (2005), Nilsson et al. (2007) samt Poulsen et al. (2010) fann alla att klienter hade önskat mer feedback, styrning, råd vägledning och verktyg. I Göstas et al. (2012) blandade grupp var verktyg och strategier för att hantera problem något som klienterna tydligt uttryckte hade hjälpte dem. Utifrån dessa fynd är det rimligt att åtminstone diskutera om detta faktiskt kan vara ett uttryck för något som PDT saknar. Det som många upplever som PDT:s ”passivitet” är också ett vanligt förekommande tema i populärkulturen som möjligtvis är ett uttryck för något som är ett problem. Det bör tilläggas att båda de i denna studie som uttryckte detta tema hade ätstörningsproblematik (i varierande grad), i likhet med Poulsen et al (2010), och deras önskan om mer strategier och råd var knutet specifikt till ätstörningsaspekten av deras problem. Möjligtvis pekar detta på att vikten av att vara konkret är starkare kopplat till viss problematik som kräver en större grad av detta. Möjligtvis behöver man inom det psykodynamiska fältet utveckla förmågan att försöka identifiera former av problematik som kräver större styrning och att mer vara konkret.

**Kognitiv beteende-terapeutiska teman.** KBT-temat *Att lära sig självhävdelse (1)* förekom i stor grad i tidigare forskning, och var inte avgränsat specifikt till KBT. Teman som tidigare uppkommit har varit självhävande och stärkande insikt (Timulak & McElvaney 2013), att tillfredsställa behov som man tidigare inte tillåtit sig (Donald et al., 2017). I PDT förekom det i form av att ha fått en större tolerans för ilska (Philips & Holmqvist, 2008) och en större förmåga att uttrycka egna behov, säga nej och att i mindre grad ta på sig ansvaret för andras lidande (Nilsson et al., 2007). Detta antyder att fyndet i föreliggande studie att temat självhävdelse är mer avgränsat till KBT möjligtvis berott mer på slumpen. Det kan också bero på att det tema som uppkom i PDT, att komma mer i kontakt med känslor, sin vilja och perspektiv, även innefattade självhävdelse; skillnaden var att det i PDT inte betonades på samma sätt. Detta möjligtvis kan ha att göra med att KBT ofta använder sig av ett mer singulärt fokus, som övningar och liknande för att träna upp självhävdelseförmågan, exempelvis som klienten i föreliggande studie som tränade på att sätta gränser gentemot sin rumskamrat genom

rollspel. Temat *Att få distans till det inre genom att kunna resonera kring det (2)* förekom sparsamt i tidigare forskning och i ofta i något annorlunda form än i föreliggande studie. Det som framkom var att känslor blivit mer begripliga och möjliga att hantera, vilket var oavsett terapiform (Nilsson et al., 2007), mer flexibla, rationella och positiva tankar, också oavsett terapiform (Göstas et al., 2012). KBT-specifika studier fann att kunna strukturera inre skeenden (Donald et al., 2017) samt tekniker för att ordna tankar och bedöma deras rationalitet (Clarke et al., 2004). Clarke et al. (2004) är det av dessa fynd som är mest likt de i föreliggande studie. Varför detta tema inte förekommer oftare är intressant med tanke på att det är ett centralt koncept inom den kognitiva delen av KBT. Möjligtvis är det även här en fråga om terminologi och analysnivå. Temat *Träning i interpersonella färdigheter (3)* har starkt stöd i tidigare forskning. Stödet för beteendeterapeutiska interventioner, som detta tema åtminstone delvis går under, är mycket väl belagda (Philips & Holmqvist, 2008). Därtill har generella kvalitativa studier temen som terapeutens uppmuntran att använda lärdomar från terapi i livet (Elliot & James, 1989). KBT-specifika studier har funnit övning och exponering (Nilsson et al., 2007). Det är således föga förvånande att föreliggande studie även funnit detta tema. Beteendestrategier och förändringar verkar vara en universell psykoterapeutisk mekanism, som även finns inom PDT med den förvisso väsentliga skillnaden att det inte är något som terapeuten aktivt ordinerar och styr åt patienten utan som är klientens eget ansvar. Oavsett är de inre förändringar som eftersträvas inom PDT, exempelvis insikt i sina inre objektrelationer, något som förväntas leda till en förändring även i beteende. Det negativa temat *Negativt: Inte tillräckligt djup (4)* förekom endast indirekt i tidigare forskning. Viss forskning har funnit förekomsten av ”psykodynamiska faktorer” vilket innebär element som exempelvis fokus på klientens historia och på överföringsrelationen, korrelerade positivt med förbättring i terapi (Jones & Pulos, 1993; Hayes & Strauss, 1998). Dock har inga av de tidigare studier som här granskats funnit att klienter uttryckligen saknat en djupare dimension. Detta kan möjligtvis bero på att forskarna inte frågat efter detta eller haft som mål att undersöka även det som var negativt. Intressant är också att precis som att PDT i populärkulturen ibland kritiserar för att vara passiv är också kritiken av KBT som ”ytlig” bekant. Föreliggande studie går alltså i linje med de föreställningar som delvis finns i det breda samhället. Temat *Terapeutens beröm (5)* förekom intressant nog inte alls som ett eget tema i någon tidigare forskning. I jämförelsen med tidigare forskning inkluderas inte de rapporteringar av terapeutens stöd och empati, eftersom de redan diskuterats samt eftersom de är något för generella i jämförelse med terapeutens beröm. Samtidigt kan det vara så att terapeutens beröm inbegrips i mer generella begrepp som dessa i tidigare forskning.

## **Psykoterapi: Metodologiska principer eller enbart en social ritual?**

Vad indikerar föreliggande studie utifrån Lundhs (2014) konceptualisering av RPP och MPS? Föreliggande studies fynd ligger mer i linje med en MPS-modell än en RPP-modell. Det innebär inte studiens fynd talar emot RPP, då RPP innehåller element som en genuin, positiv terapeutisk relation. Men de tre elementen i MPS 1) nya interpersonella erfarenheter (utav delvis terapeuten), 2) gradvis exponering och 3) att bli empatiskt lyssnad på och validerad förekommer alla i föreliggande studie. Å andra skulle försvarare av RPP mena att det sociokulturella argumentet inte går att undersöka utifrån självrapportering, eftersom det ingår i dess teori att man av nödvändighet är omedveten om processerna när man själv befinner sig i dem. Detta ger samtidigt förespråkare för RPP en bevisbörda, genom att de då på något sätt måste bevisa att psykoterapi är likvärdig annan human hjälp. Ett sätt att undersöka detta skulle till exempel vara att jämföra deprimerade klienter som får träffa en psykolog med deprimerade klienter som är medlemmar i en kyrklig församling i vilken de får träffa en präst (Även om resultaten i båda dessa grupper skulle bli samma skulle det dock inte bevisa deras tes utan endast stödja den, då det är möjligt att hävda att det sker någon form av psykoterapeutiska processer i samtalen med en präst som inte sker i psykologsamtalen och tvärtom). Men det som deltagarna i föreliggande studie rapporterat är definitivt processer som är unika för psykoterapi som exponering, tolkningar, belysning av mönster och kognitiva tekniker. Det fanns å andra sidan även faktorer som inte är beroende av en utbildad psykolog, som acceptans eller att känna sig förtjänt av hjälp. Det är dock inte alltid så enkelt att avgöra om dessa former av hjälp nödvändigtvis är oberoende av en psykologutbildning. Möjligen är det så att den träning en psykolog erhåller i förståelse, samtalsteknik och liknande genom sin utbildning är det som *underlättar* för en klient att exempelvis verbalisera sitt inre, eller känna sig sedd och förstådd. Dessa frågor är dock svåra att utreda i nuläget och är endast spekulation. Inom ramarna för denna studie är det därför bättre att konstatera att denna studie stödjer ett MPS-perspektiv. Resultaten i föreliggande studie pekar till och med på mekanismer bortom MPS i form av att de var specifika för terapiformerna. I PDT var *Större förmåga att reglera känslor (4)* samt *Att se kopplingen mellan interpersonella mönster i nutid och sin historia (2)* båda teman som det går att hävda inte går in under någon av MPS mekanismerna utan faktiskt går utöver dem. Även de element av självkännedom och intellektuell förståelse för sig själv som klienter nämnde i olika PDT-teman kan hävdas gå utöver MPS-mekanismer. I KBT gruppen kan man hävda att temana var mer i linje med MPS-mekanismer, med teman som kognitiv distans till negativa känslor och tankar, interpersonella strategier, självhävdelse och beröm. Detta är intressant, men fler studier behövs för att styrka detta.



Sammanfattningsvis talar resultaten i föreliggande studie för att KBT och PDT har vissa viktiga element gemensamma som verkar vara universella för de flesta psykoterapier, men att de också innehåller element som är typiska för respektive terapiinriktning. Vidare stöds dessa inriktningsspecifika faktorer av de teorier som finns inom respektive tradition av vad det är som hjälper. Dessa resultat ger därför även ett förslag på förklaring till "The dodo bird verdict" (Luborsky et al., 2002), genom att om många viktiga psykoterapeutiska mekanismer förekommer i såväl KBT som PDT i kombination med det faktum att respektive inriktning även har methodspecifika hjälpande mekanismer, kan det tänkas förklara varför det i stora jämförelser av terapierna inte blir några signifikanta skillnader.

**Överförbarhet.** Polkinghorne (2005) menar att det är inherent i den kvalitativa metodiken att syftet med dess forskning är att få så detaljerade beskrivning som möjligt av det fenomen som undersöks, snarare än att utifrån ett stickprov generalisera till en population. Kvalitativ forskning strävar dock också i allmänhet efter att dess fynd ska kunna användas för att informera även andra kontexter, vilket beskrivs som överförbarhet snarare än generaliserbarhet, vilket är begreppet som används inom kvantitativ forskning (Willig, 2013). Föreliggande studie har haft som ambition att både undersöka hur en individuell psykoterapi kan upplevas och förstås av en individ, men också att *kunna säga något om psykoterapi (KBT och PDT) överlag*. Deltagarna i följande studie var relativt unga, 16-28 år gamla vid tiden för deras terapiers start, hade relativt blandad problematik, och var i majoritet kvinnor. Gällande ålder bör det konstateras att föreliggande studie undersökt unga människor och att fynden därför möjligtvis är mer representativa för yngre människor. Detta är svårt att uttala sig om och mer forskning krävs där man kontrollerar för ålder. Det bör poängteras att det inte var speciella teman som tydligt stack ut beroende på ålder. Gällande problematiken behövs även här studier som jämför olika typer av problematik om man ska kunna säga något om psykoterapeutiska mekanismer för en viss problematik. Man kunde i föreliggande studie se att deltagare med ätstörningar rapporterade liknande teman. Det fanns även vissa teman som var mycket viktiga för vissa enskilda personer men som inte nämndes av andra. Hur mycket av detta som berodde på problematik eller individuella faktorer går inte att svara på utifrån föreliggande studie. Gällande könsfördelning var det för få män i studien för att göra jämförelser baserat på kön. Tydliga könsspecifika teman framträdde inte. För att undersöka könsskillnader i psykoterapiers upplevda mekanismer behövs mer forskning med stora grupper av olika kön som jämförs med varandra.

## Metoddiskussion

Således valdes TA som analysmetod. Av andra analysmetoder ansågs även Interpretative phenomenological analysis (IPA) samt grounded theory (GT) vara möjliga som alternativ (Willig, 2013). IPA är en analysmetod med en fenomenologisk epistemologisk ansats vilket innebär att forskaren inte försöker göra anspråk på objektivitet annat än i meningen att förstå subjektets upplevelse. Förståelsen för detta är inte avhängig de faktiska objektiva omständigheterna. Anledningen till att TA valdes över IPA var för främst för att författaren bestämde sig för att ha en kritisk-realistisk ansats i studien, åtminstone delvis (se nedan). IPA sågs då som opassande då det låser forskaren vid en helt och hållet fenomenologisk ansats. GT är en analysmetod där ambitionen är att ur ett data-underlag skapa nya teorier genom att försöka se samband och mönster. Anledningen till att GT inte valdes var därför att den enligt Willig (2013) i första hand är anpassad för att generera sociologiska teorier, samt för att den är en svårare metod men som i föreliggande studie inte hade tillfört något som TA inte kunde ge, eftersom studien inte hade som uttryckt mål att producera nya teorier.

**Kunskapsanspråk: Ontologisk och epistemologisk utgångspunkt.** Inom kvalitativ forskning är det viktigt att forskaren explicitgör sin ontologiska och epistemologiska utgångspunkt (Willig, 2013). Ontologi är läran om verklighetens natur, och epistemologi är läran om hur kunskap erhålls.

Föreliggande studies ontologiska utgångsläge kan belysas utifrån Ponterottos (2005) presentation av olika ontologiska traditioner inom kvalitativ forskning. Föreliggande studie placerar sig någonstans mellan post-positivism och ”konstruktivism-interpretivism”. Post-positivismen menar att det finns en objektiv verklighet men att den endast når att gå indirekt. ”Konstruktivism-interpretivism” menar att det finns flera skapade verkligheter, som är subjektivt konstruerade av individen, den sociala kontexten och forskaren. I föreliggande studie sammanfaller dessa positioner på följande sätt: psyket är å ena sidan baserat i och knutet till den biologiska organismen. Således finns det en viss objektivitet i våra psykiska upplevelser genom att de är knutna till en evolutionärt formad varelse. För denna aspekt svarar det post-positivistiska perspektivet. Å andra sidan befinner sig dessa psykiska processer ständigt i en föränderlig process av rörelse och ömsesidig påverkan, samt blir influerade av den sociala kontext vi befinner oss i. För denna aspekt svarar konstruktivism-interpretivism-perspektivet. Ponterotto (2005) tar ”consensual qualitative research (CQR) som exempel för en metod ofta använd inom psykoterapiforskning som på samma sätt som föreliggande studie placerar sig mellan post-positivism och konstruktivism.

Epistemologi är läran om hur denna kunskap erhålls och en epistemologisk utgångspunkt är således vilka kunskapsanspråk forskaren gör. Den utgångspunkt som gör anspråk på att beskriva en mer eller mindre objektiv verklighet kallas *realism*. Realister menar att det finns något som existerar någorlunda objektivt, *oberoende av både forskaren och subjektets syn eller kunskap om det*, och att det går att beskriva denna verklighet. Realism finns på ett spektrum mellan direkt realism, som menar att förhållanden mellan observatören och verkligheten är okomplicerat och direkt, och kritisk realism, som menar att förhållandet inte är direkt, utan data måste tolkas för att man ska få syn på de underliggande strukturerna/fenomen som data uppenbarligen är ett uttryck för. Den utgångspunkt som enbart vill beskriva subjektets subjektiva värld kallas *fenomenologi*. Forskaren försöker förstå hur det är att ha en viss upplevelse; hur världen ter sig för en viss individ. Den utgångspunkt som enbart vill beskriva sociala strukturer kallas *socialkonstruktivism*. Här försöker forskaren i data se uttryck för sociala och ekonomiska faktorer; normer, attityder och maktspel. De utgångspunkter som det stod mellan i denna studie var kritisk realism och fenomenologi. Fenomenologi är en vanlig utgångspunkt i kvalitativ psykologiforskning eftersom det är subjektiva upplevelser som studeras (Willig, 2013) och detta alternativ var därför nära till hands. Å andra sidan var kritisk realism, som lämnar utrymme för osäkerheten i subjektiv upplevelse, också ett attraktivt alternativ då föreliggande studie ämnar göra anspråk på en form av objektivitet, nämligen vad som är verksamt i psykoterapeutiska interventioner. Eftersom subjektiva upplevelser är centralt inom psykoterapi kan man hävda att distinktionen mellan subjektiv och objektiv verklighet suddig inom psykoterapins område, eftersom det är svårt att prata om en ”*objektiv upplevelse*”. Samtidigt visar forskningen tydligt att otaliga klienter beskrivit upplevelser på liknande sätt, vilket starkt antyder att det verkar finnas något som hade kunnat kallas *allmänmänskliga fenomen*. En liknelse är upplevelsen av ett benbrott, som är en subjektiv upplevelse av smärta, men samtidigt ett objektivt smärtsamt fenomen sett ur biologiskt synpunkt. Den kritisk-realistiska ansatsen ansågs därför vara legitim, även om en fenomenologisk ansats också hade passat. Ett annat skäl till att kritisk realism valdes över fenomenologi var att beslutet togs att inte spela in och transkribera intervjuerna, på grund av tidsbrist. Eftersom det inom fenomenologin är av central vikt att forskaren kan närma sig och detaljerat beskriva subjektiva upplevelser ansågs det att det hade försvårat (men inte omöjliggjort) en fenomenologisk approach att inte ha inspelade intervjuer och transkriberingar. Studiens mål var istället simplificerat genom att fokusera på att hitta generella teman i deltagarnas upplevelser. En mycket detaljerad analys av deras upplevelser eftersträvades inte.

Det bör poängteras att det går att kombinera perspektiv, antingen genom att göra parallella analyser och presentera dem parallellt eller genom att försöka integrera dem i ett sammanhängande resultat (Willig, 2013). Detta hade kunnat vara ett sätt att analysera data både kritisk-realistiskt och fenomenologiskt. Willig (2013) rekommenderar inte detta för nybörjare och det hade inneburit en signifikant mer komplicerad analys. Beslutet togs därför att inte göra detta. Den kritiska realism som därför valdes till föreliggande studie skulle kunna beskrivas som en realism med fenomenologisk medvetenhet.

**Intervjuproceduren.** Polkinghorne (2005) betonar vikten av att rekrytera med avsikt för att hitta personer som har haft tillräckligt rika upplevelser för att kunna berika studien. Eftersom föreliggande studie enbart hade som mål att undersöka psykoterapiupplevelser var inte detta något som ansågs vara nödvändigt att ta hänsyn till i föreliggande studie. Om studien vid utgångspunkten enbart hade önskat personer med mycket detaljrika psykoterapiupplevelser hade detta till och med kunnat ge en skev bild av psykoterapiens verklighet. Kvalitativa studier använder sig ibland av en metod av att rekrytera deltagare tills man uppnår det som kallas ”mättnad”, vilket innebär den punkt då trots att fler deltagare intervjuas ingen ny information framkommer utan samma trender i data upprepar sig (Morrow, 2005; Willig, 2013). Om mättnad hade tillämpats i föreliggande studie hade det förmodligen gjort studien mer tillförlitlig och intressant genom att det hade sagt mer om psykoterapeutiska mekanismer och nivån av deras förekomst. Anledningen till att det inte gjordes är av praktiska skäl då det inte bedömdes finnas tid till en så rigorös process.

Inom kvalitativ forskning är det av central vikt att forskaren reflekterar över hur han själv influerar den kunskap som produceras (Willig, 2013; Ponterotto, 2005). Desto mer realistisk/post-positivistisk hållning som eftersträvas desto mer försöker forskaren eftersträva att resultaten inte påverkas av forskaren, genom att exempelvis använda sig av standardiserade formulär. Polkinghorne (2005) betonar att det som en individ berättar i en intervjustudie inte kan vara identiskt med upplevelsen utan är något som är färgat av intervjuledaren och intervjusituationen. De sätt som intervjuledaren förmodligen påverkat data är genom att det semistrukturerade intervjuformatet gjort att intervjuledaren själv medvetet och omedvetet valt vad av det som intervjupersonerna sade som skulle fördjupas. Detta har förmodligen fått som konsekvens att vissa delar av i deltagarnas berättelser blivit mer examinerade än andra, baserat på sådant som intervjuledarens intressen, tidigare erfarenheter och subjektiva predisposition. I kritisk-realistisk/post-positivistisk forskning är det ändå viktigt att forskaren försöker minimera sin egen suggestion på det som berättas (Polkinghorn 2005; Morrow; 2005). Intervjuledarens påverkan försökte minimeras på följande sätt: (1) genom att använda en intervjuguide, vilket

minskade graden av att intervjuledarens egna associationer och följdfrågor var det enda som styrde intervjuerna, (2) genom att inte använda psykologisk jargong i intervjuguiden, för att minska risken för stereotyperade svar, (3) genom att ha en hållning av icke-förutfattadhet, som till exempel genom att fråga om både negativa och dåliga upplevelser och att ställa frågor på ett förutsättningslöst sätt, samt (4) genom att som en inbyggd del i intervjuguiden låta personen själv försöka lista teman, som om hen utförde studien på sig själv; dessa teman räknades sedan som mest relevanta i det tematiska analysarbetet. Målet med detta var att minska graden av forskarens egen tolkning och förståelse som styrande i vilka koder och teman som formulerades.

**Tolkningen av data.** Det är även viktigt att kritiskt diskutera den ofrånkomliga tolkning av data som sker på olika nivåer i dataanalysen. Ponterotto (2005) betonar att kvalitativ forskning alltid genomgår en process av tolkning och analys, och är aldrig ”ren” i viss mening. Den första nivån är koderna: de koder som genereras av forskaren är ofrånkomligen färgade av forskarens subjektiva predisposition, och i teoretisk TA, även den psykologiska teori och jargong som redan finns. Nästa nivå är när koderna delas in i teman, som också ofrånkomligen färgas utav forskarens subjektivitet. Dessa problem är mycket svåra att åtgärda för samma forskare som gör analyserna, annat än att vara medveten om det. Det bör poängteras att alla citat som används i resultaten är efterkonstruktioner baserade på anteckningarna som gjordes, och är således inte rena citat. Misstag kan därför ha förekommit.

**Etiska överväganden.** Willig (2013) lyfter 5 etiska ställningstaganden i kvalitativ forskning vilka är: (1) informerat samtycke, (2) transparens i forskningens syfte och med forskarens handlande, (3) att säkerställa frivilligheten i deltagandet, (4) att ge deltagarna möjlighet att ta del av studien samt (5) att försäkra deltagarnas anonymitet. I föreliggande studie har detta följts genom att en samtyckesblankett delades ut inför varje intervju där personerna intygade att de ville delta i studien, deltagarna blev både muntligt och skriftligt informerade om studiens syfte och frivilligheten i deltagandet och inför samtliga intervjuer informerades deltagarna att de kunde dra sig ur när de ville samt att de själva valde hur personliga och djupa de ville vara i sina svar. Samtliga deltagare informerades också om att de kunde ta del av studiens resultat ifall de önskade.

### **Framtida forskning**

Nedan listas tre olika rekommendationer inför framtida kvalitativ psykoterapiforskning utifrån föreliggande studie.

**Standardisering i mätning av kvalitativ forskning.** Det som tydligt framgick av jämförelserna med tidigare forskning var svårigheterna i att göra jämförelser med andra

forskare som tematiserar antingen på en högre eller lägre analysnivå, eller namnger temana på andra sätt. Detta kunde ibland avhjälpas genom att i detalj undersöka temana som en forskare har rapporterat, men detta var inte alltid till hjälp. Detta problem skapar naturligtvis svårigheter med att jämföra och replikera kvalitativ psykoterapiforskning, svårigheter som kvantitativ forskning inte har på grund av sin större grad utav standardisering (genom exempelvis användning av formulär med skattningsskalor). Om psykoterapi ska kunna undersökas kvalitativt med kredibilitet är kanske det mest grundläggande att studier måste kunna jämföras med varandra och i förlängning bygga på varandra. Hur skulle detta kunna åtgärdas? Ett sätt skulle vara genom att använda någon form av standardisering i mätningen av kvalitativ forskning genom att använda vissa begrepp utformade för fältet eller systematiska kategoriseringar. Ett förslag är att till exempel undersöka och kategorisera teman i kategorier, som tidigare forskning visat vara viktiga övergripande områden. Denna tanke är delvis inspirerad av Elliot & James (1989) som fann att klienters upplevelser av psykoterapi kunde delas in i förändringar av självet, relationen till terapeuten och terapin som process. Detta skulle kunna vara ett förslag. Ett annat förslag utifrån föreliggande studie är att dela in teman i följande övergripande områden: (1) relationen till terapeuten; de element i relationen som bidrog till en förändring, (2) inre faktorer; sådant som självinsikt och kognitiva förändringar och (3) yttre faktorer; sådant som nya beteenden, exponering eller nya interpersonella färdigheter. Naturligtvis är alla dessa tre områden ömsesidigt sammanlänkade, men det blir lättare att jämföra forskning om studiers teman och resultat är organiserade längst med vissa principer. Det ovan nämnda är enbart ett förslag, andra sätt systematisera teman kan naturligtvis tänkas. Fördelarna med modellen ovan är att de flesta förändringsfaktorer i psykoterapi faller inom några av dessa kategorier, och om de inte gör det skulle de kunna delas upp. exempelvis temat *Acceptans: att känna sig accepterad av terapeuten och sig själv* i föreliggande studie kan delas upp i en del som rör relationen till terapeuten (terapeutens accepterande hållning) och en del som rör en inre förändring (en acceptans mot sig själv). Ytterligare ett sätt att öka standardiseringen och möjligheten till jämförelser i kvalitativ forskning är att vara konsekvent i att använda sig av facktermer ("affekttolerans"; "exponering") istället för att använda uttryck som "ett rikare känsloliv" (Göstas et al., 2012) som gör det svårt att förstå vad som menas.

**Ökad precision i tematisering.** En relaterad svårighet som också tydligt framkom i jämförelser med annan forskning var när andra forskare hade tematiserat på ett sätt som var för ospecifikt. Teman som "självförståelse" (Timulak, 2007) eller "ett rikare känsloliv" är breda på ett sätt som gör det svårt att förstå vad som menas. Självförståelse i vilket hänseende? Större förståelse för sin personliga historia? Interpersonella mönster? Tidigare omedvetna känslor?

Naturligtvis hänger även dessa faktorer ihop, men det lönar sig ändå att skilja på dem i den tematiska analysen; hade man inte kunnat tematisera saker som är intimt sammankopplade i analys av psykoterapi hade man inte kunnat tematisera överhuvudtaget. I föreliggande studie valdes medvetet att vara mycket precis och bokstavig i formuleringarna av teman just av denna anledning, som exempelvis genom att skilja på besläktade teman som *Att verbalisera det inre* och *Att få distans till det inre genom att kunna resonera om det*.

**Att undersöka avgränsat.** Genom att separera faktorer som exempelvis olika kön och ålder, olika problematik och olika behandlingstyper kan kvalitativ psykoterapiforskning bli mer relevant, intressant och användbar för kliniker. I föreliggande studie framkom det exempelvis att det hade varit delvis olika verksamma faktorer enligt klienterna i de olika inriktningarna. Hade inte KBT-gruppen och PDT-gruppen analyserats separat är det inte säkert att detta hade upptäckts. Detta koncept relaterar även till precision och standardisering vilka behövs för att kunna upptäcka skillnader; om teman görs på en alltför generell nivå är det rimligtvis svårt att upptäcka skillnader mellan olika klientgrupper och terapiinriktningar. Det är heller ingen skada skedd om två grupper analyseras separat och sedan inga skillnader hittas (som föreliggande studies Generella teman). Gällande relevansen för kliniker är det exempelvis mer värdefullt för en terapeut som arbetar med schizofrena patienter att få information om vad denna patientgrupp finner hjälpande i terapi än en blandad grupp av olika problematik. Således hade det varit av intresse att i framtida forskning se jämförelser mellan exempelvis åldrar (rapporterar personer 20-30 år gamla andra terapeutiska mekanismer än personer 60-70?) kön (är det skillnader mellan vad män och kvinnor upplever som terapeutiska mekanismer?), fler olika terapiinriktningar eller alla möjliga kombinationer av ovan nämnda. Otaliga fler faktorer kan naturligtvis undersökas.

Genom att betrakta klientens subjektiva uppfattning som en självklart relevant faktor och att den forskas på med så rigorösa metoder som är möjligt utan att subjektiviteten skadas, kan kvalitativ psykoterapiforskning ses som ett naturligt komplement till kvantitativ och bidra till nya vetenskapliga upptäckter och bättre behandlingar.

## Referenser

- Aguila, D., Lama, X., Capella, C., Rodriguez, L., Dussert, D., Gutierrez, C., & Beiza, G. (2016). Narratives from therapists regarding the process of psychotherapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse. *ESTUDIOS DE PSICOLOGIA*, 37(2–3), 344–364.
- Ahn, H., Bruce E. Wampold (2001). Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 48, No. 3, 251-257
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108, New York: Oxford university press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16 252-260
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath. & L. S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: theory, research practice* (pp 13-37). New York: Wiley
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.
- Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(3), 299–305. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/h0088377>
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 77(1), 67–89. <https://doi.org/10.1348/147608304322874263>
- Crits-Cristoph, P, Connolly Gibbons, M. B. (2002) Relational interpretations, in J. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. (2002). New York: Oxford University Press.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07147a&AN=lub.1551850&site=eds-live&scope=site>



- DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 862–869. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.6.862>
- Donald, I. N., Carey, T. A., & Rickwood, D. J. (2018). Therapeutic change in young people— A qualitative investigation of client and therapist perspectives. *Counselling & Psychotherapy Research, 18*(4), 402–411. <https://doi.org/10.1002/capr.12191>
- Elliot, R. (1985). Helpful and non-helpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of counseling psychology, 32*, 307-322
- Elliott & Rodgers (2008) Client Change Interview Follow Up Schedule (v5): A downloadable copy of the follow up version of the Change Interview. Hämtat 30 september 2019 från: <http://www.drbrrianrogers.com/research/client-change-interview>
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*(4), 443–467. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90003-2)
- Grunebaum, H. (1986). Harmful Psychotherapy Experience. *American Journal of Psychotherapy, 40*(2), 165. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1176/appi.psychotherapy.1986.40.2.165>
- Grant, J., Sandell, R. (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In P. Richardson, H. Kächele & C. Renlund (Eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (pp. 81-108). London: Karnac Books, 2004
- Göstas, M., Wiberg, B., Kjellin, L. (2012) Increased participation in the life context: a qualitative study of clients' experiences of problems and changes after psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy, (4)*, 365. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.734498>
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 939–947. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.939>
- Holmqvist, R., Philips, B. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Författarna och Liber AB.

- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 306–316. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-006X.61.2.306>
- Jung, C. G., Henderson, J. L., Jaffé, A., Jacobi, J., Franz, M. (1968). *Man and his symbols*. London: Aldus Books, Limited
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4/5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kahl, U. Schweiger, L. Winter, K. G. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry, vol. 25*(6)
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1027–1040.
- Lilliengren, P., Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 324-339 (3), 324. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.324>
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173–187. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lundh, L. (2014). The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications. *Psychology and behavioural sciences. Vol. 3, No. 5, pp. 131-150*. doi: 10.11648/j.pbs.20140305.11
- Luborski L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A & Krause E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical psychology: Science and practice, 2002, 9*, 2-12-
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250-260.

- Murphy, P. M., Cramer, D. & Lillie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British journal of medical psychology*, 57, 187-192
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy research*, 17. 553-556.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-146.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counselling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Poulsen, S., Lunn, S., & Sandros, C. (2010). Client experience of psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa: An interview study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 469–483. <https://doi.org/10.1037/a0021178>
- Scogin, F., Jamison, C., Floyd, M., Chaplin W. F., (1998). Measuring learning in depression treatment: A cognitive bibliotherapy test. *Cognitive therapy and research*, 22, 475-482
- Summers, R. F., Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy – A guide to evidence based practice*. New York: The Guilford press.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 310–314. <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L., & McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131–150. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.792997>
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: the humanistic and effective treatment. *American psychologist* 62 (8), 857-873.
- Wiberg, M., & Wiberg L. (2013). *Dynamisk psykoterapi: Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3:e uppl) Maidenhead: Open University Press.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., ... Thase, M.E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy

With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255–265. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.255>

Öst, L. G. (2014) The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

**Bilaga 1**  
**Intervjumall**

1. Hur har du mått sen terapin slutade?
2. Kan du beskriva terapiprocessen?
3. Vilka förändringar i dig har du känt sedan terapi slutade?
4. Har något ändrats till det värre?
5. Vad är det du minns tydligast med din terapi?
6. Är det något som du ville skulle förändras som inte gjort det?
7. Vad tror du har ORSAKAT förändringarna som du beskriver?
8. Tror du det fanns något i din livssituation under terapin som hjälpte/stjälpte dig i att tillägna dig den?
9. Fanns det saker som var svåra eller smärtsamma med din terapi men som ändå var OK eller t.o.m. hjälpsamma?
10. Var det något i terapin som du tycker var hindrande, negativt eller en besvikelse för dig?
11. Känner du att det saknades något i din terapi?
12. Hur skulle du beskriva din terapeut?
13. Vad tyckte du om din terapeut?
14. Hur utvecklades relationen mellan dig och din terapeut?
15. De saker som du beskrivit nu, tror du att du skulle kunna ringa in dem i rubriker eller teman? Vilka skulle de vara i så fall?
16. Finns det något du inte sagt som du skulle vela lägga till?

Thomas Nilsson  
Institutionen för psykologi, Lund 2019  
Examensarbete

**Bilaga 2**  
INFORMERAT SAMTYCKE

Genom att underteckna detta dokument ger jag mitt samtycke att delta i studien:

---