



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

# **Förändringsupplevelser i PCT och PFPP**

## **- Paniksyndrom ur olika perspektiv**

**Cecilia af Klint Gustafsson & Anna Wahlgren**

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Martin Svensson  
Examinator: Per Johnsson



## **Abstract**

The aim of the study was to compare the experience of change among patients with panic disorder with or without agoraphobia (PD/A) in Panic Control Treatment (PCT) and Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). Results from RCTs support both treatments as effective for patients with PD/A. This study examines qualitative differences in the experiences of change in PCT and PFPP from a patient perspective. The sample of 32 patients was a randomized subsample from the project POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder where one half of the sample was treated with PCT and the other with PFPP. Interviews from 6 month-follow up was included. Methodologically the study was inspired by grounded theory combined with a pragmatic approach. PCT-patients tended to understand their difficulties related to PD/A in a new way while PFPP-patients experienced reaching a more extensive and profound understanding of the self and the outer world. PCT-patients seem to experience themselves less limited by problems related to PD/A whereas PFPP-patients described that they experienced themselves stronger and more open to their outside world. In addition to these differentiating aspects there were more general, overlapping experiences which could be seen as a result from common factors. The study's results support that there are differences between experiences of change between the treatments. The experiences of change seem to be more limited and closely linked to PD/A among PCT-patients which indicate a more focused treatment effect, compared to PFPP-patients who described more pervasive experiences.

*Key words:* Psychotherapy, panic disorder with or without agoraphobia, Panic Control Treatment, Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy, qualitative method, patients' experiences of change

## Sammanfattning

Syftet med studien var att jämföra förändringsupplevelsen i Panic Control Treatment (PCT) och Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP) hos patienter med paniksyndrom med eller utan agorafobi (PS/A). Flera jämförande RCT studier har visat att både PCT och PFPP har god effekt på paniksyndrom. Denna studie undersöker huruvida det finns kvalitativa skillnader mellan förändringsupplevelser hos PCT-patienter och PFPP-patienter. Urvalet i studien är en del av projektet POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder och bestod av 32 patienter där hälften behandlats med PCT och hälften med PFPP. Patienterna intervjuades vid uppföljningen sex månader efter behandlingens avslut. Studiens metod var kvalitativ och inspirerades av grundad teori i kombination med en pragmatisk ansats. PCT-patienter visades som resultat av behandlingen uppleva sig förstå sina svårigheter relaterade till PS/A på ett nytt sätt, medan PFPP-patienter snarare upplevde sig ha en mer djup och omfattande förståelse för sig själva och sin omvärld efter behandlingen. PCT-patienter verkade uppleva sig mindre begränsade av problem relaterade till PS/A medan PFPP-patienter beskrev att de upplevde sig starkare och mer öppna inför omvärlden. Resultatet visade även mer generella, överlappande förändringsupplevelser mellan patientgrupperna som skulle kunna ses som en effekt av så kallade common factors. Studiens resultat ger stöd för att det skulle kunna finnas skillnader mellan patienters förändringsupplevelser beroende på behandling. Förändringsupplevelserna verkar vara mer avgränsade och kopplade till PS/A bland PCT-patienter vilket indikerar en mer fokuserad behandlingseffekt jämfört med PFPP-patienter som beskrev med omfattande förändringsupplevelser.

*Nyckelord:* Psykoterapi, paniksyndrom, Panic Control Treatment, Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy, kvalitativ metod, förändringsupplevelser

## **Tack!**

Vi riktar ett stort tack till vår handledare Martin Svensson för all vägledning och hjälp under arbetets gång. Vi vill även tacka alla kursare för stöd och uppmuntran under uppsatsperioden. Cecilia vill tacka sin familj som stöttat och hejat under terminen. Anna vill tacka Andreas och Alma för att de funnits där. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete!

## Innehållsförteckning

Den kvalitativa metodens bidrag inom psykoterapiforskning .....	1
Behandling av paniksyndrom utifrån KBT och PDT .....	3
Syfte och frågeställning .....	4
Metod .....	4
Deltagare .....	5
Behandling .....	6
Data .....	7
Dataanalys .....	7
Etiska överväganden .....	9
Reflexivitet .....	9
Resultat .....	10
Särskiljande förändringsupplevelser för PCT-patienter .....	10
Särskiljande förändringsupplevelser för PFPP-patienter .....	16
Gemensamma förändringsupplevelser .....	20
Diskussion .....	21
Kliniska implikationer .....	27
Styrkor och begränsningar .....	27
Slutsatser .....	29
Framtida forskning .....	29
Referenser .....	30
Bilaga 1 .....	35
Bilaga 2 .....	37

## **Förändringsupplevelser i PCT och PFPP – Paniksyndrom ur olika perspektiv**

Av alla psykiatriska tillstånd är ångestsyndrom mest förekommande inom vården. Utav dessa tillstånd står paniksyndrom med eller utan agorafobi (PS/A) för störst samhällskostnader både inom sjukvården och i arbetslivet (Konnopka et al., 2009). Tillståndet är vanligt i befolkningen och har en generell prevalens på 1–4%, inom primärvården så hög som 10% (Pompoli et al., 2016). Svårigheterna relaterade till diagnosen har i regel en betydande inverkan på individens livskvalitet och kan medföra både fysisk och psykisk funktionsnedsättning inom flera livsområden (Barrera & Norton, 2009). Symtombilden vid PS/A består av återkommande panikattacker som startar hastigt och når maximal styrka efter omkring 10 minuter. Attackerna utgörs av perioder av rädsla och ångest med symtom som tryck över bröstet, kvävningsskänslor, ostadighetskänslor, svettningar eller frossa och skakningar. I symtombilden ingår dessutom oro för att få nya attacker eller för följderna av dem samt att individen börjat undvika att göra olika saker på grund av rädsla för panikattacker. När individen undviker att vistas utanför hemmet på egen hand av rädsla för att få attacker beskrivs tillståndet som paniksyndrom med agorafobi (American Psychiatric Association, 2014). Vad gäller behandling av PS/A rekommenderar Socialstyrelsen (2021) i första hand kognitiv beteendeterapi (KBT), följt av antidepressiva läkemedel. Övriga rekommendationer är basal kroppskännedom som tillägg till annan psykoterapeutisk behandling, psykodynamisk korttidsterapi, samt antidepressiva läkemedel och KBT som kombinationsbehandling. I riktlinjerna uppges KBT och PDT ha liknande effekt vid behandling av PS/A, Socialstyrelsen (2021) menar dock att det vetenskapliga underlaget för PDT är otillräckligt till begränsat. I en metastudie publicerad i Cochrane (2016) som undersökte olika psykoterapeutiska behandlingar av PS/A tolkades dock resultatet som stöd för att KBT och PDT hade jämförbar effekt (Pompoli et al., 2016).

### **Den kvalitativa metodens bidrag inom psykoterapiforskning**

Vad som avgör ifall en behandling betraktas som effektiv beror på olika faktorer och perspektiv och har varierat över tid. I början av psykoterapins historia avgjordes terapins effektivitet av terapeuten (Leonidaki et al., 2016). Numera aktualiseras förutom terapeutens perspektiv även patientens och samhällets (Hart et al., 2021; Ogles, 2013; Strupp & Hadley, 1979) och det är inte alltid dessa tre perspektiv överlappar. Enligt Hart et al. (2021) kan det vara så att uppfattningen av vad som ska förändras i psykoterapi skiljer sig mellan terapeut och klient. Hart et al. (2021) lyfter fram resultat som visade att terapeuter skattade patienter som förbättrade efter slutförd behandling medan patienterna själva skattade det motsatta. Det

framkom även att långtidsterapier kunde sträva efter utopiska, onåbara mål som värderades högre av terapeuten än klienten. Därmed verkar det finnas ett behov av att undersöka patienters perspektiv och synpunkter gällande förändring.

Doucette och Wolf (2009) menar att man inom psykoterapiforskningen prioriterat utveckling av specifika behandlingar framför att skapa mer nyanserade mått av förändring. McLeod (2013) uppger att underlag från randomiserade kontrollerade studier (RCT) historiskt sett har varit dominerande när det gäller hälsopolitiska beslut som påverkat arbetssätt i klinisk verksamhet. McLeod (2013) menar dock att kvalitativa studier av utfall i psykoterapi kan komplettera kvantitativa. Effektivitet i terapi har i vissa kvalitativa studier exempelvis mätts genom variabeln ökat agentskap, att kunna tillgodogöra sig färdigheter och insikter från terapin. Osborn och Smith (2008) uppger därtill att många patienter upplever att problemen som gjorde att de sökte sig till terapi kvarstår efter terapins slut men att de som resultat av behandlingen lärt sig leva med sina svårigheter. Dessa förändringsprocesser skulle förmodligen inte identifieras i utfallsstudier där symtomlindring är i fokus. McLeod (2013) påvisar att andelen kvalitativa studier avtar ju längre upp i akademien man kommer och föreslår att detta kan kopplas till vetenskapliga tidskrifters maxgräns för antal ord per artikel, vilken är svår att förhålla sig till i kvalitativa studier. En annan anledning är enligt McLeod (2013) att studenter som intresserar sig för kvalitativ metodik slutar som kliniker, medan studenter med kvantitativ inriktning oftare tenderar fortsätta den akademiska banan vidare. Trots att den kvantitativa metoden är dominerande verkar intresset för kvalitativa psykoterapistudier öka. The British Psychological Society har enligt Levitt et al. (2021a) på senare år adderat en kvalitativ sektion vilket skulle kunna ses som ett uttryck för en uppåtgående trend för kvalitativ forskning. För många kliniker är just det kvalitativa angreppssättet lockande med anledning av dess närhet till själva essensen av patientens upplevelse av terapi. Enligt McLeod (2013) kan den kvalitativa forskningen hjälpa oss att se bakom vad den kvantitativa forskningen tagit för givet, hitta en djupare förklaring och inte enbart svara på frågan om något varit hjälpsamt, utan också hur. Det har även framkommit att patienter uttrycker sig mer kritiskt när de får chansen att berätta om sina upplevelser i intervjuformat jämfört med när de fyller i ett frågeformulär vilket kan ses som ytterligare ett argument för att kvalitativ metod kompletterar kvantitativ. McLeod (2013) menar att det har konstaterats att förändring sker i psykoterapi men att vi vet mindre om hur förändring upplevs av patienterna. För att kunna utveckla terapier på bättre sätt måste vi veta hur det sker inte bara att det sker. Det är således viktigt att rikta mer fokus mot processen än



mot metoden och dess sammansättning, för att göra detta behövs kvalitativa studier (Leonidaki et al., 2016).

I en kvalitativ studie av Nilsson et al. (2007) fann författarna jämförbara behandlingsutfall för KBT och PDT och patienterna var lika nöjda med behandlingarna. Dock syntes skillnader mellan hur patienterna beskrev förändringsupplevelser. De patienter som behandlats med KBT beskrev bland annat att de ökat sin förmåga att hantera ångest medan de som behandlats med PDT beskrev att de hade blivit bättre på att hantera sina relationer. Det verkar med andra ord som att det kan finnas kvalitativa skillnader mellan behandlingarna trots kvantitativt jämförbara utfall. Gibbons et al. (2009) har i en annan kvalitativ studie visat att patienters förståelse för sig själva förändrades mer signifikant i psykodynamiska terapier jämfört med andra. Gibbons et al. (2009) menar att förändringseffekter i KBT snarare verkar vara kopplade till förändring av patientens grundantaganden och kognitiva processer. Andra studier har identifierat överlappande förändringsupplevelser som verkade förekomma hos patienter i olika terapiinriktningar. Exempelvis fann Timulak (2007) i en kvalitativ metastudie stöd för att patienter i olika psykoterapeutiska behandlingar upplevde förändring i form av ökad medvetenhet, insikter, beteendeförändring och ökad trygghet.

### **Behandling av paniksyndrom utifrån KBT och PDT**

Panic Control Treatment (PCT) är en manualiserad behandling utformad för patienter med PS/A som utgår från kognitiv beteendeterapi (Craske & Barlow, 2007). Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP) är en annan behandlingsmanual som utgår från psykodynamisk terapi för samma patientgrupp (Busch et al., 2012). Panisyndrom med eller utan agorafobi beskrivs utifrån KBT som förvrängda kognitioner och perceptioner (Craske & Barlow, 2006) medan målet i PFPP beskrivs vara att hjälpa patienten förstå symtomens underliggande, omedvetna innebörd (Busch et al., 2012). Gemensamt för KBT och PFPP är att behandlingsarbetet baseras på antagandet att patienter med PS/A har svårt att begripliggöra sina symtom för sig själva. Behandlingar skiljer sig dock tydligt gällande vad som antas utgöra möjliga orsaker bakom svårigheterna och behandlingsinterventioner är utformade med utgångspunkt i respektive teoretiska bakgrund (Barber et al., 2020). I en RCT studie med fokus på PS/A fann Beutel et al. (2013) att PFPP och KBT var lika effektiva men att KBT-patienter förbättrades mer än PFPP-patienter under behandlingens gång samt att de hade förbättrats mer vid behandlingens slut. Beutel et al. (2013) menar att dessa resultat kan förklaras utifrån den separation som uppstår i samband med behandlingsavslutet vilken innebär en form av kris för

patienten enligt teorin i PFPP. Författarna till studien resonerade kring att den något lägre responsen vid avslutet för PFPP skulle kunna härledas till hur patienterna påverkas av denna kris. I en annan RCT studie av Svensson et al. (2021) framkom att PFPP-patienter fortsatte förbättras upp till två år efter behandlingens avslut. Med anledning av detta underströk författarna vikten av långtidsuppföljningar utöver eftermätningar.

Det finns alltså ett behov av att undersöka förändring på andra sätt utöver frågeformulär för att få en fördjupad bild av patienters upplevelser av psykoterapi. De flesta tidigare kvalitativa studier har undersökt skillnader i patienters upplevelser av generisk PDT och KBT men inte i manualiserad form för ett specifikt tillstånd. Föreliggande studie bygger vidare på projektet POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder (Sandell et al., 2015), som undersöker effekter av patientens val av behandling och jämför behandlingseffekterna av PCT och PFPP. Dessa två behandlingar har i flera RCT studier visats vara lika effektiva på gruppnivå (Beutel et al., 2013; Milrod et al., 2015; Svensson et al., 2021). Behandlingarna är manualbaserade och har liknande behandlingslängd, men bygger på olika teoretisk bakgrund vilket skapar goda förutsättningar att undersöka förändringsupplevelser i respektive behandling.

### **Syfte och frågeställning**

Studiens syfte var att undersöka patienters upplevelser av förändring i PCT och PFPP. Studiens frågeställning var: Hur beskrivs psykoterapiens resultat, förändringen, bland patienter som genomgått behandlingen PCT eller PFPP för PS/A?

### **Metod**

Studien är kvalitativ och kritisk realism valdes som epistemologiskt antagande, vilket ansågs vara bäst lämpat för att försöka besvara studiens frågeställning. Realismen utgår från att kunskap existerar ute i världen oberoende av vad forskare upptäcker, att det vi studerar redan finns till och att vi genom att använda oss av olika tekniker och färdigheter kan öka förståelsen för det som studeras. Kritisk realism är en inriktning inom realismen som påstår att det vi ser inte är en direkt avbild av världen, att det till viss del existerar objektiva sanningar men att vår uppfattning av dessa är beroende av vår kunskap som färgar våra tolkningar (Willig, 2013). De slutsatser som dras i studien anses därför inte vara objektiva sanningar utan möjliga sanningar utifrån författarnas förståelse. Med en ansats präglad av kritisk realism valde vi därefter att inspireras av grundad teori (Glaser & Strauss, 1967) i studiens datainsamling vilket är en

kvalitativ metod. I grundad teori antas sociala företeelser och processer existera i en objektiv verklighet som går att observera och dokumentera. Dessa antaganden föreslår en realistisk ontologi vilket gör att grundad teori passar väl med studiens epistemologiska antagande (Willig, 2013) och kan antas lämpa sig för studiens frågeställning. Målet med studien var att undersöka ofta förekommande upplevelser av förändring bland patienter med panikångest med eller utan agorafobi, som behandlats med PCT eller PFPP. I grundad teori beskrivs syftet vara att avtäckas och systematisera fenomen snarare än att fånga fenomenets mening och natur vilket kan anses vara i linje med syftet i denna studie.

Grundad teori är den mest välanvända metoden för psykoterapiforskning i Nordamerika sedan den introducerades år 1988 av David Rennie (Rennie et al., 1988). Analysprocessen börjar med en nära analys av texten eller transkripten, därefter görs en jämförelse mellan de enheterna som framkommit. Dessa leder sedan till kategorier som fångar gemensamma drag vilka senare grupperas i högre kategorier. I den fullständiga metoden skapas därefter övergripande kategorier som till sist blir till kärnkategorier från vilka centrala teman identifieras (Levitt et al., 2021b). Utformningen av studiens metod utgår från vad som i Levitt et al. (2021b) beskrivs som ett pragmatiskt perspektiv vilket innebär att forskaren använder sig av de verktyg som anses bäst lämpade för att besvara studiens frågeställning. Utifrån denna ansats beskrivs forskaren ha en flexibel roll i relation till metodval samt att alla medel möjliga bör användas i syfte att närma sig kunskap och förklaringar. Detta förhållningssätt har använts tidigare inom psykoterapiforskning (Denzin & Lincoln, 2000; McLeod, 2013; Nilsson et al., 2007) och framhålls även i rekommendationer av Society for Qualitative Inquiry in Psychology, en metoddivision inom American Psychological Association (Levitt et al., 2021a).

### **Deltagare**

I studien ingår 32 semistrukturerade uppföljningsintervjuer med patienter från projektet POSE (Svensson et al., 2021) som utfördes sex månader efter behandlingarnas avslut. Deltagarna rekryterades till projektet mellan november 2011 och maj 2017. Det totala antalet deltagare i projektet POSE uppgår till 182, de var mellan 18–70 år gamla och uppfyllde kriterierna för paniksyndrom med eller utan agorafobi enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). I föreliggande studie har hälften av deltagarna behandlats med PCT (Craske & Barlow, 2007) och andra hälften med PFPP (Busch et al., 2012). Exklusionskriterier för deltagare i projekt POSE och därmed även denna studies urval var pågående beroendeproblematik, psykos, mani, att ha diagnosticerats med autism, akut suicidalitet,

historia eller förekomst av minst en kognitiv eller fysisk nedsättning som skulle kunna motverka deltagarnas möjligheter att delta fullt ut i behandlingen eller att vara inblandad i en juridisk konflikt rörande paniksyndromet.

### **Behandling**

PFPP är en manualiserad individuell psykodynamisk behandling utformad specifikt för patienter med paniksyndrom med eller utan agorafobi (Busch et al., 2012). Behandlingen består av 45 minuter långa sessioner som ges två gånger i veckan och pågår i upp till 12 veckor. I POSE-projektet gavs 19–24 sessioner inom 10–16 veckor, i huvudsak två 45 minuter långa sessioner per vecka och den totala behandlingstiden uppgick till 855–1,080 minuter. Behandlingen är indelad i tre faser (Sandell et al. 2015). I den första fasen fokuserar interventionerna på att utforska panikattackerna och minska förekomsten av dessa. Detta sker i huvudsak genom att terapeuten kartlägger omständigheter och känslor precis innan och under patientens panikattacker. Terapeuten undersöker även symtomens psykologiska betydelse för patienten. Vidare identifierar och formulerar terapeuten psykologiskt meningsfulla teman kopplade till patientens attacker, vilka kan röra sexualitet, vrede och separation. I andra fasen fokuserar behandlingen på att minska patientens sårbarhet för panik genom att synliggöra betydelsefulla psykodynamiska mönster och komponenter hos patienten. Interventionerna sker i denna fas ofta i överföringar. Terapeuten lyfter även fram centrala konflikter som hamnar i fokus för behandlingsarbetet. Även under den tredje fasen fokuseras dessa konflikter. Den andra fasen syftar till att tydliggöra olika inre känslotillstånd och dess samband med panikattackerna samt att minska patientens sårbarhet för återfall i paniksyndrom genom att medvetandegöra och tydliggöra relationella och emotionella mönster som patienten använt sig av hittills i livet. I den tredje fasen riktas interventionerna mot att hjälpa patienten med svårigheter avseende separation och oberoende i relation till att behandlingskontakten närmar sig avslut (Busch et al., 2012).

PCT är en manualiserad individuell behandling som utgår från kognitiv beteendeterapi (Craske & Barlow, 2007). Behandlingen fokuserar på att hjälpa patienten att förutspå och svara på de situationer som triggar panikattacker samt att hantera kroppsliga sensationer genom exempelvis kontrollerad andning. PCT består av 12 veckors behandling med en session per vecka där varje session är 60 minuter lång. I POSE-studien genomfördes behandlingen under 10–16 veckor med mellan 12–14 sessioner där två sessioner hölls den första veckan för att sedan ha en session per vecka. Mellan två och fem sessioner av behandlingen innehåller exponering

tillsammans med terapeuten, vid de tillfällena är sessionerna förlängda till 90–120 minuter. Den totala behandlingstiden för varje patient uppgick till mellan 780–1140 minuter (Sandell et al., 2015). Session 1 innehåller psykoedukation kring paniksyndrom där ett stort fokus ligger på att förklara att panikattacker är ofarliga. I session 2 lär sig patienten hur man registrerar sin ångestnivå, samt vikten av detta för att kunna mäta förändring. I session 3–12 är fokus på kognitiv omstrukturering av ångestrelaterade kognitioner, exponering av situationsspecifika eller kroppsliga triggers kopplade till panikattacker. Mellan sessionerna arbetar patienten med hemuppgifter som exponeringsövningar och skattning av ångestnivå.

## **Data**

Deltagarna randomiserades och stratifierades utifrån behandlingsform. I studiens urval ingår därmed 32 patienter varav 16 patienter behandlats med PCT och 16 patienter behandlats med PFPP. I intervjuerna från POSE-studien som genomfördes 6 månader efter avslutad terapi (Sandell et al., 2015) användes den tidigare prövade intervjuguiden Psychotherapy Outcome Interview Schedule (POISE) (Nilsson, et al., 2007), se bilaga 1. POISE anpassades i POSE-projektet (Sandell et al., 2015) för behandling för paniksyndrom. Den semistrukturerade intervjuguiden POISE (Nilsson et al., 2007) som användes i de inkluderade intervjuerna syftar till att generera så nyanserade berättelser som möjligt samt konkreta exempel från patientens upplevelser utifrån 28 frågor indelade i sex teman; bakgrund, frågor kring förändring, förändring över tid, metodik, terapeutens person och den terapeutiska relationen, utomterapeutisk påverkan samt avslutande frågor som öppnade upp för att patienten skulle kunna tillägga något ytterligare. Intervjuerna genomfördes av antingen Martin Svensson eller Thomas Nilsson som del av projektet POSE och sparades som videoinspelningar och i undantagsfall som ljudfiler. Intervjuledarna var ej blindade för deltagarnas behandlingsform under intervjuerna, vilket författarna till föreliggande studie däremot var under transkriberingsprocessen.

## **Dataanalys**

Transkriberingen av intervjuerna utfördes ordagrant utan tolkningar, förutom vid uttryck för exempelvis ironi eller starka känslouttryck som involverade kroppsspråk. Dessa betraktelser inkluderades i transkripten. Under transkriberingen fördes anteckningar om idéer och reflektioner som väcktes under arbetet med materialet i syfte att kunna jämföra våra upplevelser i linje med grundad teori (Willig, 2013). Anteckningarna diskuterades och ledde till studiens frågeställning: Hur beskrivs förändringsupplevelser i terapi av patienter som

genomgått PCT eller PFPP. Intervjuerna lades därefter in i det kvalitativa analysprogrammet NVivo i syfte att bättre kunna överblicka det stora textmaterialet, för att koda samt för att kunna utföra frekvensberäkningar. Därefter påbörjades en fokuserad kodning av uttalanden som kunde kopplas till förändringsprocesser. Kodningen utfördes "line by line" med så textnära koder som möjligt (Glaser, 1978). Detta för att försöka skapa förutsättningar att se materialet och datan i ett nytt ljus och för att väcka frågor om datan som kunde byggas vidare på senare i processen (Charmaz, 2006). Författarna kodade intervjuerna tillsammans och växlade mellan intervjuer som transkriberats av respektive författare. Efter att 8 intervjuer kodats specificerades frågeställningen till: Hur beskrivs psykoterapins resultat, förändringen, bland patienter med paniksyndrom som genomgått PCT eller PFPP? Därefter kodades enbart uttryck för upplevd förändring som resultat av behandlingen. Detta innebar att benämningar av vilka tekniker eller interventioner som under behandlingen lett till förändring exkluderades samt att koder som föll utanför avgränsningen togs bort.

I kodningen har svar på slutna frågor inkluderats. Detta för att inkludera så många förändringsupplevelser som möjligt. Kodningen genomfördes utan kännedom om vilken behandling patienten fått, materialet kodades därmed blint. Kodningen utfördes med ambitionen att inte koda materialet utifrån förförståelse för hur uttryck för förändring skulle kunna beskrivas av patienter utifrån respektive behandlingsmanual eller teoretisk koppling till KBT eller PDT. Detta för att låta materialet tala för sig själv i så stor utsträckning som möjligt. Detta med ambitionen att försöka komma så nära patientens upplevelse som möjligt.

Efter att hälften av materialet kodats reviderades kodlistan som vid tillfället bestod av 267 koder. Likheter mellan koder identifierades. Diskussioner om huvudsakliga budskap i koderna resulterade i gruppering av koder utifrån en något högre abstraktionsnivå än den tidigare, mer textnära "line by line"-principen (Charmaz, 2006). Revideringen resulterade i 48 koder. I samband med detta skapades beskrivningar av koderna för att ytterligare definiera kodernas innebörd. Efter att 20 intervjuer kodats reviderades kodlistan igen och bestod då av 44 koder. Efter denna revidering utfördes enbart mindre ändringar av kodlistan. Arbetet med kodlistan pågick kontinuerligt under arbetets gång utifrån diskussioner om kodernas innebörd. Den slutgiltiga kodlistan består av 40 koder, se bilaga 2. Efter att den slutgiltiga kodlistan färdigställts lästes intervjuerna på nytt för att säkerställa att kodernas innebörd stämde överens med citaten i intervjuerna och genomförde vid behov omplacering av citat till mer passande koder. Inga citat togs bort i detta skede. Efter detta förmedlades information från POSE-

projektet om patienternas behandlingstillhörighet vilken lades in som en variabel i analysprogrammet NVivo. Därefter skapades tabeller som presenterade antal patienter och citat per kod för respektive behandlingsgrupp, se tabell 1.

Antal patienter och citat från respektive behandlingsgrupp räknades och sammanställdes för varje kod. För att avgöra vilka förändringsupplevelser som var särskiljande för respektive behandlingsgrupp, eller gemensamma för behandlingsgrupperna, utfördes differensuträkningar mellan grupperna avseende antal patienter och antal citat per kod. Antal patienter respektive citat från PFPP-gruppen subtraherades från PCT-gruppens antal patienter respektive citat för varje kod. Antal patienter per kod inom varje behandlingsgrupp beaktades också. De koder som bedömdes vara mest särskiljande sett till både antal patienter och citat för respektive behandling är de koder som presenteras i resultatet. Detsamma gäller överlappande förändringsupplevelser, där enbart de mest förekommande gemensamma upplevelserna presenteras. I de fall då två eller färre patienter från en behandlingsgrupp uttryckt en kod exkluderades resultatet för den aktuella koden. De frekvenser och differenser som beräkningarna resulterade i låg till grund för presentationen av studiens resultat, se figur 1.

### **Etiska överväganden**

Användandet av instrumentet POISE och den kvalitativa analysen har fått godkännande av Etikprövningsmyndigheten i Lund (Ref: DNR: 2010/88) i forskningsprojektet POSE. Innan intervjuerna lades in i analysprogrammet NVivo avkodades intervjuerna från identifierande information, såsom geografiska platser, adresser eller namn på personer som patienterna berättade om. Vidare presenteras resultatet på gruppnivå vilket ytterligare försäkrar deltagarnas anonymitet.

### **Reflexivitet**

Reflexivitet kan beskrivas som en kontinuerlig undersökning och värdering av relationen mellan kunskap och tillvägagångssättet. Då tolkning spelar en huvudsaklig roll i forskningsarbete krävs medvetenhet kring teoretiska antaganden samt språkets och förståelsens betydelse vilka tillsammans påverkar tolkningens utgångspunkt (Alvesson & Skoldberg, 2017). Författarna har inte själva administrerat intervjuerna som analyseras i studien utan tagit del av video- och ljudinspelningar. Detta skulle å ena sidan kunna innebära att betydelsefulla undertoner eller nyanser i deltagarnas utsagor som skulle vara tydligare i ett fysiskt samtal går förlorade i datainsamlingen, liksom andra emotionella eller interpersonella intryck som kan uppstå i relationen mellan intervjuare och deltagare. Å andra sidan skulle

författarna med anledning av detta kunna vara mindre färgade av oundvikliga personliga intryck av respektive deltagare i samband med fysiska möten vilket skulle kunna innebära att materialet bearbetades och analyserades mer neutralt.

Inom ramen för psykologutbildningen har författarna läst kurser i psykoterapi vilket oundvikligen färgar deras förförståelse för materialet. Denna förförståelse skulle kunna utgöra ett hinder i relation till studiens ansats; att låta materialet tala för sig själv. Under utbildningen har författarna studerat både kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi vilket därför kan antas påverka deras förförståelse för respektive teoretiska perspektiv i lika stor utsträckning. Vidare befinner författarna sig i början av deras karriärer inom psykologyrket och är ofärgade av klinisk erfarenhet vilket skulle kunna innebära att de har ett mer neutralt förhållningssätt till studiens data.

## **Resultat**

Studiens resultat presenteras utifrån särskiljande förändringsupplevelser för PCT-respektive PFPP-patienter samt gemensamma förändringsupplevelser för båda behandlingsgrupper (se tabell 2). Kodnummer presenteras inom parentes.

### **Särskiljande förändringsupplevelser för PCT-patienter**

Det mest framträdande i förändringsupplevelser bland patienter som behandlats med PCT var att de beskrev att de inte längre upplevde att de var rädda eller oroliga för att få panikångest (20). I intervjuerna framkom att patienterna upplevde sig ha befriats från att leva ett liv som i mer eller mindre utsträckning präglats av rädsla, vilket var förenat med en tydlig lättnad ”Jag är ju inte rädd för alltså nästa sekund som jag var då.”, ” Jag behöver inte springa och vara rädd för allting.” Relaterat till upplevelsen av att inte vara rädd för panikångest längre framkommer att patienterna inte längre var rädda för att dö i samband med en panikattack ” Jag är inte rädd för att jag vet om att om jag får en panikattack så kommer jag inte att dö”.

Vidare gav PCT-patienter uttryck för att deras förståelse för panikångest förändrats (5). Patienterna berättade att de i större utsträckning tänkte på och var medvetna om både kognitiva och fysiologiska processer och reaktioner i samband med symtom och panikattacker samt underströk att de nu förstod vad som hände ur ett fysiologiskt perspektiv vilket de inte gjorde före behandlingen ”Jag vet ju nu när jag börjar känna minsta lilla i min kropp så vet jag, nu känner jag såhär, och det känner jag för att...” Det framkom även att de upplevde sig ha mer kunskap och inblick i deras personliga upplevelse av att få en panikattack ”...men jag känner



**Tabell 1**

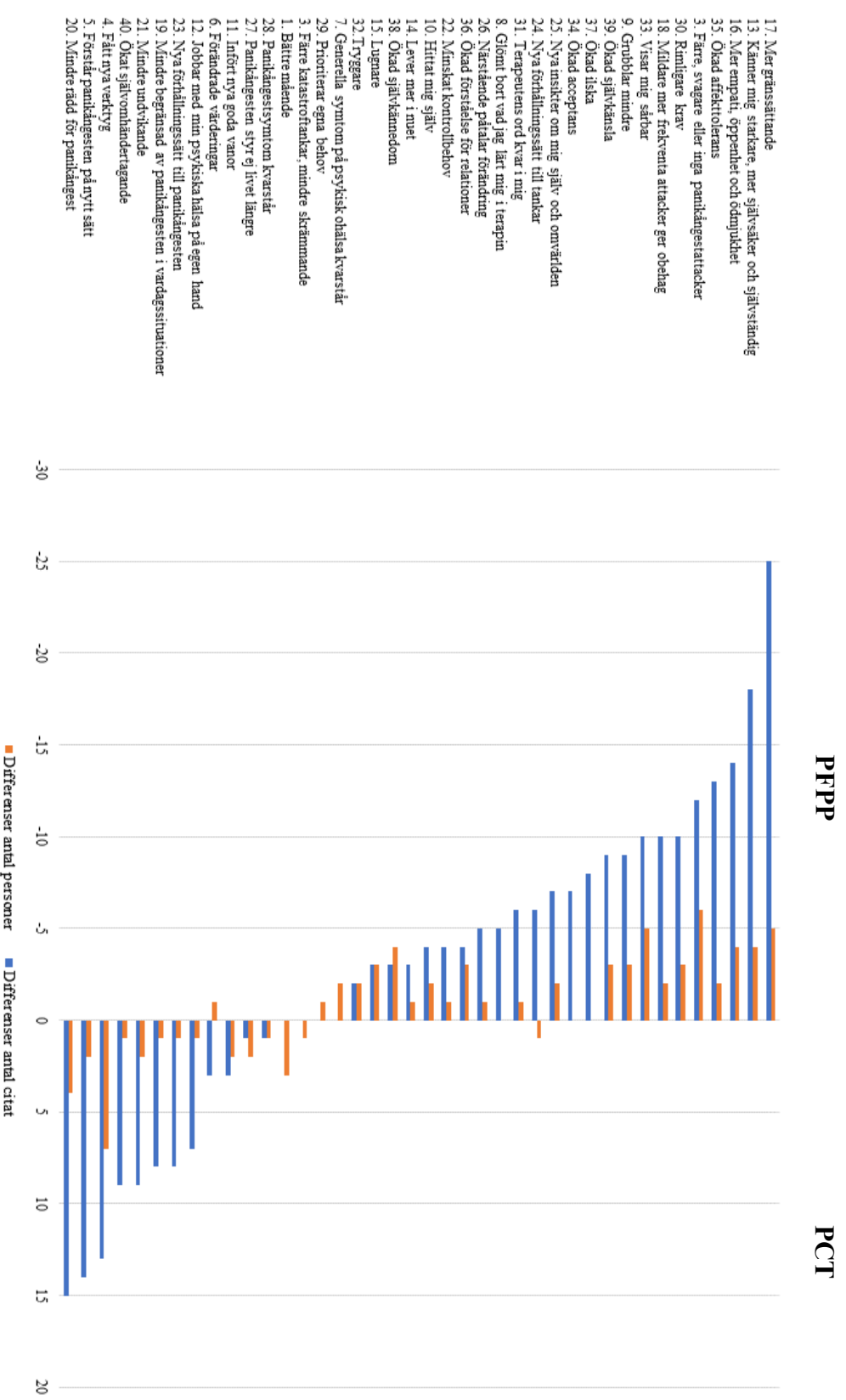
*Patienters upplevelse av förändring uttryckt i antal påståenden och antal patienter som uttryckt koden i varje grupp*

Koder	PCT		PFPP	
	Citat	n	Citat	n
Bättre mående	26	13	26	10
Färre katastroftankar, mindre skrämmande	6	3	6	2
Färre, svagare eller inga panikångestattacker	10	6	22	12
Fått nya verktyg	20	10	7	3
Förstår panikångesten på nytt sätt	23	7	9	5
Förändrade värderingar	5	1	2	2
Generella symtom på psykisk ohälsa kvarstår	3	1	3	3
Glömt bort vad jag lärt mig i terapin	1	1	6	1
Grubblar mindre	0	0	9	3
Hittat mig själv	3	2	7	4
Infört nya goda vanor	5	4	2	2
Jobbar med min psykiska hälsa på egen hand	19	8	12	7
Känner mig starkare, mer självsäker och självständig	10	5	28	9
Lever mer i nuet	3	2	6	3
Lugnare	12	5	15	8
Mer empati, öppenhet och ödmjukhet	0	0	14	4
Mer gränssättande	5	2	30	7
Mildare mer frekventa attacker ger obehag	0	0	10	2
Mindre begränsad av panikångesten i vardagssituationer	21	7	13	6
Mindre rädd för panikångest	24	10	9	6
Mindre undvikande	12	4	3	2
Minskat kontrollbehov	1	1	5	2
Nya förhållningssätt till panikångesten	16	7	8	5
Nya förhållningssätt till tankar	12	8	18	7
Nya insikter om mig själv och omvärlden	6	3	13	5
Närstående påtalar förändring	1	1	6	2
Panikångesten styr ej livet längre	7	4	6	2
Panikångestsymtom kvarstår	11	6	10	5
Prioriterar egna behov	4	1	4	2
Rimligare krav	0	0	10	3
Terapeutens ord kvar i mig	1	1	7	2
Tryggare	8	3	10	5
Visar mig sårbar	1	1	11	6
Ökad acceptans	4	3	11	3
Ökad affektolerans	2	2	15	4
Ökad förståelse för relationer	0	0	4	3
Ökad ilska	2	1	10	1
Ökad självkänedom	7	2	10	6
Ökad självkänsla	0	0	9	3
Ökat självomhändertagande	12	2	3	1
<b>Total:</b>	<b>303</b>	<b>15</b>	<b>415</b>	<b>16</b>

PCT = Panic Control Treatment, PFPP = Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy

**Figur 1**

*Differensuträkningar till grund för resultatet*



Antal patienter och citat från respektive behandlingssgrupp räknades och sammanställdes för varje kod. För att avgöra vilka förändringsupplevelser som var särskiljande för respektive behandlingsgrupp, eller gemensamma för behandlingsgrupper, utfördes differensuträkningar mellan grupperna avseende antal patienter och antal citat per kod. Antal patienter respektive citat från PFPF-gruppen subtraherades från PCT-gruppens antal patienter respektive citat för varje kod. Antal patienter respektive kod inom varje behandlingsgrupp beaktades också. Koder representerade av två deltagare eller färre ( $n \leq 2$ ) exkluderades. Särskiljande upplevelser för PCT uttrycks genom låga värden och omvänt gäller för PFPF. Gemensamma upplevelser representeras av värden nära 0. PCT = Panic Control Treatment, PFPF = Panic Focused Psychodynamie Psychotherapy

## Tabell 2

### *Särskiljande och gemensamma förändringsupplevelser*

PCT	PFPP	Gemensamma
20. Mindre rädd för panikångest	17. Mer gränssättande	1. Bättre mående
5. Förstår panikångesten på nytt sätt	13. Känner mig starkare, mer självsäker och självständig	24. Nya förhållningssätt till tankar
19. Mindre begränsad av panikångesten i vardagssituationer	3. Färre, svagare eller inga panikångestattacker	15. Lugnare
4. Fått nya verktyg	25. Nya insikter om mig själv och omvärlden	28. Panikångestsymtom kvarstår
12. Jobbar med min psykiska hälsa på egen hand	35. Ökad affekttolerans	32. Tryggare
23. Nya förhållningssätt till panikångesten	16. Mer empati, öppenhet och ödmjukhet	
21. Mindre undvikande	33. Visar mig sårbar	
	38. Ökad självkänedom	
	30. Rimligare krav	
	9. Grubblar mindre	
	39. Ökad självkänsla	
	36. Ökad förståelse för relationer	

PCT = Panic Control Treatment, PFPP = Panic Focused Psychodynamic Therapy

igen panikångesten mer...”, samt en förändrad förståelse för panikattacker på så sätt att de förstod att de är övergående och ofarliga ”...och just att jag lärt mig detta...det är inte farligt det kommer gå över.”, ”Medan nu så är jag mer inne när känner någonting...ja men det är panikångest. I stället för att, nä men det är någon sjukdom. Liksom så, då puttar jag mer bort det.” En betydande andel av patienterna gav uttryck för att de betraktade attackerna som helt naturliga, sett utifrån deras specifika kontext: ”Att det är fullt naturligt. Att jag ser det som en naturlig del...”.

Patienterna i PCT-gruppen uppgav även att de inte kände sig begränsade av panikångest på samma sätt i sin vardag (19). Detta uttrycktes med en enorm lättnad och innebar i huvudsak att patienterna nu kunde resa till olika platser de ville besöka. ”Att jag tänker på ett helt annat sätt när det kommer till att vara instängd i ett flygplan, tåg bussar...sitta fast i grejer...” Beskrivningarna inbegrep också i stor utsträckning att patienterna kunde befinna sig på platser med mycket människor vilket de inte kunde tidigare ”...mellandagsrean då åkte vi...eller rean nu efter mellandagarna så åkte vi ju till [stad]...och bara en sådan grej...kan jag säga innan...hade varit...hade jag inte gjort.”,

”Mm, ja, och när jag var, går på bio för innan var det ju liksom jag gick knappt på bio och gjorde jag det så, var det liksom jag skulle ha full kontroll på var jag satt ... och liksom så, och nu var jag på bio för någon vecka sedan när jag här sitter jag mitt i (skratt) ... liksom, ja men sådant som är lite såhär, ja, hade man berättat det för någon annan så hade de bara skrattat och sagt ja men vad är problemet liksom, men för mig är det ett stort steg.”

I PCT-patienternas berättelser om förändringsupplevelser framkommer även att de upplevde sig ha fler verktyg för att hantera ångest, rädsla och panikattacker (4), “För liksom vad det ... om man säger så här ... det känns som att ... nu har jag fått verktyg att hantera ångesten och rädslan”. I beskrivningarna av vad verktygen består av framträder en tydlig bild av att patienterna i synnerhet tagit till sig de andningsövningar som ingick i behandlingen och införlivat dessa i sin vardag samt att övningarna användes när patienterna börjar känna panik, “... utan jag, tar ju tillbaka och tänker på det jag lärde mig ... och tar upp ... andningsteknik och sådana grejer om jag behöver och ... tar upp olika grejer som, kan, hjälpte mig då och som fortfarande hjälper mig.” Det beskrivs också att patienterna som resultat av behandlingen fortfarande använder sig av kognitiva strategier för att hantera katastroftankar ”Alltså jag har ju lärt mig att det räcker med att sätta upp den här skylten katastroftanke. Det brukar räcka för att avdramatisera det”. Flera patienterna uttryckte även att de hade nya verktyg utan att närmare specificera verktygens funktion eller betydelse “... nya redskap har jag fått med mig ...”, samtidigt som det i intervjuerna tydlig framgår att de nya verktyg som omnämns hade stor betydelse för patienterna i deras liv och gjort skillnad i deras vardag.

I intervjuerna uttrycks att patienterna aktivt arbetade med sin psykiska hälsa även efter behandlingens avslut (12) ”Det är ju liksom inget arbete som är avslutat för mig på något sätt... utan det är väl snarare så att man försöker jobba mer med det.” Det framkom att patienterna fortsatt arbetade genom att exempelvis utmana negativa tankar eller åka till platser patienten ville eller behövde besöka trots att det väckte obehag, vilket följande citat illustrerar ”Men det är klart ... genom att jag utmanar mig fortfarande så utmanar jag ju även negativa tankar kan man väl säga.” I patienternas beskrivningar framträder en bild av att de fann det viktigt och betydelsefullt att fortsätta det terapeutiska arbetet och att inte sluta utmana sig själva.

”Nu är det upp till mig själv att jobba vidare med de här grejerna som han ser va ... gör framsteg, bara för jag har slutat med det, så innebär det ju inte att jag slutar jobba med mig själv som jag berättat tidigare.”

Det framkom frekventa uttryck för att patienterna fortfarande utmanade sig utan särskild beskrivning av på vilket sätt de utmanade sig som exempelvis ”Ja men jag utmanar mig.” eller ”Ja men att jag utmanar mig själv.” I flera fall framgår det ur sammanhanget att patienten syftar till någon form av exponering för obehag eller rädsla och att detta är i linje med hur patienten arbetade med sig själv under behandlingen.

I PCT-patienternas förändringsupplevelser framkom även att de hade nya sätt att förhålla sig till sin panikångest (23). Dessa nya förhållningssätt framstod som mer präglade av nyfikenhet än negativ värdering vilket syns i citaten ”Men att jag istället, jaha, kommer det här igen. Och försöker liksom eh, typ såhär, hej ångest.” och ”... men det är ändå, på något vis, lärorikt om det [panikattack] händer.” I intervjuerna beskrevs även att patienterna tänkte mindre på panikattacker generellt samt att de inte längre tänkte på attackerna som att de var farliga. Även vid panikattacker verkade patienterna förhålla sig och agera på ett sätt till dessa, som enligt patienterna gjorde att attackerna inte blev lika starka eller långa. ”Så man kanske hinner bryta dem innan de väl dyker upp fullt ut om man säger så då.” Patienterna beskrev även att de påminde sig själva om vad som händer i kroppen då de upplever symptom eller en panikattack och undvek till skillnad från tidigare att stressa upp sig.

”Men de kan jag ju styra idag jag kan ju bara, antingen bara låta de komma och de går igen eller helt enkelt bara stanna upp till att det har slutat värkt och tänka att, ja men det är mina muskler.”

Vidare uttryckte PCT-patienter att de förändrats på så sätt att de inte i samma utsträckning som före behandlingen undvek obehag (21) ”... jag krånglar inte till saker och ting så mycket längre. Utan jag tar det lite mer som det kommer.” Patienterna beskrev att de inte använde sig av omständlig planering som ställer till det i vardagen i syfte att undvika obehag kopplat till panikångesten. Det minskade undvikandet uttrycktes vara viktigt och hjälpsamt för patienterna, ”... de två sakerna som jag tagit med mig allra mest från hela behandlingen är: undvik inte.”

## Särskiljande förändringsupplevelser för PFPP-patienter

I resultatet framkom att det fanns fler särskiljande koder bland PFPP-patienterna jämfört med PCT-patienterna. Den mest särskiljande förändringsupplevelsen för PFPP-patienter var beskrivningen om ett ökat gränssättande beteende (17). Patienterna beskrev det som att det blivit lättare att stå upp för sig själv och att säga ifrån när det behövdes. Många beskrev att de tidigare ibland gjort saker de egentligen inte velat, men att de efter behandlingen lättare kunnat säga nej vilket framgår i citaten “Det har blivit bättre nu för jag har börjat säga ifrån.” och “Jag hade väldigt svårt för att säga nej och det har jag väl fortfarande till viss del men jag har nog blivit bättre på det”.

Vidare beskrev vissa patienter att de oftare ifrågasatte och i mindre utsträckning tog på sig skulden

”... inte bara, låter mig att sugas in allting ... och då har jag lärt mig att nej, ifrågasätta... Utan jag har tagit det på mig för jag har varit så van vid att ta allting på mig att det är klart det är mitt fel. Men det är ju inte så.”

Andra personer beskrev att de var mer restriktiva gällande umgänge och sorterade bort personer som de uppfattade stal deras energi: “... det här med att vissa stjälar mycket energi och då får man liksom hantera det på ett ... de får ta mindre plats i ens liv.”

Många av PFPP-patienterna uttryckte att de kände sig starkare och mer självständiga som resultat av behandlingen (13). Detta kunde uttryckas konkret, exempelvis genom att de inte var lika beroende av sin partner vilket framkommer i följande citat “... att jag inte är lika beroende av min sambo som jag var, har varit förut med, tidigare eller så ... Så jag är liksom självständigare så.” Det uttrycktes också genom beskrivningar av att kunna klara sig själv som ensamstående förälder, som “... och sen så är jag helt övertygad om att jag klarar mig själv också, det var jag ju inte innan.” och “Jag känner mig väldigt trygg i det och att jag faktiskt fixar det här med att vara ensamstående mamma och två barn och att jag är nöjd.” Många beskrev en generell inre styrka som inte funnits i samma utsträckning innan behandlingen, som exempelvis “Jag känner mig starkare och självständigare” och “... jag har blivit lite tuffare idag”. Vissa beskrev det som att de hade blivit mer självsäkra och i mindre utsträckning brydde sig om vad andra tyckte, “Jag har blivit säkrare. Framför allt, framför allt handlar det om, från en fullständig osäkerhet”. En annan särskiljande upplevelse hos PFPP-patienter var att de efter behandling fått färre, svagare eller inte längre fick panikattacker (3). Patienterna beskrev på

olika sätt hur de uppmärksammat att attackerna förekom i mindre grad, mindre frekvent eller inte längre förekom alls. Många beskrev det som en lättnad "Jag menar jag har ju inte haft någon riktig nu så ... det, det är liksom helt underbart.", "Det är ju ganska skönt också då för att, eller just att jag inte fått den här panikkänslan." Andra beskrev att de upplevt färre attacker sedan behandlingens slut "... att jag har färre stora panikattacker om man säger sedan, i slutet av behandlingen". Vidare beskrev många att de upplevde att när panikattackerna väl kom så försvann de snabbare än de gjorde innan "Och sedan är de ju inte så, de är inte så kraftfulla, utan de är mycket mycket svagare och de försvinner mycket mycket snabbare ...". Hos vissa hade inte panikattackerna helt försvunnit men upplevde sammantaget mildare symtom, "Nu är panikångesten ... inte borta men väldigt mycket bättre och ... många saker är bättre".

Vidare beskrev PFPP-patienterna att de efter behandlingen utvecklats eller fått nya insikter (25). Insikterna innefattade ofta en djupare förståelse för sina egna problem, som exempelvis "Sen att jag kan se mina problem på ett annat sätt också." Vissa poängterade att dessa insikter var hjälpsamma för att hantera situationer i framtiden.

"Eh, om man hittar någon, någon koppling mellan någonting med någon händelse och någon känsla och sedan någon lösning och, eh, och då kan jag, då kan jag överföra det till liknande situationer ... Eh, och då, då blir de situationerna rätt så, eh, hanterbara för mig i framtiden också."

En patient beskrev att hen fått en bättre förståelse varför hen varit rädd för sina känslor och poängterar att hen själv hittat svaret, "Eller fått svar, jag har hittat svar varför." En annan patient uttryckte att hen efter att ha genomfört terapin fått insikter inom flera domäner "... jag upplever att jag har fått mycket insikter under senaste halvåret ... det har kommit ... ja insikter vill jag säga att jag har fått liksom. Både i liksom om mig själv och om världen, om människor runt omkring mig om liksom sådana saker."

Ökad affekttolerans (35) var en upplevelse som ofta förekom i PFPP-gruppen. Det beskrevs genom att i större utsträckning kunna stå ut med affekter, ångest och obehag. Det kunde uttryckas genom att patienten efter behandlingen blivit bättre på att härbärgera och vara i kontakt med sina känslor "Så är det så här att jag står ut med saker på ett annat sätt." och försöka välkomna dem "I stället för att mota bort dem [panikattacker] så försökte jag liksom välkomna dem lite och känna efter hur det känns och liksom jag kan associera dem till vissa händelser kanske." Det kunde även handla om en acceptans inför att må dåligt "Att jag kan må

dåligt och det är ok liksom och det är skönt att känna det.” En patient uttryckte att hen efter behandlingen såg gråten som en ventil som hen numera kunde kontrollera “Det känns inte längre som att om jag blir ledsen att jag aldrig ska kunna sluta gråta, utan det känns mer som att ... det är en ventil.”

Utmärkande för PFPP-patienter var även att de beskrev att de upplevde att de hade ett nytt sätt att relatera till andra människor på, att de upplevde sig mer ödmjuka och mer öppna för olikheter (16) “Jag har blivit mindre ... mindre självgod ... men mer öppen för andras idéer och tankar och åsikter och inte lika elitistisk när det gäller liksom att mina egna åsikter är de som är högst upp liksom.” samt “... jo men jag har nog blivit ödmjukare”. Det kunde även röra sig om att inse att man fått en mer ödmjuk ingång i diskussioner “Jaja men du har ju rätt kan jag säga, du har ju helt rätt.”, eller att man blivit mer tankfull innan man uttalar sig om något “Nej men typ det här med att man kanske tänk, tänker till lite till först innan man säger någonting typ.”

PFPP-patienterna upplevde att de efter behandlingen hade lättare för att kunna visa och uttrycka känslor både i interpersonella kontexter samt att i större utsträckning våga berätta om sin panikångest för andra (33), samt att de fått en ny relation till gråt där den är mer kontrollerbar än tidigare:

”Sedan är jag heller inte rädd för att säga att jag har det. Alltså, om jag skulle känna att oj oj oj, nu händer någonting, då ofta så sms:ar jag någon och skriver vad det är som händer ... och så lipar jag i luren om det skulle behövas.”

Vissa beskrev det som att de öppnat upp sig i större utsträckning: “Nu är den muren borta och, och dörrarna är uppgläntade ...”

”Gråter ju lite ibland också, sådär. Försöker liksom. När jag känner mig ledsen, passar det då så försöker jag gråta en skvätt kanske. Det känns inte längre som att om jag blir ledsen att jag aldrig ska sluta kunna sluta gråta, utan det känns mer som att ... det är en ventil.”

PFPP-patienter uttryckte att de lärt känna sig själva på ett nytt sätt och att de fått hjälp att sätta ord på saker inom sig som de inte kunde beskriva tidigare och att de genom detta fått en ökad självkänedom och självinsikt (38) “det finns ord på allting känns det som inne i mig” och “Men nu har jag orden och då är det lättare att förstå den [panikångest]. Och det hjälpte han



[terapeuten] mig med.” Andra upplevelser beskrevs som en ny förmåga att kunna se sig själv mer utifrån “... alltså jag kan se mig själv och mitt eget tankesätt på ett annat sätt.” eller “Och kanske att jag har genom de här samtalen fått en annan syn på mig själv.”

En upplevelse som var unik för de patienter som genomgått PFPP var att patienterna ändrat sin syn på vilka krav de behövde ställa på sig själva (30) “Jag förväntar mig nog inte lika mycket av mig själv som jag gjort innan.” Det kunde även innebära lägre krav på sig själv gentemot andra där patienten i mindre utsträckning tog på sig mer ansvar, som i citaten “Det är tillräckligt bra ... inte ta på mig fullt så mycket som innan. Utan faktiskt göra det lagom.” och “Jag tar inte på mig lika mycket som innan heller.” Det kunde även uttryckas på ett mer konkret sätt där de beskrev att de tog sig an uppgifter på ett nytt sätt “Jag leker inte med barnen samtidigt som jag lagar mat eller eh, läser läxor utan jag gör bara en sak åt gången.” eller “... alltså jag är inte på tre ställen samtidigt längre.”

En annan upplevelse som enbart beskrevs av PFPP-patienter var att de efter behandlingen överanalyserade eller grubblade i mindre utsträckning (9) “Och, och det här med att släppa saker och inte liksom, analysera allting för djupt och se det ...”, “Och det är samma att jag tänker inte så mycket på, allt möjligt när jag ska gå och lägga mig. Har jag också lärt mig.” Detta kunde uttryckas som en betydande lättnad “Jag analyserar inte riktigt lika mycket som innan ... Det är ganska stor skillnad kan jag säga.”

Ökad självkänsla var en upplevelse som enbart beskrevs bland PFPP-patienter (39) vilket uttrycktes genom att patienten upplevde sig ha fått insikter om att de trots allt hade ett värde som människa “terapeuten fick mig att fatta att jag är lika mycket värd som vem som helst, alltså alla andra eller vad man ska säga, att jag behöver inte vara sist i kön alltid.” och “jag känner att jag är en hyfsat bra människa ändå”. Det gällde även mer generella beskrivningar såsom “men framför allt så har jag fått bättre självkänsla sedan jag började i den här terapin” och “Så jag känner ändå att det var en ganska lång startsträcka med men jag fick nog bättre självkänsla av det jag gick igenom med terapeuten absolut.” samt “Jag tycker om mig som jag är.”

En annan upplevelse som var unik för PFPP-patienter var att de efter behandlingen fått en ökad förståelse för relationer (36) “att jag förstår relationerna bättre”. Det kunde även handla om att vara mer medveten om hur man själv är runt andra människor: “försöker vara ganska medveten om ... hur jag interagerar med andra människor hur jag fungerar i vardagen och hur andra människor fungerar i vardagen”.

## Gemensamma förändringsupplevelser

Flera aspekter av förändringsupplevelsen var inte särskiljande utan beskrevs likartat och i ungefär i samma omfattning i båda behandlingsgrupper. Den mest frekventa gemensamma upplevelsen var att uppleva bättre mående efter behandlingen (1). Det uttrycktes ofta i generella ordalag såsom ”För att jag mår ju bättre generellt sett ju, nu”, ”Jag, tycker det känns allmänt bra.”, ”Bättre nu, än var det var då.”, ”Så känner jag mig otroligt bättre nu.” och ”Jag, tycker det känns allmänt bra.”. Andra uttryckte att de hade mer balans i livet ”Jag känner att jag står med båda fötterna på jorden.” eller att de efter behandlingen kände en ökad glädje i tillvaron ”Glädje ... alltså, ja men det är mer ... jag uppfattar mig mycket gladare idag än vad var då liksom”. En patient beskrev att hen fått mer energi efter avslutad behandling ”jag har mer energi, tycker jag.”

I gemensamma förändringsupplevelser framkom även att patienterna hade nya förhållningssätt till sina tankar (24). Patienterna gav uttryck för att det kunde finnas en annan möjlig tolkning eller uppfattning av vad de upplevde tankemässigt, samt att de föreställningar de hade gällande konsekvenser av handlingar inte behövde stämma. Det framkom att patienternas förhållningssätt till sina egna tankar var annorlunda vilket innebar att den information som patienterna uppfattade genom tankar och känslor inte längre registrerades som absoluta sanningar ”...jag förminskar varenda problem, det gör jag inte, men att jag lite ... att jag lite har ... men jag har lite distans på det på det sättet att jag liksom ... ser det inte som ett ... så himla stort problem liksom på det sättet.”, ” Så att försöker ju att tänka logiskt, att det hur stor är sannolikheten att det ska hända är väl inte så jättestor liksom och försöker tänka på något annat.”, ” ... vad är det värsta som kan hända. Fick jag också lära mig det är ändå en bra replik, om du gör det, vad är det värsta som kan hända. Så har jag aldrig tänkt innan.” Patienterna uttryckte också att de tänkte mer ” Jag tänker mer och tänker lite istället på olika saker.”, ”Alltså jag tänker på det ibland ... olika saker där jag, jag tänker hur man tänker, hur man ska tänka liksom i vissa situationer.” Vidare framkom att de även upplevde sig ha förändrade perspektiv eller synvinklar på saker och ting. I vissa intervjuer tydliggjordes att dessa uttryck handlade om att patienterna upplevde att de hade kommit i kontakt med eller identifierat nya perspektiv på sina problem eller sig själva. I andra uppgav patienterna att de på något mer generellt sätt upplevde sig ha nya perspektiv och beskrev inga fler detaljer: ”... de här nya sätten att se på saker”.

Vidare beskrev många patienter från både PCT-gruppen och PFPP-gruppen att de kände sig lugnare (15) "... jag är mycket lugnare." "jag känner mig lugnare.". Vissa patienter beskrev det som att de slappnat av mer "Alltså jag tror att jag har slappnat av mer, överlag.", "Jag är väl kanske lite mer avslappnad så.", "jag behöver inte spänna mig". En patient påpekade att hen blivit mer harmonisk sedan behandlingen att hen innan var mer lättretlig när det kom till små påfrestningar i vardagen men att hen nu lättare kunde bortse från det. Patienterna beskrev även att de upplevde sig tryggare i sig själva (32) "Jag har nog blivit mycket tryggare med mig själv", "Jag är mer trygg i mig själv". Det framkom även att patienterna kände sig mindre oroliga "Extremt mycket mindre orolig."

I gemensamma upplevelser framkom även uttryck för kvarstående symtom (28). Patienterna berättade att de fortsatt undvika, alternativt börjat undvika i större utsträckning efter en period av mindre undvikande i syfte att inte behöva uppleva obehag, och nämner specifikt folksamlingar "... funderar över varför jag fortfarande undviker mycket folk och lite sådär.", samt platser och transportmedel " Jag tror det har blivit helt normalt nu, men hissarna ... jag vet ... jag har ju själv tagit avstånd ... successivt börjat ta avstånd till vissa hissar jag väljer ut dem själv.", " Jag har inte åkt buss ... eller jag åkte ju när vi tränade ...". Vidare beskrev patienter att de fortfarande var rädda i sin vardag "Och sedan, men sedan det här med att jag är rädd för saker det är jag ju fortfarande." och upplevde fysiologiska symtom "Och så just den här, mina andningstoppar som fortsatt är där, eh.", "... det är, jävligt jobbigt och gå omkring ... för att kroppen är ju (WAH-ljud) såhär hela tiden väldigt så där taggade då va och det är bara jobbigt."

## **Diskussion**

Enligt författarnas kännedom är detta den första studie som kvalitativt undersöker upplevelser av förändring efter psykologisk behandling för PS/A. Studiens syfte var att undersöka förändringsupplevelser i psykoterapi från ett patientperspektiv. Resultatet visar att PCT-patienter som resultat av behandlingen upplever sig förstå PS/A och svårigheter relaterade till diagnosen på ett nytt sätt, medan PFPP-patienter snarare upplever sig ha en mer djup och omfattande förståelse för sig själva och sin omvärld efter behandlingen. PCT-patienter verkar uppleva sig mindre begränsade av problem relaterade till PS/A medan PFPP-patienter verkar uppleva sig mer starka och öppna inför omvärlden. I vilken utsträckning dessa resultat speglar underliggande särskiljande förändringsprocesser eller om det snarare representerar olika sätt att uttrycka och tala om förändringsupplevelsen kan inte slås fast.

En del av våra fynd är i linje med tidigare forskning, bland annat de särskiljande förändringsupplevelserna för PCT-patienterna att uppleva sig mindre begränsad av PS/A i vardagen (19), ha ett nytt förhållningssätt till sina svårigheter relaterade till PS/A (23) samt ägna sig mindre åt att undvika obehag (21). I Nilsson et al. (2007) beskrev KBT-patienter snarlika upplevelser. Exempelvis att patienter förhöll sig annorlunda till sina problem och upplevde sig mindre begränsade av och mer villiga att möta svårigheterna. Även upplevelsen av att ha nya verktyg för att hantera sin problematik (4) återfinns bland KBT-patienter i tidigare forskning (Donald et al., 2019; Nilsson et al., 2007). Beskrivningar som liknar PCT-patienternas upplevelse av att förstå panikångest på ett nytt sätt (5) syns också i forskningen (Clarke et al., 2004; Donald et al., 2019). I PCT-gruppen framhöll patienterna att de fann det viktigt att fortsätta arbeta med sina svårigheter kopplade till panikångest även efter behandlingens avslut (12), dessa upplevelser framkommer bland KBT-patienter i annan forskning (Clarke et al., 2004). I Nilsson et al. (2007) framkom en tydlig skillnad mellan hur KBT- respektive PDT-patienter fortsatte förändringsarbetet efter terapin. KBT-patienter använde sig av konkreta metoder från terapin, som att föreställa sig en skylt med ordet katastroftanke, medan PDT-patienter ägnade sig åt fortsatt reflektion och bearbetning av tidigare händelser. Resultatet tyder på att främst PCT-patienterna fortsatte arbeta med sina problem efter avslutet. Dessa resultat blir intressanta i relation till resultatet i Svensson et al. (2021) som visade att PFPP-patienterna fortsatte förbättras mellan behandlingens avslut och uppföljningen till skillnad från PCT-patienterna. En möjlig tolkning av resultatet är att det som ligger till grund för PFPP-patienternas fortsatta förbättring i Svensson et al. (2021) inte kan kopplas till utövande av praktiska exponeringsövningar och andra tekniker från behandlingen efter terapins avslut, utan att det innefattar en mindre konkret förändring. Istället skulle man kunna se förändringen bland PFPP-patienter som en utvecklingsprocess mot självständighet som fortsätter mer eller mindre medvetet. Förändringen som sker av en PCT-behandling är mera avgränsad vilket kan tänkas ligga i linje med en mer effektiv förändringsprocess som då verkar ske under behandlingen.

Även förändringsupplevelser från PFPP-patienterna återfinns i tidigare forskning, exempelvis gruppens upplevelser av att ha nya insikter om sig själv och omvärlden (25), ökad självkänedom (38), ökad förståelse för relationer (36) samt att uppleva sig starkare, mer självsäker och självständig (13). Dessa förändringsupplevelser liknar PDT-patienters beskrivningar i Nilsson et al. (2007), där de uttryckte att de hade större förståelse för hur

svårigheter i deras förflutna påverkade dem idag, tog hänsyn till egna behov och värderingar samt förstod sig på sina relationer bättre. Den mest särskiljande upplevelsen hos PFPP-patienter var att de blivit mer gränssättande (17) och upplevde sig bättre kunna stå upp för sig själva och säga ifrån i situationer som kräver detta. Detta resultat kan liknas vid resultatet i Leonidaki et al. (2016) där det framkom att patienter som behandlats med den psykodynamiska behandlingen Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) upplevde att de i mindre utsträckning prioriterade andra framför sig själva och hade en större medvetenhet om sina personliga behov. PFPP-patienters upplevelser av att känna mer empati, öppenhet och ödmjukhet (16) liknar också upplevelser bland patienter som behandlats med DIT (Leonidaki et al., 2016). Medan de tolkade sina fynd som att patienter var mer öppna och avslappnade i interaktion med andra, verkar det i vårt urval snarare handla om en ökad öppenhet inför olika åsikter och förmågor hos människor. Även PFPP-patienters upplevelse av att våga visa sig mer sårbara (33) tangerar resultat i Leonidaki et al. (2016) där det framkom att DIT-patienter upplevde sig vara mer i kontakt med sina känslor, sina svagare sidor och kunde berätta om sina problem för andra. Dessa upplevelser går också att relatera till Nilsson et al. (2007) där PDT-patienter uttryckte att de var mindre rädda för att visa sig svaga.

Vidare finns likheter mellan gemensamma förändringsupplevelser i studien och tidigare forskning. Den mest framträdande gemensamma upplevelsen var att patienterna upplevde att de generellt sett mådde bättre (1). Denna förändringsupplevelse skulle kunna liknas vid ett slags mått på symtomrelaterat utfall i urvalet. Resultatet ligger i linje med att PCT och PFPP framstår som likvärdiga i RCT studier (Beutel et al., 2013; Milrod et al., 2016; Svensson et al., 2021). Beskrivningar liknande PCT- och PFPP-patienters upplevelser av att känna sig lugnare och tryggare (15, 32) har framkommit i tidigare forskning (Göstas et al., 2012; Nilsson et al., 2007; Timulak, 2007) där patienterna exempelvis beskrev att de efter behandlingen upplevde sig vara mer i emotionell balans. Upplevelsen av att ha nya förhållningssätt till tankar (24) är också i linje med resultat i Göstas et al. (2012) där PDT- och KBT-patienter uttryckte jämförbara upplevelser och författarna såg en ökning av kognitiv flexibilitet.

I båda behandlingsgrupperna uttryckte patienter att de fortfarande upplevde symtom relaterade till PS/A (28). Detta skulle kunna förstås utifrån att ingen behandling verkar kunna passa alla individer. Denna uppfattning nämns exempelvis av Leonidaki et al. (2016) och Ahn & Wampold (2001) som betonar behovet av att identifiera olika psykoteraeutiska interventioner istället för att söka efter en metod som passar alla. Sammantaget kan patienternas

gemensamma förändringsupplevelser ses som ett resultat av så kallade common factors i terapin där allians mellan terapeut och patient anses vara den viktigaste faktorn. Enligt Hubble et al. (2010) ingår förutom allians även motivation och engagemang i begreppet. Dessa ingredienser beskrivs vara det som driver terapin framåt och kan ses som en form av motor.

Vidare är skillnaderna slående mellan hur förändringsupplevelser beskrevs i behandlingsgrupperna. PCT-gruppen uttryckte förändringsupplevelser mer specifikt relaterade till PS/A än PFPP-gruppen. Patienterna beskrevs förändringsupplevelser tydligt relaterade till PS/A och dess symtombild, som att vara mindre rädd för panikångest och att uppleva sig ha fler verktyg för att hantera panikattacker. PFPP-patienter gav mer detaljerade, abstrakta och omfattande uttryck för hur de förändrats och gruppens mest framträdande förändringsupplevelser var mer generella och relaterade till flera livsområden. Patienterna uttryckte att de betraktade sig själv och sitt egenvärde på ett nytt sätt, att de hade fått nya insikter och förhållningssätt till krav, sig själv och omvärlden, att de stod ut med affekter i större utsträckning samt att patienterna upplevde att de kunde vara mer gränssättande i sina relationer. Detta fynd skulle kunna tolkas som att PCT är en något mer avgränsad och fokuserad behandlingsform än PFPP, vilken leder till förändringsupplevelser kopplade till just PS/A. Dessa fynd är i linje med tidigare forskning (Nilsson et al., 2007, Wampold et al., 2017) där man såg att de patienter som behandlats med KBT beskrev en mer avgränsad förändring vilket förstods utifrån att KBT är en mer fokuserad metod. En hypotes som diskuteras i Nilsson et al. (2007) är att KBT-patienter uttryckte färre förändringsupplevelser på grund av att de gått i terapi kortare tid än PDT-patienter. Studiens resultat står i motsats till denna hypotes eftersom de patienter som ingår i föreliggande studie gått i terapi under lika lång tid och resultatet trots detta visar påtagligt färre uttryck för förändringsupplevelser bland PCT-patienter än PFPP-patienter.

Ytterligare en betraktelse är att majoriteten av PFPP-gruppens särskiljande upplevelser kan tolkas som uttryck för ökad mentaliseringsförmåga hos patienterna, exempelvis upplevelserna av att ha större förståelse för sig själva, sina behov och för andra. Det verkar med andra ord som att det har skett en förändring hos patienterna i detta avseende. Resultatet kan ses som en reflektion av att PFPP-metoden strävar efter att hjälpa patienten utveckla sin mentaliseringsförmåga (Rudden et al., 2006) genom att bland annat hjälpa patienter att mentalisera kring sina ångestsymtom och göra sina känslor mer medvetna. Att uppnå högre mentaliseringsförmåga är något även andra psykodynamiska behandlingar också strävar efter (Leonidaki et al., 2016). Mentalisering definieras som förmågan att förstå och tolka egna och

andras implicita och explicita beteenden som uttryck för olika mentala tillstånd som känslor, tankar, fantasier, antaganden och önskningar (Fonagy, 2002).

Forskning har visat att patienter med paniksyndrom har svårt att tolerera och nyansera tankar och känslor som är kopplade till ilska (Busch et al., 2012) därför ligger ett stort fokus i PFPP på just att medvetandegöra ilska. Vidare visar forskning att patienter med paniksyndrom har svårt att uttrycka ilska av rädsla för att detta kan äventyra deras anknytning till människor som de behöver (Busch et al., 1991). Studiens resultat visar inte att patienter markant ökat sin grad av ilska, även om vi såg citat som beskriver detta i PFPP-gruppen. Ett centralt resultat, och något som i förlängningen kan kopplas till ilska, är studiens resultat gällande ökad gränssättning. Detta kan man se som ett adaptivt sätt att uttrycka ilska där man på ett medvetet sätt ser över sina behov. Busch et al. (2012) menar att patienter med paniksyndrom ofta känner skuld gentemot de känslor och önskningar som de upplever, vilket gör att de hellre förnekar dem, eller kompenserar för dem.

Två koder som representerar särskiljande förändringsupplevelser bland PCT- respektive PFPP-patienter var ”Mindre rädd för panikångest” (20) och ”Färre, svagare eller inga panikattacker” (3). Dessa koder kan tyckas fånga likartade upplevelser; att vara mindre besvärad av panikattacker. Dock verkar det finnas både likheter och betydande skillnader mellan upplevelserna. PCT-patienter uttryckte en minskad rädsla för panikångest och talade om detta som ett resultat av att de hade ny kunskap om paniksyndrom, panikattacker och vad som händer med oss när vi upplever dem. Lärdomar om att panikattacker inte är dödliga framstår som särskilt betydelsefulla för gruppen. PFPP-patienternas uttryck gällande panikattacker utgjordes snarare av konstateranden om att de upplevde mildare, färre eller inte längre fick några panikattacker. Dessa konstateranden förekom inte i samband med resonemang kring hur det kunde komma sig att panikattackerna minskat, till skillnad från PCT-patienternas beskrivningar. Det verkar alltså som att båda behandlingsgrupper inte längre upplever sig lika besvärade eller påverkade av panikattacker. Skillnaden mellan upplevelserna verkar bestå i att PCT-gruppen möjligen fortfarande upplever panikattacker och att individerna förändrats på så sätt att de inte längre är rädda för attackerna, medan PFPP-patienternas förändringsupplevelser innefattar att de upplever färre eller svagare panikattacker efter behandlingen. Vi noterar att upplevelsen av att ha färre eller svagare panikattacker (3) var dubbelt så förekommande i PFPP-gruppen jämfört med i PCT-gruppen både sett till antal patienter och uttryckta citat (3). Värt att komma ihåg är att utfallsstudien som studiens urval kommer från visat att behandlingarna är

jämförbara gällande symtomreduktion (Svensson et al., 2021). Utifrån resultatet skulle det kunna gå att säga att vi ser att PFPP-patienter upplever sig ha färre eller svagare panikattacker (3) medan PCT-patienter snarare har en annan förståelse för, förhållningssätt till och hantering av panikattacker. Det är sdt att uttala sig om ifall PCT-patienter faktiskt upplever fler panikattacker jämfört med PFPP-patienter efter behandlingsavslutet men frågan väcks utifrån resultatet.

Ett tydligt fokus i PCT-behandlingen är att hjälpa patienten till en annan förståelse för sina kroppssensationer istället för katastroftolkningar. Barber et al. (2020) fann att patienter med PS/A som behandlats med KBT respektive PFPP hade förbättrats i samma utsträckning avseende feltolkning av kroppssensationer efter behandlingen. Författarna underströk att KBT-patienternas behandling innehöll specifika delar som handlade om att hjälpa patienten förändra dessa tolkningar medan detta helt saknades i PFPP och föreslog att PFPP-patienter förmodligen nått samma förändring genom andra processer eller mekanismer i deras behandling. Frågan är om PFPP-patienter i föreliggandes studies urval förändrat sin tolkning av kroppssensationer likt PCT-patienterna. Mot bakgrund av att minskad rädsla för panikångest (20) var en särskiljande upplevelse för PCT-gruppen och inte PFPP-gruppen tolkas denna förändring alltså främst ha förekommit bland PCT-patienter i vårt urval. Att vi identifierat fler upplevelser relaterade till förändring av tolkning av kroppsliga symtom hos PCT-patienter skulle kunna förstås utifrån att PCT-patienter i större utsträckning har fått ett språk för att uttrycka detta genom psykoedukationen som ingår i behandlingen. I psykoedukation undervisas patienten i symtom och förklaringar till dessa. I PFPP förekommer inte samma fokus på psykoedukation. Det skulle också kunna vara så att samma förändring uttrycks på ett annat sätt i PFPP-gruppen, exempelvis genom den särskiljande upplevelsen att bättre kunna stå ut med obehag, affekter och ångest (35). Flera av de uttryck PCT-gruppen gav när de beskrev att de förstod paniksyndrom och upplevda symtom på ett nytt sätt liknade den psykoedukation som ingår i behandlingen. En möjlig tolkning av detta skulle kunna vara att dessa uttryck snarare är patienters beskrivningar av behandlingens innehåll än uttryck för subjektiva förändringsupplevelser. Skillnader i beskrivning av upplevd förändring är i linje både med hur PCT och PFPP teoretiskt skiljer sig som metoder. Även i Leonidaki et al. (2016) verkade patienternas upplevelse av psykoterapi vara kongruenta med behandlingens teoretiska ansats.



## **Kliniska implikationer**

Mot bakgrund av skillnader i beskrivningarna av förändring mellan PCT- och PFPP-gruppen kan vi dra slutsatsen att PCT-patienter som resultat av behandlingen upplever sig förstå PS/A på ett nytt sätt, medan PFPP-patienters snarare upplever sig ha en mer djup och omfattande förståelse för sig själva och sin omvärld efter behandlingen. PCT-patienter verkar uppleva sig mindre begränsade av problem relaterade till PS/A medan PFPP-patienter verkar uppleva sig mer starka och öppna inför omvärlden. Studiens resultat kan anses addera kunskap till kvantitativ forskning som visar att behandlingarna är jämförbara gällande symtomreduktion. Resultaten kan även få viss relevans för både patienter och kliniker vid panikångestbehandling. Somliga patienter kan eftersöka behandling för PS/A som är fokuserad på diagnosspecifika problem medan andra kanske önskar ett mer reflekterande fokus och att närma sig kärnan av patientens ångestproblematik. Studiens resultat skulle kunna vara till hjälp i patientinformation för personer som lider av svårigheter relaterade till PS/A och står inför att välja behandling beroende på vad patienten vill uppnå eller förändra i samband med behandlingen.

## **Styrkor och begränsningar**

En av studiens styrkor är att det ursprungliga urval som studiens randomiserade subsample härstammar från innefattar 182 patienter från olika socioekonomisk bakgrund, från en mix av åldrar mellan 18–70 samt olika geografiska platser (Sandell et al., 2015). Detta kan anses stärka studiens externa validitet. Vidare stärks studiens externa validitet genom det att det i huvudsak var patienter rekryterade inom ramen för reguljär vård. Sammantaget bidrar detta till generaliserbarheten av resultaten, att studiens fynd speglar hela patientgruppen.

Studien har inspirerats av grundad teori men haft en mer pragmatisk ansats och exempelvis inte skapat överkategorier för koderna enligt metoden grundad teori, utan använt materialet på så sätt att kvalitativa analyser utförts utifrån koders frekvens och differenser baserade på antal patienter och antal citat för varje kod. Författarna har försökt undvika tolkning för att i största mån befinna sig nära studiens data och på så vis vara så nära patientens upplevelse som möjligt. Därmed har man försökt att undvika subjektivitet och tolkning i syfte att uppnå en upplevelsenära beskrivning av förändringen. Nackdelar med studiens tillvägagångssätt kan möjligtvis vara att vissa koder liknar varandra och fångar liknande upplevelser, detta trots att vi minskat antal koder drastiskt under arbetets gång. Ambition med studien var att få ett tydligt men nyanserat resultat med relevans för klinikern.

En annan styrka är att alla behandlare i studien var legitimerade psykoterapeuter samt hade utbildats specifikt inom metoderna PCT och PFPP av upphovsmännen inom respektive metod, Michelle Craske (PCT) och Barbara Milrod (PFPP). En annan styrka är att metoderna var manualbaserade vilket gör att terapeuternas egen stil spelar mindre roll i hur behandlingen gått till. Detta gör att det med större säkerhet kan uttala oss om upplevelsen i att genomgå dessa båda behandlingar då upplevelsen kan antas mindre färgad av variationer mellan behandlare och olika varianter av KBT och PDT.

All kvalitativ forskning som baseras på intervjuer behöver förhålla sig till att vissa deltagare är mer verbala än andra. Leonidaki et al. (2016) menar att graden av tydlighet, reflektiv förmåga och social önskvärdhet är faktorer som alla påverkar det kvalitativa resultatet. Flyvbjerg (2001) är inne på samma resonemang och menar att kvalitativ metod förlitar sig på *power of example*, att deltagarna har förmåga att beskriva sina upplevelser på ett levande och tydligt sätt. Detta kan kopplas till frågan om vilken påverkan exempelvis deltagares socioekonomiska status har på resultatet vilket i detta fall skulle kunna innebära att deltagare med hög socioekonomisk status premieras eftersom de eventuellt har större vana att uttrycka sig verbalt och därmed skulle kunna tillföra mer utav sina upplevelser i datainsamlingen än individer med lägre socioekonomisk status. I studiens urval finns en anmärkningsvärd variation mellan deltagarnas svar gällande både omfattning och uttrycksförmåga. Detta utgör en begränsning i studien eftersom patienter med lägre kommunikativ förmåga blir underrepresenterade i resultatet. Dock bör variationen i dessa förmågor vara fördelat likvärdigt mellan PCT och PFPP då föreliggande sub-sample representerar ett randomiserat urval av RCT studiens samtliga deltagare. De skillnader som framträder mellan grupperna (PCT och PFPP) representerar därmed sannolikt skillnader relaterade till de behandlingar som erhållits. Vidare observerades att intervjuernas omfattning skiftar beroende på vilken intervjuare som administrerar intervjun. Detta skulle kunna innebära att datainsamlingen påverkats på så sätt att det genereras olika många koder beroende på vem som varit intervjuledare, samtidigt är det omöjligt att komma ifrån individuella skillnader. För att inte gå miste om förändringsupplevelser hos de patienter som i mindre utsträckning berättade fritt om förändringsupplevelser har patienters svar på slutna frågor inkluderats i datainsamlingen. Även om det kan finnas vissa problem med att inkludera patienters svar på slutna frågor, exempelvis att svaret skulle kunna påverkas av att patienten vill framstå som förbättrad inför intervjuaren

eller skynda vidare till nästa fråga utan att reflektera över frågan eller att svaren blev dikotoma, ansågs risken att gå miste om mindre verbala patienters upplevelser vara större.

### **Slutsatser**

Sammanfattningsvis har studien kommit fram till att PCT-patienter verkade uppleva sig förstå sina problem relaterade till PS/A på ett nytt sätt och känna sig mindre begränsade av dessa, medan PFPP-patienter snarare upplevde sig ha fått en fördjupad förståelse för sig själva och sin omvärld samt kände sig starkare och mer öppna som resultat av behandlingen. Studien visade även att det framkom fler citat bland patienter som behandlats med PFPP än de som behandlats med PCT. Patienter i båda grupper upplevde sig må bättre generellt och upplevde ett större lugn och mer trygghet i sig själva. Huruvida detta är ett uttryck för underliggande, särskiljande förändringsprocesser eller representerar olika sätt att beskriva förändringsupplevelsen kan dock inte fastslås.

### **Framtida forskning**

I POSE-projektet (Sandell et al. 2015) inkluderades 182 deltagare som genomgått 6-månaders uppföljning och det hade varit en ypperlig möjlighet att i framtida forskning undersöka hela studiens material kvalitativt. Vidare hade det varit intressant att i en komponentstudie undersöka vilken inverkan ingrediensen psykoedukation har på förändringsupplevelser i psykoterapibehandling.

En observation i samband med dataanalysen var att patienter i båda behandlingsgrupperna uttryckte att de fortfarande upplevde symtom relaterade till PS/A (28). En del KBT- och PDT-patienter i Nilsson et al. (2007) beskrev på liknande sätt att de upplevde förändringen otillräcklig eller att de behövde mer terapi samt att de trodde att det fanns andra terapimetoder som skulle passa dem bättre. Beskrivningarna känns igen från denna studies resultat. Mer specifikt uttryckte en del PCT-patienter ett behov av att prata mer om sin bakgrund och viktiga livshändelser i behandlingen medan vissa PFPP-patienter efterfrågade mer struktur och konkreta verktyg. Det verkar med andra ord som att en del av patienterna som behandlats med den KBT-baserade behandlingen PCT saknade behandlingsaspekter som psykodynamiskt inriktade behandlingar erbjuder i större utsträckning, och vice versa. Detta forskningsområde ligger utanför studiens frågeställning men skulle kunna vara föremål för framtida studier

## Referenser

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi-org.10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (Tredje upplagan). Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2014). Mini-D 5: *diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Barber, J. P., Milrod, B., Gallop, R., Solomonov, N., Rudden, M. G., McCarthy, K. S., & Chambless, D. L. (2020). Processes of therapeutic change: Results from the Cornell-Penn Study of Psychotherapies for Panic Disorder. *Journal of Counseling Psychology, 67*(2), 222–231. <https://doi-org.10.1037/cou0000417>
- Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1086–1090. <https://doi-org.10.1016/j.janxdis.2009.07.011>
- Beutel, M. E., Scheurich, V., Knebel, A., Michal, M., Wiltink, J., Graf-Morgenstern, M., Tschan, R., Milrod, B., Wellek, S., & Subic-Wrana, C. (2013). Implementing Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy into Clinical Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(6), 326–334. <https://doi.org/10.1177/070674371305800604>
- Busch, F. N., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Shapiro, T., & Shear, M. K. (1991). Neurophysiological, cognitive-behavioral and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry, 11*, 316–332.
- Busch, F. (2012). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy, extended range*. Routledge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. [Elektronisk resurs] a practical guide through qualitative analysis*. SAGE.
- 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>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic*. (Fjärde upplagan). Oxford University Press.

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. ed. / text revision). (2000). American Psychiatric Association.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge University Press.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research* (Fjärde upplagan) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Donald, I. N., Carey, T. A., & Rickwood, D. J. (2019). “Therapeutic change in young people—A qualitative investigation of client and therapist perspectives”: Erratum. *Counselling & Psychotherapy Research*, *19*(1), 93. <https://doi-org.10.1002/capr.12207>
- Doucette, A., & Wolf, A. (2009). Questioning the measurement precision of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, *19*(4/5), 374–389. <https://doi.org/10.1080/10503300902894422>
- Fonagy, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Stirman, S. W., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C. M., & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and Common Mechanisms of Change across Cognitive and Dynamic Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(5), 801–813.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Sociology Press.
- Göstas, M. W., 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*, *14*(4), 365–380. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.734498>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). Introduction. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy.*, (Andra upplagan). (pp. 23–46). American Psychological Association. <https://doi-org.10.1037/12075-001>

- Hart, C., Boellinghaus, I., Holttum, S., Shepherd, M., O'Brien, C., & Salter, D. (2021). *A Grounded Theory Analysis of the Experience of Therapy in the Context of Negative Change*. *SAGE Open*, *11*(2), 1–17.
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E., & König, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1), 14–31. <https://doi-org.10.1016/j.jad.2008.07.014>
- Leonidaki, V., Lemma, A., & Hobbis, I. (2016). Clients' experiences of dynamic interpersonal therapy (DIT): opportunities and challenges for brief, manualised psychodynamic therapy in the NHS. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *30*(1), 42–61. <https://doi-org.10.1080/02668734.2015.1081266>
- Levitt, H. M., Morrill, Z., Collins, K. M., & Rizo, J. L. (2021a). The methodological integrity of critical qualitative research: Principles to support design and research review. *Journal of Counseling Psychology*, *68*(3), 357–370. <https://doi-org.10.1037/cou0000523>
- Levitt, H. M., McLeod, J., Stiles, B. W. (2021b). The Conceptualization, Design, and Evaluation of Qualitative Methods in Research on Psychotherapy. M. Barkham et al., (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (ss. 51-86). John Wiley & Sons.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (ss. 49-84). John Wiley & Sons.
- Milrod B, Chambless D. L., Gallop R, Busch F. N., Schwalberg M, McCarthy K. S., Gross C, Sharpless B. A., Leon A. C., Barber J. P. (2016) Psychotherapies for panic disorder: a tale of two sites. *J Clin Psychiatry*. Jul;77(7):927–35.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, *17*(5), 553–566. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10503300601139988>
- Ogles, B. M. (2013) Measuring Change in Psychotherapy Research. M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (ss. 134-166). John Wiley & Sons.

- Osborn, M., & Smith, J. A. (2008). The fearfulness of chronic pain and the centrality of the therapeutic relationship in containing it: An interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 276–288.
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD011004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(2), 139–150. <https://doi-org.10.1037/h0079765>
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339–1343. <https://doi-org.10.1177/00030651060540040109>
- Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The POSE study - panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(130). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0656-7>
- Socialstyrelsen (2022, januari 2) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – information till patienter*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., Falkenström, F., & Sandell, R. (2021). The Effect of Patient’s Choice of Cognitive Behavioural or Psychodynamic Therapy on Outcomes for Panic Disorder: A Doubly Randomised Controlled Preference Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90, 107–118. <https://doi-org.10.1159/000511469>
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *In Psychology and national health insurance: A sourcebook*. (pp. 540–550). American Psychological Association. <https://doi-org.10.1037/10070-062>

- 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>
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research, 27*(1), 14–32. <https://doi-org.10.1080/10503307.2016.1249433>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology. [Elektronisk resurs]* (Tredje upplagan). McGraw-Hill Education.



## Bilaga 1

### PSYCHOTHERAPY OUTCOME INTERVIEW SCHEDULE

Thomas Nilsson, Martin Svensson & Rolf Sandell

#### *Generella riktlinjer*

1. Försök få patienten att vara så berättande och nyanserad som möjligt i sina svar. Om behövt, be patienten om att utveckla sina svar. (var inte rädd för att göra det gång på gång)
2. Patienten bör ge konkreta exempel på sina upplevelser. Om behövt, be om detta.
3. Denna version av POISE fokuserar på paniksyndrom i högre utsträckning än originalversionen.

#### *Bakgrund*

1. Varför tror du att du fick panikångest? Vad beror panikångest på?
2. Vad gjorde att du sökte hjälp?
3. Om patienten fick välja själv; Varför valde du den terapin du valde?
4. Om patienten randomiserades; Hur var det att inte ha något inflytande över vilken behandling du skulle få? Att slumpen fick avgöra?
5. Hade du några förväntningar inför terapin?
6. Hur var det att börja i terapi, stämde terapin överens med dina förväntningar?

#### *Frågor kring förändring*

1. Hur var för dig att gå i denna terapi?
2. När du började i terapi, visste du redan då vad som behövde förändras?
3. Kan du beskriva på vilket sätt du har förändrats?
4. Har du fått hjälp med din panikångest?
5. Kan du ge några exempel på situationer i din vardag då du märker att du har nytta av att ha gått i terapi? (arbete, familj, vänner, etc.)
6. Har terapin på något sätt försvårat eller försämrat din tillvaro?

#### *Förändring över tid*

1. Har de förändringar som du uppnådde under terapin varit hållbara?
2. Om du tänker på hur du mådde när ni avslutade och jämför det med hur du mår idag, hur skulle du beskriva det, mår du bättre, sämre?
3. På vilket sätt har du fortsatt att arbeta med dina problem/svårigheter efter terapins avslut?

#### *Metodik*

1. Kan du säga något om vad terapeuten hade för funktion under en, för er, typisk timme?
2. Upplevde du att terapeuten verkade arbeta utifrån någon speciell metodik eller teori?
3. Varför tror du terapeuten gjorde som han eller hon gjorde?
4. Tycker du att terapin borde ha varit annorlunda på något sätt, för att på så vis ha hjälpt dig mer med din panikångest?

5. Kan du beskriva vad som var din uppgift i terapin?
6. Hur kommer det sig att det gick så bra/dåligt?

*Terapeutens person och den terapeutiska relationen*

1. Hur skulle du beskriva er relation?
2. Vad tyckte du om terapeuten?
3. Kunde du prata med terapeuten om riktigt känsliga saker?
4. Kan du berätta om hur det kändes att avsluta din kontakt med terapeuten?

*Utomterapeutisk påverkan*

1. Skedde det någon förändring i ditt liv under tiden som du gick i terapi som gjorde att du mådde bättre? (arbete, studier, familj, vänner, etc.)
2. Var det något eller någon utanför terapin som försvårade det som du försökte att uppnå?

*Avslutande frågor:*

1. Är det något du vill tillägga, något vi har missat? Finns det något annat som du vill ta upp som har med din terapi att göra?

## Bilaga 2

### Kodlista

<u>Kod</u>	<u>Beskrivning</u>	<u>Antal</u>	<u>Antal citat</u>
		<u>deltagare</u>	
1. Bättre mående	Patienten uttrycker generellt bättre mående efter behandlingen genom att exempelvis uttrycka att hen mår bättre idag, har mer energi eller är gladare.	23	52
2. Färre katastroftankar, mindre skrämmande	Patienten beskriver att hen har färre katastroftankar efter behandlingen. I koden inkluderas även uttryck för att vara mindre rädd för katastroftankar.	5	12
3. Färre, svagare eller inga panikångestattacker	Patienten beskriver att panikattackerna är färre, svagare eller inte längre förekommer och uttrycker detta i positiv bemärkelse.	18	32
4. Fått nya verktyg	Patienten uttrycker att hen efter behandlingen har nya konkreta redskap eller verktyg för att hantera sin panikångest, så som mindfulnessövningar eller andningsövningar.	13	27
5. Förstår panikångesten på nytt sätt	Patienten uttrycker att hen har större kunskap eller förståelse för panikångest eller upplevda	12	32

symtom, exempelvis kroppsliga signaler. Patienten uttrycker att denna nya kunskap eller förståelse är hjälpsam.

6. Förändrade värderingar	Patienten beskriver förändring kopplat till personliga värderingar, nya sätt att prioritera i livet efter behandlingen eller att vissa delar eller områden av livet värderas högre än innan.	3	7
7. Generella symtom på psykisk ohälsa kvarstår	Patienten ger uttryck för upplevd trötthet, stress, ångest, nedstämdhet eller försämrat psykiskt mående sedan avslutet.	4	6
8. Glömt bort vad jag lärde mig i terapin	Patienten uppger att hen glömt bort innehåll, lärdomar eller konkreta verktyg från terapin. Även uttryck för att ha återfallit i negativa mönster inkluderas.	2	7
9. Grubblar mindre	Patienterna uttrycker att de efter behandlingen grubblar mindre.	3	9
10. Hittat mig själv	Patienterna ger uttryck för att ha vuxit som människa, blivit "mer klar" eller känner i större utsträckning att de är sig själva jämfört med före behandlingen.	6	10
11. Infört nya goda vanor	Patienten uttrycker att hen som resultat av behandlingen gjort beteendeförändringar i sina vardagsrutiner.	6	7

12. Jobbar med min psykiska hälsa på egen hand	Patienten uttrycker att hen efter behandlingen börjat ta sin psykiska hälsa på allvar och att hen arbetar på egen hand för att må bättre. Exempelvis genom exponeringsövningar, att fokusera på att öka sin självständighet eller använda andra lärdomar från terapin.	15	31
13. Känner mig starkare, mer självsäker och självständig	Patienten ger uttryck för att känna en ökad självsäkerhet, självständighet eller på något sätt känna sig starkare efter behandlingen.	14	38
14. Lever mer i nuet	Patienten uttrycket att hen som resultat av behandlingen är mer närvarande i sitt liv och i relation till andra.	5	9
15. Lungare	Patienten ger uttryck för att vara mer lugn efter behandlingen.	13	27
16. Mer empati, öppenhet och ödmjukhet	Patienten uttrycker sig ha ett nytt sätt att relatera till andra människor på som beskrivs som mer ödmjukt eller präglas av en större öppenhet för olikheter.	4	14
17. Mer gränssättande	Patienten uttrycker att hen har lättare att stå upp för sig själv eller att säga ifrån när det behövs.	9	35
18. Mildare mer frekventa attacker ger obehag	Patienten beskriver att hen efter behandlingen upplever att hen har färre stora panikattacker men	2	10

fler mildare attacker som förekommer frekvent och medför ett nästan konstant obehag som i vissa fall även innebär att patienten saknar de stora attackerna som hade ett tydligare avslut.

19. Mindre begränsad av panikångesten i vardagssituationer	Patienten säger att hen kan göra flera saker som hen inte kunde göra när hen hade större problem med panikångest. Exempelvis åka buss, köra bil, motionera och stå i kö.	13	34
20. Mindre rädd för panikångest	Patienten berättar om att hen inte är rädd för sin panikångest eller panikattacker på samma sätt efter behandlingen. Att hen inte längre tror att attackerna innebär att hen kommer dö. Uttryck för mindre oro för att få panikattacker inkluderas också.	16	33
21. Mindre undvikande	Patienten uttrycker att hen inte i samma utsträckning som före behandlingen undviker obehag och säger att hen har förstått värdet i detta.	6	15
22. Minskat kontrollbehov	Patienten uttrycker att hen efter behandlingen inte längre har samma kontrollbehov och exempelvis inte behöver ha koll på andra människor i sitt liv eller vad som ska hända under dagen.	3	6

23. Nya förhållningssätt till panikångesten	Patienten ger uttryck för att ha nya sätt att förhålla sig till panikattacker på, som att notera symtom med icke värderande inställning, att försöka resonera sig själv och ta det lugnt vid attacker eller att generellt sett tänka mindre på panikångest.	12	24
24. Nya förhållningssätt till tankar	Patienten ger uttryck för att förhålla sig till tankar och tänkande på nya sätt, som att tänka med logiskt, tänka mer, annorlunda eller tänka på sitt tänkande. Vidare inkluderas uttryck för att tänka mer positivt och undvika att tolka allt negativt direkt.	15	30
25. Nya insikter om mig själv och omvärlden	Patienten ger uttryck för att hen har fått nya insikter om sig själv eller omvärlden eller utvecklats på något sätt som resultat av behandlingen.	8	19
26. Närstående påtalar förändring	Patienten uttrycker att en anhörig, partner, vän eller annan person i omgivningen påtalar att de märker förändringar hos patienten som resultat av behandlingen.	3	7
27. Panikångesten styr ej livet längre	Patienten berättar att hen efter behandlingen inte längre upplever att panikångesten styr livet eller blir en faktor att	6	13

	behöva planera efter eller förhålla sig till i vardagen.		
28. Panikångestsymtom kvarstår	Patienten uttrycker att hen efter behandlings avslut fortfarande upplever symtom relaterade till panikångest i någon utsträckning.	11	21
29. Prioriterar egna behov	Patienten uttrycker att hen som resultat av behandlingen finner det lättare eller ser det som viktigare att prioritera sina egna behov.	3	8
30. Rimligare krav	Patienten uppger att hen har ändrat sin syn på hur höga krav hen behöver ställa på sig själv och uttrycker att det varit hjälpamt.	3	10
31. Terapeutens ord kvar i mig	Patienten uttrycker att hen fortfarande kan höra terapeutens ord i bakhuvudet, att patienten för sitt inre har tillgång till råd och uttryck från terapeuten.	3	8
32. Tryggare	Patienten uttrycker att hen känner sig tryggare eller mer stabil i sig själv. Även uttryck för att uppleva sig själv mindre orolig som resultat av behandlingen inkluderas.	8	18
33. Visar mig sårbar	Patienten uttrycker att hen i allt större mån kan visa och uttrycka sina känslor för andra. Uttryck för att kunna berätta om sina	7	12



problem relaterade till  
panikångesten för personer i sin  
närhet inkluderas också.

34. Ökad acceptans	Patienten uttrycker att hen som resultat av behandlingen har större acceptans gentemot sig själv. Även ökad acceptans för sin problematik relaterad till paniksyndromet omfattas.	6	15
35. Ökad affekttolerans	Patienten ger uttryck för att som resultat av behandlingen kunna stå ut med affekter och ångest i större utsträckning än förut.	6	17
36. Ökad förståelse för relationer	Patienten uttrycker ökad medvetenhet och förståelse för relationer, exempelvis hur de interagerar med andra människor.	3	4
37. Ökad ilska	Patienten uppger att hen upplever mer ilska eller irritation efter behandlingen.	2	12
38. Ökad självkänedom	Patienten ger uttryck för att ha fått en annan medvetenhet och distans till sig själv, uttrycker att hen har möjlighet att se sig själv utifrån eller att ha större förståelse för sitt sätt att tänka.	8	17
39. Ökad självkänsla	Patienten ger uttryck för att ha bättre självkänsla eller att de tycker om dig själva som de är som resultat av behandlingen.	3	9

40. Ökat självomhändertagande	Patienten berättar att hen efter behandlingen identifierar och tar hänsyn till behov som att sova mer eller ta fler pauser för att ta hand om sig själv bättre.	3	15
----------------------------------	---	---	----

---

De behandlingar som omnämns är Panic Control Treatment (PCT) och Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP).