



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

“Det hade kanske kunnat bli bra”:

En kvalitativ analys av behandlingsmisslyckanden i KBT respektive
PDT för paniksyndrom

Livia Ericsson & Linda Terstad

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Martin Svensson

Examinator: Margit Wångby-Lundh

Abstract

The aim of this study was to explore patients' experience of method deficiencies in Panic Control Treatment (PCT) and Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP) respectively. The sample of 20 patients was a subsample from the project POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder, where the patients had been diagnosed with panic disorder with or without agoraphobia (PD/A). One half of the sample had been treated with PCT and the other with PFPP. None of the patients in the subsample had reached a clinically meaningful improvement. The patients had been interviewed at 6 months-follow up and thematic analysis was used to analyze the material. Four themes were identified: *Abandoned*, *Rigid*, *Not being able to cope with the demands of therapy* and *"A pretaste of therapy"*. The results showed both shared and distinguishing experiences between PCT and PFPP patients. Shared experiences included that the therapy was not enough to reach desired goals and that the demands of therapy did not match the patient's estimation of their own ability. PFPP patients experienced abandonment in terms of the interventions being too abstract and the termination of therapy too painful. PCT patients experienced that the treatment had too rigid frameworks and that there was no room for in-depth understanding of their problems. The study underscores the importance of carefully forming an agreement of goal and task.

Key words: Panic control treatment, Panic focused psychodynamic psychotherapy, patient experiences, method deficiencies, reflexive thematic analysis.

Sammanfattning

Studiens syfte var att utforska upplevda metodbrister hos patienter som inte blivit hjälpta av Panic Control Treatment (PCT) respektive Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). Studiens urval var en del av projektet POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder, och bestod av 20 patienter med diagnosen panikångestsyndrom med eller utan agorafobi. Hälften hade behandlats med PCT och hälften med PFPP. Ingen hade nått en kliniskt meningsfull förbättring. Patienterna intervjuades vid uppföljning sex månader efter behandlingens avslut. Materialet analyserades med hjälp av tematisk analys och fyra teman genererades: *Övergiven* (PFPP-specifikt), *Fyrkantigt* (PCT-specifikt), *Att inte klara av de krav terapin ställer på mig* (gemensamt) samt *“En liten försmak av terapi”* (gemensamt). Resultatet visade på både gemensamma och särskiljande upplevelser. Gemensamma upplevda metodbrister var att terapin var otillräcklig för att kunna nå önskade resultat och att metoden på olika sätt ställde för höga krav i relation till den egna förmågan. Hos PFPP-patienter fanns upplevelsen av övergivenhet, genom att metoden var svårbegriplig och avslutet alltför smärtsamt. PCT-patienterna upplevde att behandlingen hade alltför snäva ramar, varav det saknats utrymme för att på djupet förstå sina svårigheter och dess orsaker. Studien understryker vikten av att terapeuter är noga med att utforma överenskommelser om behandlingens mål och arbetssätt.

Nyckelord: Panic control treatment, Panic focused psychodynamic psychotherapy, patientupplevelser, metodbrister, reflexive tematisk analys.

Tack!

Vi vill först och främst tacka de patienter som så generöst delat med sig av sina terapiupplevelser. Utan er hade den här examensuppsatsen inte varit möjlig. Vi vill även rikta ett varmt tack till vår handledare Martin, för all din hjälp och uppmuntran under det här projektet. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete.

Innehållsförteckning

“Det hade kanske kunnat bli bra”: En kvalitativ analys av behandlingsmisslyckanden i KBT respektive PDT för paniksyndrom.....	1
Behandlingsmisslyckanden.....	3
Patientfaktorer.....	4
Patientupplevelser.....	6
Paniksyndrom och behandling.....	7
Syfte och frågeställning.....	8
Metod.....	8
Epistemologisk förankring.....	9
Behandling.....	9
Datainsamling.....	10
Dataanalys.....	12
Etiska överväganden.....	15
Reflexivitet.....	16
Resultat.....	17
Övergiven.....	17
Fyrkantigt.....	20
Att inte klara av de krav terapin ställer på mig.....	23
“En liten försmak av terapi”.....	26
Diskussion.....	29
Vikten av allians – mer än relation.....	31
Mismatch i en kontext: preferenseffekter eller patientfaktorer?.....	32
Lita på mig, det kan bli bra – epistemic trust och korttidsterapi.....	34
Metoddiskussion.....	35
Slutsatser.....	36
Framtida forskning.....	37
Referenser.....	39
Bilaga 1.....	45
Bilaga 2.....	47

“Det hade kanske kunnat bli bra”: En kvalitativ analys av behandlingsmisslyckanden i KBT respektive PDT för paniksyndrom

Vad kännetecknar en god psykologisk behandling? Inom forskningen anses en psykoterapiform generellt ha evidens när ett antal kvantitativa studier med stora urval visat på symtomreduktion på gruppnivå, genom att patienternas symtom mäts före och efter behandling. Olika aktiva behandlingar jämförs mot varandra eller mot kontrollgrupp. Systematiska forskningsöversikter och andra sammanställningar av litteraturen anses ha särskild tyngd (Psykologförbundet, 2020). Enligt Socialstyrelsen är det kontrollerade randomiserade studier, RCT-studier, som anses vara så kallad gold standard och som ska utgöra underlaget inom vilket evidensen söks (Socialstyrelsen, 2021).

En minskning av psykiatriska symtom vid avslutad terapi är det utfall som anses ha störst kliniskt värde och ofta samvarierar med patientens upplevelse av terapin som lyckad, även om det hos en minoritet av patienter förekommer att upplevelsen av terapin och utfallet mätt i symtom inte går i linje med varandra (de Smet et al., 2021). Men vad är det då som avgör om en specifik terapiform, såväl som en individuell behandlingskontakt, blir lyckad eller inte? Olika terapiinriktningar har olika centrala idéer om vilka komponenter i terapin som medierar förändring. Inom kognitiv beteende-terapi, KBT, antas att förändring sker genom kognitiv omstrukturering och inläring av nya beteenden. Denna inläring sker genom exempelvis exponering och responsprevention eller beteendeaktivering (Kennerly et al., 2017). Vissa studier har funnit att kognitiv omstrukturering och förändrade scheman samvarierar med förbättring hos patienter som får KBT mot depression (Barber et al., 2001; Oei et al., 1999). Dessa studier kan dock inte visa att den kognitiva förändringen skett innan förbättringen i mående, och således kan de inte visa på att det är den kognitiva omstruktureringen i sig som medierar förändring.

Inom psykodynamisk terapi, PDT, antas förändring istället ske genom att patienten under terapin uppnår ökad insikt och självförståelse, ökad reflektions- och mentaliseringsförmåga samt större medvetenhet om sina känslor och behov (Røssberg et al., 2021). Moderna psykodynamiska terapier betonar ofta den affektiva komponenten och vikten av patientens emotionella aktivering under terapisessionen (Bergsten et al., 2015; Frederickson, 2013). Detta är något man också funnit stöd för i vissa studier (Aafjes Doorn et al., 2017). I en metaanalys med 22 studier fann man att ökad insikt/självförståelse i psykodynamiska terapier hade en måttlig korrelation (0.31) med minskning av depressionssymtom (Jennissen et al.,

2018). Men liksom för kognitiv omstrukturering som mediator i KBT, kan de flesta studierna i metaanalysen inte säga något om kausalitet. Det är alltså oklart om det är ökad insikt som leder till förändring, eller om insikt är en effekt av en förändring som sker av annan orsak. Sammantaget finns ganska svag empirisk evidens för vilken roll terapispecifika konstrukt, i KBT såväl som PDT, har som mediatorer (Rössberg, 2021; Cuijpers et al., 2019).

Ett annat sätt att utforska förändring i psykoterapi är att intressera sig för de gemensamma faktorer som oberoende av terapiinriktning är viktiga komponenter i terapin. Frank (1961) avsåg följande fyra faktorer som icke-specifika eller universella: relationen mellan patient och terapeut; rationalen eller idén på vilken behandlingen bygger; proceduren eller ritualen som upprepas strukturerat samt den "läkande" miljön i vilken terapin sker. Den mest moderna och relevanta common factors-teorin idag är den kontextuella modellen (Wampold, 2015; Cuijpers et al., 2019). Den anses vara ett alternativ till den medicinska modellen i vilken terapi antas fungera genom specifika ingredienser som är hjälpsamma vid specifika tillstånd (Cuijpers et al., 2019). Enligt den kontextuella modellen är en "basic bond" mellan terapeut och patient en förutsättning för att förändring ska ske. När detta etablerats kan förändring i terapi ske genom tre vägar: relationen, patientens förväntningar och hopp samt terapispecifika faktorer. De terapispecifika faktorerna kan i sin tur aktivera väg två, det vill säga skapa hopp och förväntningar hos patienten (Wampold, 2015). I en översikt (Lambert & Ogles, 2004) listas 32 olika common factors i de tre kategorierna stöd, lärande samt handling. Exempel på faktorer som grupperas in under stöd är tillit, den terapeutiska alliansen samt aktivt deltagande från både terapeut och patient. Exempel på lärandefaktorer är kognitivt lärande, känslomässiga upplevelser samt rational, och exempel på handlingsfaktorer är beteendereglering, övning samt upplevelse av framgång. De olika faktorerna har olika grad av empiriskt stöd. En av de mer välbeforskade är den terapeutiska alliansen. Bordin (1979) avsåg med terapeutisk allians ett tredelat ramverk, där alliansen består av det emotionella bandet mellan terapeut och patient, en samsyn kring terapins mål samt en samsyn kring vilka medel och uppgifter som ska leda till detta mål. I en metaanalys bestående av 200 studier fann man en korrelation på $r=0.28$ mellan behandlingsutfall och allians, något starkare för KBT-terapi ($r=.35$) än för PDT-studier ($r=.29$) (Horvath et al., 2011). Men inte heller denna metaanalys säger egentligen något om huruvida alliansen är en mediator, eller en effekt av en, av andra skäl, lyckad terapi (Zilcha-Mano, 2017). Vad gäller common factors-teorin i stort, kan det i dagsläget inte styrkas att vare sig någon specifik eller icke-specifik faktor är en empiriskt

validerad mediator i terapi (Cuijpers et al., 2019). Vi vet helt enkelt ganska lite om huruvida förändring i psykoterapi sker främst via generella eller terapispecifika faktorer, eller båda. Forskningen tyder dock på att icke-specifika faktorer är viktiga och inte kan förbises i forskning eller klinisk praktik (Wampold, 2015).

Behandlingsmisslyckanden

Hittills har psykoterapiforskningen visat att psykologisk behandling minskar symptom och förbättrar funktionen för en rad diagnoser (Lambert, 2013; Wampold, 2015). Men vad som egentligen medierar förändring i psykoterapi är alltså i många delar ännu oklart. Vad vet vi då om varför vissa terapier inte når önskade resultat? Och vad vet vi om terapiers negativa eller till och med skadliga effekter? Negativa upplevelser är vanligt i terapi, men obehaget är för det mesta kortvarigt och en lyhörd terapeut hanterar det genom att uppmärksamma förändringen i patienten, anpassa interventionen, diskutera vad som händer och genom återkoppling fortsätta samarbetet (Kramer & Stiles, 2015). För vissa patienter blir dock den negativa upplevelsen mer genomgripande eller medför kvarstående negativa effekter (Lilienfeld, 2007; Crawford et al., 2016).

Utöver behandlingar som orsakar skada finns det gott om terapier som misslyckas med att skapa önskvärd förbättring (Dimidjian & Hollon, 2010). Även om sådana behandlingsmisslyckanden inte är direkt skadliga, är bristen på förbättring en indikation på att patientens lidande inte har minskats och att resurser inte tagits till vara (Werbart et al., 2015). Behandlingar kan misslyckas på många olika sätt. Patienter kan hoppa av i förtid, försämras under eller inte svara på behandling, samt återfalla efter att en framgångsrik behandling avslutats (Emmelkamp & Foa, 1983). Vad gäller patienter som inte svarar på behandlingen är det ett vanligt fenomen (Dimidjian & Hollon, 2010). Att patienter försämras under pågående behandling är ovanligare, men förekommer. Ogles et al. (1995) rapporterade försämring hos 3-5% av patienterna som deltog i ett nationellt program för depressionsbehandling. Shimokawa et al. (2010) konstaterar att även om inga kausala slutsatser kan dras mellan psykoterapi och negativa utfall, så är det oroväckande att så många patienter fortsätter att försämras trots att de får behandling.

Tidigare forskning som undersökt icke-hjälpsamma, och/eller negativa terapeutiska processer lyfter bland annat fram terapeutfaktorer som bristande empati, avsaknad av struktur och fokus samt negativ motöverföring (Dimidjian & Hollon, 2010). Bristande flexibilitet, alliansbrott som inte reparerades och frånvaro av gemensamma mål med terapin är exempel på

problematiska processer relaterade till den terapeutiska relationen (Knox et al., 2022). Vidare har otydlig information om behandlingen, att patienten inte fått vara delaktig i dess utformning och bristande matchning mellan patientens behov, terapeutens förmåga och organisationens struktur beskrivits som riskfaktorer för negativa upplevelser av psykoterapi (Hardy et al., 2019). Att undersöka negativa upplevelser av psykoterapi, såsom förvärrade symtom, utebliven förbättring och negativa terapeutiska processer är viktigt för att förbättra terapeutisk praktik, inte minst beaktat ur ett patientperspektiv (Knox et al., 2022).

Patientfaktorer

Patientfaktorer är en viktig bidragande del till behandlingsutfall (Barkham et al., 2021). Socioekonomisk status påverkar i vilken utsträckning patienter har tillgång till och blir hjälpta av psykoterapi. Låg socioekonomisk status predicerar sämre utfall (Barkham et al., 2021). I en brittisk studie hade människor som levde i socioekonomiskt utsatta områden större behov av psykologisk behandling, men sämre tillgång till densamma (Saxon et al., 2007). Delgadillo et al. (2016) belyser att när patienter från utsatta områden väl hade tillgång till behandling, så var sannolikheten jämförelsevis mindre att de förbättrades. Vidare konstaterade Finegan et al. (2018) i sin litteraturoversikt att arbetslöshet, låg inkomst och att bo i ett socialt utsatt område konsekvent var associerat med sämre behandlingsutfall.

Låg motivation, externt kontrollokus och perfektionism är exempel på intrapsykiska faktorer som predicerar sämre behandlingsutfall (Barkham et al., 2021). Bristfällig mentaliserande förmåga verkar också vara associerat med sämre utfall, men mer forskning behövs för att klargöra sambanden (Barkham et al., 2021). I sin genomgång av litteraturen konstaterar Katznelson et al. (2014) att resultaten från studier som undersöker relationen mellan utfall och mentaliserande förmåga är motstridiga. Däremot, skriver de, finns det evidens för att patienters förståelse för mentala tillstånd påverkar i vilken grad de kan tillgodogöra sig terapin. Keefe et al. (2022) fann att mentaliserande förmåga var en stark prediktor för behandlingsutfall när borderline-patienter randomiserades till dialektisk beteendeterapi, stödjande psykodynamisk terapi respektive överföringsfokuserad psykodynamisk terapi. Relativt högre mentaliseringsförmåga predicerade bättre utfall i DBT, men för patienter med mycket låg mentaliseringsförmåga var de psykodynamiska behandlingarna mer hjälpsamma. Författarna resonerar kring att förmåga till mentalisering kan vara en förutsättning för att tillgodogöra sig mer färdighetsfokuserade terapiformer som DBT, medan patienter med låg förmåga till mentalisering har behov av en behandling med mer fokus på tolkning och reflektion.

Ett annat perspektiv på vad som påverkar patientens förmåga att ta till sig behandlingen finns inom just borderlineforskningen, där begreppet epistemic trust utvecklats. Begreppet epistemic trust syftar till den tillit en individ har till interpersonellt förmedlad information (Sperber et al., 2010). Fonagy et al. (2017) argumenterar för att psykopatologi, otrygg anknytning och begränsad mentaliseringsförmåga alla är associerade med svårigheter att lita på den personliga relevansen och generaliserbarheten av interpersonell kommunikation. En utgångspunkt är att social kunskap förs vidare när individer sänker sin epistemiska vaksamhet. Denna vaksamhet är ett kognitivt skyddande tillstånd då inläring av social information inhiberas för att förhindra att vi tar till oss irrelevant, felaktig eller skadlig kommunikation. Vaksamheten kan sänkas då informationen uppfattas som personligt relevant, trygg och generaliserbar (Sperber et al., 2010; Wilson & Sperber, 2012). I den tidiga utvecklingen, i samspelet med primära omsorgspersoner, lär det lilla barnet sig när vaksamheten kan sänkas och ny information om den sociala världen inhämtas. Detta sker genom att barnet får tydliga signaler, såsom ögonkontakt, överdriven prosodi och markerade speglingar (Fonagy, Campbell & Bateman, 2017). Kapaciteten till epistemic trust hänger således samman med anknytning och mentaliseringsförmåga. Ett barn med trygg anknytning uppfattar sin omsorgsperson som en trovärdig källa till information, medan otryggt anknutna barn har lärt sig motsatsen. Det är därför mer sannolikt att individer med otrygg anknytning uppvisar en epistemisk hypervigilans; det vill säga ett ihållande tillstånd av vaksamhet, svårigheter med att lära sig av, och fungera i, den sociala världen samt osäkerhet avseende vem, eller hur, man kan lita på (Fonagy & Allison, 2014). Upplevelsen av att få sin subjektivitet förstådd, av att bli mentaliserad av en annan människa, menar Fonagy & Allison vidare (2014), är en nödvändig trigger för oss att öppna upp oss för och lära oss av social kunskap. Individer som inte blivit mentaliserade, eller förlorat sin tillit till att andra människors förmedlade kunskap är trygg nog att ta till sig och organisera sitt beteende efter, har därför en reducerad förmåga att lära sig av exempelvis en terapeut (Fonagy & Allison, 2014).

Slutligen är förväntningar på terapins potential att hjälpa, symtomens svårighetsgrad och socialt nätverk predicerande patientfaktorer som fått stöd i litteraturen (Barkham et al., 2021). Patienter som förväntar sig att deras symtom ska förbättras av behandlingen, och som anser att behandlingen är trovärdig, tenderar att förbättras mer än de som inte hyser dessa uppfattningar. Symtomens svårighetsgrad – i termer av funktionsnedsättning – har prognostisk betydelse, men i litteraturen finns stöd för att psykoterapi kan hjälpa också de mest plågade

patienterna. Avslutningsvis är graden av socialt stöd en transdiagnostisk och transteoretisk faktor som har viss effekt på behandlingsutfall.

Patientupplevelser

Vad som är hjälpsamma komponenter vid psykologisk behandling är en viktig fråga. En minst lika viktig, men mindre beforskad fråga, är vad patienter upplever inte vara hjälpsamt i psykoterapi (McLeod, 1990; Timulak & Keogh, 2017). Vilka metodbrister upplever de patienter som vi försöker hjälpa med våra behandlingar? Eftersom patienter och terapeuter kan ha vitt skilda uppfattningar om samma behandling (Timulak, 2010), terapeuter har svårt för att se sina terapeutiska misstag (Kächele & Schachter, 2014) och patienter ofta drar sig för att uttrycka kritik till sin terapeut (Henkelman & Paulson, 2006), fyller studier som undersöker vilka brister patienter upplever i psykologiska behandlingar en viktig funktion. Detta framhåller bland andra McGlanaghy et al. (2021) i sin studie där terapeuterna, som i huvudsak arbetade med KBT, underskattade hur svårhanterliga patienterna upplevde att vissa händelser under behandlingen var. Vidare fann von Below & Werbart (2012) att terapeuterna i deras studie ofta överskattade utfallet i sina psykodynamiska terapier där patienterna var missnöjda med behandlingen. Även när terapeuterna identifierade brister och hinder i terapin gjorde de det i mindre grad än patienterna, och de tillskrev ofta svårigheterna till patienterna snarare än till behandlingen (von Below & Werbart, 2012), en tendens som även återfinns i Lambert (2011). Att patienter drar sig för att ta upp kritik och negativa erfarenheter finns det alltså många indikationer på. Likaså kan patienter dra sig för att adressera missförstånd inom ramen för terapin (Rhodes et al., 1994).

Vad visar då tidigare forskning som undersökt vad patienter upplevt som icke-hjälpsamt eller bristande i psykoterapi? I McElvaney & Timulaks (2013) mixed-method studie rapporterar patienterna följande aspekter som icke-hjälpsamma: begränsad tillgång till terapeuten, svårförståeligt psykoedukativt material samt att känna sig sårbar inför terapeuten. Patienterna som inte hade blivit hjälpta i von Below och Werbats studie (2012) beskrev att den psykodynamiska behandlingen de fått inte varit relevant för deras behov. Patienterna upplevde också att deras terapeuter inte hade uppmärksammat detta eller varit lyhörda inför deras behov. Liknande resultat presenteras av Bowie et al. (2016): upplevelsen av att terapeuten hade en egen, ej förhandlingsbar agenda och inte var lyhörd inför patientens behov var en central icke-hjälpsam aspekt av terapierna enligt deltagarna. Likaså bristande värme från terapeuten samt att terapeuten misslyckades med att facilitera utvärdering av terapins utveckling.

Nilsson et al. (2007) undersökte terapiupplevelser hos patienter som fått antingen KBT- eller PDT-behandling. De visade att även om båda behandlingsformerna hade liknande utfall, så skilde sig de kvalitativa upplevelserna av effekten (eller bristen därpå) åt. De missnöjda KBT-patienterna upplevde terapeuten som rigid och upptagen med att applicera sin metod på patienten. De upplevde sig betraktade som passiva objekt snarare än som tänkande subjekt, och efterfrågade en terapi med större fokus på reflektion och förståelse. De missnöjda PDT-patienterna upplevde å sin sida en känsla av att inte komma någonstans, att de satt fast och kände sig vilse. Många beskrev en känsla av att terapeuten dolde någonting för dem och inte gav terapin den riktning som de behövde och förväntade sig. De efterfrågade praktisk hjälp att hantera sina svårigheter och en mer aktiv terapeut. Gemensamma upplevelser bland de missnöjda patienterna var att avslutet skett för abrupt, symtomförändringen varit otillräcklig och att de inte hade kommit överens med terapeuten om hur behandlingen skulle läggas upp. Vissa upplevde att terapin hade varit hjälpsam på kort sikt, men att de hade behövt en mer djupgående terapi för att nå den förändring de önskade. Många uttryckte en stark övertygelse om att en annan terapiform hade varit mer hjälpsam.

Paniksyndrom och behandling

Paniksyndrom med eller utan agorafobi är en vanligt förekommande ångestdiagnos som orsakar stort lidande och funktionsbortfall hos den drabbade, såväl som kännbara kostnader på samhällsnivå (Konopka et al., 2009). Därför är det angeläget att undersöka hur behandlingsmisslyckanden vid denna problematik kan te sig, för att bättre förstå vad som kan göras för att begränsa dem. Vidare är det angeläget att undersöka vilka metodbrister panikångestpatienter upplever med tillgängliga psykologiska behandlingar, för att öka förståelsen för vad denna patientgrupp själva upplever som mer eller mindre hjälpsamt. Två psykoterapier för att behandla paniksyndrom är den KBT-baserade Panic Control Treatment, PCT (Craske & Barlow, 2007) och den psykodynamiska Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy, PFPP (Busch et al., 2012). I en jämförande studie fann man att båda dessa terapiformer ledde till signifikant minskning i paniksymtom (Svensson et al., 2021). Vid behandlingens avslut hade PCT-patienterna något större symtomminskning, men vid uppföljning 6 månader efter avslut hade båda grupperna likvärdigt utfall; PFPP-patienterna hade alltså i högre grad fortsatt att förbättras efter avslutad terapi. Vid uppföljning 6 månader efter avslutad behandling genomfördes kvalitativa djupintervjuer kring patienternas upplevelse av att gå i psykoterapi och hur de själva såg på sin panikångest, sin behandling och sin terapeut.

Dessa intervjuer ligger till grund för föreliggande studie. På gruppnivå var båda behandlingarna likvärdiga och lyckade; många patienter blev hjälpta, men som vid all psykologisk behandling fanns det också patienter som inte uppnådde någon kliniskt meningsfull förbättring, och några försämrades under studiens gång. Således ger detta material en möjlighet att kvalitativt utforska patienters upplevelser av behandlingar med PCT respektive PFPP som inte varit hjälpsamma. Patienters upplevelser av respektive metods brister kan belysa icke-hjälpsamma aspekter av behandlingarna. Enligt vår kännedom har inga andra studier undersökt denna forskningsfråga för patienter som behandlats för paniksyndrom, och vad gäller psykodynamisk terapi vid paniksyndrom finns endast ett fåtal tidigare studier som utforskat behandlingens effekt (Svensson et al., 2021).

Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att bidra till forskningen om icke-hjälpsam psykoterapi ur ett patientperspektiv. Att undersöka vilka metodbrister de patienter som inte blivit hjälpta upplever i sin behandling kan ge insikter som är både vetenskapligt och kliniskt relevanta, vilket i sin tur kan bidra till att förbättra utfallet av psykologisk behandling. Frågeställningen är: vilka metodbrister upplever personer med diagnosen panikångestsyndrom m/u agorafobi som inte blivit hjälpta av PCT respektive PFPP?

Metod

Den här studien har genomförts inom ramen för forskningsprojektet Psychotherapeutic Outcome and Self-selection Effects (POSE) vid institutionen för psykologi i Lund. Ansvarig forskare för projektet är Rolf Sandell. Projektet har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (DNR: 2010/88). De data som har analyserats i studien har hämtats från projektets databas, men uppsatsförfattarna har medverkat till den aktuella studiens frågeställning och design. Uppsatsförfattarna är ansvariga för databearbetning, slutsatser och avrapportering av studien i föreliggande psykologexamensuppsats.

Eftersom studien ämnar undersöka upplevelser bland de patienter som inte blivit hjälpta av sin behandling, valde vi att använda oss av kvalitativ metodologi. Kvalitativ metod används inom den psykologiska forskningen för att undersöka människors subjektiva erfarenheter och belysa olika kvalitéer i dessa upplevelser (Willig, 2013), vilket lämpar sig väl för att besvara studiens frågeställning.

Epistemologisk förankring

Studien antar en kritisk realistisk position. Därmed utgår vi från att den insamlade datan kan säga oss någonting om den yttre verkligheten, men inte direkt återspegla den. Ofrånkomligen påverkas den yttre verkligheten av tolkningar och vi har därför bara tillgång till den genom representationer. Den kritisk realistiska positionen utgår vidare från att vi, för att fördjupa förståelsen för de fenomen vi undersöker, kan behöva tolka bakomliggande strukturer som genererar dessa fenomen (Willig, 2013). Således antar vi i denna studie att det genom deltagarnas utsagor är möjligt att få fördjupad kunskap om vad de upplevt som brister i behandlingen, men antar inte att dessa utsagor är en direkt återgivning av verkligheten utan snarare en tolkning av densamma.

Behandling

I POSE-studien jämfördes behandlingarna PCT och PFPP som båda syftar till att behandla paniksyndrom m/u agorafobi (Svensson et al., 2021). PCT är en manualiserad kognitiv beteendeterapi där patienten uppmanas att aktivt jobba med sina paniksymtom, efter en inledande fas med psykoedukation och självmonitorering. Andningsövningar, hemuppgifter och terapeutassisterad exponering är också inslag i behandlingen (Barlow & Craske, 2007). Behandlingen bestod av 12-14 sessioner om 60 minuter en gång i veckan (90-120 minuter för sessioner med terapeutassisterad exponering på agendan). Sammanlagd tid per behandling var 780-1140 minuter.

PFPP är en till viss del manualiserad behandling bestående av tre terapifaser. I den första fasen hjälper terapeuten patienten att utforska och identifiera den specifika meningen och innehållet i patientens panikattacker (Busch et al., 2012). Man utforskar hur olika sårbarheter relaterar till patientens minnen, bakgrund och uppväxt, och hjälper patienten att utforska känslor, önskningar och intrapsykiska konflikter som varit helt eller delvis omedvetna. I terapins andra fas är syftet att adressera vad som vidmakthåller sårbarheten och paniksymtomen idag. Man utforskar här känslor och önskningar kring nuvarande relationer såväl som till terapeuten. Sista fasen handlar om att arbeta med de känslor som uppstår i relation till det annalkande terapiavslutet; att kunna artikulera känslor av förlust, separation och kanske ilska istället för att vända dem inåt, vilket istället kan leda till utvecklingen av mer allvarliga paniksymtom (Busch et al., 2012). Behandlingen bestod av 19-24 sessioner, 2 gånger i veckan, och sammanlagd behandlingstid var 855-1080 minuter.

Datainsamling

I POSE-studien (Svensson et al., 2021) randomiserades 221 deltagare till att antingen få välja mellan PCT eller PFPP, eller till att randomiseras till en av behandlingarna. Primära utfallsmått var Panic Disorder Severity Scale (PDSS), Panic Disorder Severity Scale-Self Report (PDSS-SR), arbetsmarknadsstatus samt sjukfrånvaro. Sex månader efter avslutad behandling genomfördes semi-strukturerade djupintervjuer med intervjuguiden POISE, Psychiatry Interview Outcome Schedule (Nilsson et al., 2007). Totalt intervjuades 174 deltagare. Intervjuguiden POISE (se bilaga 1) syftar till att ge nyanserade svar och konkreta exempel, och anpassades något till behandling för just paniksyndrom. POISE består av 28 frågor inom sex teman: bakgrund, förändring, förändring över tid, metodik, den terapeutiska relationen samt utomterapeutisk påverkan. Dessa intervjuer genomfördes av studiens huvudförfattare, Nilsson och Svensson. Majoriteten av intervjuerna filmades, övriga genomfördes via telefon och dokumenterades då med ljudupptagning.

Trettio två av intervjuerna randomiserades till uppsatsförfattarna för transkribering. Ytterligare 80 har tidigare randomiserats och transkriberats inom ramen för andra examensuppsatser. Hittills har således 112 av 174 intervjuer transkriberats. Från denna samlade data har föreliggande studie tagit sitt urval.

Urval. Eftersom denna studie ämnade undersöka upplevelser hos de som inte blivit hjälpta av sin behandling, valdes samplet utifrån förändringspoäng (change scores) på PDSS-skalan. Av de patientintervjuer som hittills hade transkriberats, valde vi ut de 20 patienter med lägst förändringspoäng. Dessa patienter var jämnt fördelade mellan terapiformerna, det vill säga 10 patienter hade fått PCT och 10 patienter hade fått PFPP. Dessa deltagare hade en mycket liten (det vill säga ej kliniskt meningsfull) eller negativ förändring (det vill säga paniksymtomen hade förvärrats). Urvalet bestod således av en grupp patienter som inte har fått någon, eller mycket begränsad, hjälp med sin panikångest under behandlingen. Att inte ha blivit hjälpt av behandlingen definierades i denna studie utifrån denna symtomskattning, då den anses ha störst klinisk relevans och bäst fånga utebliven förändring inom det som behandlingen avser att behandla, det vill säga paniksyndromet. Vi har i denna studie inte tagit i beaktning mer subjektiva eller generella mått på hur nöjd man är med terapin vid avslut. Således är det tänkbart att det hos vissa patienter finns en upplevelse av att ändå vara nöjd med terapin eller vissa aspekter av den, även om den inte lett till en kliniskt meningsfull symtomlindring. Studiens

subsample skiljer sig från övriga deltagare i POSE-projektet och speglar alltså inte resultatet från huvudstudien i sin helhet, där majoriteten av patienterna förbättrades avsevärt.

Vi valde att utgå från mätningarna vid sex månaders uppföljning när vi tog fram urvalet. I POSE-studien finns även mätningar från avslut, ettårsuppföljning och tvåårsuppföljning. Långtidsuppföljningen, två år efter avslutad behandling, hade också gett en god indikation på huruvida deltagarna hade fått hjälp eller inte av behandlingen. Men eftersom intervjuerna genomfördes sex månader efter avslutad behandling, och denna studies fokus inte var utveckling över tid, valde vi att utgå från sexmånadersmätningen. Vidare fanns det vid denna tidpunkt heller inga signifikanta skillnader mellan PCT- och PFPP-gruppen, vilket var ytterligare ett skäl för oss att utgå från denna mätning.

Deltagare som avslutat behandlingen i förtid, men genomfört den kvalitativa uppföljningsintervjun sex månader senare, inkluderades enligt intention to treat-principen. Detta då vi inte har velat exkludera deltagare vars upplevelser kan vara relevanta för vår studies frågeställning.

Deltagare. I denna studie ingick 20 semistrukturerade uppföljningsintervjuer med patienter som deltagit i den ovan beskrivna POSE-studien (Svensson et al., 2021). Totalt deltog 217 patienter i åldern 18-70 år i POSE-studien, som genomfördes inom den psykiatriska öppenvården, primärvården samt på ungdomsmottagningar i fyra olika regioner i Sverige. Deltagarna uppfyllde kriterier för paniksyndrom m/u agorafobi enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013), hade haft minst en panikattack per vecka under de tre senaste veckorna före bedömningssamtalet och var stabila i sin medicinering i de fall de medicinerade. Exklusionskriterier för att delta i POSE-studien var pågående missbruks- eller beroendeproblematik, pågående psykos eller mani, autismdiagnos, akut suicidalitet, historia eller förekomst av fysisk eller kognitiv nedsättning som skulle kunna motverka deltagarens möjlighet att delta fullt ut i behandlingen samt inblandning i pågående juridisk konflikt relaterad till patientens psykiska hälsa.

Urvalet i den aktuella studien bestod av fyra män och 16 kvinnor, i åldern 18–68, ($M = 36$, $SD=3$). Nio av patienterna hade högskoleutbildning; fyra hade 3-4-årig gymnasieutbildning; fyra hade fack-yrkes- eller tvåårig gymnasieutbildning; tre hade grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå. Paniksymtomens svårighetsgrad vid behandlingens början utmärkte sig inte från urvalet i POSE-studien (PDSS $M=15.5$). Förändringspoängen (change scores) var som lägst -6 och som mest 3 , vilket indikerar att

patienterna antingen hade försämrats eller inte uppnått någon kliniskt meningsfull förbättring. Detta i kontrast till huvudstudien där 70 procent förbättrades efter behandling (Svensson et al., 2021).

Sex patienter var diagnostiserade med enbart paniksyndrom m/u agorafobi. 14 patienter var diagnostiserade med paniksyndrom m/u agorafobi samt en eller flera andra psykiatriska tillstånd. Sju av patienterna uppfyllde vid bedömningsamtalet SCID-kriterierna för personlighetssyndrom. Urvalet i huvudstudien har motsvarande samsjuklighet som vårt subsample.

Dataanalys

Den kvalitativa metod vi valde att utgå från i bearbetning och analys av data var tematisk analys. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera mönster inom ett datamaterial (Willig, 2013). Det är en flexibel metod som kan uppmärksamma både likheter och skillnader i datasetet (Braun & Clarke, 2006). Eftersom vi ville undersöka upplevda metodbrister bland patienter som fått två olika typer av behandlingar, och ville ha möjlighet att göra jämförelser dem emellan, ansåg vi att det var en lämplig metod för vår studie. Tematisk analys passar vidare väl för ett induktivt arbetsförfarande, vilket vi har tillämpat under dataanalysen. Slutligen är tematisk analys en lämplig metod för personer som har begränsad, eller helt saknar, tidigare erfarenhet av kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2006).

I utförandet av den tematiska analysen valde vi att utgå från Braun och Clarkes metod (2006). Eftersom vi ville hålla oss nära patienternas egna upplevelser, valde vi att ha ett induktivt förhållningssätt. Det tillät oss att vid kodning inte passa in patienternas uttalande i redan existerande teoretiska ramar. Braun och Clarke (2022) framhåller att all tematisk analys behöver innehålla tolkning av data. Analysen kan dock, menar de vidare, vara situerad någonstans längs med ett kontinuum. Från primärt deskriptivt till en ifrågasättande, teoretiserande, mer tolkande ände av det kontinuumet. Vi placerar oss på en tolkningsnivå som är åt det deskriptiva hållet, med syftet att vara nära datan; det vill säga patienternas meningsskapande av sina upplevelser.

Att bekanta sig med datan. Första steget i en tematisk analys är enligt Braun & Clarke (2006) att göra sig bekant med datan. Detta innebar att läsa igenom hela materialet upprepade gånger och anteckna tankar och idéer som väcktes. Till stora delar var vårt dataset nytt för oss eftersom vi, som beskrivet ovan, inte transkriberat hela materialet själva. Vi och andra studenter transkriberade materialet ordagrant men utan att notera exempelvis pauser,

tempo eller harklingar. Ironi, skratt och kroppsspråk inkluderades dock i transkripten när det ansågs viktigt för betydelsen av patientens utsago.

Under processen då vi bekantade oss med datan valde vi att avgränsa vår frågeställning. Vi var intresserade av att undersöka patienters upplevelser av icke-hjälpsam psykoterapi och hade inledningsvis en bred frågeställning utifrån detta. Avgränsningen innebar att vi valde att fokusera på upplevda metodbrister istället för den initiala, mer generella frågeställningen upplevda brister. I den psykoterapeutiska processen samverkar terapeut- och patientfaktorer med metoden. Det är därför svårt att särskilja mellan vilka brister som har att göra med den specifika metoden och vilka som är associerade med terapeutens förmåga. Vidare interagerar båda dessa aspekter med patientens egna svårigheter. I arbetet med den här uppsatsen har vi valt att utgå från att allians och relationsskapande är en del av den terapeutiska metoden, oavsett behandlingsform. En terapeut som inte har en metod för att skapa en god allians, har inte en välfungerande metod. Därför har vi inkluderat bristande allians- och relationsaspekter i vår definition av metodbrister. Vidare har det patienten själv uttryckt som en upplevd brist i metoden har varit vägledande för oss i arbetet med datamaterialet.

Kodning. Det andra steget i analysprocessen är att producera initiala koder, det vill säga organisera datan i meningsfulla grupper (Braun & Clarke, 2006). Vi kodade materialet induktivt snarare än deduktivt, i så mening att koder identifierades främst utifrån vad som framkom i texten snarare än utifrån en given teori. Den initiala kodningen fokuserade på att identifiera material relaterat till upplevda metodbrister. Kodningen var inledningsvis inklusiv i så mening att alla potentiellt intressanta teman och tendenser kodades, och att delar av kontexten kring en kod behölls när det ansågs relevant. Detta förhållningssätt förespråkas av Braun & Clarke (2006).

Citat där deltagare beskrev svårigheter som helt tycktes syfta på dennes egen situation, snarare än svårigheter med den terapeutiska metoden eller med terapeuten, kodades inte. Ett exempel på detta är när en deltagare berättade att hen mådde så dåligt att hen hade svårt att alls ta sig hemifrån och komma till terapisessionerna. Om deltagare däremot beskrev svårigheter i mötet mellan sina egna förutsättningar och metoden kodade vi dessa, exempelvis då en deltagare gav uttryck för att inte kunna genomföra hemläxor. Citat där deltagare gav uttryck för brister hos terapeuten kodades eftersom vi valt att inkludera alliansskapande i vår definition av metodbrister. Exempelvis kodade vi uttryck för att patienten upplevt att

terapeuten borde ha lyssnat mer. I kodningen inkluderade vi svar på slutna frågor. Detta för att inkludera så många uttryck för metodbrister som möjligt, även då deltagare uttryckte sig fåordigt eller försiktigt.

Kodningen, och vidare analys genomfördes i programmet NVivo. Innan vi lade in transkripten i NVivo tog vi bort personnamn, ortnamn och andra identifierande uppgifter för att anonymisera deltagarna. Vi började med att koda 10 intervjuer tillsammans och sammanställde en kodlista. När vi hade kodat dessa intervjuer reviderade vi kodlistan genom att flera koder differentierades till olika koder. Därefter kodade vi resterande 10 intervjuer, då nya koder lades till. Den färdiga kodlistan bestod av 30 koder (se bilaga 2). Exempel på koder var "Blev inte lyssnad på", "Saknar handfasta verktyg" och "Exponeringen för obehaglig". Utifrån den färdiga kodlistan kodades samtliga intervjuer sedan en gång till.

Tematisering. Analysprocessens tredje steg är att generera potentiella teman genom att gruppera koder enligt möjliga övergripande mönster (Braun & Clarke, 2006). Vi använde oss av post-it-lappar och en whiteboardtavla för att gruppera koderna och generera initiala teman. Under kodningen hade vi fått intryck av att flera koder var specifika för respektive behandlingsform. För att undersöka hur koderna förhöll sig till behandlingsgrupperna gjorde vi en crosstab i NVivo, vilken visade koder som var specifika för PCT respektive PFPP samt vilka koder som var gemensamma för båda behandlingsgrupperna. Fördelningen var vägledande, men inte avgörande, för tematiseringen.

Det fjärde steget enligt Braun och Clarke (2006) är att ompröva och förfina teman. Vi diskuterade våra initiala förslag till teman och hur dessa reflekterade innehållet i datan. Vi bildade ett nytt tema av ett undertema och ett annat undertema kategoriserades in under ett redan existerande huvudtema. I detta skede ströks ett av fem initiala teman. Detta då temat inte ansågs uppfylla de krav som föreskrivs av Braun and Clarke (2006), då de koder som temat samlade inte hade tillräckligt mycket gemensamt, och då innehållet på kod- och tema-nivå låg alltför nära varandra.

Det femte steget är att definiera och namnge teman; det sjätte att skriva resultatet (Braun & Clarke, 2006). Under dessa steg definierades fyra övergripande teman: *Övergiven, Fyrkantigt, Att inte klara av de krav terapin ställer på mig* och *"En liten försmak av terapi"*. Dessa teman speglade det som var gemensamt för datamaterialet och undertemana skildrade olika perspektiv av huvudtemat. Vidare valde vi ut citat som var representativa för respektive tema. Flera olika studenter har transkriberat de intervjuer som användes i den

aktuella studien, varför de skiljer sig åt gällande skriftspråk. I syfte att underlätta läsbarheten justerades citaten så att de var enhetliga. Detta gjordes varsamt och endast i de fall då justeringarna inte bedömdes förändra citatets mening. Exempelvis tog vi bort utfyllnadsord som “mm” och “eh” och lade till taltecken istället för “Intervjuare:” och “Informant:”.

Etiska överväganden

Det övergripande forskningsprojektet POSE har etikprövats och godkänts av regionala etikprövningsnämnden i Lund (Ref: DNR-2010/88). Informerat samtycke inhämtades från varje deltagare i POSE-studien. Deltagarna informerades även om att de närsomhelst kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att uppge någon orsak (Sandell et al., 2015). Alla transkriberingar anonymiserades av oss inför databearbetningen i Nvivo, genom att vi tog bort potentiellt identifierande uppgifter som person- och ortnamn. Inspelningar och transkript förvarades på ett sätt som säkerställde att ingen obehörig hade åtkomst till dem.

Risker förenat med deltagande i POSE-studien har hanterats inom projektet som följer. När potentiellt skadliga händelser inträffade, exempelvis då en patient försämrades kraftigt, diskuterades de med behandlande terapeut, aktuell handledare och arbetsgivare. Potentiellt skadliga händelser diskuterades även inom forskarteamet, registrerades och rapporterades i samband med publiceringen av studien (Sandell et al., 2015; Svensson et al., 2020). Vidare följdes patienterna upp grundligt sex månader efter avslutad behandling i den kvalitativa intervjun. Då fanns tillfälle för forskarteamet att fånga upp patienter som hade försämrats, som upplevt behandlingen som givande men jobbig eller på annat sätt påverkats negativt av behandlingen.

Brinkmann och Kvale (2017) framhåller att etiska överväganden är aktuella under hela forskningsprocessen. Vi har med detta i åtanke återkommande reflekterat över etiska perspektiv under arbetet med uppsatsen, exempelvis kring hur vi framställt deltagarnas berättelser i resultatet. Vidare menar Brinkmann och Kvale (2005) att etisk reflektion bör ske ur såväl mikro- som makroetiska perspektiv. Mikroetik syftar till de etiska ställningstaganden som är knutna till ett specifikt forskningsprojekt, vilka vi redovisat ovan. Med makroetik åsyftas hur den kunskap som produceras sprids och påverkar människor och samhälle i bred bemärkelse. Vad gäller makroetiska perspektiv är vi medvetna om att den aktuella studiens fokus på patienter och deras upplevelser, befinner sig inom ett rådande individualpsykologiskt paradig. Det kan bidra till att individens betydelse betonas, på bekostnad av terapeutfaktorer och/eller sociala faktorer som bidrar till att patienter inte mår bättre. I någon mån kan det riskera

att bidra till individualisering av samhällsliga problem. Ur ett makroetiskt perspektiv går det att försvara den risken genom att studien vill belysa patienternas erfarenheter av vad som inte varit hjälpsamt vilket på längre sikt kan bidra till bättre kunskap om hur vi skulle kunna hjälpa fler.

Reflexivitet

Reflexivitet innebär att erkänna forskarens roll som medskapare i forskningsprocessen. En reflexiv hållning uppmanar oss att uppmärksamma hur egna erfarenheter, föreställningar och reaktioner på forskningsmaterialet påverkar konstruktionen av mening och kunskap (Willig, 2013). Den kritiskt realistiska position som studien utgår ifrån förutsätter att den yttre verkligheten filtreras genom forskarens egna tolkningar (Willig, 2013). Vi har under arbetets gång uppmärksammat och fört diskussioner kring olika aspekter av reflexivitet och hur egna erfarenheter, föreställningar och reaktioner på forskningsmaterialet påverkat konstruktionen av mening och kunskap. En sådan diskussion har kretsat kring att vi är uttalat intresserade av patienternas upplevelser, men samtidigt inte kan komma ifrån att vi är mer situerade i terapeutens position. Vi har försökt uppmärksamma och problematisera eventuella tendenser till att i alltför hög grad tillskriva utfallet till patienterna, och samtidigt vara uppmärksamma på att denna strävan inte heller ska hindra oss från att röra oss fritt bland möjliga teman och tolkningar.

Efter fem år på psykologprogrammet har vi oundvikligen en förförståelse för de olika psykoterapimetoderna, genom teoretisk kunskap såväl som egna terapeutiska erfarenheter. Det är ofrånkomligt att denna förförståelse kan ha färgat vår tolkning av materialet, och vi har fört kritiska diskussioner också om detta. Vid transkribering av materialet har vi tekniskt sett varit blinda inför vilken behandling patienten fått, men av förklarliga skäl har vi förstått vilken behandling varje intervju kretsar kring. Vid analys i Nvivo har vi försökt hålla materialet "blindat" i så hög grad som möjligt, genom att analysera texten utan tillgång till information kring kön, ålder, eller andra faktorer såsom exempelvis samsjuklighet. Vi har inte genomfört intervjuerna själva utan tagit del av redan insamlat material. Möjligen har vi på grund av detta blivit påverkade av våra egna känslomässiga reaktioner i mindre utsträckning än om vi genomfört intervjuerna själva. Å andra sidan är det möjligt att betydelsefulla undertoner eller nyanser i deltagarnas utsagor inte uppmärksammas i lika hög grad som om vi själva genomfört intervjuerna.

Resultat

Fyra huvudteman genererades i den tematiska analysen, varav två var metodspecifika för PCT respektive PFPP. PCT-temat *Fyrkantigt* belyser upplevelsen av att det i terapin inte funnits utrymme för det patienterna upplever sig ha behövt, och att metodspecifika moment och interventioner prioriterats över egna behov och önskemål. PFPP-temat *Övergiven* speglar upplevelsen av att patienten i terapin lämnats utan praktisk hjälp och ibland utan tillräcklig förståelse för syftet med interventionerna, eller lämnat ett påbörjat och oavslutat arbete vid terapins avslut. Det gemensamma temat *Att inte klara av de krav som terapin ställer på mig* fångar tendensen att terapin på olika sätt upplevts som för påfrestande eller svår att klara av för att vara hjälpsam, såväl känslomässigt som praktiskt. Slutligen speglar det gemensamma temat *“En liten försmak av terapi”* upplevelsen av att på olika sätt önskat mer från terapin; ofta en känsla av otillfredsställda behov snarare än ett tydligt artikulert missnöje, vad gäller både terapeuten och tidsaspekten.

Tabell 1

Huvudteman och underteman

Huvudteman	Underteman
Övergiven – PFPP	Diffust Oavslutat
Fyrkantigt – PCT	Brist på fördjupning Snäva ramar
Att inte klara av de krav terapin ställer på mig	Känslomässigt överväldigad Hur ska jag hinna och orka?
“En liten försmak av terapi”	Behövt mer tid Otillräcklig relation Behövt mer terapeutstöd

Övergiven

Detta PFPP-specifika tema belyser upplevelsen av att på olika sätt ha blivit lämnad i terapin – antingen genom att inte få förståelse för syftet med terapeutens arbetssätt,

eller vid avslut då ett påbörjat och oavslutat arbete abrupt lämnats. En upplevelse av att terapi brutit ner ett skydd man hade mot svåra känslor och minnen, utan att ge något tillräckligt konkret i utbyte återfinns också inom detta tema.

Diffust. Detta undertema fångar en upplevd brist på handfasta verktyg, och svårigheter att ta till sig och använda sig av terapin. Ibland beskrev PFPP-patienterna att de förvisso uppskattade terapin, och ibland känt att man varit något på spåret, men att det känts otydligt och svårt att greppa och därför inte har varit hjälpsamt på sikt. Några patienter beskrev att de inte blev tillräckligt involverade i det terapeutiska arbetet för att förstå vad metoden begärde eller förväntade sig av dem, samt syftet bakom arbetssättet:

Och på samma sätt tror jag att om jag hade förstått syftet med att vi pratar om detta nu, för då kommer vi att komma på... alltså hon behöver ju inte säga svaret, men hon kunde sagt att då kommer vi komma på.... vi jobbar med din panikångest sa hon ofta, eller så, om jag minns rätt. Vi jobbar med... för jag var ju såhär, alltså, vad ska detta leda till, eller, lite sådär... hade hon då kanske, förklarat sin teori, tror jag, så hade jag, aha. Tänkt: aha, det är så det funkar, då gör vi så. Alltså jag vill ha en förståelse för vad vi gör.

I citatet framkommer det att patienten haft svårt att förstå varför terapeuten gjorde som hen gjorde samt på vilket sätt det skulle vara hjälpsamt mot panikångesten. Här finns alltså en upplevelse av att bli lämnad i ovisshet rörande viktiga frågor som rör mål och medel i terapin.

Flera patienter uttryckte att de saknat konkreta verktyg eller handfasta tips för att hantera sin panikångest. Vissa beskrev att de fick en ökad förståelse för sig själva och panikångestens bakgrund, men att denna förståelse i sig själv inte var hjälpsam mot ångesten. De upplever att de hade behövt någonting mer, och i avsaknaden av detta uppstod en upplevelse av att vara lämnad utan något sätt att hantera ångesten här och nu:

- Har du fått någon hjälp av behandlingen?
- Ja vi kom ju fram till mycket varför, alltså vissa saker är ju jobbigt. Så det var ju nyttigt att veta men jag fick inte reda på vad jag skulle göra i situationer när jag hade ångest. Så det saknade jag.

Vissa av patienterna resonerade i likhet med citatet ovan, men betonade behovet av hjälp på kort sikt. En patient frågade sig hur hen skulle leva med ångesten här och nu, från dag till dag. När det är som värst, vad ska jag göra då, förefaller dessa patienter ha frågat sig, och inte upplevt sig få ett svar från PFPP-behandlingen. Några upplevde att de under behandlingen inte hade arbetat med något som kunde hjälpa dem med panikångesten:

(...) Jag vet inte riktigt hur det ser ut när man går i terapi längre period men jag behöver absolut jobba på nånting och jag jobbar ju inte på nånting genom att prata om minnen, kände jag.

I denna patientens citat framstår terapins fokus på minnen som obestämt och otydligt, både vad gäller syftet med interventionen och i relation till hur det skulle påverka panikångesten. I citatet ger patienten uttryck för att behöva någonting mer distinkt för att få hjälp. Känslan av att inte ha jobbat med någonting under 12 veckors terapi korresponderar med upplevelsen av att ha blivit övergiven av behandlingen. Sammanfattningsvis fanns det alltså flera exempel på hur patienterna upplevde behandlingen som diffus och lös i kanterna, vilket resulterade i att de upplevde sig lämnade med obesvarade frågor.

Oavslutat. En annan aspekt av att känna sig övergiven uttrycktes hos patienter som upplevt att de blivit lämnade efter avslutet, och att detta resulterat i ett sämre mående och en skada som sedan inte reparerats eller läkts. Hos vissa låg tonvikten på tomheten som uppstår då en viktig relation hastigt avbryts, utan möjlighet till vidare kontakt:

- Så det blev rätt negativt där för dig med avslutet där och..?
- Ja och jag var väldigt rädd också... för det här var ju den personen då som jag kunde prata med. Och jag visste att jag hade nån som jag kunde prata med två gånger i veckan då. Och sen hade jag inte det längre. När det tog slut så hade jag ingen att prata med, och det blev väldigt ensamt. Jag kände mig oerhört ensam i alla fall.

Denna patient beskriver att relationen varit viktig och att mycket tillit och förtroende byggdes upp under de 12 veckorna i terapi. Tomheten och övergivenheten vid avbrottet tycks väga tyngre än de positiva effekter som uppnått i terapin. Flertalet patienter uttryckte vidare att man påbörjat ett arbete i terapin, som avslutades för tidigt. En patient formulerar det såhär:

- Nej jag märkte ju själv att jag mår bättre av att prata ut. Sen om man inte ska göra det längre, jag är ju inte sån som bara går igenom något nytt med en ny person. Berättar allting så igen. Det är bara uttjatat och jobbigt. Så jag hade ju inte velat byta ut henne. Förstår du vad jag menar? (...)
- Det låter som om du verkligen behövde det här fortfarande när ni slutade?
- Ja, ja.

Vissa patienter beskriver denna upplevelse av att ett arbete påbörjats men lämnats med en sorts topografisk beskrivning, att man kommit “så djupt” eller att så mycket jobbigt “kommit upp till ytan”. Det tycks som att dessa PFPP-deltagare beskriver att behandlingen brutit ner försvar för smärtsamma känslor och minnen, men utan att ersätta dessa försvar med något nytt. En annan patient sätter ord på detta:

- Jag förväntade mig att jag kanske äntligen skulle må bättre men, det var så mycket som var jättebra så, men det var så mycket som kom till ytan så att jag hade nog svårt att lite tackla det (snyftar).
- Var det för kort tid eller?
- Ja (snyter sig) kunde varit längre tid.

Det som “kom upp till ytan” under terapin blev svårt att hantera för patienten som ger uttryck för att hen behövt något mer för att klara av att hantera det. Ett nytt skydd eller mer tid för att omhänderta det som väckts under behandlingen. Tonvikten i dessa PFPP-patienters ord ligger på upplevelsen av att något påbörjades men övergavs för tidigt, vilket skiljer dem från andra citat som på andra sätt uttrycker önskan om en längre terapi.

Fyrkantigt

I det PCT-specifika temat återfinns upplevelsen av att metodbrister utgjorts av rigiditet i form och utförande. Patienternas upplevelse karaktäriserades här av en känsla av att egna behov och önskemål inte rymts inom metodens format, utan att dessa prioriterats bort för att passa in i metoden. Hos flera deltagare fanns en frustration relaterad till den avsaknad av anpassningar de upplevde sig ha behövt för att bli hjälpta av behandlingen.

Brist på fördjupning. Några patienter uttryckte att de haft ett tydligt behov av att förstå orsakerna bakom sin panikångest. I mötet med metoden blev det behovet inte tillgodosett, utan föll till korta gentemot fokus på att åtgärda problemet. För några av patienterna blev glappet mellan vad de själva upplevde att de behövde och metodens prioriteringar en invaliderande erfarenhet. En patient formulerar det såhär:

Kanske ibland att kunna reflektera, varför känner jag såhär, varför får jag dessa tankarna, vad är det som gör att det händer såhär nu. Istället för att gå på kärnan direkt. Jag kan inte åka hiss, nåhå, men då åker vi hiss 15 gånger sen så är det bra, då kan jag det. Men varför kan jag inte åka hiss? Varför får jag den känslan, att nån trycker i mig i ett hörn, varför blir jag såhär (gestikulerar över bröstet), varför vill jag bara ut ur bilen, varför blir det såhär jobbigt, var jag än är, vad är det som har gjort att det har blivit så?

I citatet märks en krock mellan patientens och metodens syn på vad som bör vara fokus i terapin. Denna patient var noga med att poängtera att hen kom bra överens med sin terapeut och att de hade haft en varm relation. Kritiken var riktad mot det bristande utrymmet för reflektion, vilket hen tillskrev metoden som sådan. Avsaknaden av reflektion lämnade viktiga frågor obesvarade för patienten. En annan patient beskrev en längtan efter något mer än att lära sig hantera panikångesten:

För liksom vad det... om man ser så här... det känns som att nu har jag fått verktyg att hantera ångesten och rädslan. Men varför har jag det? Kan jag bli av med det?

Flera av patienterna vars röster utgör detta undertema lyfter fram att fokuset på att göra annorlunda skedde på bekostnad av andra, för dem viktiga, frågor. Vissa patienter tycktes uppleva det som att metodens fokus på att göra annorlunda och hantera panikångesten på något sätt stod i vägen för att andra viktiga aspekter skulle få plats:

- Kunde du prata med henne om riktigt känsliga saker?
- Ja det hade jag kunnat om jag hade haft möjlighet till det.

- Jag förstår vad du menar. Det fanns inte riktigt utrymme menar du?
- Nej det fanns inte riktigt utrymme. Eller det föll liksom inte riktigt inom ramarna för den här terapin.

I citatet framkommer det att patienten upplevde att metoden inte lämnade utrymme för att gå in i vissa delar av hens levda erfarenhet, även om patienten tycks ha en önskan om att göra det. Behov av att tala om svåra erfarenheter som de själva satte i samband med sitt lidande fanns som ett mönster i undertemat. Exempel på sådana erfarenheter var sjukdom i familjen, oro inför framtiden och svåra händelser man varit med om. Det gemensamma för patienterna som lyfte detta var en upplevelse av att dessa svåra erfarenheter inte riktigt fick plats inom behandlingens ramar. Ett par av patienterna uttryckte det som att dessa ämnen visserligen gick att prata om, men också ledde till att det “radades upp saker man måste göra, utföra”. De menade att ett samtal hade varit nog, ett behov av att fördjupa förståelsen kring vad man hade varit med om, varför man var ledsen eller orolig snarare än att åtgärda det.

Snäva ramar. Undertemat snäva ramar belyser hur flera patienter upplevde metodens interventioner som inkongruenta med den egna situationen. Deltagarna beskrev att de tyckte att vissa interventioner verkade genomföras för terapeutens eller metodens skull snarare än för patientens. Att sådana moment genomförts vare sig patienten ansåg att de var meningsfulla eller ej, medförde en känsla av att bli lite begränsad eller inte riktigt sedd i sin helhet. En patient uttryckte detta som en upptagenhet från terapeutens sida med att det skulle bli “rätt”:

- Jag kände att, ibland så kanske jag kände att hon var lite, hon var väldigt upptagen med alla papper och sådant att det skulle bli rätt och det kanske störde mig lite som patient då.
- Det kände du var påtagligt.
- Ja. Och ibland kanske lite för mycket.

I citatet uttrycker patienten att terapeuten lade stor vikt vid att metoden blev rätt, snarare än att det blev rätt för hen som patient. Metodens måsten och borden hade företrädde framför vad som var viktigast för just hen som patient. Det orsakade en känsla av frustration hos patienten som utvecklar sitt resonemang:

Och ibland så fick jag något papper som jag kände litegrann att jag fick det här pappret denna gången bara för att det skulle delas ut denna gången. Kanske inte att det var förankrat i vad just denna gången hade handlat om. Sedan vet jag ju inte hur det är, som terapeut, jag förstår ju att man har ju en, någonstans man vill men samtidigt ibland så kanske man måste, ta en annan tråd. Och då kunde jag känna ibland att, det där kom, pappret kom lite jaha, lite så... det kändes att hon ville dela ut det nu för det stod säkert att efter den och den gången ska du dela ut detta pappret.

Här efterlyser patienten en större metodisk lyhördhet, att terapeuten i större utsträckning skulle ha intresserat sig för och fånga upp vad som är viktigt för patienten just nu snarare än vad som är viktigt för metoden. Citatet återspeglar även den avsaknad av flexibilitet som några av deltagarna lyfte fram i intervjuerna. En patient uttrycker det som ett behov av mer pragmatism:

Jag tror nog att terapin borde ha varit mer anpassad till mig på så sätt att den inte var strikt liksom till de här papprena utan man kunde liksom se sin, alltså mer pragmatisk liksom, tror jag hade hjälpt.

Här ger patienten uttryck för att metodens ramar skulle ha behövt vidgas så att hens behov rymts inom dem. Då skulle terapin kanske ha varit mer hjälpsam, menar patienten. Hen utesluter alltså inte att PCT kunde ha hjälpt, utan menar att det var just bristen på anpassning av ramarna som utgjorde ett hinder.

Att inte klara av de krav terapin ställer på mig

Detta gemensamma tema belyser hur flera av patienterna från båda behandlingsgrupperna upplevde att terapin var för påfrestande för dem. De beskrev på olika sätt att terapin ställde krav som var för höga för att de skulle kunna ta till sig hjälpen som erbjöds. Upplevelsen av att inte ta sig förbi det jobbiga, av att inte ha råd att betala insatsen, gick som en röd tråd genom patienternas berättelser.

Känslomässigt överväldigad. Patienter från båda behandlingsformerna beskrev upplevelser av att bli överväldigad under terapin. De svåra känslorna som överväldigade dem var den bestående upplevelsen av terapin snarare än någonting som hjälpte dem vidare:

Så det blir ju så mycket tydligare för mig då när jag går i terapi också – alla sätt som man gör fel på liksom. Gör fel, så. Och det gör ju också att man fördjupar sig för då blir man ju sådär... man tror att man blir galen om man... att det finns någonting väldigt sjukt i en liksom. Och det är klart att det blir ju värre, och det blir ju värre under terapin... man mår ju alltid sämre under terapin. Det blir ju så. Överlag – generellt sett så mår man ju sämre av terapi.

Patienten placerar en del av problemet på metoden, att man per definition mår sämre av terapi, men också på sig själv. Att det är någonting hen gör fel, någonting sjukt inuti som nästan är ohanterligt att komma i kontakt med. Metoden – att fördjupa sig i “det sjuka” – upplever hen som överväldigande, något som leder till sämre snarare än bättre mående. Detta i kontrast till det mönster man kan tänka sig utgör en mer hjälpsam terapi: interventionerna utmanar patienten att möta det hen undviker, vilket är ångestväckande, men hanterbart för patienten, som också upptäcker att det leder till lättnad och på sikt ett minskat lidande. Flera av patienterna beskriver istället det terapeutiska arbetet som en i huvudsak påfrestande upplevelse:

Det blev jobbigare och jobbigare nästan (...). Det blev ju mera utmaningar och liksom och det var liksom... ja för min del fick jag göra värre och värre saker liksom... Så det var ganska... liksom tänker på hur det var att gå i terapi innan, alltså det var ganska slitigt eller vad ska man säga. Vissa gånger var jag helt slut alltså verkligen.

Vissa av patienterna som pratade om terapin på det här sättet, beskrev att de samtidigt upplevde positiva effekter av terapeutens utmanande interventioner. Men i deras beskrivning av arbetet framstod de negativa effekterna som övervägande de positiva, och att de upplevde att de själva inte riktigt klarade av terapin:

– Alltså, jag, mitt problem är att jag är så fruktansvärt, alltså, jag kan vara jätteinne i nånting ett tag, sen så, om det inte riktigt blir som jag vill så tröttnar jag lite. Jag tror att det var lite det som blev felet med behandlingen. Att jag var jättepå ett tag, och sen så blev det liksom att, ahh, jag tappade, eller inte tappade

intresset för jag ville ju fortfarande ha samma resultat och alltihopa, men jag kände liksom att det inte gick framåt på samma sätt som jag ville och att jag liksom då, eh, ja... att jag, jag vet inte vad jag ska säga, jag tappade inte intresset för det men jag tyckte det var jobbigt, förstår du hur jag menar?

– Mm ... att det kändes lite för jobbigt så att säga?

– Ja, precis. För han var väldigt bra, (terapeutens namn) är ju väldigt bra, att han låter en ju inte komma undan med när man bara säger att ”jag vet inte”, eller sådär (...) och jag tycker till en början att det var bra men sen tyckte jag bara det var jobbigt och kände bara, ahh, men jag vet inte...

Även den här patienten tillskrev sig själv en del av den icke-hjälpsamma terapin, en egen bristande förmåga att stå ut med det som blev jobbigt. Merparten av patienterna i det här temat lyfter fram sig själva i termer av oförmåga vad gällde att möta de påfrestningar terapin innebar. En patient pratar om längtan efter att istället få en “quick fix”, en annan beskrev själva terapisituationen som alltför obehaglig i sig. Sammanfattningsvis upplevde patienterna delvis att det var någonting med de själva som gjorde att de inte kunde ta till sig hjälpen, och i olika grad uttryckte de att glappet mellan sina egna upplevda förutsättningar och respektive terapiforms känslomässiga krav utgjorde en metodbrist.

Hur ska jag hinna och orka? Detta undertema belyser en upplevelse som var specifik för patienter som fått PCT-behandling. De beskrev för högt ställda krav i relation till den egna förmågan, både gällande hemuppgifter och deras omfattning. Sammantaget gjorde detta att det kändes svårt för patienterna att tillgodogöra sig terapin. En patient lyfte fram att hemuppgifterna i sig utgjorde ett hinder i terapin:

– Hur kan det komma sig att du liksom inte gjorde dem riktigt?

– Nej men, antagligen kommer jag aldrig göra några läxor i hela mitt liv och aldrig, det går, det funkar inte för mig, det går inte.

– Är det liksom väldigt svårt att få till det på något sätt eller?

– Jag vet inte hur jag ska förklara men ja typ att det inte går.

Här framkommer det att patienten inte anser sig ha förutsättningar att planera och genomföra hemuppgifter självständigt utanför terapin. Andra betonade istället hur deras eget dåliga

mående just nu, varför de sökt sig till behandlingen, gjorde att de inte hade energin som krävdes för att ta till sig metodens centrala delar:

Nej alltså hindret skulle ju vara... mitt mående, helt enkelt. Att jag inte klarade av att till fullo kanske göra alla de här värderingarna och så. Att det skulle vara ett hinder, så. Moment 22.

Upplevelsen av att terapins omfattning inte rymdes i tillvaron är en annan aspekt som fanns i patienternas berättelser. Att ha tid över för att hinna med allt det som behandlingen krävde beskrevs som ett problem, inte minst i relation till patienternas egna förutsättningar. En patient menade att hen inte klarat av att göra övningar och hemuppgifter om hen inte blivit sjukskriven på halvtid. Andra gav uttryck för att terapins omfattning gjorde det svårt att hinna med dess olika moment:

Det är som jag sa till min pojkvän att det kändes nästan som ett jobb, ett heltidsjobb, att man måste tänka på, jag tyckte det var jobbigt iallafall att man måste göra alla de här övningarna och skriva upp allting och sånt där. Så det, alltså det är ändå tidskrävande.

“En liten försmak av terapi”

Detta gemensamma tema skildrar upplevelsen av att olika aspekter i terapin inte varit tillräckliga; ens behov har inte tillgodosetts, och man har behövt mer. Terapin blev ”en liten försmak”, en bra början, men inte tillräckligt för att fullt ut upplevas som hjälpsam. Här beskrivs oftast inte rena brister i bemärkelsen sådant som helt har saknats i terapin, utan snarare upplevde patienterna att det var för lite av något för att de skulle bli hjälpta.

Behövt mer tid. Detta undertema samlar uttryckta önskemål om att terapin skulle varit längre; man skulle behövt längre tid för att bli hjälpt. Några patienter är specifikt inne på att de önskat någon sorts nertrappning eller utfasning vid avslut. Flera lyfter fram att de tror att terapin hade kunnat hjälpa dem, bara den varit mer omfattande i tid:

Jo det var för kort tid. För jag tror jag skulle behöva längre tid för att det skulle hjälpa. Och det kändes ju bra, jag var besviken när det tog slut. Jag var tvungen att söka mig vidare liksom. Men det hade kanske kunnat bli bra tänker jag mig.

– Om det hade varit längre?

– Ja.

Flera beskriver liksom citatet ovan behovet av mer tid för att bli hjälpt, utan den nyans av övergivenhet som präglar de citat som återfinns i *Övergiven*:

Jag känner att tre månader var så himla kort att jag kanske hade velat prova på nånting längre eller att... Det var en liten sån försmak av vad det handlar om att gå i terapi.

I dessa citat ger patienterna uttryck för att tillfredsställande resultat inte uppnåtts och kopplar det till metodens begränsade omfattning vad gäller tid. Även om patienten ovan inte ger uttryck för övergivenhet, antyder hen att tiden som gavs för att tillgodogöra sig terapin inte var tillräcklig.

Otillräcklig relation. Tillit till terapeuten och en tillräckligt god relation mellan patient och terapeut är en förutsättning för att terapi ska vara hjälpsamt. Detta undertema samlar uttryck för att patienterna upplevt att så inte varit fallet; man hade kanske behövt något annat, eller något mer, av terapeuten och relationen. Flera patienter tycks ha svårt att beskriva relationen, uttrycker sig lite vagt och säger sig inte haft “någon relation direkt” eller att “jag tyckte väl det var bra. Det var ingenting negativt”. En annan patient uttrycker sig såhär:

– Hur skulle du beskriva den då?

– Det är jättesvårt tycker jag. Jag har ingen aning.

– Men inte som en kompisrelation i alla fall?

– Nej.

– Nej? Vad tyckte du om terapeuten?

– Nej han var väl bra tycker jag, eller han gjorde det han skulle.

Flera patienter har alltså här gemensamt att de har svårt att beskriva relationen till terapeuten, de uttrycker sig vagt och lite torftigt. Även om patienternas uttrycksförmåga förvisso spelar in här, tycks relationen ha varit otillräcklig, medioker eller kanske inte riktigt bra. En annan patient formulerar mer explicit att hen upplevt brister eller haft andra önskemål på terapeuten:

- Kunde du prata med honom om riktigt känsliga saker?
- Eh.... jo men det kunde jag nog. Men sen tror jag att jag egentligen hade velat haft nån som var lite mjukare kanske.
- (...)
- Nej men jag tror att, ibland tror jag att om jag kom på villospår, så kändes det ibland som att han tog tillbaka fokuset på panikångesten och det skulle han såklart göra också.
- Men vad hade du önskat då?
- Att han hade lyssnat, kanske
- Just det. Han gjorde inte det riktigt då?
- Nej, det tycker jag inte

Här uttrycks upplevda brister som troligen anspelar både på terapeuten och metoden i sig, eller ett samspel mellan dessa faktorer. Patienten ovan har gått i PCT, som också av andra patienter ibland upplevts som fyrkantig eller alltför styrd.

Behövt mer terapeutstöd. Vissa patienter har önskat mer stöd från terapeuten under terapins gång, eller uttrycker att det man lärde sig eller fick med sig från terapin var svårt att upprätthålla själv. Hos en patient kommer detta till uttryck genom att hen specifikt önskat mer exponeringsövningar tillsammans med terapeuten:

Jag tror att i alla fall jag skulle bli behjälpt om det fanns mer tid för praktiska övningar tillsammans med terapeuten. Till exempel att där fanns en möjlighet att ta båten till (plats) tillsammans med en terapeut och utsätta sig eller ta bilen och köra till (plats) där man verkligen stannar kvar i situationer.

I citatet finns en upplevelse av att det har varit svårt att fullt ut göra det som krävs för att tillgodogöra sig behandlingen, men att det möjligen kunde vara lättare om fler moment gjorts

tillsammans med terapeuten, snarare än mellan sessioner. Andra uttrycker att terapeutens stöd saknas efter terapins avslut, och att det är svårt att upprätthålla nya lärdomar, förhållningssätt och vanor efter avslut:

Jag hade väl kanske planer på att ja, jag ska fortsätta skriva så här hur jag mårdagbok, men det föll rätt så snabbt när jag inte var piskad till det liksom... Ja, papperna låg ju där på nattduksbordet. Men jag tror jag har tittat på de någon gång... Nä, nä. Men sedan var det ju samtidigt... klart så var det ju skönt att den här väldigt intensiva perioden var över också, det får jag ju säga det var det ju. Men även... alltså, både och alltså, rädd för att det ska falla tillbaks och jag inte kan upprätthålla.

Flera patienter som uttrycker detta har, liksom patienten som citeras ovan, fått PCT. De upplever att de övningar och registreringar som är centrala i metoden är svåra att fortsätta med på egen hand. Dock uttrycks en liknande upplevelse även av en PFPP-patient:

Ja och då skulle kanske jag skriva upp mer, vad har vi sagt nu, hur var det nu, för det är ungefär som att du lär dig matte, och sen räknar du inte matte på flera år, då kommer du inte ihåg hur du skulle göra andragradsekvation till exempel... du vet att du har kunnat det, men du vet inte riktigt hur, hur ska jag lösa den. Så känns det lite tycker jag.

Denna patient uttrycker att hen var nöjd med terapin vid avslut, men inte lika mycket nu sex månader senare. Hen beskriver att minnet av vad det egentligen var som var hjälpsamt under terapin har bleknat, och utan något att hänga upp minnet på har det blivit svårt att upprätthålla terapins positiva effekter.

Diskussion

Denna studie ämnade utforska upplevda metodbrister i behandlingen för patienter som inte blivit hjälpta av PCT och PFPP. Resultaten visar på både gemensamma och särskiljande upplevelser. Hos PFPP-patienter återfinns upplevelsen av man blivit övergiven, genom att metoden varit svårbegriplig och avslutet alltför smärtsamt. PCT-patienterna upplevde att behandlingen haft allt för fyrkantiga ramar, varav det saknats utrymme för att på djupet

försöka förstå sina svårigheter och dess orsaker. Hos patienter i båda behandlingarna återfinns upplevelsen av att behandlingen varit otillräcklig i tid och resurser. I resultaten återfinns också att många patienter upplevt behandlingen som för krävande och svår att ta sig igenom. Denna upplevelse återfinns i båda behandlingarna, men tar sig olika uttryck. PFPP-patienter beskriver oftare behandlingen som att den rivit ner ett skydd eller försvar man tidigare haft, utan att detta skydd ersatts med någonting nytt. PCT-patienter betonar istället svårigheter med att göra hemuppgifter och avsätta den tid som krävs.

Både PCT och PFPP har på grupp-nivå visat god effekt på paniksyndrom (Beutel et al., 2013; Barlow & Craske, 2007). I den huvudstudie som ligger till grund för denna uppsats uppnådde merparten av patienterna en kliniskt meningsfull förbättring, som kvarstod även vid långtidsuppföljning två år efter avslutad behandling (Svensson et al., 2021). Således finns evidens för båda behandlingarna, som tar sig an paniksyndrom på både likartade och särskiljande sätt. I PCT ligger tonvikten på exponering och responsprevention (Barlow & Craske, 2007), och i PFPP på att hjälpa patienten förstå symtomens underliggande, omedvetna innebörd (Busch et al., 2012). Den del av våra resultat som visar på särskiljande upplevelser, tycks spegla dessa två olika behandlingsrationaler. Den fasta struktur och fokuset på aktiva övningar som i PCT antas leda till utsläckning av ångestsymtom och därmed minskat lidande, har för vissa patienter istället upplevts som inflexibelt och invaliderande. För vissa patienter i PFPP tycks istället strävan efter att hjälpa patienten komma i kontakt med omedvetna känslor och behov för att på så vis behandla paniksyndromets orsaker, blivit för abstrakt och svårbegripligt. I PFPP är det förväntat att behandlingens avslut innebär en separation som kan väcka känslor av förlust, sorg och vrede (Busch et al., 2012). Dessa känslor ska ges utrymme i behandlingen, för att patienten ska kunna klara av separationen och på sikt kunna återhämta sig och se att man klarar av att stå ut också med separation, och med dess svåra känslor. Bland den aktuella studiens deltagare tycks det som att detta inte skett för majoriteten av PFPP-patienterna; istället har man lämnats med en känsla av övergivenhet, som kvarstår sex månader efter avslut.

Således förefaller det som om det som antas vara hjälpsamt och vägen till förbättring i båda dessa behandlingar, istället har blivit en svårighet och en upplevd metodbrist för dessa patienter. Att dessa upplevelser i olika grad kan härledas till terapeut- eller patientfaktorer är inte osannolikt. Men det tycks alltså även finnas något inneboende i själva metoderna som riskerar utgöra en svårighet eller brist för vissa patienter (och möjligen också –

för vissa terapeuter). Denna studie är enligt vår kännedom den första som undersöker upplevda metodbrister i PCT- respektive PFPP-behandlingar som inte varit hjälpsamma. Men att patienter som gått i KBT respektive PDT beskriver distinkt särskiljande upplevelser, som till stor del speglar respektive behandlings antaganden och rational, är i linje med Nilsson et al. (2007). Resultaten i den aktuella studien visar också på gemensamma upplevelser av att terapin varit antingen för otillräcklig – för kort, för lite av någon viktig del – eller för krävande och påfrestande. Dessa upplevelser återfinns hos både PCT- och PFPP-patienter, även om upplevelserna av det ser lite olika ut.

Vikten av allians – mer än relation

De särskiljande upplevelserna som diskuterats ovan, såväl som den gemensamma upplevelsen av att terapin varit för krävande för patientens förutsättningar, kan förstås i termer av allians och dess tre delar: det emotionella bandet mellan terapeut och patient, samsyn kring behandlingens mål samt samsyn kring med vilka medel, vilket arbetssätt, dessa mål ska nås (Bordin, 1979). Vad gäller det emotionella bandet och relationen till terapeuten, visar vårt resultat att påfallande få patienter i urvalet uttrycker uttalad kritik mot terapeuten. Att det är svårt att framföra kritik mot sin terapeut, även när någon annan än terapeuten själv frågar, är i linje med tidigare forskning (Henkelman & Paulson, 2006). Det går inte att utesluta att de patienter i vårt resultat som uttrycker sig vagt och fåordigt kring sin terapeut i själva verket är mer missnöjda än de förmår uttrycka explicit. Således är det alltså tänkbart att det funnits större upplevda brister i relationskomponenten av alliansen, än vad som blivit synligt i vårt resultat. I resultaten framträder en desto tydligare bild av att den aspekt av allians som rör samsyn kring arbetssätt, inte upplevts som helt lyckad i flera av dessa behandlingar. Såväl hos de PFPP-patienter som haft svårt att se kopplingen mellan sessionernas innehåll och paniksyndromet, som hos de PCT-patienter som upplevt kraven på hemuppgifter och fokus på beteendeförändring som rigida, tycks det som om det saknats en tillräcklig överenskommelse kring behandlingens arbetssätt.

Resultaten visar dock på en något nyanserad bild där vissa patienter är mer uttalat kritiska till centrala element i behandlingen, medan andra tycks uppskatta dessa element men samtidigt uppleva att något väsentligt saknats. Hur dessa upplevelser förhåller sig till metod-, terapeut- respektive patientfaktorer är en komplex fråga som denna uppsats inte ämnar besvara. Men klart är att resultaten belyser vikten av en god allians – relationen såväl som målformulering och samsyn kring hur man ska arbeta tillsammans i terapin. Att dessa

alliansbrister tycks lika framträdande hos patienter som fått PCT och PFPP är i linje med den forskning som framhåller betydelsen av gemensamma faktorer i psykoterapi, exempelvis den kontextuella modellen (Wampold, 2015). Där betonas att ett tillräckligt band mellan terapeut och patient är en förutsättning för lyckad terapi, men också att patientens hopp och förväntningar är viktiga aspekter för att förändring ska kunna ske.

Missmatch i en kontext: preferenseffekter eller patientfaktorer?

I likhet med tidigare studier som jämfört patientupplevelser av KBT och PDT (Nilsson et al., 2007), märks i resultatet både gemensamma upplevelser och distinkta skillnader. Som tidigare nämnts återspeglar de särskiljande upplevelsena (temana Övergiven och Fyrkantigt) respektive behandlings teori och rational. Beskrivningarna av vad som inte har varit hjälpsamt i respektive metod förefaller också spegla varandra. PCT-patienterna upplever att metoden är för rigid; ramarna upplever de som för snäva utan plats för det som de själva tycker är viktigt med sin behandling; de efterfrågar mer utrymme för reflektion kring panikångestens orsaker. PFPP-patienternas metodspecifika upplevelser tycks motsvara andra sidan av myntet: de upplever behandlingen som otydlig; ramarna är för diffusa och de förstår inte riktigt vad terapeuten förväntar sig av dem, eller varför hen gjorde som hen gjorde; de efterfrågar mer praktisk hjälp. Det finns således en missmatch mellan vad patienterna upplever sig sakna och vad behandlingen erbjuder. Vid första anblick kan det därför förefalla som att de patienter som upplever PCT som fyrkantigt, hade blivit bättre behjälpta av PFPP-behandling, där de hade fått fördjupa sig i panikens bakomliggande orsaker under friare former. Likaså att PFPP-patienterna, som här upplever sig som övergivna av en abstrakt metod utan handfast hjälp att hantera sina panikattacker, skulle ha behövt PCT-behandlingens fokus på konkret beteendeförändring. Kanske hade den andra behandlingsformen helt enkelt passat bättre för patienterna?

Att förse patienter med information om tillgängliga behandlingar och involvera dem i beslutsfattande har visat olika positiva effekter, till exempel att känslan av delaktighet ökar (Montori et al., 2017). Länge har det dock varit oklart i vilken utsträckning preferenseffekter, det vill säga effekten av att låta patienten välja den behandling hen själv föredrar, påverkar utfall på symtomnivå (Svensson et al., 2021). Huvudstudien som denna uppsats baseras på (Svensson et al., 2021), var den första studie att testa preferenseffekter i en dubbelt randomiserad kontrollerad studie. I vår studies urval finns både patienter som har randomiserats till att själva få välja sin behandling, och patienter som fått randomiserad

tilldelning av behandlingsform. Resultaten från huvudstudien visade, tvärtemot vad man hade förväntat sig, att patientpreferens inte var associerat med bättre utfall. Fler studier av detta slag behövs för att få större klarhet i hur sambanden ser ut. Men mot bakgrund av den idag existerande litteraturen förefaller preferenseffekterna av att välja mellan två evidensbaserade behandlingar vara begränsade (Svensson et al., 2021). Det vore dock intressant att i framtida studier undersöka effekten av att erbjuda patienter som inte blivit hjälpta ett väsentligen annorlunda behandlingsalternativ. I detta fall skulle det innebära att en patient som inte blivit hjälpt av PFPP erbjuds PCT, och vice versa. På så vis skulle det vara möjligt att undersöka i vilken mån svårigheterna handlar om patient- respektive behandlingsfaktorer, eller en blandning av båda.

Även om föreliggande studie inte undersöker patientfaktorer, är det tänkbart att sådana har spelat in i att dessa patienter inte blivit hjälpta av behandlingarna. Mentaliserande förmåga är en sådan faktor, vilken kan mätas med exempelvis reflective functioning scale (Taubner et al., 2013). Något sådant mått har dock inte använts i POSE-projektet, och därför kan vi inte uttala oss om huruvida patienterna i den här studien har svårigheter inom detta område. I transkripten tycker vi oss ibland ana en tendens till svårigheter att mentalisera och sätta ord på sitt eget inre liv, men detta är inte något vi kodat och analyserat då det ligger utanför studiens forskningsfråga. Det är dessutom omöjligt att veta huruvida dessa tendenser är mer förekommande i vårt sub-urval än i huvudstudiens urval i stort, där majoriteten blev hjälpta av sin behandling. En iakttagelse från databearbetningen är att en subgrupp i urvalet är mycket nöjda med sin behandling, trots att de fortsatt lever med svårt belastande paniksymtom. Detta kan möjligen tolkas som en indikation på begränsad mentaliseringsförmåga och svårigheter att resonera kring sitt eget mående och sin terapiprocess. Men samtidigt som det är tänkbart att dessa patientfaktorer påverkar upplevelsen och utfallet av terapi, finns också en risk att som terapeut eller forskare tillskriva behandlingsmisslyckanden till patienterna i alltför hög grad. Denna tendens har påvisats i tidigare forskning (von Below & Webart, 2012), och är viktig att förhålla sig till i psykoterapiforskning. Att i alltför hög grad fokusera på patientfaktorer när behandlingar misslyckas, utan att utforska terapeutfaktorer eller matchingsaspekter tillräckligt, riskerar att reproducera denna tendens. Samtidigt finns stort kliniskt värde i att bättre förstå vem som blir hjälpt av vad, och där kan framtida studier kring patientfaktorer hjälpa oss att få mer kunskap.

Lita på mig, det kan bli bra – epistemic trust och korttidsterapi

Oberoende av vilken terapiform de har fått, så har många av patienterna i mötet med metoden inte upplevt sig bli riktigt förstådda. Flera menar att de skulle behövt att terapin anpassats mer efter deras individuella svårigheter och att det de fick inte var tillräckligt. Hos vissa kan vi ana att det har funnits svårigheter också i relationen till terapeuten, även om patienterna antingen har svårt att beskriva på vilket sätt eller drar sig för att uttrycka direkt kritik. Enligt Sperber et al. (2010) är epistemic trust en förutsättning för att vi ska till oss interpersonellt kommunicerat kunskap. Människor med låg grad av epistemic trust är sämre rustade att ta till sig den kunskap en terapeut strävar efter att förmedla i en psykologisk behandling (Fonagy & Allison, 2014). Vi har inte använt någon skala för att mäta epistemic trust och kan inte uttala oss om hur det förhåller sig i det aktuella urvalet, men det kan vara ett intressant perspektiv för att förstå resultatet. Utan tillräcklig epistemic trust blir det svårt för patienten att lita på att det går att lära sig något hjälpsamt från terapin och terapeuten. Patienten kanske får svårt att känna att behandlingen är relevant för en själv, eller svårt att generalisera det som händer i terapirummet till andra situationer. En låg kapacitet hos patienter för att sänka sin epistemiska vaksamhet skulle tala för ett behov av att först öka förmågan till epistemic trust innan det finns förutsättningar att lära sig av den evidensbaserade behandlingen. Ett sätt att göra det är enligt Fonagy & Allison (2014) att arbeta med mentaliseringsbaserade interventioner. Att känna sig förstådd av en annan människa, och därmed bygga tillit till denne, öppnar upp för att ta till sig den kunskap hen vill förmedla och således kunna tillgodogöra sig behandlingen. För vissa patienter kan en nödvändig väg framåt alltså vara att börja med att bygga upp den kapaciteten. Det är en intervention som ligger utanför PCT- och PFPP-protokollen och som tar tid. Saknas grundläggande tillit hos patienten blir det en utmaning att skapa allians och genomföra en behandling på 12 veckor, oavsett hur skicklig terapeuten är. För en del patienter – möjligtvis i detta urval, sannolikt inom psykiatrin – är det kanske därför inte tillräckligt med korttidsterapier, hur effektiva och evidensbaserade dessa än må vara. Kanske behöver dessa patienter något längre behandlingar, med uttalat fokus på att först bygga upp de "brister" som gör det svårt att öppna upp sig för det interpersonella lärande den psykoterapeutiska situationen vilar på. Implikationerna av detta blir således att det är viktigt med en viss flexibilitet när det kommer till att bedriva psykoterapi, även när långa väntelistor och högt tryck på psykiatrin leder till ökade krav på korta och effektiva behandlingar. Att genomföra en strikt korttidsbehandling när viktiga förutsättningar saknas från början, eller att avsluta en behandling

för tidigt, riskerar att leda till ett ökat lidande och känsla av hopplöshet hos patienten, såväl som ökade kostnader för vården när samma patient istället återkommer för nya behandlingsinsatser.

Metoddiskussion

När det kommer till att utvärdera forskning är det viktigt att de kriterier som används för utvärdering passar den valda metoden. Begrepp från kvantitativ forskning – såsom generaliserbarhet och validitet – är inte meningsfulla att använda vid utvärdering av kritisk realistisk kvalitativ forskning (Willig, 2013). Braun och Clarkes kvalitetskriterier (2022) för reflexiv tematisk analys bedömer vi som rimligare att utgå från med hänsyn till studiens metod och epistemologiska förankring. Vad gäller transkribering och kodning har arbetet med denna studie, så vitt vi kan bedöma, gått i linje med vad som framhålls i kvalitetskriterium 1-6: materialet har kodats ordagrant, och tematiseringen har skett grundligt och systematiskt enligt de steg som författarna förespråkar (Braun & Clarke, 2006). En svaghet är dock att vi inte har transkriberat alla intervjuer som studien baseras på själva, och saknar insyn i hur ordagrant transkriberade andra studenters arbete har varit.

Braun & Clarke framhåller vidare vikten av att datan i en tematisk analys ska analyseras och inte enbart beskrivas (kvalitetskriterium 7-10). Samtidigt belyser de att dataunderlag och analys ska matcha varandra, och att de kodade citaten ska överensstämma med analysens slutsatser (Braun & Clarke, 2022). Denna avvägning är något vi förhållit oss till under arbetet med studien och återkommande lyft upp till diskussion. Vi har strävat efter att citat, koder och teman ska ligga nära det patienterna själva säger, samtidigt som vi i tematiseringen velat göra just en analys, snarare än att enbart samla och beskriva koder. Vi valde därför att genomföra en analys som ligger i den mer deskriptiva änden av ett tänkt tematiskt spektrum (Braun & Clarke, 2022). Som en konsekvens återfinns några av de underteman vi genererat på en något semantisk nivå, det vill säga de skulle vara tydliga om läsaren själv gick igenom datasetet.

Vidare lyfter Braun & Clarke (2022) fram att den tematiska analysen på ett övertygande och välorganiserat sätt ska adressera den ursprungliga forskningsfrågan. Möjligen finns här en utmaning för den aktuella studien, som ämnar utforska upplevda metodbrister. Som vi återkommande har lyft är det dock svårt att särskilja upplevda metodbrister från upplevda terapeutbrister, och hur dessa samverkar med patientfaktorer. Därför kan terapeut- och patientfaktorer tagits med i kodningen. Störst är risken att det gäller för terapeutfaktorer, eftersom vi valt att inkludera alliansrelaterade aspekter i definitionen av metodbrister.

Ett övergripande kvalitetskriterium (11) är att varje fas av analysen har ägnats tillräckligt med tid. Detta är ett kriterium som vi delvis, med anledning av de ramar vi har haft att förhålla oss till, inte har uppfyllt. Kvaliteten hade kunnat förbättras om vi haft möjlighet att se över hur alla transkript överensstämde med det inspelade materialet. Detta var något som tidsramarna inte tillät. Vidare genomförde vi inte fas fyra av analysprocessen, ompröva och förfina teman, på ett lika omfattande sätt som Braun & Clarke (2006) förordar. Av tidstekniska skäl kodade vi under denna fas, efter att vi hade omprövat våra teman, inte om datasetet en tredje gång. En svaghet med studien är således att vi inte förhållit oss till kodningen som en organisk, pågående process i den utsträckning som en tematisk analys bör. Därför är det möjligt att vi missat material som passar in våra teman.

Slutligen lyfter Braun & Clarke (2022) kvalitetskriterier för den skrivna slutprodukten (12-15). Förhållningssättet till tematisk analys ska vara tydligt; vald metoden ska överensstämma med den genomförd analys; språk och teoretiska begrepp som används i analysen ska vara förenliga med ontologisk och epistemologisk förankring; forskaren ska vara positionerad som en aktiv medskapare i processen. Utifrån den kritiskt realistiska kunskapssyn vi har i studien, har vi antagit att den insamlade datan kan säga oss någonting om den yttre verkligheten, men inte direkt återspegla den. De yttre verkligheten filtreras genom våra tolkningar och erfarenheter. En kritisk realistisk epistemologi lämpar sig väl för att undersöka aspekter av den sociala världen och den mänskliga psykologin. Detta har gjort det möjligt för oss att, i enlighet med vår frågeställning, undersöka deltagarnas upplevelser, samtidigt som det också har understrukt behovet av reflexivitet eftersom vi aktivt genererat den kunskap som presenterats i studien (Willig, 2013).

Slutsatser

I mötet med föreliggande studies urval och deras terapeuter, är det olika delar i psykoterapimetodernas passform som skaver för patienterna. Vår frågeställning handlar om vilka brister patienterna har upplevt i dessa behandlingar. Att patienterna inte har förbättrats handlar troligtvis om ett komplext samspel mellan både metodens passform, patientfaktorer och terapeutfaktorer. Men vad själva behandlingsmisslyckandet beror på ligger utanför vad studien kan eller har försökt att besvara. Patienterna beskriver, i linje med tidigare forskning, både särskiljande och gemensamma upplevelser av metodbrister för PCT respektive PFPP. PCT-patienterna upplevde brister i termer av för fyrkantiga ramar, vilket bland annat innebar avsaknad av fördjupad förståelse för symtomen. PFPP-patienterna upplevde sig övergivna

under och efter behandlingen, därför att den var för abstrakt eller för att den tog fram något smärtsamt hos dem som sedan inte togs om hand på ett läkande sätt. Dessa metods specifika upplevda brister relaterar till respektive manuals teoretiska antaganden och rational. Gemensamma metodbrister var upplevelsen av att terapin var otillräcklig, i termer av tid och resurser, för att kunna nå önskade resultat. Dessutom var en vanlig upplevelse bland patienterna i studien att metoden på olika sätt ställde för höga krav i relation till den egna förmågan, vilket försvårade för dem att tillgodogöra sig den.

Mot bakgrund av studiens resultat drar vi slutsatsen att det är av stor vikt att terapeuter är nogga med att utforma överenskommelser kring behandlingens mål och arbetssätt samt göra sitt yttersta för att underlätta för sina patienter att ge uttryck för sådant de är missnöjda med gällande sin behandling eller den terapeutiska relationen, då detta återigen visat sig vara något som ofta är svårt. Vidare indikerar studiens resultat att korttidsterapier som är effektiva på gruppnivå kan behöva justeras för vissa patienter, exempelvis genom att inkorporera interventioner i syfte att bygga tillit och stärka de förmågor som krävs för att tillgodogöra sig psykoterapi.

Framtida forskning

Studien ger en inblick i upplevda metodbrister bland den grupp patienter som inte blivit hjälpta av PCT och PFPP. En subgrupp i resultatet är de patienter som är nöjda och tacksamma över sin terapi och i vissa fall uttryckligen beskriver hur hjälpsam terapin varit, i kontrast till de symtomskattningar som visar på ett fortsatt stort lidande och funktionsbortfall kopplat till paniksyndromet. En frågeställning för en framtida studie skulle kunna vara att utforska betydelsen av detta. Handlar det om behandlingar som trots allt inte bör betraktas som misslyckade, där RCT-studiens kvantitativa symtommått inte förmår fånga något viktigt som behandlingen faktiskt bidragit till? Eller kan det snarare kopplas till bristande förmåga att mentalisera kring sina egna behov och sina egna svårigheter, vilket då skulle påverka inte bara benägenheten att tillgodogöra sig behandling, utan också förmågan att beskriva upplevelsen av den? Dessa frågor är komplexa men av hög klinisk relevans.

En intressant vidareutveckling av huvudstudien skulle kunna vara en cross-over design där patienter som inte blivit hjälpta av PCT efteråt får genomgå behandling med PFPP, och vice versa. En sådan studie skulle med fördel kunna kompletteras med kvalitativa analyser, för att synliggöra patienternas subjektiva upplevelser av psykoterapi. För patienter som blir hjälpta av att få den andra behandlingen efteråt skulle man kunna utforska om de upplever att

behandlingarna kompletterar varandra, eller om de snarare tror att det handlar om matching – att de fått “fel” behandling inledningsvis. I de fall patienter inte blir hjälpta av någondera av behandlingarna, blir det relevant att försöka utröna hur patientfaktorer påverkar. Vidare forskning skulle kunna utforska detta, exempelvis genom att inkorporera mått på epistemic trust och mentaliseringsförmåga. På så vis skulle man kunna utforska hur dessa patientfaktorer förhåller sig till upplevda metodbrister så som exempelvis upplevelsen av att behandlingen varit allt för kort eller alltför rigid. Sådana studier kan genomföras såväl kvantitativt som kvalitativt, och kanske med fördel med mixed methods-design.

Referenser

- Aafjes van Doorn, K., Cooper, A., Lillengren, P., & Macdonald, J. (2017). Patients' Affective Processes Within Initial Experiential Dynamic Therapy Sessions. *Psychotherapy*. Vol. 54(2), 175–183. <https://dx.doi.org/10.1037/pst0000072>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (2001). Change in compensatory skills in cognitive therapy for depression. *Journal of Psychother Practice and Research*. 10(1):8-13.
- Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (Red.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic* (4 uppl.). Graywind.
- Bergsten, K. (Red.) (2015). *Affektfokuserad psykodynamisk psykoterapi*. Natur & Kultur.
- von Below, C., & Werbart, A. (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants' view, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 211-229. doi:10.1080/02668734.2012.709536
- 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. *Canadian Journal of Psychiatry*. 58(6), 326–34. doi:10.1177/070674371305800604
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bowie, C., McLeod, J. & McLeod, J. (2016). 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, Vol 16(2), 79-87. doi:10.1002/capr.12066
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the Ethics of Qualitative Research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157–181. <https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/10720530590914789>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2017). Ethics in qualitative psychological research. I C. Willig & W. Stainton Rogers (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (2 uppl.) (s. 259-273). SAGE Publications. doi:10.4135/9781526405555

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis. A Practical Guide*. SAGE Publications.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy - extended range. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry* 208(3), 260–265. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162628
- Cuijpers P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. *The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes*. (2019). *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(15), 207-231. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.
- Delgadillo, J., Asaria, M., Ali, S., & Gilbody, S. (2016). On poverty, politics and psychology: The socioeconomic gradient of mental healthcare utilisation and outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 209(5), 429–432. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171017>
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>
- Emmelkamp, P. M. G., & Foa, E. B. (1983). Failures are a challenge. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Red.), *Failures in behavior therapy* (pp. 1–9). Wiley.
- Finegan, M., Firth, N., Wojnarowski, C. & Delgadillo, J. (2018). Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(6), 560-573. <https://doi.org/10.1002/da.22765>.
- Fonagy, P., & Allison, E., (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–80. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., Campbell, C., & Bateman, A. (2017). Mentalizing, Attachment and Epistemic trust in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67 (2), 176–201. doi: 10.1080/00207284.2016.1263156
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 4 (9). doi: 10.1186/s40479-017-0062-8

- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'hara, R., & Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29 (3), 403-414. doi: 10.1080/10503307.2017.1393575
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 139–150. <https://doi.org/10.1080/09515070600788303>
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrental, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 961-969. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34, 107–117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Keefe, J. R., Levy, K. N., Sowislo, J. F., Diamond, D., Doering, S., Hörz-Sagstetter, S., Buchheim, A., Fischer-Kern, M., & Clarkin, J. F. (2022). Reflective Functioning and Its Potential to Moderate the Efficacy of Manualized Psychodynamic Therapies Versus Other Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/ccp0000760>
- Kennerley, H., Kirk, J., & Westbrook, D. (2017). *An introduction to cognitive behavioral therapy: skills and application* (3e uppl.). SAGE Publications.
- Knox, S., Miller, C., Twidwell, R. E., & Knowlton, G. (2022). Client perspectives on psychotherapy failure. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2022.2110020
- 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>
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Kächele, H., & Schachter, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysis to

- acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 50 (1-2), 233–258. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880321>
- Lambert, M. J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (3), 413-420.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 uppl., s. 169–218). Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s.139–93). Wiley
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1): 53-70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.
- McElvaney, J., & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(4), 246–253. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761258>
- McGlanaghy, E., Jackson, J. L., Morris, P., Prentice, W., Dougall, N., & Hutton, P. (2021). Discerning the adverse effects of psychological therapy: Consensus between experts by experience and therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29 (2), 579-589. doi: 10.1002/cpp.2648
- McLeod, J. (1990). The client's experience of counselling and psychotherapy: A review of the literature. I D. Mearns & W. Dryden (Red.), *Experiences of counselling in action* (s. 1–19). SAGE Publications.
- Montori, V. M., Kunneman, M., & Brito, J. P. (2017). Shared decision making and improving health care: the answer is not in. *JAMA*, 318(7): 617–8. doi:10.1001/jama.2017.10168.
- 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/10.1080/10503300601139988>

- Oei, T. P. S., & Sullivan, L. M. (1999). Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 407–415. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00562>.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. & Sawyer, J. D. (1995). Clinical significance of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 321–326. doi: 10.1037//0022-006x.63.2.321
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473– 483. doi:10.1037/0022-0167.41.4.473.
- Røssberg, J. I., Evensen, J., Dammen, T., Wilberg, T., Klungøy, O., Jones, M., Bøen, E., Egeland, R., Breivik, R., Løvgren, A., & Ulberg, R. (2021). Mechanisms of change and heterogeneous treatment effects in psychodynamic and cognitive behavioural therapy for patients with depressive disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychology*. 9(11). doi: 10.1186/s40359-021-00517-6.
- Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T. (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>
- Saxon, D., Fitzgerald, G., Houghton, S., Lemme, F., Saul, C., Warden, S., & Ricketts, T. (2007). Psychotherapy provision, socioeconomic deprivation, and the inverse care law. *Psychotherapy Research*, 17(5), 515–521. <https://doi.org/10.1080/10503300601063246>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78 (3), 298 –311. doi: 10.1037/a0019247
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, C., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. *Mind & Language* 25(4), 359–93.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.2010.01394.x>
- 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(2), 107–118.
<https://doi.org/10.1159/000511469>
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A. & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*. 25(1): 127-135. doi: 10.1037/a0029138.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.
doi:10.1348/147608310X499404
- Timulak, L. & Keogh, D. (2017). The Client’s Perspective on (Experiences of) Psychotherapy: A Practice Friendly Review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556-1567. <https://doi.org/10.1002/jclp.22532>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. doi: 10.1002/wps.20238.
- Werbart, A., von Below, C., Brun, J. & Gunnarsdottir, H. (2015). “Spinning one's wheels”: Nonimproved patients view their psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 25 (5), 546-564, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.989291>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3. uppl.) Open University Press.
- Wilson, D., & Sperber, D. (2012). *Meaning and relevance*. Cambridge University Press.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*. 72(4), 311–325.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0040435>

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

Kod	Deltagare	Citat
Ambivalent kring 2 ggr i veckan	2	3
Behov av mjukare terapeut	1	1
Behövt längre tid för att bli hjälpt	6	11
Blev inte lyssnad på	1	3
Brist på tillit till terapeuten	4	4
Efterfrågar gruppterapi	1	4
Exponeringen för obehaglig	2	2
Exponeringen för svag	2	5
Fel behandling för mig	2	5
För krävande med hemuppgifter	2	5
För mycket papper	2	2
För styrt	2	7
För tidskrävande	3	5
Försämrat mående pga ökad medvetenhet	1	1
Ingen direkt relation till terapeuten	5	7
Inget utrymme för att gå på djupet	2	4
Kroka upp känslomässiga lärdomar	1	3
Negativt att grotta i gamla minnen	2	4
Nertrappning	4	4
Otydlig koppling till panikångest	1	6
Påbörjat arbete lämnat	4	9
Saknar analysera panikångestens orsaker	3	10
Saknar handfasta verktyg	5	16
Själva terapisituationen obehaglig i sig	1	1
Svårt att upprätthålla själv	4	6
Svårt att öppna / ta emot	2	7
Känslomässigt jobbigare än jag trodde	2	5
Terapin för kort (vagt uttryckt)	6	8
Önskat mer exponering med terapeuten	1	3
Övergiven efter avslut	4	5