



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

Vilka faktorer beskriver patienter med paniksyndrom som hjälpsamma i psykoterapi?

En kvalitativ studie om Panic Control Treatment och
Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy.

Lisa Damgaard & Nina Johansson

Psykologexamensuppsats. 2023

Handledare: Martin Svensson

Examinator: Kajsa Järholm

Abstract

The present study examined which factors patients with panic disorder with or without agoraphobia (PD/A) describe as helpful in Panic Control Treatment (PCT) and Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). RCT-studies have indicated that PCT and PFPP are effective treatments for PD/A. This study applied a critical realistic thematic analysis to answer the research question. The 32 participants were randomized from project POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder, where-in one half was treated with PCT and the other with PFPP. The findings suggest that a good and trustful relationship with the therapist was helpful. Regarding PCT-patients, the relationship appeared as more task-oriented, whereas to PFPP-patients it appeared to be close and personal. Furthermore, PCT-patients found exposure to discomforting and fearful situations helpful, while PFPP-patients experienced working through difficult emotions and processing earlier events as helpful. It was considered helpful to acquire new insights and an increased understanding of one's problems. Patients attached great importance to support from close ones and to increasingly share about the panic disorder, as well as to their own conscious and active effort in therapy. Additionally, the results showed that helpful factors which at first sight appeared to be common to the treatment groups, had considerable differences as regards to content. Hence, this study indicates that a positive therapeutic relationship, an active effort on the patient's part, and support from social relationships are factors experienced as helpful in PCT- and PFPP-treatments.

Keywords: panic disorder, agoraphobia, Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, Panic Control Treatment, common and specific factors

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som patienter med paniksyndrom med eller utan agorafobi (PS/A) beskriver som hjälpsamma i Panic Control Treatment (PCT) och Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). PCT och PFPP har i RCT-studier visat sig ha god behandlingseffekt vid PS/A. I denna studie användes en kritisk realistisk tematisk analys för att besvara studiens frågeställning. Urvalet bestod av 32 deltagare randomiserade från forskningsprojektet POSE, Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder, varav hälften genomgick PCT-behandling och hälften PFPP-behandling. Studiens resultat visade att en god och tillitsfull relation med terapeuten upplevs som hjälpsam. För PCT-patienter framstod relationen som mer arbetsorienterad, medan den för PFPP-patienter istället framstod som förtrolig och personlig. Vidare var det hjälpsamt för PCT-patienter att exponera sig för rädsla- eller obehagsframkallande situationer, medan PFPP-patienter upplevde det som hjälpsamt att jobba med svåra känslor samt bearbeta gamla händelser. Därtill var det hjälpsamt att få nya insikter och en ökad förståelse kring sin problematik. Patienterna visade sig lägga stor vikt vid den egna medvetna och aktiva insatsen i terapin. Stöd från anhöriga, samt att i ökad grad dela med sig om paniksyndromet var också hjälpsamt. Resultatet visade vidare på att hjälpsamma faktorer som vid en första anblick framstod som gemensamma för behandlingsgrupperna, också hade betydliga skillnader innehållsmässigt. Studiens resultat indikerar således att en positiv terapeutisk relation, patientens egna aktiva insats, samt stöd från omgivningen upplevs som hjälpsamt i PCT- samt PFPP-behandlingar.

Nyckelord: Paniksyndrom, agorafobi, Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, Panic Control Treatment, gemensamma och specifika behandlingsfaktorer

Tack!

Vi vill rikta ett stort och varmt tack till vår handledare Martin Svensson för all hjälp och vägledning under resans gång. Lisa vill tacka sin partner för stöd och uppmuntran, samt tacka sina vänner för att trots månaders tystnad veta att hon fortfarande finns kvar. Nina vill tacka sin familj och vänner som hela tiden stöttat och funnits där. Slutligen vill vi tacka varandra för ett lärorikt och gott samarbete!

Innehållsförteckning

Vilka faktorer beskriver patienter med paniksyndrom som hjälpsamma i psykoterapi?	1
Gemensamma och specifika faktorer i psykoterapi	2
Patientperspektivet	4
Paniksyndrom och agorafobi	5
Behandling för paniksyndrom	6
Syfte	7
Frågeställning	7
Metod	7
Design	7
Epistemologi	8
Deltagare och rekrytering	8
Datainsamling	9
Behandling	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	14
Reflexivitet	14
Resultat	15
Tema 1: Att uppnå en förändring kräver vilja och mottaglighet	16
Undertema 1a. Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre	17
Undertema 1b. Lära sig att praktiskt hantera panikångesten	19
Undertema 1c. Utvecklade min förståelse för min problematik	21
Tema 2: En varm och tillitsfull relation	23
Undertema 2a. Att känna sig sedd av terapeuten	23
Undertema 2b. Att kunna anförtro sig till terapeuten	24
Undertema 2c. En varm och trivsamt relation med terapeuten	25
Tema 3: Terapeuten var skicklig på att leda terapiprocessen	26
Undertema 3a. Terapeuten tog ansvar för ramar och innehåll i terapin	27
Undertema 3b. Terapeuten var professionell och kompetent	27
Tema 4: Hjälpsamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin	28
Diskussion	30
Vad patienter med paniksyndrom anser är hjälpsamt i deras behandling	30
En välfungerande terapeutisk allians	30
En aktiv insats medverkar till förändring	31
Att se problematiken ur ett nytt perspektiv	33
En kunnig terapeut	34
Närståendes betydelse för terapiprocessen	34

Slutsatser och kliniska implikationer	35
Styrkor och begränsningar	36
Framtida forskning	39
Referenser	40
Bilaga 1- POISE Intervjuguide	45
Bilaga 2 - Teman: fördelning PCT och PFPP	47
Bilaga 3 - Översikt Teman	48
Bilaga 4 - Kodlista	50

Vilka faktorer beskriver patienter med paniksyndrom som hjälpsamma i psykoterapi?

Psykisk ohälsa är i dagens samhälle en problematik som har stora konsekvenser på individnivå såväl som på samhällsnivå. Psykisk ohälsa kan på individnivå medföra funktionsnedsättningar som i sin tur kan påverka arbetsförmåga, sociala relationer och livstillfredsställelse. På samhällsnivå ses ekonomiska kostnader till följd av sjukskrivningar för både arbetsgivare och samhället i stort. Psykisk ohälsa utgör en successivt ökande andel av det samlade antalet sjukskrivningar. År 2021 beräknades dess kostnader ligga på 30 miljarder kronor för det svenska samhället (Svenskt Näringsliv, 2022).

I föreliggande studie utgör ångestsyndrom fokus som form av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen (2021) rapporterade ångestsyndrom som en av de stora folksjukdomarna, med en uppskattad livstidsprevalens på 25 procent. Det varierar gällande hur pass allvarligt tillståndet utvecklar sig till att bli, men säkerställt är att även vid en låg allvarlighetsgrad sänks individens livskvalitet och hens förmåga att hantera arbete och vardagsliv. Vidare ökar ångestsyndrom risken för suicidtankar och suicidförsök (Chung et al., 2022; Socialstyrelsen, 2021). Tillståndet leder också till negativa konsekvenser i sociala relationer (Whisman et al., 2000), samt för närståendes liv. Utifrån dessa omständigheter är det ytterst viktigt att tidigt i förloppet vidta åtgärder och se till att den drabbade får rätt behandling (Socialstyrelsen, 2021).

Det råder enighet inom forskningen om att psykoterapi generellt sett är en verksam behandlingsform vid psykisk ohälsa (Tzur & Lazar, 2019), och detta även vid ångestproblematik. I Sverige erbjuds vanligen kognitiv beteendeterapi (KBT) när man söker vård för ångeststörningar (Socialstyrelsen, 2021). Utöver psykoterapeutisk behandling kan ångestproblematik även behandlas farmakologiskt. Farmakologisk behandling medför dock ibland biverkningar och vid vissa preparat beroendeproblematik (Ottosson, 2009). Därtill upphör effekten av läkemedelspreparat ibland i det skede då behandlingen avslutas. Till skillnad från detta har flera vetenskapligt förankrade psykoterapier visat sig ha en bestående effekt (Hollon et al., 2021). Detta är sannolikt också varför psykoterapeutisk behandling enligt Barkham och Lambert (2021) rekommenderas som förstahandsval och medicinering som andrahandsval vid ställningstagande till behandling.

American Psychiatric Association (2013) redogör för nio former av ångestsyndrom. Av dessa kommer den aktuella studien fokusera på paniksyndrom med eller utan agorafobi. Dessutom kommer studien fokusera på behandlingsmetoderna Panic Control Treatment (PCT) och Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP), vilka är behandlingsmetoder utformade specifikt för paniksyndrom. Dessa kommer senare redogöras

för i detalj. Eftersom PCT tillhör terapiinriktningen kognitiv beteendeterapi (KBT) och PFPP utgör en form av psykodynamisk terapi (PDT), kommer vi inledningsvis redogöra för beståndsdelar som är specifika för KBT respektive PDT, samt för beståndsdelar som KBT och PDT har gemensamma.

Gemensamma och specifika faktorer i psykoterapi

En central fråga i psykoterapiforskning har varit den om hur stor andel av terapins verknings effekt som kan tillskrivas gemensamma alternativt specifika faktorer (Mulder et al., 2017). Stamoulos et al. (2016) beskrev att gemensamma faktorer kan definieras som terapeutiska beståndsdelar som är vanligt förekommande oavsett inriktning av psykoterapi. Barkham och Lambert (2021) har beskrivit och gett konkreta exempel på ett antal gemensamma faktorer. Dessa har kategoriserats som antingen stödjande, inlärningsrelaterade, eller aktivitetsrelaterade. Man tänker sig att dessa tre olika kategorier av faktorer pågår jämsidigt under en terapiprocess. Den första kategorin, stödjande faktorer, avser bland annat den terapeutiska alliansen. Bordin (1979) definierade den terapeutiska relationen som en arbetsallians där tre komponenter ingår: a) Enighet om uppgiften, det vill säga vad som behövs göras i terapin samt vilka aktiviteter och tekniker som kommer användas; b) Enighet om målsättningen, detta både kort och långsiktigt; c) En positiv relation mellan terapeut och patient, kännetecknad av ömsesidig respekt, tillit, engagemang samt att patient och terapeut ömsesidigt tycker om varandra. Tillhörande stödjande faktorer är dessutom patientens upplevelse av terapeutens sakkunnighet, samt tillika upplevelsen av att befinna sig i en trygg miljö och kunna slappna av. Vidare ingår terapeutens empati, värme samt genuina bemötande och slutligen ett aktivt deltagande från både terapeutens och patientens håll, samt öppenhet och struktur i behandlingen (Barkham & Lambert, 2021). Barkham och Lambert (2021) beskrev att den andra kategorin, vilken involverar faktorer som anses vara inlärningsrelaterade, handlar om återupplevande och korrigerande av emotionella erfarenheter, kognitiv inläring, att få insikter, samt förändring av självuppfattning. Det kan också vara att få råd eller återkoppling av terapeuten. Till den tredje kategorin, aktivitetsrelaterade faktorer, räknas exempelvis övningar, att pröva nya beteenden, emotionsreglering, att våga ta risker, verklighetstestning samt att möta sina rädslor (Barkham & Lambert, 2021). Enligt Hubble et al. (2010) är det avgörande att det finns motivation och engagemang i terapin då dessa faktorer driver terapiprocessen framåt.

Specifika faktorer står i motsats till gemensamma faktorer då de utgörs av sådant specificerat innehåll som ingår i separata terapimetoder (Mulder et al., 2017). PCT är en KBT-inriktad terapiform. Inom KBT ses terapin som ett samarbete mellan terapeut och

patient där terapeuten ska vara transparent kring vad man gör samt varför man gör det. Dessutom ska terapeuten regelbundet uppmana patienten att ge ärlig feedback på processen. Att skapa struktur i form av en tydlig agenda och målsättning hjälper att rikta och upprätthålla fokus i terapiarbetet. I KBT fokuserar man främst på nutida processer som kan tänkas ha en vidmakthållande effekt på individens problematik. Individens beteende ses som en avgörande faktor för både vidmakthållandet och förbättrandet av problematiken. En vanlig teknik inom KBT är att använda datainsamling som intervention. Detta kan göras genom att hitta bevis för och emot giltigheten av patientens övertygelser, för att sedan utvärdera och omformulera dem till nya mer gynnsamma övertygelser. Detta kallas kognitiv omstrukturering. Det kan också ske via beteendexperiment eller övningar där situationer som väcker rädsla hos patienten kartläggs. Patienten får sen utsätta sig för situationen varefter terapeuten och patienten tillsammans reflekterar kring hur det har gått. Vidare är hemuppgifter ett vanligt inslag i KBT (Kennerley et al., 2011).

PFPP är en PDT-inriktad terapiform. Inom PDT finns fem faktorer som beskrivs som specifika för denna inriktning. De presenteras nedan en i taget. Faktor ett innebär att skapa en ökad insikt kring omedvetna konflikter (Barber et al., 2021). Detta sker genom terapeutens tolkningar av likheter mellan tidigare och nutida upplevelser (Sharpless, 2019), och även genom att direkt arbeta med terapeut-patient-relationen. Insikten kan medföra en känsla av ett sammanhängande narrativ och/eller en ökad självförståelse och frihet att agera på ett nytt sätt. Faktor två innebär att patientens rigida och ogynnsamma försvar identifieras och att deras funktion kartläggs. Mer adaptiva försvar försöker sedan tillämpas (Barber et al., 2021). Faktor tre innebär att terapeuten hjälper patienten att bli mer medveten om sina relationella mönster så att patienten kan respondera mer flexibelt i sina relationer (Summers & Barber, 2009). En ökad flexibilitet i interpersonella tolkningar och beteenden tänker man sig medför bättre relationer och en lägre grad av symtom. Faktor fyra innebär att arbeta med objektrelationer. Individen har på bakgrund av samspelet med den primära anknytningspersonen (objektet) i den tidiga barndomen utvecklat kognitiva och affektiva scheman kring relationer och interpersonellt samspel. Genom livet appliceras dessa scheman i individens nutida relationer där nya personer representerar objekten (Barber et al., 2021). Terapeuten försöker i terapin att lyssna in och identifiera de röster som patienten tidigt i livet har internaliserat från sina objekt. Med hjälp av en trygg och empatisk relation, försöker man justera maladaptiva scheman med syftet att öka patientens interpersonella funktionsnivå (McWilliams, 2011). Faktor fem innebär att arbeta med patientens mentaliseringsförmåga. Detta innebär förståelsen för det egna samt andras sinnestillstånd, och en förmåga att använda

denna information till att förklara och vägleda relationella beteenden (Barber et al., 2021). Terapeuten hjälper patienten mentalisera genom att själv mentalisera, vilket bland annat görs genom att ta på sig en icke-vetande, nyfiken attityd (Allen et al., 2008).

De gemensamma respektive specifika faktorer för KBT och PDT som nämnts ovan har identifierats genom psykoterapeutisk forskning. I följande avsnitt beskrivs fördelningen av kvantitativ och kvalitativ forskning inom psykoterapi, samt hur dessa kan tänkas komplettera varandra.

Patientperspektivet

Psykoterapiforskning använder oftast ett kvantitativt tillvägagångssätt. Detta fastställdes i en systematisk översikt gjord av Gelo et al. (2019) där 9915 studier inkluderades. Av dessa använde 74,76 procent kvantitativ metodik och 4,83 procent kvalitativ metodik. Resterande 20,41 procent utgjordes av teoretisk forskning. Kvantitativ forskning kan ge information om sannolikheten att det råder kausala samband mellan utvalda variabler, samt bidra till att förstå i vilket omfång de resultat som framkommit kan generaliseras (Gelo et al., 2019).

Nilsson et al. (2007) beskrev att man i ett stort antal metaanalyser har konkluderat att det kvantitativt sett råder likartade behandlingsutfall för KBT och PDT. Detta bekräftades också i deras egen studie där det inte framkom någon statistiskt signifikant skillnad gällande hur nöjda deltagare som genomgått PDT alternativt KBT var med sina behandlingsförlopp. Dock sågs att behandlingsgrupperna på många punkter skilde sig åt gällande vilka orsaksfaktorer som angavs för huruvida de var nöjda eller missnöjda med behandlingen. Barkman och Lambert (2021) resonerade att den likartade behandlingseffekten som på ett övergripande plan förekommer mellan KBT och PDT, kan tänkas bero på att de mätinstrument som används för att undersöka skillnader mellan terapiformerna inte är tillräckligt sensitiva. Alternativt kan den likartade behandlingseffekten bero på de gemensamma faktorernas inverkan på terapin (Barkman & Lambert, 2021). Nilsson et al. (2007) menade dock att det är osannolikt att det kvalitativa utfallet av KBT och PDT skulle vara exakt detsamma eftersom den teoretiska grunden samt de terapeutiska teknikerna är unika för respektive terapiform.

För att få insyn i nyanserna av patienternas upplevelse av en specifik terapeutisk behandling kan man använda kvalitativ metodik. Enligt McLeod et al. (2021) kan kvalitativ metodik bidra med att uppmärksamma och klarlägga andra, mer nyanserade aspekter av en behandlings effektivitet. Det har i flertalet kvalitativa studier framkommit att patienter inte enbart värdesätter sin behandling utifrån i vilken grad deras symtom har minskats, utan också

utifrån perspektiv som inte kan fångas upp av enbart självskattningsformulär (McLeod et al., 2021).

Paniksyndrom och agorafobi

Ångestsyndrom är som tidigare nämnts en av de mest frekventa formerna av psykisk ohälsa i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Föreliggande studie fokuserar på ångest och mer specifikt på paniksyndrom med eller utan agorafobi (refereras härnäst till som paniksyndrom). Detta då denna form av ångesttillstånd enligt Konnopka et al. (2009) medför störst samhällskostnad i jämförelse med andra ångesttillstånd. Det finns därutöver ytterligare viktiga anledningar till varför forskning om behandling av paniksyndrom är angeläget. Paniksyndrom har i den svenska befolkningen visat sig vara ett vanligt förekommande tillstånd bland personer mellan 15 och 44 år, med en prevalens av 2 till 3 procent mätt under en 12-månadersperiod (SBU, 2005).

Paniksyndrom är ett tillstånd som karaktäriseras av återkommande, oväntade panikattacker. Attackerna är förknippade med intensiv rädsla och har en symtombild som bland annat består av hjärtklappning och snabb puls, bröstsmärta, kvävningsskänsla, frossa, skakningar, överklighetskänslor, svettningar, och dödsskräck. Vanligtvis når panikattacken kulmen inom några minuter (American Psychiatric Association, 2013).

För fastställande av diagnos ska individen ha upplevt minst en panikattack. Panikattacken ska ha medfört att individen under minst en månads tid har haft en ihållande rädsla att få en ny attack och/eller att hen har ändrat sitt beteende i syfte att undvika en ny panikattack. Symtomen ska inte bättre kunna förklaras av någon annan form av psykisk ohälsa eller ett substansberoende (American Psychiatric Association, 2013). Specifikt för paniksyndrom med agorafobi är att individen har ett undvikandebeteende relaterat till situationer eller platser som hen förknippar med panikattacker. Panikattackerna handlar då om en rädsla att vara hjälplös och att inte kunna ta sig från en plats eller situation. Vid agorafobi är ångesten eller undvikandebeteendet ofta ihållande och det är inte ovanligt att den varar sex månader eller längre (American Psychiatric Association, 2013).

Utan behandling har paniksyndrom ett kroniskt förlopp med negativ och omfattande påverkan på hälsa och social funktion. Tillståndet sänker livskvalitet och arbetsförmåga, samt ökar risken för psykiatrisk samsjuklighet och dödlighet. Det finns även koppling till utökad vårdkontakt och en hög belastning i individens sociala relationer. Vidare orsakar paniksyndrom stora svårigheter för yngre personer att komma in i arbetslivet, och även för vuxna personer generellt att återuppta arbete efter sjukskrivning. Detta gäller framförallt vid samsjuklighet med agorafobi (SBU, 2005).

Behandling för paniksyndrom

Forskningslitteraturen nämner ett antal olika behandlingsmetoder utformade specifikt för paniksyndrom. Exempelvis utvecklade Clark (1986) kognitiv terapi som fokuserar på tankars inverkan på panikattacker. Beteendexperiment genomförs i syfte att hitta alternativa förklaringar till känslan av fara, med målet att bryta en ond cirkel av kognitiva misstolkningar som tenderar leda till allt mer förvärrade symtom (Clark, 1986; Gelder et al., 1993). Förutom denna behandling finns Panic Control Treatment (PCT) som är en manualbaserad behandlingsmetod specifikt framtagen för paniksyndrom (Craske & Barlow, 2007). Denna kommer beskrivas närmare nedan.

I föreliggande studie undersöks två manualbaserade behandlingsmetoder specifikt utformade för paniksyndrom. Den ena är den ovan nämnda PCT och den andra är Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). I PCT betraktar man cykler av tankar, beteenden och fysiska symtom som att vara bakomliggande till panikattacker och agorafobi (Craske & Barlow, 2007). PCT har av American Psychological Association (APA) blivit ansedd som att vara en "väletablerad" behandling av paniksyndrom (American Psychological Association, 1993; Svensson et al., 2021). PCT har också visat sig ha starkast evidens av samtliga KBT-behandlingar för paniksyndrom (Sandell et al., 2015).

Den andra behandlingsmetoden, PFPP, är den enda psykodynamiska terapiform som prövats i randomiserade kontrollerade studier (RCT) som självständig behandling för paniksyndrom (Svensson, 2021). Arbetet i PFPP syftar till att patienten ska få en ökad förståelse för affekter och konflikter som är relaterade till hens ångestsjukdom (Busch et al., 2012). I forskning beskrivs PFPP ha en god effekt vid paniksyndrom (Busch et al., 2012; Sandell et al., 2015).

Det har inte kunnat påvisas någon betydlig skillnad i effekt mellan de olika behandlingsmetoderna för paniksyndrom (Barkham & Lambert, 2021). Flertalet RCT-studier har indikerat att det inte föreligger någon skillnad på gruppnivå avseende behandlingseffekt av PCT och PFPP (Beutel et al., 2013; Milrod et al., 2016; Svensson et al., 2021). Dock visade en studie gjord inom projektet Psychotherapy outcome and self-selection effects for panic disorder (POSE) en skillnad mellan behandlingsgrupper i form av att PCT-deltagare skattade lägre svårighetsgrad av panikattacker under behandlingsförloppet, medan PFPP-deltagarna skattade lägre svårighetsgrad vid uppföljning (Svensson et al., 2021). Innehåll och tillvägagångssätt i PCT och PFPP beskrivs närmare i avsnittet om den föreliggande studiens metod.

Enligt vår kännedom har det ännu inte genomförts kvalitativ forskning gällande

patientperspektivet i en PCT- eller PFPP-behandling. I denna studie undersöks därför patientens upplevelse av att ha genomgått ett PCT- eller PFPP-behandlingsförlopp med specifikt fokus på hjälpsamma faktorer i behandlingen.

Syfte

Studiens syfte var att utifrån ett patientperspektiv undersöka vilka behandlingsfaktorer som patienter med paniksyndrom beskriver som hjälpsamma i Panic Control Treatment (PCT) och Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). Dessutom syftar studien till att jämföra likheter och skillnader för PCT- respektive PFPP-patientgruppen gällande vilka hjälpsamma faktorer som lyfts.

Frågeställning

“Vilka hjälpsamma faktorer beskriver patienter med paniksyndrom som har mottagit PCT eller PFPP som bidragande till ett positivt utfall av terapin?”

Metod

Denna studie gjordes inom det större forskningsprojektet POSE, vilket bedrevs från år 2010 till 2019 i södra Sverige. Projektet utgjorde en dubbelrandomiserad kontrollerad preferensstudie (DRCPT) i vilken vuxna individer med paniksyndrom med eller utan agorafobi som primärdiagnos randomiserades till självval av behandlingsmetod, eller till randomiserad tilldelning av behandlingsmetod eller väntelista. Behandlingsmetoderna utgjordes av PCT- alternativt PFPP-behandling (Svensson et al., 2021). Projektet syftade till att undersöka flertalet former av utfall; primärt undersöktes hur möjligheten att själv få välja behandling påverkade utfall gällande bland annat svårighetsgrad av panikattacker samt agorafobiskt undvikandebeteende. Sekundärt syftade projektet till att jämföra behandlingsresultat av PCT och PFPP. Dessutom undersöktes ytterligare fler aspekter, däribland hur patientens preferenser interagerar med faktorer såsom kön och psykiatrisk komorbiditet (Sandell et al., 2015).

Design

I kvalitativ forskning strävar man efter att förstå hur människor skapar mening kring det som försiggår runt omkring dem. Genom förståelse och beskrivande av hur människor upplever olika händelser kan kvalitativ forskning tänkbart ge förklaringar till diverse fenomen. Detta skiljer sig från kvantitativ forskning där syftet är att påvisa statistiska samband (Willig, 2013).

Denna studie ämnar besvara frågan om vilka hjälpsamma faktorer som enligt patienter har varit bidragande till ett positivt utfall vid behandling av paniksyndrom i form av PCT eller PFPP. Enligt Braun och Clarke (2006) är det av vikt att man som kvalitativ forskare

medvetet och genomtänkt väljer den metod som är mest lämplig för att kunna besvara studiens frågeställning. Tematisk analys är en kvalitativ metod som innebär att utifrån beskrivningen av ett fenomen identifiera mönster av teman som framstår som betydelsefulla (Willig, 2013; Braun & Clarke, 2006). Vi resonerade att tematisk analys lämpar sig väl för vår frågeställning eftersom vi, baserat på patienternas beskrivningar, önskar skapa en större inblick i vilka faktorer som beskrivs som hjälpsamma. Vidare valde vi att analysera datan på en semantisk nivå, vilket innebär att identifiera teman utifrån vad som sägs explicit och inte göra tolkningar av underliggande subjektiva upplevelser av mening och innebörder (Braun & Clarke, 2006). Vi tillämpade en induktiv ansats vid hanteringen av datamaterialet. Detta innebär att vi inte utgick ifrån några teoretiska antaganden i vår förståelse och analys av materialet, utan förhöll oss fria att hitta teman enbart grundade i vad som explicit framkom i intervjuerna (Willig, 2013).

Epistemologi

I arbetet med reflexiv tematisk analys måste man som forskare kartlägga sina epistemologiska ansatser. Detta eftersom den epistemologiska ansatsen dirigerar "vad" man kan veta samt "hur" denna kunskap kan förvärvas (Willig, 2013). I vårt arbete har vi valt att använda en kritisk realistisk ansats. Denna epistemologiska ansats innebär en inställning att observationer har förmågan att säga något om vad som pågår i "den verkliga världen". Denna form av kunskap kan dock inte härledas direkt från det observerade materialet, utan måste istället analyseras fram. Genom att analysera rådata kan forskaren uppnå en ökad förståelse för strukturerna som ligger bakom det undersökta fenomenet. Dessa strukturer är i form av faktorer, drivkrafter och mekanismer som är "verkliga" förklaringar till individers beteende (Willig, 2013). I vår studie antog vi således att berättelserna som har framkommit av materialet kan hjälpa oss uppnå en ökad förståelse för de underliggande strukturerna i en behandling av paniksyndrom; mer specifikt vilka faktorer som enligt patienterna gör att PCT och PFPP blir en effektiv behandlingsmetod. Strukturerna analyserades fram genom den reflexiva tematiska analysen där teman kom att visa på de verkliga underliggande verkningsmekanismerna.

Deltagare och rekrytering

Deltagare i den aktuella studien rekryterades ursprungligen till samt var deltagare i forskningsprojektet POSE. Deltagarna kom från olika geografiska områden, och rekryterades via offentliga öppenvårdsmottagningar samt via projektets webbsida (Sandell et al., 2015). Vid en uppföljning sex månader efter behandlingsavslut genomfördes semistrukturerade

intervjuer med 182 av totalt 216 deltagare inom projektet. Intervjuerna varade mellan 20 och 75 minuter.

Inklusions- samt exklusionskriterierna för POSE-projektet och den aktuella studien har varit desamma. Inklusionskriterierna för POSE-projektet gjordes så icke-restriktiva som möjligt för att eftersträva högsta möjliga externa validitet. För att inkluderas i studien skulle patienten vara mellan 18 och 70 år (Sandell et al., 2015). Hens dåvarande huvuddiagnos skulle vara paniksyndrom med eller utan agorafobi enligt kriterier i DSM-IV (American Psychiatric Association. DSM-IV Task Force, 2000). Eventuell medicinering skulle behållas oförändrad under studiens behandlingsperiod (Sandell et al., 2015).

Exkludering från POSE-projektet gjordes om man hade ett pågående substansmissbruk eller beroende. Patienten exkluderades vid fall av psykos, vanföreställningar, mani eller akut suicidalitet. Vidare exkluderades patienten om hen hade ett medicinskt tillstånd (exempelvis hjärnskada) med risk att förhindra fullt deltagande i behandlingen. En patient exkluderades även om hen var inblandad i en rättslig tvist med anledning av hens psykiska hälsa (Sandell et al., 2015).

Den aktuella studien har genom randomisering och stratifiering plockat ut 32 av de 182 intervjuer som gjordes vid sex månaders-uppföljningen. Deltagarna utgjordes av 11 män och 21 kvinnor och var mellan 18 och 68 år vid rekryteringen till studien, med 33 år som genomsnittlig ålder. Hälften av deltagarna hade genomfört ett behandlingsförlopp i form av PCT, och resterande hälft hade genomgått en PFPP-behandling. Att tillämpa randomisering i föreliggande studie gjordes utifrån resonemanget att projekt POSE genomfördes under en nio år lång tidsperiod. Denna tämligen långa tidsperiod medförde att vi inte med säkerhet kunde utesluta att exempelvis samhällsmässiga förändringar eventuellt har inverkat på patienternas upplevelse av paniksyndromet. Patienter som rekryterades i början respektive slutet av projektet skulle alltså kunna skilja sig åt på sätt som vi inte kan få kännedom om. Randomiseringen syftade dessutom till att minska risken för intervjubias, exempelvis i form av grad av rutin och erfarenhet som intervjuledarna successivt utvecklar vid användandet av intervjuguiden. Detta skulle kunna medföra att olika aspekter i patienternas berättelser tydligare lyfts fram i intervjuerna beroende på vid vilka tidpunkter i forskningsprocessen som intervjuerna genomförts. Dessa former av påverkan på datamaterialet har sålunda försökts att motverkas genom att randomisera deltagare till denna studie.

Datainsamling

Uppföljningsintervjuerna utfördes av två intervjuledare som dessutom hade utfört de inledande bedömningsintervjuerna samt de löpande bedömningarna under POSE-projektets

gång. Intervjuledarna var inte involverade i själva behandlingen, men var inte heller blindade i samband med intervjuerna för deltagarnas behandlingsform (Sandell et al., 2015). Den semistrukturerade intervjuguiden Psychotherapy Outcome Interview Schedule (POISE) (se bilaga 1) är en tidigare beprövad intervjuguide (Nilsson et al., 2007), och användes i en form som hade anpassats till POSE-projektet (Sandell et al., 2015). Intervjuguidens syfte var att få åtkomst till deltagarnas upplevelse av förändring under deras behandling. Intervjufrågorna var utformade med avseendet att vara så teoretiskt neutrala som möjligt för att undvika att påverka deltagarnas uppfattning av vad som var relevanta förändringar (Nilsson et al., 2007). POISE innehåller 28 frågor som täcker sex specifika domäner: bakgrund, frågor om förändring, förändring över tid, metodik, terapeutens person och den terapeutiska relationen, samt utomterapeutisk påverkan. Intervjuerna som inkluderades i föreliggande studie utfördes i 31 av fallen ansikte mot ansikte och videospelades. I ett fall gjordes en telefonintervju som spelades in som ljudfil. Som författare till denna studie var vi blindade för deltagarnas behandlingsform under transkriberingen och analyserandet av de 32 intervjuerna.

Behandling

PFPP är en manualbaserad behandling designad för att hjälpa vuxna individer med paniksyndrom (Milrod et al., 1997). I POSE-projektet fick samtliga psykoterapeuter inom PFPP-inriktningen före påbörjandet av studiens behandlingsperiod genomgå utbildning i PFPP med upphovsmannen Barbara Milrod som utbildare. I POSE-projektet följde PFPP en ordning med två sessioner á 45 minuter per vecka under 10 till 16 veckor. Totalt utgörs behandlingen av 19 till 24 sessioner. I behandlingen genomgår patienten och terapeuten tre faser där första fasen syftar till att reducera symtomen på panik. I denna fas identifieras triggers och känslor förknippade med attackerna samt innebörden av attackerna. Samtidigt utforskas patientens sårbarheter för utvecklingen av paniksyndrom. Detta kan exempelvis vara familjär disposition, traumatiska händelser etc. Dessutom kan patienten bli hjälpt av att identifiera och tillåta känslor som förut har varit svåra att tolerera. Huvudsakligen berör detta separation, ilska och sexualitet. I denna första fas strävar man huvudsakligen efter att minska paniksymtomen. I andra fasen adresseras olika former av psykologiska processer som bidrar till att kvarhålla patientens paniksyndrom och hens sårbarhet. Detta kan exempelvis vara separationsångest eller svårigheter att hantera ilska. Logiken för detta är att en ökad förståelse kring vidmakthållande faktorer förebygger att patienten hamnar i samma onda spiral igen. Tredje fasen initieras när terapiavslutet närmar sig. Här jobbar patienten med att uppleva och uttrycka känslor av ilska och förlust som uppkommer på grund av stundande avslutning. En ökad förmåga gällande självhävdelse samt en stärkt förmåga att i terapin kunna kommunicera

om relationella konflikter, ses som att kunna leda till ökad livskvalitet hos patienten samt minska hans sårbarhet för panikattacker (Sandell et al., 2015).

PCT är en manualiserad KBT-behandling riktad till vuxna individer med paniksyndrom (Barlow & Craske, 1994). I POSE-projektet fick samtliga psykoterapeuter inom PCT-inriktningen före påbörjandet av studiens behandlingsperiod genomgå utbildning i PCT med upphovsmannen Michelle Craske som utbildare. I POSE-projektet pågick PCT-behandlingen under 10 till 16 veckor. Under denna period genomfördes 12 till 14 sessioner. Behandlingen påbörjades med två sessioner den första veckan, för att därefter under resterande veckor innefatta en session per vecka. Patient och terapeut ägnade två till fem sessioner åt exponering. De sessioner där exponering genomfördes var 90 till 120 minuter långa. Övriga sessioner varade i 60 minuter (Sandell et al., 2015).

Session 1 innehåller psykoedukation om paniksyndrom och agorafobi. Vid session 2 lär sig patienten hur man dagligen registrerar sin nivå av ångest och/eller panikattacker, samt vikten av att göra detta i syfte att ha koll på utveckling och framsteg. Under session 3 till 12 arbetar patient och terapeut med kognitiv omstrukturering, samt terapeut-vägledad exponering där patienten exponeras för situationer eller övningar som triggar ångest och/eller fysiska symtom förknippade med panikattacker. Dessutom ägnas en session åt tillämpning av andningstekniker som kan hjälpa till att minska de kroppsliga symtomen vid hyperventilation. Behandlingen innefattar att patienten mellan sessionerna genomför hemuppgifter som exempelvis exponeringsövningar. I anslutning till dessa får patienten skatta sin ångestnivå (Sandell et al., 2015).

Dataanalys

Innan kodningen påbörjades definierades "hjälpssamma faktorer" som samtliga element av terapin som patienterna beskriver har varit hjälpssamma eller har haft en positiv inverkan på terapiprocessen. Dock enbart faktorer som patienten direkt kopplar till terapin och/eller terapeuten.

Braun och Clarke (2006) presenterade ett tillvägagångssätt för att göra en tematisk analys av kvalitativ data, vilket har använts i denna studie. Tillvägagångssättet utgörs av sex stegvisa faser som följer efter varandra. Dock kan arbetet med de olika faserna gå in i varannat och ske parallellt. Den första fasen innebär att lära känna materialet (Braun & Clarke, 2006). I fallet med denna studie skedde det i samband med transkribering av intervjuerna, vilket gjordes ordagrant och utan inkludering av utfyllnadsord som "Ja" och "Mm". I enlighet med Braun och Clarke (2006) fortsatte också denna process av att bli bekant med materialet genom att läsa, samt anteckna initiala tankar och reflektioner (Braun &

Clarke, 2006). Efter att ha antecknat inledande reflektioner och tankar skapades initiala koder ur materialet, vilket kännetecknar den andra fasen i Braun och Clarkes (2006) tillvägagångssätt. Vid kodningsprocessen användes dataanalysprogrammet NVivo i vilket det även är möjligt att utföra frekvensberäkningar av koder och teman. Att använda frekvenser ingår inte i Braun och Clarkes (2006) beskrivning av tematisk analys och utgör därför ett avsteg från detta. De initiala koderna var textnära och fångade upp aspekter som innehöll hjälpsamma faktorer kopplade till terapin, enligt studiens frågeställning. Kodandet försiggick på så vis att vi först kodade de första fem intervjuerna tillsammans. Detta för att samordna vårt sätt att koda vad gäller vilka citat som skulle kodas samt val av kodnamn. Därefter kodade vi var för sig på egen hand fem till sex intervjuer, för att därefter återgå till arbetet med att genomgå och säkerställa att vi hade ett sätt att koda som vi var överens om. Av de resterande 16 intervjuerna kodade vi åtta var på egen hand. En gemensam kodlista för samtliga intervjuer började uppkomma efter att de första 16 intervjuerna hade kodats. Denna preliminära kodlista användes därefter som utgångspunkt för att koda resterande intervjuer. Kodlistan raffinerades löpande under hela kodningsprocessen tills att inga nya koder uppkom och en mättnad av data värderades ha uppnåtts. När samtliga intervjuer hade kodats granskade vi tillsammans kodlistan och säkerställde att vi var överens kring utvalda citat samt kodning. Ibland uppkom citat där det var oklart huruvida det var tal om en faktisk hjälpsam faktor eller om patienten enbart listade upp saker, var hövlig eller nämnde något som hen tyckte var trevligt, men som inte var direkt hjälpsamt. Dessa citat markerades för att de tydligt skulle läggas märke till när vi genomgick kodernas innehåll. Inget mer åtgärdades gällande oklara koder tills att vi kom till steg fem i analysarbetet. Koderna i den slutgiltiga kodlistan sorterades i sifferordning utifrån antal patienter som hade lyft koden. Om flera koder hade samma antal patienter sorterades koderna i ordning efter antal citat. Denna form av frekvensbaserad sortering av koder är som tidigare nämnts ett avsteg från Braun och Clarkes (2006) beskrivning av tillvägagångssättet i en tematisk analys. Tredje fasen av analysarbetet innebar att föra samman koder som tycktes höra ihop till mer övergripande, preliminära teman samt tillhörande underteman. När detta arbete färdigställdes framkom en översikt över ett antal tänkbara teman i materialet (Braun & Clarke, 2006). Därefter påbörjades den fjärde fasen, vilket innebar att mer noggrant finslipa kategoriserandet av teman. Detta inleddes med att först kritiskt se över om vardera kod i respektive tema verkligen passade in i det aktuella temat. Om detta inte uppfylldes kunde koder antingen flyttas över till annat tema, tas bort helt, eller så kunde ett nytt tema bildas. Målet var att koderna inom vardera tema på ett meningsfullt och tydligt sätt skulle stämma överens. Det

var också viktigt att de olika temana tydligt skulle kunna skiljas åt. Fyra huvudteman med ett varierande antal underteman framkom som resultat av denna process. Därefter kontrollerades om de olika temana tillsammans på ett korrekt sätt representerade datamaterialet i sin helhet (Braun & Clarke, 2006). För att detta krav skulle kunna tillmötesgå valde vi att ha med ett tema som handlar om hjälpsamma utomterapeutiska faktorer då detta inte ingår som ett specifikt element i någon av behandlingsmetoderna. Dock lyftes det av så pass många patienter att resultatet inte hade varit representativt i sin helhet om temat inte hade inkluderats. Den femte fasen innebar att definiera respektive tema samt tillhörande underteman. Detta gjordes genom att teman gavs namn som kärnfullt summerade essensen i dem. Detta arbete inkluderade även att identifiera eventuella underteman inom respektive tema (Braun & Clarke, 2006). Efter att de slutgiltiga temana hade färdigställts mottogs en översikt över de 32 patienternas gruppstillhörighet och därmed slutade vi vara blindade för detta. Efter detta hade gjorts sammanställdes resultaten först inklusive de citat där hjälpsamheten var oklar, och senare exklusive dessa citat, vilket är ytterligare ett avsteg från Braun och Clarkes (2006) tillvägagångssätt för tematisk analys. Det blev tydligt att de oklara citaten påverkade analysresultatet i sådant omfattning att det var nödvändigt att manuellt genomgå dessa citat igen och ta bort de som fortsatt värderades som oklara. För två deltagare från PCT-gruppen innebar detta att det i deras intervjuer inte längre förekom citat som hade kodats. Detta eftersom intervjuerna enbart innehöll oklara citat som slutligen värderades att inte beskriva hjälpsamma faktorer. Det sista sjätte steget innebar att slutligen skriva samman och rapportera den historia som materialet i sin helhet berättar. Som tidigare nämnts avvek denna studiens rapportering av analysresultatet från Braun och Clarkes (2006) beskrivning eftersom vi valde att använda oss av frekvenser där antal patienter och citat från respektive behandlingsgrupp antecknades. Detta gjordes utifrån resonemanget att kunna rapportera i hur stor utsträckning enskilda hjälpsamma faktorer verkade viktas bland patienterna. Detta möjliggjorde samtidigt att vi kunde jämföra behandlingsgrupperna och därigenom värdera till vilken grad hjälpsamma faktorer var gemensamma alternativt specifika för behandlingsgrupperna. Skillnader som beskrivs i resultatet är sålunda varken statistiska eller signifikanta. Följande kategorisering har använts i resultatet för att rapportera frekvensen vid fler än en deltagare: a) två till fyra deltagare benämns "få/enstaka"; b) fem till nio deltagare benämns "flera"; c) tio eller fler deltagare benämns som "många". I jämförelsen mellan PCT- och PFPP-gruppen beskrivs faktorer och teman där grupperna skiljer sig åt gällande antal deltagare och/eller antal citat som har angivits. Hänvisningar till relevanta bilagor som visar på deltagarantalet samt antal citat för respektive faktorer och teman, görs löpande i texten där

skillnader beskrivs. Skillnaderna mellan behandlingsgrupperna ska inte ses som definitiva, varför faktorer som beskrivs för den ena behandlingsgruppen också kan förekomma i den andra behandlingsgruppen, dock i mindre utsträckning. I resultatet lyfter vi fram de hjälpsamma faktorer som var mest frekvent förekommande bland patienterna i respektive tema eller undertema. Frekvensen värderades utifrån antal deltagare och citat. Ibland lyfts också faktorer som visar på intressanta skillnader mellan respektive behandlingsgrupp. Vidare ges i resultatet exempel på utdrag ur datamaterialet i form av citat från patienterna, vilket enligt Braun och Clarke (2006) kan illustrera hur vi resonerat vid vårt analyserande.

Etiska överväganden

POSE-projektet och tillhörande POISE-intervjuguide har godkänts av Etikprövningsnämnden (Dnr 2010/88). Projektet genomfördes i enlighet med etiska och professionella riktlinjer genom att tillämpa riktlinjer för god klinisk praktik samt följa de lagar som berör patientvård och patientdata i Sverige. Vid inträffande av händelser med potentiellt negativ inverkan diskuterades detta sinsemellan behandlande terapeut, terapeutens kliniska handledare, samt forskningsteamet. Vid förekomst av händelser med negativ inverkan skedde registrering av detta, och det blev också rapporterat som en del av projektets resultat (Sandell et al., 2015).

Genom Etikprövningsnämndens godkännande av POSE-projektet samt POISE-intervjuguiden har också användandet av projektets material godkänts i föreliggande studie. Det material med personkänsligt innehåll som använts i denna studie förvarades på säkert vis så att ingen förutom vi som studiens författare hade åtkomst till detta. Innan transkriberingarna lades in i dataanalysprogrammet NVivo blev identifierande information som direkt namn, etnicitet, arbetsplats, orter med mera avidentifierad. Vid citering ändrades eller togs information bort som innehöll identifierande information. Dessutom redovisades resultatet på gruppnivå vilket yttermera bidrog till att säkerställa deltagarnas anonymitet. Efter studiens avslut överlämnades samtliga video- och ljudinspelningar samt transkriberingar till Martin Svensson, forskare inom projekt POSE.

Reflexivitet

Som led i en kvalitativ forskningsprocess måste vi som författare vara medvetna om att våra förförståelser i viss utsträckning kommer påverka studiens utformning och resultat. Detta eftersom vi som individer formar våra tolkningar utifrån vår förförståelse samt utifrån våra teoretiska antaganden (Alvesson & Skoldberg, 2017). Willig (2013) beskriver att det är omöjligt att kvarhålla en neutral position under en forskningsprocess. Medvetenhet om på vilket sätt förförståelsen inverkar på forskningen kallas reflexivitet. Det finns två former av

reflexivitet: personlig reflexivitet och epistemologisk reflexivitet. Personlig reflexivitet innebär att vara medveten om hur subjektiva övertygelser, erfarenheter, värderingar och ens sociala identitet påverkar forskningen (Willig, 2013). Vi som författare till föreliggande studie genomgår för närvarande en psykologutbildning. Därför hade en sedan tidigare teoretisk, empirisk och praktisk förförståelse för paniksyndrom redan formats. Det fanns också en redan etablerad förståelse för vilka faktorer som är essentiella i en psykoterapeutisk behandling, samt i KBT respektive PDT som behandlingsformer. För att undvika att analysarbetet och resultatet blev påverkat av våra förutfattade förståelser hade vi löpande diskussioner och reflektioner kring detta sinsemellan. Syftet var inte att eliminera risken för bias då detta inte är möjligt, men att minska den så mycket som möjligt.

Epistemologisk reflexivitet innebär hur utformningen av forskningsfrågan har varit med att definiera och begränsa forskningsresultatet (Willig, 2013). I föreliggande studie begränsades forskningsfrågan av den kritisk realistiska ansatsen som vi som författare hade. Denna innebar ett antagande om att informanternas berättelser är kapabla att spegla vad som är "verkligt". Vi som författare har inte förhållit oss kritiska till huruvida informanternas berättelser är "sanna" utifrån ett objektivi synsätt. Resultatet kommer därför inte påvisa någon "objektiv sanning" om vad som är verksamt i de behandlingar av paniksyndrom som studien berör. Enligt syftet med studien kommer resultatet däremot skapa en bild av vad som är hjälpsamt i en sådan terapi enligt patienterna själva.

Resultat

Nedan presenteras resultatet av analysen i form av teman och underteman (se Tabell 1). Innehållet av teman beskrivs och illustreras med hjälp av representativa citat från deltagarna. Vid citat från deltagarna anges "D:", och vid citat för intervjuledare anges "I:". För respektive element i analysen genomgås först det samlade resultatet för samtliga deltagare i studien, varefter en jämförelse görs mellan PCT- och PFPP-gruppen i de fall det är relevant.

Tabell 1

Teman och underteman

Tema	Underteman
Tema 1: Att uppnå en förändring kräver vilja och mottaglighet.	1a. Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre. 1b. Lära sig att praktiskt hantera panikångesten. 1c. Utvecklade min förståelse för min problematik.
Tema 2: En varm och tillitsfull relation.	2a. Att känna sig sedd av terapeuten. 2b. Att kunna anförtro sig till terapeuten. 2c. En varm och trivsamt relation med terapeuten.
Tema 3: Terapeuten var skicklig på att leda terapiprocessen.	3a. Terapeuten tog ansvar för ramar och innehåll i terapin. 3b. Terapeuten var professionell och kompetent.
Tema 4: Hjälpssamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin	

Tema 1: Att uppnå en förändring kräver vilja och mottaglighet

För att uppnå önskad förändring beskrev deltagarna i studien en nödvändighet i både att ha vilja att uppnå förändring, att lägga ned den nödvändiga mängden arbete, samt att vara öppen för nya insikter och perspektiv. En viktig del av detta arbete var att våga gå på djupet med känslor och händelser som deltagaren hittills hade försökt undvika. Tema 1 var det tema som blev lyft av flest deltagare både totalt sett samt i vardera behandlingsgrupp för sig (se bilaga 2).

Undertema 1a. Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre

Många deltagare lyfte deras egen inställning om att försöka att göra sitt bästa i terapin som en faktor för att terapin skulle bli bra (se bilaga 3, undertema 1a; samt bilaga 4, kod 2). Detta innebar bland annat ett aktivt och medvetet beslut att lägga tid och energi på terapin, samt försöka vara mottaglig för terapimetoden. Ett exempel på detta är en deltagare (PCT) som beskrev nödvändigheten i att vara villig att investera i terapin:

I: Om du skulle sammanfatta, hur kommer det sig att det gick så bra?

D: Jag tror det var för att jag bestämde mig för att nu ska jag ta tag i det här och så gör jag det och så kör jag på några månader. Alltså att jag verkligen lade energi på det. Jag tror att om man inte lägger energi på det i den här formen av behandling så ger det ingenting. Kanske de människorna som det inte har gett någonting för, de måste typ; man måste investera ganska mycket skulle jag säga.

För både PCT- och PFPP-gruppen lyftes denna sorts engagemang som en förutsättning för att terapin skulle lyckas. Vad detta konkret innebar skilde sig dock mellan PCT och PFPP-gruppen. För PCT-gruppen var det en vilja att åstadkomma en förändring, samt att man utförde hemuppgifter och exponeringsövningar även i de fall där det var jobbigt eller där man var tveksam till hjälpsamheten av tillvägagångssättet. En deltagare (PCT) beskrev det på följande vis:

D: Lite var det ju ibland 'Jag orkar inte göra detta nu'. Om jag hade till exempel jättemycket att göra så var det som att jag kände 'Jag orkar inte utsätta mig för en situation där jag kommer få en panikattack' för att det skulle bara ta en massa tid och jag skulle bara må dåligt. För det var att jag skulle utsätta mig för situationer som framkallar en panikattack.

I: Precis! Just det.

D: Vilket gjorde att jag blev så här 'Jag orkar inte'. Och ibland blev det att jag faktiskt inte gjorde det heller och då sa jag det till [terapeuten]. Men jag försökte i största mån att göra det.

Flera deltagare i PFPP-gruppen beskrev likadant att inställningen att ge allt i terapin var essentiellt för att uppnå ett bra utfall. För PFPP-gruppen innebar detta att välja att dela med sig om allt, även det som var sårbart eller som man skämdes över. En av deltagarna (PFPP) beskrev beslutet så här:

D: Jag bestämde mig innan terapin att jag ska säga allt som jag tänker på nu, sen får det liksom vara hur sjukt som helst men, men om jag inte säger allt så kommer [terapeuten] ju omöjligt kunna hjälpa mig så. Det var rätt skönt faktiskt.

Båda behandlingsgrupper nämnde alltså samma faktor som viktig, men skilde sig åt gällande hur det specifikt tog sig uttryck i terapin.

En annan aspekt som många deltagare från båda behandlingsgrupper lyfte handlar om insikten om att terapiprocessen var tuff, men att detta var nödvändigt för att terapin skulle bli bra (se bilaga 3, undertema 1a; samt bilaga 4, kod 1). Element som huvudsakligen lyftes bland PCT-deltagarna var att det var jobbigt men ändå hjälpsamt att exponera sig. En deltagare (PCT) beskrev det på detta vis:

D: Jag tyckte det var jobbigt att vara på fester och så här, så det påverkade mitt sociala liv. Och [terapeuten] utmanade mig på det ändå liksom.

I: Hur blev det då?

D: Det blev bra för nu tycker jag inte alls det är lika jobbigt längre. Det var jättejobbigt i början, men det gick bättre och bättre.

Därutöver lyftes av några PCT-deltagare att det var påfrestande att fylla i alla pappren mellan sessionerna, men att det ändå var hjälpsamt då det fick dem reflektera. Bland PFPP-deltagarna nämnde flertalet att det var jobbigt men nödvändigt att dela med sig och prata om svåra och känsliga saker. En deltagare (PFPP) beskrev det som mycket påfrestande men samtidigt skönt att bearbeta gamla, svåra saker:

I: . . . hur det var för dig att gå i den här behandlingen?

D: Ja det var fruktansvärt skönt och fruktansvärt jobbigt, för att det var så jäkla mycket som låg undangömt som liksom började komma fram ett tag. Och när det väl började komma fram och när jag väl började gråta, så slutade det liksom inte, och det var jättejobbigt och jätteskönt. Det kändes liksom som att, det kändes skönt på det sättet att jag liksom, jag drog upp massa gamla saker som bara har legat och sen bearbetade dem igen och nu kanske de ligger lite lugnare än förut liksom.

Ovan belyses deltagarnas beskrivningar av vikten av att ha inställningen och viljan att aktivt jobba med terapin för att uppnå ett bra utfall.

Undertema 1b. Lära sig att praktiskt hantera panikångesten

Att lära sig konkreta sätt att hantera panikattacker var något som lyftes av flera deltagare i båda behandlingsgrupper (se bilaga 2, undertema 1b). För både PCT- och PFPP-gruppen innebar detta bland annat att börja göra saker på ett nytt sätt och att försöka att inte undvika saker man som vanligen skulle ha undvikit. En av deltagarna (PFPP) beskrev det på följande sätt:

D: Ofta har man ju fått oro och ångest och då har man ju försökt och undvika det och göra nånting annat och det här och så det kommer bort, men [terapeuten] lärde mig lite att man ska känna lite, känna efter vad kroppen känner och andas och allting, vad det innebär och en attack [Ohörbart] inte vara farligt att vara i det. Och det upptäckte jag ju sen också ju.

Att det var hjälpsamt att börja exponera sig lyftes oftast bland PCT-gruppen, både vad gäller antal deltagare och hur många gånger deltagarna beskrev detta (se bilaga 4, kod 8). För PCT-gruppen innebar exponering att uppreparade utsätta sig för situationer som vanligen skulle framprovocera ångest, eller att man gjorde övningar som framprovocerade sådana fysiska symtom som förekommer vid panikattacker. Deltagarna fick då stanna kvar i situationen och bearbeta obehaget tills att det minskades. En av deltagarna (PCT) beskrev det såhär:

D: Ja det jag fick hjälp med var ju just med, alltså springa och sånt där. För jag visste ju det; för jag var ju väldigt rädd för att hjärtat skulle stanna och att hjärtat skulle rusa efter träning och såna grejer då så att det fick jag ju väldigt mycket hjälp med typ.

Och ja, vi tränade ju ihop under behandlingen och så bara för att [terapeuten] skulle liksom visa lite att det inte är någon fara för att [terapeuten] gör samma sak och sen att ja; innan var det väldigt mycket om; så rädd för att det skulle rusa och sånt där och.

I: Just hjärtat?

D: Ja.

För PFPP-gruppen innebar det att våga utsätta sig för sin rädsla genom att testa att ändra sitt beteende på så sätt att det överensstämde mer med deltagarens riktiga, autentiska jag. En deltagare (PFPP) beskrev hur det var hjälpsamt att inför andra börja visa hur hen verkligen mådde:

D: När jag verkligen började arbeta in det och började inse att alltså vissa dagar när jag känner mig jättetråkig och när jag inte log någonting eller när jag pratade jättesläpigt eller när jag hade gråt i rösten, så uppskattar folk ändå det jag gjorde och då började jag liksom bygga något sorts riktigt självförtroende. För då känner jag att det här är inte fasad utan det här är jag, och nu får jag cred för det jag har gjort. Och nu alltså att vi la den grunden i terapin är nog bra i sig liksom.

För deltagare i båda behandlingsgrupper var en väsentlig del av exponeringsarbetet att man samtidigt jobbade med orostankar kopplade till rädslan (se bilaga 3, undertema 1b). Detta gjordes genom kognitiv omstrukturering där terapeuten hjälpte utmana giltigheten i orostankarna så att de kunde ersättas med ett nytt mer realistiskt sätt att tänka (Se bilaga 4, kod 23). Hur den kognitiva omstruktureringen utfördes var mycket likt i behandlingsgrupperna emellan. En deltagare (PFPP) beskrev:

D: Det var ju mycket att ifrågasätta vissa saker jag sa som inte var logiska. Vilket ofta var ganska provocerande i början för att man själv har ju tänkt på det så mycket så att det är ju liksom sanningar. När jag berättar liksom att ‘Ah men jag är rädd i det här sammanhanget’ och så kanske [terapeuten] sa liksom att ‘Ah men vad tror du ska hända då?’.

Förutom exponering och kognitiv omstrukturering nämnde några få deltagare psykoedukation som ett konkret hjälpsamt verktyg att hantera panikattacker. Enstaka deltagare nämnde också råd från terapeuten som ett konkret hjälpsamt verktyg (se bilaga 3, undertema 1b; samt Bilaga 2, kod 38).

Undertema 1c. Utvecklade min förståelse för min problematik

Många deltagare från båda behandlingsgrupper lyfte att det var hjälpsamt att genom terapin få en ökad förståelse för sin problematik (se bilaga 2, undertema 1c). Detta innebar exempelvis att börja se på sin problematik från ett nytt perspektiv samt att lyfta fram och bearbeta svåra händelser och känslor (se bilaga 3, undertema 1c). Som led i att uppnå detta beskrev flera inom vardera behandlingsgrupp terapeutens förmåga att samla ihop delarna av deras berättelse till ett sammanhang som väsentlig. Dock sågs en tendens i att detta oftare lyftes fram fler gånger under intervjuer bland deltagare som hade mottagit PFPP jämfört med PCT (se bilaga 4, kod 5). En deltagare (PCT) beskrev det på följande sätt:

I: . . . vad var [terapeutens] uppgift?

D: Att lära mig om allt höll jag på att säga. Lära mig om panikångest och vad det är i mitt liv som kan ha framkallat de olika sakerna liksom. Typ separationsångesten, varför det var, vad som kan ha framkallat allt det och såna smådelar som jag inte tänkt på själv som gör det lättare att pussla ihopa och ja.

Sättet som deltagarna beskrev terapeutens förmåga att skapa ett sammanhang i deras berättelse skilde sig inte märkbart mellan behandlingsgrupperna.

De två behandlingsgrupperna skilde sig dock åt på några punkter gällande vad som hade varit hjälpsamt i att utveckla deras förståelse för deras problematik. Flera av PCT-deltagarna beskrev det som hjälpsamt att terapeuten hjälpte dem hitta nya perspektiv på panikattackerna (se bilaga 4, kod 29). De framhöll också att det i denna process var hjälpsamt att terapeuten ledde dem, men att de själva fick komma fram till de nya perspektiven (se bilaga 4, kod 16). En deltagare (PCT) beskriver det på följande sätt:

D: . . . jag såg panikångesten som problemet så, alltså det är ju mer en yttring på problemet typ. Så det lärde jag mig. Men [terapeuten] sa det aldrig till exempel utan det var jag som kom på, alltså och det är ju det, att komma på det själv. Så att [terapeutens] funktion var ju, hen gjorde inte så mycket men hen var helt oumbärlig, så kan man ju säga.

Till skillnad från PCT-patienterna var det ofta inte nya perspektiv på panikattackerna som PFPP-patienterna fann hjälpsamt. För denna grupp var det nya perspektiv mer generellt som upplevdes som hjälpsamt (se bilaga 4, kod 26). Det kunde exempelvis handla om hur man skulle agera i olika situationer eller genom att använda ord som bidrog med en ny nyans av patientens problematik. En patient (PFPP) beskrev det såhär:

D: . . . att prata om vilka spärrar och fasader och sånt där man har och vad som skulle hända om man är sig själv och sådär, alltså jag tror det är en jåkligt nyttig grej vad man än har för något problem.

Dessutom upplevde flera PFPP-deltagare att det var hjälpsamt att jobba med de bakomliggande känslorna till panikattackerna samt att bearbeta gamla händelser (se bilaga 4, kod 14 och 22). En av deltagarna (PFPP) beskrev det på följande sätt:

I: Kan du berätta lite om vad som var din uppgift i terapin då?

D: Det var nu och få fram allt det här som har varit jobbigt och udda någonstans. Ja och liksom till slut komma fram att vad man tyckte om det och vad man hade för känslor. Nej men jag var tvungen att liksom känna känslorna.

I: [Ohörbart]

D: Ja, det var väl pratade och liksom förklarade vad det var jag kände och sådär. Det märktes rätt tydligt att jag blev både arg och upprörd och nedstämd och ja. Kanske sådär som jag trodde; jag trodde jag hade bearbetat vissa saker med mina föräldrar bland annat. Men samtidigt så ligger där ju någonting där fortfarande som jag är arg och upprörd över. Ja att tillåta sig att bli arg och ledsen.

Dessutom upplevde flera deltagare från PFPP-gruppen att det var hjälpsamt att få syn på mönster som upprepats i deras liv (se bilaga 4, kod 27). Detta kunde både vara mönster som upprepats över en längre tidsperiod, exempelvis sedan barndomen, eller beteendemönster och reaktioner som upprepades hos deltagaren. En deltagare (PFPP) beskrev detta som hjälpsamt:

I: . . . också hjälpa dig att se på mönstren och vad du tänkte om det?

D: Ja för det har varit en ögonöppnare för att förstå att något som har hänt i min barndom gör att jag tänker idag på ett visst sätt och gör att jag handlar i dag på ett annat sätt.

För deltagarna i båda grupperna upplevdes det alltså som hjälpsamt att i terapin få en ökad förståelse för sin problematik.

Tema 2: En varm och tillitsfull relation

För de flesta deltagare från båda behandlingsgrupper beskrevs relationen med terapeuten som en essentiell del av den totala terapiupplevelsen. Det var viktigt för deltagarna att relationen upplevdes som trygg och att de kände att de kunde anförtro sig till terapeuten. Det var också betydelsefullt för deltagarna att känna sig sedd av terapeuten (se bilaga 2, tema 2).

Undertema 2a. Att känna sig sedd av terapeuten

En känsla av att terapeuten var engagerad och att hen uppriktigt brydde sig beskrevs som viktigt bland deltagare i båda behandlingsgrupper (se bilaga 4, kod 11). Att terapeuten verkligen försökte förstå, att hen kom ihåg vad som hade berättats samt tog det patienten berättade på allvar var medverkande till att skapa denna upplevelse (se bilaga 3, undertema 2a). Vikten av att känna att terapeuten brydde sig lyftes av en av deltagarna (PCT):

D: Men nu kändes det ändå som att [terapeuten] brydde sig och det var nu det innerst inne liksom varför det skulle bli bra. Hade jag inte tyckt om [terapeuten] så hade jag nu tänkt 'Varför ska jag utsätta mig hela tiden för att må dåligt?'

På samma vis var det viktigt för fler av deltagarna i båda behandlingsgrupper att ha upplevelsen av att terapeuten lyssnade, vilket beskrevs av en deltagare (PCT): "Ja först och främst så lyssnade [terapeuten] ju och det tyckte jag ju var väldigt viktigt". Samtidigt var en medverkande faktor till att känna sig sedd att flera av deltagarna upplevde att terapeuten förstod dem. En av deltagarna beskrev det så här: "D: Ja. Ja för jag kände att [terapeuten] förstod mig helt och hållet. Det gjorde jag. I: Och hur var den känslan? D: Ja men den var rätt skön". På en punkt skilde PCT- och PFPP-grupperna sig åt där flera deltagare i PFPP-gruppen beskrev terapeutens icke-dömande förhållningssätt som viktigt, medan det enbart var få PCT-patienter som nämnde denna aspekt (se bilaga 4, kod 13). En deltagare beskrev (PFPP):

D: Jag utmanade gränserna lite hela tiden att så, liksom hur kommer [terapeuten] reagera på detta och så sa jag något och så märkte jag liksom att hen inte brydde sig för fem öre och så vågade jag liksom säga något mer och så brydde hen sig inte alls. Så blir det liksom 'Vad fan ska jag säga för att få hen att reagera?'. Men hen dömde liksom verkligen inte för någonting, så efter ett tag vågade jag verkligen säga riktigt känsliga saker för jag märkte att hen brydde sig inte det minsta, och det var skönt.

Att känna att terapeuten brydde sig och tog en på allvar samt att bli lyssnad på var alltså viktigt för att känna sig sedd i den terapeutiska relationen. Samma var upplevelsen av att terapeuten inte dömde det som sades, särskilt för PFPP-gruppen.

Undertema 2b. Att kunna anförtra sig till terapeuten

Deltagare från båda behandlingsgrupper beskrev att en viktig aspekt av terapin var att de kände att de kunde anförtra sig till terapeuten. Detta innebar att deltagarna utvecklade ett förtroende för terapeuten samt att de vågade öppna upp och kunde dela med sig om svåra saker (se bilaga 3, undertema 2b). Deltagarna i PCT- respektive PFPP-gruppen berättade dock om olika faktorer när de beskrev att de kunde anförtra sig till terapeuten.

Den faktor som de två behandlingsgrupperna var mest överens om som att vara viktig var att kunna öppna upp inför terapeuten. Dock nämndes detta något mer frekvent bland PFPP-patienterna jämfört med PCT-patienterna (se bilaga 4, kod 12). En deltagare (PFPP) beskrev “. . . ju längre tiden gick och ju mer jag vågade öppna mig”. För flera av PFPP-deltagarna innebar faktorn att öppna upp att våga dela med sig om allt. En deltagare (PFPP) beskrev det som: “I: Blev det så som du hade beskrivit? D: Ja det blev det faktiskt, jag kunde verkligen hiva ut allt”. För några få av PCT-deltagarna innebar faktorn att våga öppna sig att kunna vara ärlig, vilket en av dem beskrev som “. . . och lite det här att vara ärlig med sig själv med [medicin] och vad jag verkligen känner för vissa saker har jag egentligen; alltså allting berättar man inte för alla”.

För flera deltagare i PCT-gruppen var det viktigaste elementet att de kunde lita på att terapeuten hade kompetens att hjälpa dem (se bilaga 4, kod 28). En deltagare (PCT) beskrev det på följande vis: “Jag tänkte ‘Hur kan det bli bättre av detta?’, men så tänkte jag också ‘[terapeuten] vet ju vad hen gör’”. För flera av PFPP-deltagarna var det däremot väsentligt att de fick ett förtroende för terapeuten och kunde öppna upp. Flera deltagare beskrev även en direkt koppling mellan dessa två faktorer (se bilaga 4, kod 21). En deltagare (PFPP) beskriver: “. . . och sen fick jag jättebra förtroende för [terapeuten]. Vi funkade jättebra ihop. Och det gjorde det ju lättare med att öppna upp, precis. Så nu har jag mycket lättare att prata om saker än jag hade innan jag började”. Dock fanns också några få deltagare i PCT-gruppen som lyfte detta som ett viktigt element i terapin.

Undertema 2c. En varm och trivsamt relation med terapeuten

Deltagare i båda behandlingsgrupper lyfte vikten av att trivas och känna sig bekväm i relationen till terapeuten. Båda behandlingsgrupper var överens om en rad faktorer som medverkande till att relationen blev trivsamt (se bilaga 3, undertema 2c). Bland annat var det väsentligt för många av deltagarna att tycka om terapeuten (se bilaga 4, kod 3). Som en deltagare (PCT) beskrev: “Jag tycker bra om [namn på terapeuten]. Annars hade detta nog inte gått skrämt”. Även en god relation till terapeuten beskrevs av många deltagare som hjälpsamt, vilket en av deltagarna (PCT) också nämnde:

I: Så det var inga problem med att göra de här tuffa övningarna och så direkt?

D: Det är klart att det var problem men det kändes mycket bättre, för jag hade sån bra kontakt med [terapeuten]. Så det kändes liksom säkert ändå.

Det nämndes oftare bland PCT-deltagarna att de tyckte om terapeuten medan PFPP-deltagarna nämnde att de hade en god relation till terapeuten (se bilaga 4, kod 3 och 6).

Förutom att relationen var bra beskrev flera deltagare från båda behandlingsgrupper att de hade en varm och professionell relation till terapeuten (se bilaga 4, kod 15). En deltagare (PCT) beskrev "Alltså både väldigt professionell men också personlig och varm, för bara professionell hade inte funkade kanske. Och det hade ju inte fungerat att vara bara personlig och varm heller utan det var nog en kombination".

Båda behandlingsgrupper upplevde det dessutom som skönt att veta att de varje vecka hade terapin vart de kunde lyfta saker de önskade prata igenom (se bilaga 4, kod 10). För PFPP-deltagarna innebar detta mestadels att ha någon man kunde prata av sig med, som en av dem (PFPP) beskrev "Ja [terapeuten] var den som fick höra på hur jag mådde och när jag kunde prata med så. Eller berätta för kan man väl säga mer, att jag pratade med hen". För några få av PCT-deltagarna innebar det däremot oftast att veta att man hade ett ställe där man kunde återkoppla och reflektera kring exponeringsövningar som gjordes mellan sessionerna. En deltagare (PCT) beskrev det på följande vis:

D: Det hade varit ett väldigt stöd. För det var ju en väldigt jobbig period just när man gick igenom allt det här. Man skulle göra alla de här övningarna och allt vad det nu var. Så var det väldigt skönt att komma tillbaka och få en respons på det eller få liksom ältat ur sig det och få lite respons tillbaka.

Möjligheten att kunna ventileras tillsammans med terapeuten lyftes dock oftare fler gånger inom samma intervju bland PFPP-deltagarna jämfört med PCT-deltagarna (se bilaga 4, kod 10).

En faktor som nämndes av flera deltagare i PFPP-gruppen, men enbart av få i PCT-gruppen var behovet att känna sig trygg i terapeutens sällskap (se bilaga 4, kod 19). En av deltagarna (PFPP) beskrev att "Det är alltid jobbigt och träffa någon ny person och berätta om sitt liv. Men sen flöt det på. Som tur var så var [terapeuten] ju; man känner sig väldigt trygg med hen så jag öppnade upp".

Tema 3: Terapeuten var skicklig på att leda terapiprocessen

Terapeutens professionalitet och kompetens som yrkesutövare beskrevs som viktigt av deltagarna. Dessutom var det hjälpsamt att där fanns tydliga ramar och struktur för terapin (se bilaga 2, tema 3). Detta innebar bland annat att terapeuten tog ansvar för att rikta samtalet och terapiprocessen som helhet åt rätt håll (se bilaga 3, tema 3).

Undertema 3a. Terapeuten tog ansvar för ramar och innehåll i terapin

En skillnad uppkom mellan de två behandlingsgrupperna gällande hur mycket vikt de lade vid terapeutens förmåga att rikta samtalet åt rätt håll, samt lägga tid på det som var relevant (se bilaga 4, kod 24 och 36). Det var flera deltagare i PCT-gruppen som upplevde det som hjälpsamt att terapeuten navigerade samtalet och säkerställde att det hölls på rätt spår. Detta innebar bland annat att rikta samtalet så att det följde den specifika metoden, samt att man inte gick för fort eller långsamt framåt. En av deltagarna (PCT) beskrev det på följande sätt "Men jag upplevde att [terapeuten] visste vad som var nästa steg var ganska skönt också. Att det kändes som att hen hade en plan, det var väldigt skönt".

Tydliga rutiner och struktur beskrevs som ett stöd bland några få deltagare i vardera behandlingsgrupp (se bilaga 4, kod 30). Detta kunde vara genom att terapeuten beskrev nästkommande steg i behandlingen eller genom regelbundna sessioner som skapade kontinuitet och hjälpte hålla det man jobbade med färskt i minnet. En deltagare (PCT) beskrev det såhär "Där finns ändå anledning att man träffas så ofta för att man märkte att där inte går mycket längre än en vecka innan man börja glömma, tappa bort". En annan sorts struktur som nämndes var att terapeuten vid varje session klargjorde den aktuella sessionens agenda. Även om deltagare från båda behandlingsgrupper lyfte terapeutens förmåga att ta ansvar för ramar och innehåll av terapin varierade det alltså hur mycket vikt grupperna lade vid detta samt vad det konkret innebar.

Undertema 3b. Terapeuten var professionell och kompetent

I berättandet om terapin har deltagare från båda behandlingsgrupper ibland gjort kortfattade beskrivningar av terapeutens kompetens eller professionella förhållningssätt i terapin. Gemensamt för deltagarnas beskrivningar är att de är positiva men kortfattade (se bilaga 4, kod 17). Terapeutens kompetens eller professionalitet nämndes av flera deltagare från båda behandlingsgrupper, och däribland denna deltagare (PCT) som beskrev det mer ingående:

D: Jag blev ganska förvånad för att [terapeuten] ser ganska ung ut men hen är ju mycket kunnig. [Terapeuten] är; jag ska inte säga så men hen är inte bara en som har läst böcker utan hen har praktiska erfarenheter av att hjälpa människor, och det kändes att hen kunde slingra och tänka på ganska brett. Så ja, jag tyckte om [terapeuten] som person; som vän. Ja en intelligent kunnig person. En bra yrkesutövare av sitt.

Några få deltagare från båda behandlingsgrupper beskrev deras relation till terapeuten som mer formell och professionell, snarare än varm och personlig (se bilaga 4, kod 40). Dock upplevde deltagarna inte terapeutens professionella förhållningssätt som något negativt. En deltagare (PCT) beskrev det på följande vis:

D: Jag skulle väl säga att den [relationen] var mer formell än jag var van vid. Är det ordet formell jag söker? Ja det är det. Men att såhär det inte upplevdes som kallt.

I: Nej. Professionell så?

D: Ja precis så.

I: Eller formell på ett bra sätt.

D: Ja exakt så. Det var inte stelt så. Hen verkligen så, pratade lite vädret och sådär men det var väldigt tydligt att 'nu kommer vi göra det här'.

Några deltagare lyfte alltså faktorer som kompetens eller en professionell relation som att vara hjälpsamma faktorer i terapin.

Tema 4: Hjälpsamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin

Många deltagare beskrev olika hjälpsamma faktorer som de kopplade direkt till terapin eller terapeuten, men som ändå inte var kopplade direkt till behandlingen för paniksyndrom (se bilaga 2, tema 4; samt bilaga 4, kod 4). Deltagare från båda behandlingsmetoderna beskrev att terapin gjorde att de började öppna upp och dela med sig om sin paniksyndromproblematik till deras omgivning. Det varierade huruvida det primärt var närstående som deltagaren delade med sig till eller om det också var kompisar och bekanta. En deltagare (PFPP) beskrev på följande vis:

I: Var där något annat under tiden som du gick i terapi som bidrog till att göra det lättare eller försvårade eller underlättade på något sätt?

D: Nej men det var möjligtvis att jag kanske började prata mer med vännerna.

I: Det underlättade också?

D: Ja men att de är medvetna om det. För att oftast var det väl att jag tyckte det var jobbigt att göra vissa grejer för om det skulle hända så skulle folk liksom undra. Men nu var det mer att de visste ju redan så det var inte som att de heller blev besvikna om jag gick hem tidigt eller om jag gick iväg en stund så förstod de. Det kändes lättare på något sätt när någon visste.

Likt detta upplevde deltagare från respektive behandlingsgrupp att stöd från deras nära samt partner var hjälpsamt för att ta sig igenom terapiprocessen. En deltagare (PFPP) beskrev följande "I: Var där någon eller någonting utöver terapin som hjälpte dig med din panikångest? D: Jo men det kan ha varit hemifrån att min man tyckte det var bra och stöttade mig i att jag skulle gå dit". Några enstaka deltagare nämnde att de blev motiverade att göra bra ifrån sig i terapin för andras skull. En deltagare (PCT) beskrev följande:

D: Nej men jag gjorde det ju också mycket för [partnerns] skull, inte bara för min skull. Och det att vara beroende av en annan på det sättet; och för att hen inte hela tiden ska höra; det måste ju vara skitjobbigt att vara den andra sidan som hela tiden 'Jag kan inte det att få panikångest, jag vill inte, jag dör'. Nej det är också så 'Skärp dig och gör det för vår skull, eller mest för din egen skull'.

Enstaka deltagare lyfte även hur terapeuten hade inverkat på att de hade börjat aktivera sig eller ta upp nya sysselsättningar. För dessa deltagarna syftade aktiveringen till att hjälpa dem med någon form av komorbiditet. En deltagare (PCT) beskrev att:

D: . . . jag gjorde ingenting då. Jo jag [nämner fritidsjobb utomhus] om dagarna så jag skulle komma ut, få lite pengar. Men sen så var det mycket det jag tänkte börja på nere på [namn på ställe], så jag hade nåt att göra om dagarna, så [terapeuten] hjälpte mig mycket så hen fick mig att börja där liksom. Sen dess har det gått bättre liksom.

I: Så du började där på [namn på stället] och sen?

D: Mm med hjälp av, nu har jag tappat namnet till och med vad [terapeuten] hette som jag gick hos, men ja jag hade inte kommit såhär långt om jag inte hade gjort det.

Således fanns ett antal olika utomterapeutiska faktorer som hjälpte deltagaren att antingen ta sig igenom terapiprocessen eller som hjälpte deltagaren att må bättre.

Diskussion

Syftet i denna studie är att undersöka vilka faktorer patienter med paniksyndrom beskriver som hjälpsamma i ett PCT- respektive PFPP-behandlingsförlopp. Resultatet visar att det upplevs som en hjälpsam faktor att ha viljan att utföra det nödvändiga och tidvis tuffa arbetet. För PCT-patienter innebär detta att exponera sig för ångestväckande situationer, medan det för PFPP-patienter innebär att gå på djupet med känslor och händelser som hittills har undvikits. Att ha en tillitsfull relation till terapeuten där man känner sig sedd och bemött på ett personligt och varmt sätt beskrivs som viktigt för terapiprocessen. För PFPP-patienter innebär detta att uppleva att man kan anförtro sig till terapeuten samt att man bemöts av ett icke-dömande förhållningssätt. För PCT-patienter innebär det att våga lita på terapeutens kompetens att behandla paniksyndrom. Tydlig struktur och ramar i terapin upplevs som hjälpsamt bland PCT-patienter. För både PCT- och PFPP-patienter är det hjälpsamt att ha stöd från närstående samt att börja mer fritt dela med sig om panikattackerna och den inverkan de har på deras liv. Skillnaderna mellan behandlingsgrupperna utgör enbart tendenser, och inte en svartvit uppdelning.

Vad patienter med paniksyndrom anser är hjälpsamt i deras behandling

En välfungerande terapeutisk allians

Studiens fynd är på flera punkter i linje med tidigare forskning, där ett exempel på detta är vikten av en god arbetsallians. Bordin (1979) beskrev att ett element i arbetsalliansen är en positiv relation mellan terapeut och patient. Detta innebär att det finns ömsesidig respekt, tillit, engagemang och gillande. Att ha en positiv relation till terapeuten lyfts i tema 2 "En varm och tillitsfull relation" av patienter i båda behandlingsgrupper (se bilaga 2). Detta innebär att terapeuten lyssnar samt är engagerad och visar att hen uppriktigt bryr sig. Patient-terapeut-relationen beskrivs också direkt av patienterna. PCT-patienter tenderar beskriva att de tycker om terapeuten, medan PFPP-patienter beskriver att de har en god relation till terapeuten. Dessutom är en dominerande aspekt i PFPP-gruppen att terapeuten har ett icke-dömande förhållningssätt. Att dessa faktorer lyfts bland PFPP-patienterna kan förstås utifrån specifika faktorer i PDT där den terapeutiska relationen ofta används som verktyg för att föranleda förändringar i terapin. Detta exempelvis genom att skapa ett tryggt och empatiskt rum där terapeuten varken dömer eller påstår sig veta vad som är rätt (Allen et al., 2008; McWilliams, 2011). Inom KBT innebär de specifika faktorerna beskrivna av Kennerley et al. (2011) en mer arbetsorienterad relation där patient och terapeut tillsammans

ska försöka hjälpa patienten med hans problematik. Vidare beskriver Sandell et al. (2015) att element såsom psykoedukation, uppgifter och exponeringsövningar ingår i ett PCT-förlopp. Kennerley et al. (2011) och Sandell et al. (2015) redogörelser stämmer överens med PCT-patienternas beskrivning av relationen till terapeuten som arbetsorienterad.

Tillit till terapeuten. Ömsesidig tillit mellan terapeuten och patient är som tidigare nämnt en aspekt av en positiv terapeutisk relation (Bordin, 1979). Patienter från båda behandlingsgrupper beskriver att det är viktigt att ha tillit till terapeuten (se bilaga 3, undertema 2b). Dock skiljer sig PCT- och PFPP-patienterna gällande innebörden av detta. För PFPP-patienterna är det ett särskiljande element att ha förtroende för terapeuten och/eller våga öppna upp inför terapeuten (se bilaga 4, kod 12 och 21). Detta överensstämmer med elementen som ingår i en PFPP-behandling, där patienten arbetar med sårbara och svåra erfarenheter, känslor och minnen (Sandell et al., 2015). För PCT-patienterna innebär tilliten däremot att bestämma sig för att lita på terapeutens kompetens i att hjälpa en med panikattackerna (se bilaga 4, kod 28). Detta innebär för PCT-patienterna att de fortsätter genomföra övningar samt försöker göra sitt bästa, även i de fall det upplevs som oklart vad innebörd och syfte med ett visst moment i terapin är. I efterhand ser dock patienterna att aktiviteten som har gjorts har varit hjälpsam. Att inte vara medveten om innehåll och syfte med elementen i terapin står i motsättning till Bordins (1979) beskrivning av arbetsalliansen där "Enighet om uppgiften" ingår som ett element. Detta innebär att patient och terapeut är eniga om vad som behövs göras, samt vilka aktiviteter och tekniker som ska användas. Samma gäller specifika faktorer inom KBT där Kennerley et al. (2011) beskriver att terapeuten ska inhämta feedback samt tillgodose att där föreligger transparens kring göromålen i terapin. Att de gemensamma faktorerna på en generell nivå framstår som lika, men visar på skillnader mellan behandlingsgrupperna gällande innehåll och nyanser, är en genomgående tendens i studiens fynd. Liknande tendens har setts i tidigare forskning (Nilsson et al., 2007). Detta skulle enligt Barkham och Lambert (2021) kunna bero på att mätinstrument som används inte är tillräckligt sensitiva för att undersöka skillnader mellan terapiformerna, vilket medför att behandlingsutfallen på en övergripande nivå framstår som likartad. De kvalitativa skillnader mellan behandlingsutfallen som ses i denna studie kan tänkas utgöra ett stöd för Barkham och Lamberts (2021) hypotes.

En aktiv insats medverkar till förändring

Barkham och Lambert (2021) beskrev vidare att ett aktivt deltagande från både terapeut och patient är en stödjande faktor i den terapeutiska processen. Många patienter i studien lyfter deras egen insats i terapin som avgörande för att uppnå en förändring i terapin.

Detta ses i undertema 1a “Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre” (se bilaga 3). Patienterna beskriver att det är nödvändigt att fatta ett aktivt och medvetet beslut att göra sitt bästa i terapin. För båda behandlingsgrupper innebär detta att lägga den tid och energi som är nödvändigt på terapiarbetet. För PCT-patienter innebär det specifikt att ha *viljan* att åstadkomma en förändring. Till detta hör att konsekvent utföra sina hemuppgifter samt att genomföra exponeringsövningarna trots obehagskänslor eller tveksamhet till tekniken. För PFPP-patienter innebär det ett aktivt *val* att dela med sig om allt, även när man upplever det vara sårbart eller skamfullt. PFPP-patienterna resonerar på detta vis då de menar att terapeuten behöver veta allt för att hen ska ha möjlighet att hjälpa. Att patienterna lägger stor vikt vid deras egen aktiva insats går i linje med Hubble et al. (2010) beskrivning att motivation och engagemang är det som driver terapiprocessen framåt. Att tillika terapeuten bidrar aktivt till terapin lyfts också av flera patienter från båda behandlingsgrupper. Detta är exempelvis i form av en förmåga att samla ihop bitarna av patientens berättelse till ett begripligt sammanhang, samt på olika sätt leda och hjälpa patienterna till nya insikter. Detta beskrivs i undertema 1c “Utvecklade min förståelse för min problematik” (se bilaga 3).

Ett nytt sätt att agera och tänka. En annan aspekt av studiens fynd som delvis går i linje med tidigare forskning är beskrivningen av gemensamma faktorer relaterade till aktivitet (Barkham & Lambert, 2021). Dessa innebär övningar, att testa nya beteenden, emotionsreglering, verklighetstestning, samt att våga ta risker och möta sina känslor. Flera av dessa element lyfts av patienterna i tema 1b “Lära sig att praktiskt hantera panikångesten” (se bilaga 3). Patienter från både PCT- och PFPP-gruppen beskriver att det är hjälpsamt att genom kognitiv omstrukturering utmana giltigheten av sina orostankar, samt ersätta dem med nya mer realistiska sätt att tänka. Detta lyfts oftare bland PCT-patienter, vilket överensstämmer med innehållet av PCT-behandlingen beskrivet av Sandell et al. (2015). Att kognitiv omstrukturering är hjälpsamt i en PFPP-behandling stämmer överens med en studie gjord av Barber et al. (2020). Här sågs ett samband mellan förändring av övertygelser kring panikattackernas innebörd och förbättring av patientens symtom vid panikattacker. Ingen skillnad ses i innebörden av denna faktor mellan grupperna.

Att utsätta sig för sin rädsla och inte undvika den, beskrivs av både PCT- och PFPP-patienter som medhjälpande till att minska rädslan. Dock lyfts detta oftare bland PCT-patienter, och behandlingsgrupperna skiljer sig också åt gällande den exakta innebörden av att utsätta sig. För PCT-patienter innebär detta att göra övningar som framprovocerar fysiska symtom motsvarande de som upplevs vid en panikattack genom att exponera sig för situationer förknippade med attackerna. För PFPP-patienter innebär att utsätta sig för sin

rädsla att man testar på nya beteenden som i ökad grad överensstämmer med ens autentiska jag (se bilaga 4, kod 8). Detta är inte den enda aktivitetsrelaterade faktorn där behandlingsgrupperna skiljer sig. Exempelvis är det huvudsakligen PFPP-patienter som beskriver att det är tufft men nödvändigt att dela med sig om svåra och känsliga saker, medan främst PCT-patienter beskriver att det är tufft men hjälpsamt att göra exponeringsövningar. Dessa skillnader verkar dock kunna beskrivas utifrån Sandell et al. (2015) beskrivning av de specifika behandlingskomponenterna, där man i PCT ägnar 10 sessioner åt kognitiv exponering och terapeut-vägledad exponering. Motsatt läggs i PFPP fokus på att identifiera och ge utrymme för patientens sårbarheter i form av svåra minnen och känslor.

Att se problematiken ur ett nytt perspektiv

Barkham och Lambert (2021) beskrev vidare en rad gemensamma inlärningsfaktorer som bland annat innebär kognitiv inläring, ett återupplevande och korrigerande av emotionella erfarenheter, att få insikter, samt förändring av självuppfattning. Motsvarande lyfts i undertema 1c "Utvecklade min förståelse för min problematik" (se bilaga 3). PCT- och PFPP-patienter särskiljer sig gällande vilka faktorer som lyfts, och samtidigt ses också att majoriteten av patienter och citat tillhör PFPP-gruppen (se bilaga 2, undertema 1c). Exempelvis beskrivs det som hjälpsamt att ta tag i gamla händelser som behöver bearbetas, samt arbeta med de bakomliggande känslorna till att man mår dåligt. Dock är det tydligt att det är fler PFPP-patienter som upplever detta som hjälpsamt. Vidare beskriver flera PFPP-patienter att de har fått hjälp med att urskilja mönster som har upprepats i deras liv. Detta rör sig både om mönster som har upprepats över en lång tidsperiod, och mönster i patientens beteende och reaktioner. Att få insikt om mönster beskrevs av Barber et al. (2021) som en specifik faktor inom PDT där patienten uppnår en ökad insikt kring inre, omedvetna konflikter. Precis som PFPP-patienterna beskriver uppnås denna insikt enligt Barber et al. (2021) genom att terapeuten delger tolkningar kring likheter mellan tidigare och nutida upplevelser (Sharpless, 2019). Inga PCT-patienter redogör för att ha fått insikt om mönster som upprepas i deras liv. Detta kan dock förklaras genom att man i KBT främst har fokus på nutida processer (Kennerley et al., 2011).

Att få insikter beskrevs av Barkham och Lambert (2021) som en gemensam inlärningsfaktor. Här visar våra fynd på en tendens till att PCT-patienterna upplever sig att ha fått nya perspektiv på sina panikattacker, medan PFPP-patienterna har fått nya perspektiv mer generellt. De generella perspektiven innefattar bland annat nya perspektiv på hur man hanterar situationer eller på vilka "spärrar och fasader" som man har. Detta stämmer överens med Barber et al. (2021) som beskrev att man i PDT arbetar med att identifiera rigida

försvarsmekanismer som skapar hinder för patienten, samt att ersätta dessa med nya, mer adaptiva försvar.

En kunnig terapeut

Barkham och Lambert (2021) beskrev terapeutens sakkunnighet samt förmåga att skapa struktur som en stödjande gemensam faktor. Detta stämmer överens med patienternas beskrivning av deras terapeut som kompetent, vilket lyfts i undertema 3b “Terapeuten var professionell och kompetent” (se bilaga 3). Beskrivningen av terapeutens kompetens ter sig dock oftast kort och utan någon vidare utveckling av vad det specifikt innebär att hen är kompetent. Några få patienter i båda behandlingsgrupper beskriver i undertema 3a, “Terapeuten tog ansvar för ramar och innehåll i terapin”, att rutiner och struktur är hjälpsamt. Detta innebär för några patienter att ha frekventa sessioner, medan det för andra innebär att ha överblick över nästkommande steg i behandlingen. Vidare beskriver flera patienter inom PCT-gruppen det som hjälpsamt att terapeuten navigerar samtalet och säkerställer att det hålls på rätt spår. Detta innebär att terapimetoden följs samt att man inte lägger onödig tid på saker som inte är direkt relevanta för målsättningen. För PCT-patienterna innebär detta bland annat att fokusera på hur paniksyndromet konkret tar sig uttryck i nuläget och försöka förändra det, utan att lägga mycket tid på orsaken till problemets uppkomst. Detta samstämmer med Kennerley et al. (2011) beskrivning av en tydlig målsättning samt att fokus är på nutida vidmakthållande processer i KBT-inriktade terapier.

Närståendes betydelse för terapiprocessen

Slutligen lyfts en sista hjälpsam faktor, som också utgör ett helt tema i sig. Detta är tema 4, “Hjälpsamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin”, som innefattar diverse utomterapeutiska faktorer som har haft ett positivt inflytande på terapiprocessen (se bilaga 3). Denna form av hjälpsam faktor har varken beskrivits i teorin om gemensamma faktorer (Barkham & Lambert, 2021; Bordin, 1979) eller specifika faktorer (Barber et al., 2021; Kennerley et al., 2011). I detta tema beskriver flera patienter från respektive behandlingsgrupp en rad hjälpsamma faktorer som kopplas direkt till terapin eller terapeuten. Gemensamt för dessa faktorer är att de inte ingår direkt i terapimetoden. Två av faktorerna lyfts fram i större utsträckning bland patienterna i båda behandlingsgrupper. Ena faktorn är att i ökad mån börja öppna upp och dela med sig om paniksyndromet till sin omgivning. Detta upplevs som hjälpsamt oavsett om det rör sig om patientens närmaste eller personer i den bredare bekantskapskretsen. Den andra faktorn är upplevelsen av stöd från närstående, och i synnerhet från sin partner. Att dessa former av hjälpsamma faktorer inte beskrivs i teorin om gemensamma och specifika faktorer kan visserligen te sig logiskt eftersom de inte ingår som

en direkt del av behandlingsmetoderna. Det är dock värt att beakta att denna faktor utgör den fjärde mest frekventa faktorn som lyfts som hjälpsam i båda behandlingsgrupper sammantaget. Detta fynd visar på vikten av att framstegen i terapin inte begränsas till det terapeutiska rummet utan även appliceras i patienten vardag. Detta går i linje med forskning som indikerat att gott socialt stöd generellt associeras med bättre utfall i terapi (Constantino et al., 2021; Probst et al. 2015).

Slutsatser och kliniska implikationer

Mot bakgrund av studiens fynd kan vi dra slutsatsen att det för patienter i både PCT- och PFPP-behandlingen upplevs som en hjälpsam faktor för terapiprocessen att ha en god relation till terapeuten. Dock innebär denna goda relation väsentligen olika saker i PCT och PFPP. För PCT-patienter innebär det en tillitsfull, arbetsorienterad relation där de tycker om terapeuten och vågar ha tillit till terapeutens kompetens. För PFPP-patienterna innebär det en tillitsfull och personlig relation där patienten har förtroende för terapeuten och kan öppna upp och dela med sig om allt utan att känna sig dömd. Skillnaderna mellan behandlingsgrupperna utgör enbart tendenser, och inte en svartvit uppdelning.

Att börja göra sådant som man vanligen skulle undvika är ännu ett element som patienter från båda behandlingsgrupper upplever som hjälpsamt. För PCT-patienter innebär detta huvudsakligen att exponera sig för situationer som väcker obehag eller rädsla, medan det för PFPP-patienter innebär att ta tag i och bearbeta gamla händelser samt jobba med svåra känslor. För båda behandlingsgrupper ingår kognitiv omstrukturering som ett hjälpsamt element i dessa processer. Jämsides med detta upplevs det som hjälpsamt att terapeuten förmår skapa sammanhang i det som berättas, något som emellertid tenderar att oftare lyftas fram av PFPP-patienter. Det lyfts som hjälpsamt hos båda behandlingsgrupper att terapeuten förmår leda patienten och hjälpa hen i att uppnå nya insikter. Många patienter från båda behandlingsgrupper upplever det också som hjälpsamt att få en ökad förståelse för ens problematik. Dessutom är det hjälpsamt för både PCT- och PFPP-patienter att uppleva att terapeuten genuint bryr sig och är engagerad i terapin.

Att patienterna lägger mycket vikt vid den egna aktiva insatsen i terapin framkommer i studiens resultat. Detta lyfts direkt av många patienter från båda behandlingsgrupper och rör sig om vikten av att göra ett medvetet, aktivt val att göra sitt bästa i terapin, samt ha viljan att göra det som är nödvändigt för att uppnå bästa möjliga resultat. Ett annat fynd som också lyfts av många patienter ur båda behandlingsgrupper är hjälpsamma utomterapeutiska faktorer i form av att ha stöd från sina anhöriga samt i större utsträckning börja dela med sig

om panikattackerna till sin omgivning. Med tanke på att detta inte direkt ingår som en del av terapimetoderna, är det beaktansvärt hur många patienter som upplever detta som hjälpsamt.

På ett mer teoretiskt plan visar studiens fynd att faktorer som vid en första anblick framstår som gemensamma och som också överensstämmer med de gemensamma faktorer som definierats i tidigare forskning, faktiskt skiljer sig åt då man tittar närmare på deras innehåll. Därav kan de bättre förklaras av de specifika faktorerna i behandlingarna.

Resultaten kan ha en viss relevans för kliniskt verksamma psykologer och psykoterapeuter vid behandling av patienter med paniksyndrom. Detta på så vis att man i terapin kan öka fokuset på externt socialt stöd som patienten upplever från sina anhöriga. Därtill kan man uppmana patienten att prova att börja dela med sig om panikattackerna till sin omgivning, dock i det omfång patienten känner är meningsfullt. Många patienter lyfter den egna inställningen att göra bra ifrån sig i terapin, vilket indikerar vikten av att som patient vara motiverad i terapiarbetet. Om terapeuten upplever att patienten inte verkar motiverad kan det därför vara relevant att identifiera orsaken till detta, samt komma överens om vilka ändringar som kan vara relevanta att göra i syfte att öka motivationen.

Styrkor och begränsningar

En styrka i vår studie är den stora ursprungliga urvalsgruppen å 182 deltagare varifrån denna studiens 32 patienter har randomiserats. Patienterna rekryterades via den offentliga psykiatriska vården och i urvalsgruppen fanns stor diversitet då inklusionskriterierna gjordes så icke-restriktiva som möjligt. Upptagningsområde, socioekonomisk bakgrund, eventuell samsjuklighet, samt farmakologisk behandling (om denna kvarhölls på stabil dos) utgjorde inte grund för exkludering. Därmed förekom exkludering av patienter i endast få undantag. Dessa icke-restriktiva inklusionskriterier för den ursprungliga urvalsgruppen är också gällande för den aktuella studiens randomiserade deltagargrupp. Detta tillsammans med det breda åldersintervallet på 18 till 68 år bidrar till att överförbarheten ökas för resultatet även i denna studie. Detta eftersom deltagarurvalet på många punkter speglar patientgruppen i sin helhet. Dock bör uppmärksammas att en könsfördelning av 11 män och 21 kvinnor förekom, vilket får beaktas i relation till överförbarheten av denna studiens resultat.

Ytterligare en styrka är att samtliga behandlare i ursprungsstudien hade genomgått utbildning i de specifika behandlingsmetoderna med upphovsmännen Michelle Craske (PCT) och Barbara Milrod (PFPP) som utbildare. Eftersom PCT och PFPP är manualbaserade behandlingsmetoder minskas dessutom graden av personlig prägel som terapeuterna sätter på innehåll och upplägg av terapin. Detta ökar säkerheten i huruvida vi kan uttala oss om patienternas upplevelser av vad som har varit hjälpsamt i terapin. Dock är vi medvetna om att

där alltid kommer finnas en viss grad av variation mellan behandlarnas personliga tillvägagångssätt och uttryck i terapin. Detta kan i själva verket tänkas spegla variationen som förekommer inom den ordinarie vården, varför det inte skulle vara önskvärt att minska detta i för stor utsträckning.

Vår studie har använt en kritisk realistisk teoretisk ansats i utarbetandet av den tematiska analysen. Detta innebär att vi i största möjliga mån har försökt lägga åt sidan vår subjektiva förförståelse kring vad som är hjälpsamt för patienten i ett terapिसammanhang. Detta har gjorts genom att försöka hålla koderna så trogna mot patientens egen beskrivning som möjligt. Vi har också försökt undvika subjektiva tolkningar av innebörden i citaten. Tillvägagångssättet i att vi först var och en på egen hand utvärderade och därefter kom överens om samtliga citats kodning kan tänkas stärka studiens tillförlitlighet. En begränsande faktor i samband med detta arbete var att båda författare har en teoretisk förkunskap kring det psykoterapeutiska området, vilket i många fall har gjort det möjligt att gissa patienternas grupptillhörighet. Detta kan medföra en risk för selektionsbias där författarna omedvetet kan ha kodat citat som överensstämmer med deras förkunskap om terapiinriktningar. Denna form av selektionsbias har försökts att motverkas genom att granska innehållet i de färdigställda koderna. Citatens tillhörighet har då värderats separat från kontexten av patientens grupptillhörighet och berättelse som helhet. Att selektionsbias har lyckats bli minskad i rimlig grad kan ses i resultatet där en stor del av de faktorer som på en övergripande nivå verkar vara gemensamma visar på väsentliga skillnader i innehåll. Dessa skillnader blev tydliga först efter att analysen hade färdigställts och resultatet delats upp i enlighet med behandlingsgrupperna. Detta visar dock på en annan sorts problematik som tidigare har beskrivits i forskningen (Barkman & Lambert, 2021; Nilsson et al., 2007), och som också syns i våra fynd, nämligen att teman som ligger på en högre abstraktionsnivå riskerar dölja väsentliga skillnader mellan behandlingsgrupperna på en lägre abstraktionsnivå.

Att vi i studien har använt frekvenser för att värdera tyngden av respektive hjälpsam faktor står i motsats till det vanliga tillvägagångssättet för kvalitativa tematiska analyser. Att ändå använda frekvenser har motiverats med resonemanget att de kan tänkas bidra med en bild av skillnader och likheter som förekommer mellan PCT- och PFPP-patienter. På så vis kan användande av frekvenser göra att vi med större säkerhet kan uttala oss om kliniska implikationer av resultaten. Dock är det viktigt att uppmärksamma att skillnader som lyfts i studiens resultat har baserats på författarnas subjektiva värderingar och är således varken statistiska eller signifikanta. Hänvisningar till relevanta bilagor har löpande gjorts för att skapa transparens kring hur vi har resonerat, samt möjliggöra för läsaren att skapa sin egen

bild av de skillnader som förekommer. Att frekvenser har varit ett stöd vid rapporteringen av resultatet ses i de olika teman och underteman där antalet deltagare och citat har varierat. Ett exempel på detta är Tema 1 som handlar om patientens egen vilja och mottaglighet i terapin, samt Tema 3 som handlar om terapeutens skicklighet i att leda terapiprocessen. Ett väsentligt högre antal deltagare och citat uppkom för Tema 1 jämfört med Tema 3 (se bilaga 2).

Frekvenser kan här ge indikationer om att ett tema eller en faktor upplevs som hjälpsamt i större eller mindre utsträckning bland patienterna. Dock kan användandet av frekvenser också innebära en risk för bias. Detta eftersom faktorer som nämns av enbart få deltagare riskerar att överskuggas av andra mer frekvent förekommande faktorer, även om de tillskrivs stor vikt av den enskilda deltagaren. Denna sorts bias har försökts att hanteras genom att göra nyanserade och heltäckande beskrivningar av innehållet av samtliga faktorer (se bilaga 4), samt göra en översikt över teman, underteman och tillhörande faktorer (se bilaga 3).

Rapporteringen av resultatet har gjorts med utgångspunkt i denna översikt samt beskrivningarna av respektive faktorer.

En möjlig begränsning vid användande av frekvenser, och också generellt sett vid kvalitativ metodik, är att det förlitar sig på patienternas förmåga att på ett levande sätt beskriva sina upplevelser (Flyvbjerg, 2001). Att några patienter har lättare för att uttrycka sig verbalt, samtidigt som det finns stora individuella skillnader mellan hur verbala individer är, måste man som forskare förhålla sig till då man utför studier baserade på intervjuer (Leonidaki et al., 2016). Att det fanns patienter inom deltagargruppen som hade svårigheter att på ett levande och beskrivande sätt dela med sig om deras terapiupplevelser, märktes i arbetet med att transkribera intervjumaterialet. Detta är viktigt att ha i åtanke eftersom mer tystlåtna patienter inte kommer vara representerade i vårt resultat till samma grad som verbalt starka patienter. En annan möjlig begränsning i användandet av semistrukturerade intervjuer som metod för datainsamling är enligt Potter och Hepburn (2005) att man glömmer bort att intervjusituationen är en interaktion mellan intervjuaren och deltagaren. Detta innebär att båda parter är med att påverka innehåll och riktning av samtalet, och därmed också vilken data som kommer genereras. Potter och Hepburn (2005) beskriver dessutom att den "kategori" som deltagarna rekryteras under till studien och den information de har fått kring ämnet för intervjun kan påverka vad de berättar i intervjun. I POSE-projektet, varifrån denna studiens 32 deltagare har randomiserats, rekryterades deltagarna under kategorin "paniksyndrom-patient" och ämnet för intervjun var en sex månaders uppföljningsintervju med fokus på patientens upplevelse av behandlingen (Sandell et al., 2015). Det kan tänkas att somliga deltagare kan ha påverkats av ämnet för intervjun och utifrån det uppförstorat deras

beskrivningar av nöje/missnöje med behandlingen, till exempel med syftet att uttrycka sin tacksamhet eller frustration. Motsatt finns risk att somliga har förminskat deras beskrivning av missnöje på grund av konflikträdsla eller med syftet att vara hövliga. Man kan alltså inte anta att det som sägs är en direkt reflektion av deltagarnas tankar och känslor, men däremot en justerad beskrivning anpassat till situationen. Att datamaterialet i denna studie består av semistrukturerade intervjuer kan sålunda utgöra en begränsning som bör uppmärksammas gällande överförbarheten av resultaten. Eftersom detta är en randomiserad studie kan vi dock utgå från att denna variation mellan patienter sannolikt fördelats lika mellan behandlingsgrupperna.

Framtida forskning

Studiens resultat baseras på intervjuer med 32 patienter som har tilldelats från POSE-projektets 182 patienter (Sandell et al., 2015). För hela denna patientgrupp finns en stor mängd data samt intervjuer gjorda vid sex månaders uppföljning, varför en unik möjlighet skulle vara att bedriva framtida kvalitativ forskning på samtliga delar av projektets material. Exempelvis hade det kunnat vara intressant att ytterligare undersöka vilka nyanser och skillnader som troligen föreligger mellan behandlingsgrupperna.

I föreliggande studie har det inte gjorts någon jämförelse mellan patienternas kvalitativa beskrivningar av hjälpsamma faktorer i terapin och det faktiska utfallet av terapin ur ett kvantitativt perspektiv. Detta skulle vara intressant att undersöka i syfte att se vilka mönster som uppkommer mellan dessa aspekter. Det skulle även vara intressant att undersöka huruvida patienters subjektiva upplevelser av att ha blivit hjälpt eller ej av terapin, påverkar sättet på vilket de beskriver hjälpsamma faktorer. Påverkar det exempelvis längden och frekvensen av citaten rörande hjälpsamma faktorer? Dessa forskningsfrågor ligger utanför denna studiens syfte, men skulle kunna lyftas i framtida forskning.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (3 uppl.). Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4 uppl.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Mini-D 5: Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- American Psychological Association. (1993). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: A report to the Division 12 Board of the American Psychological Association*.
- Barber, J. P., Milrod, B., Gallop, R., Solomonov, N., Rudden, M. G., McCarthy, K. S., & Chambless, D. L. (2020). Processes of therapeutic change: Results from the Cornell-Penn study of psychotherapies for panic disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 67(2), 222–231.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., Keefe, J. R., & Zilcha-Mano, S. (2021). Research on dynamic therapies. I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7 uppl., s. 387–420). John Wiley & Sons, Inc.
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7 uppl., s. 138–146). John Wiley & Sons, Inc.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II*. Graywind Publication
- Beutel, M. E., Scheurich, V., Knebel, A., Michal, M., Wiltink, J., Graf-Morgenstern, M., Tschan, R., Milrod, B., Wellek, S., & Subic-Wrana, C. (2013). Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), 326–334.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/fswdcx>
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A., C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy - extended range*. Routledge.
- Chung, M. L., Forstner, A. J., Mücke M., Geiser, F., Schumacher, J., & Conrad, R. (2022). Predictors of suicidal ideation in social anxiety disorder - evidence for the validity of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 298, 400–407. <https://doi.org/gngd6d>
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461–470. <https://doi.org/b7wgfz>
- Constantino, M. H., Boswell, J. F., & Coyne, A. E. (2021). Patient, therapist, and relational factors. I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 225–262). John Wiley & Sons, Inc.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge University Press.
- Gelder, M. G., Clark, D. M., & Salkovskis, P. (1993). Cognitive treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 171–178. <https://doi.org/bq56fh>
- Gelo, O. C. G., Lagetto, G., Dinoi, C., Belfiore, E., Lombi, E., Blasi, S., Aria, M., & Ciavolino, E. (2020). Which methodological practice(s) for psychotherapy science? A systematic review and a proposal. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(1), 215–248. <https://doi.org/jqh5>
- Hollon, S. D., Andrews, P. W., Keller, M. C., Singla, D. R., Maslej, M. M., & Mulsant, B. H. (2021). Combining psychotherapy and medications: It's all about the squids and the sea bass (at least for nonpsychotic patients). I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7 uppl., s. 705–720). John Wiley & Sons, Inc.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2010). *Introduction to the heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 uppl.). American Psychological Association.

- Kennerley, H., Kirk, J., & Westbrook, D. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* (2nd ed.). Sage.
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibling, 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/fh4pxj>
- Leonidaki, V., Lemma, A., & Hobbis, I. (2016). Clients' experiences of dynamic interpersonal therapy (DIT): Opportunities and challenges for brief, manualised psychodynamic therapy in the NHS. *Psychoanalytic Psychotherapy, 30*(1), 42–61. <https://doi.org/gg4nn9>
- McLeod, J., Stiles, W. B., & Levitt, H. M. (2021). Qualitative research: Contributions to psychotherapy practice, theory, and policy. I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., s. 351–353, 365). John Wiley & Sons, Inc.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A., M., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Press.
- Milrod, B. L., Chambless D. L., Gallop R, Busch F. N., Schwalberg M, McCarthy K. S., Gross C., Sharpless B. A., Leon A. C., & Barber J. P. (2016) Psychotherapies for panic disorder: A tale of two sites. *J Clin Psychiatry, 77*(7), 927–35. <https://doi.org/gg4p57>
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*(12), 953–962.
- 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/cphgcq>
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. Liber.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative research in Psychology, 2*(4), 281-307. <https://doi.org/cfp2wt>
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in

- psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 714–723.
<https://doi.org/gmcgj6>
- Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The POSE study-panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/f3nrpc>
- Sharpless, B. A. (2019). *Psychodynamic therapy techniques: A guide to expressive and supportive interventions*. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Stamoulios, C., Trepanier, L., Bourkas, S., Bradley, S., Stelmaszczyk, K., Schwartzman, D., & Drapeau, M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 300–317. <https://doi.org/gg22b7>
- Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2005). *Behandling av ångestsyndrom*. Stockholm: SBU-rapport number 171; 2005.
- Summers, R. J., & Barber, J. P. (2009). *Dynamic psychotherapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press
- Svenskt Näringsliv. (2022). *Psykisk ohälsa ökar*.
https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/pension-och-forsakring/psykisk-ohalsa-okar_1181602.html
- Svensson, M. (2021). *Preference effects in the treatment of panic disorder* [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. Lunds universitet.
- 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/gjbpcq>
- Tzur Bitan, D., & Lazar, A. (2019). What do people think works in psychotherapy: A qualitative and quantitative assessment of process expectations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(4), 272–277. <https://doi.org/gmchzj>

- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 803–808. <https://doi.org/bbc3qt>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method* (3 uppl.). Open University Press.

Bilaga 1- POISE Intervjuguide

PSYCHOTHERAPY OUTCOME INTERVIEW SCHEDULE¹

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 överrens 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. Upplivede 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?

¹ Denna version av POISE har anpassats till förutsättningarna i Projekt POSE

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 - Teman: fördelning PCT och PFPP

Teman och underteman

Fördelning av deltagare och citat mellan PCT- respektive PFPP-patienter

Tema/Undertema	PCT Antal Deltagare (Citat)	PFPP Antal Deltagare (Citat)	Totalt Deltagare (Citat)
Tema 1: Att uppnå en förändring kräver vilja och mottaglighet:			
1a) Undertema: Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre	12 (37)	13 (35)	25 (72)
1b) Undertema: Lära sig att praktiskt hantera panikångesten	10 (34)	9 (13)	19 (47)
1c) Undertema: Utvecklade min förståelse för min problematik	10 (24)	14 (49)	24 (73)
Tema 2: En varm och tillitsfull relation			
2a) Undertema: Att känna sig sedd av terapeuten	10 (19)	12 (32)	22 (51)
2b) Undertema: Att kunna anförtro sig till terapeuten	10 (14)	10 (23)	20 (37)
2c) Undertema: En varm och trivsamt relation med terapeuten	12 (30)	12 (42)	24 (72)
Tema 3: Terapeuten var skicklig på att leda terapiprocessen			
3a) Undertema: Terapeuten tog ansvar för ramar och innehåll i terapin	7 (15)	4 (13)	11 (28)
3b) Undertema: Terapeuten var professionell och kompetent	6 (8)	5 (6)	11 (14)
Tema 4: Hjälpsamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin	7 (12)	5 (12)	12 (24)

Bilaga 3 - Översikt Teman

- Tema 1: Att uppnå en förändring kräver vilja och mottaglighet:
 - Undertema 1a: Att hänge sig till fullo för att komma att må bättre:
 - Jag använder fortfarande de verktyg jag fick i terapin,
 - Jag jobbade även med terapin mellan sessionerna,
 - Jag strävade efter att göra mitt bästa i terapin,
 - Terapiprocessen var tuff men det var nödvändigt för att det skulle bli bra.
 - Undertema 1b: Lära sig att praktiskt hantera panikångesten:
 - Vi utmanade mina orostankar och ersatte dem med nya sätt att tänka,
 - Vi jobbade med att befästa mina behov,
 - Terapeuten gav råd,
 - Psykoedukation om panikångesten var hjälpsam,
 - Jag fick verktyg att hantera panikångesten,
 - Att utsätta mig för min rädsla gjorde att den minskade.
 - Undertema 1c: Utvecklade min förståelse för min problematik:
 - Vi tog tag i gamla händelser som behövde bearbetas,
 - Vi jobbade med de bakomliggande känslorna till att jag mådde dåligt,
 - Terapeuten ledde mig, men jag fick själv komma fram till nya perspektiv,
 - Terapeuten hjälpte mig att samla ihop delarna av det jag berättade till ett sammanhang,
 - Terapeuten hjälpte mig att hitta nya perspektiv på panikångesten,
 - Terapeuten hjälpte mig att hitta nya perspektiv mer generellt,
 - Terapeuten hjälpte mig att se mönster som har upprepats i mitt liv.
- Tema 2: En varm och tillitsfull relation:
 - Undertema 2a: Att känna sig sedd av terapeuten:
 - Terapeuten var engagerad och jag upplevde att hen brydde sig,
 - Terapeuten var bra på att lyssna,
 - Terapeuten normaliserade,
 - Jag kände att terapeuten verkligen förstod mig,
 - Det var betydelsefullt att terapeuten hade ett icke-dömande förhållningssätt.
 - Undertema 2b: Att kunna anförtro sig till terapeuten:
 - Jag litade på att terapeuten hade kompetens att hjälpa mig med panikångesten,
 - Jag kunde öppna upp inför terapeuten,
 - Jag fick förtroende för terapeuten och kunde öppna upp,
 - Jag fick förtroende för terapeuten.

- Undertema 2c: En varm och trivsamt relation med terapeuten:
 - Vi hade en bra dialog,
 - Vi fick en god relation,
 - Varm och professionell relation till terapeuten,
 - Terapeuten visade att han inte visste bättre än mig,
 - Skönt att veta att jag varje vecka kunde komma dit och ventilera hos terapeuten,
 - Jag tyckte om terapeuten,
 - Jag kände mig trygg i terapeutens sällskap.
- Tema 3: Terapeuten var skicklig på att leda terapiprocessen:
 - Undertema 3a: Terapeuten tog ansvar för rammar och innehåll i terapin:
 - Vi lade tid på det som var relevant för mig,
 - Terapeuten navigerade samtalet så att vi höll oss på rätt spår,
 - Terapeuten kunde anpassa ramen för terapin utifrån mina unika behov,
 - Det var ett stöd att ha tydliga rutiner och struktur.
 - Undertema 3b: Terapeuten var professionell och kompetent:
 - Terapeuten var kompetent,
 - Relationen till terapeuten var professionell.
- Tema 4: Hjälpssamma utomterapeutiska faktorer kopplade till terapin

Bilaga 4 - Kodlista

Kodlista

Kod	Beskrivning	Antal Deltagare:	Antal Citat
1. Terapiprocessen var tuff men det var nödvändigt för att det skulle bli bra.	Saker som var tuffa men nödvändiga kunde t.ex. vara att våga berätta om känsliga eller sårbara saker, eller att exponera sig för saker man vanligen försökte undvika (fysiskt och/eller mentalt).	Totalt: 14 PCT: 5 PFPP: 9	Totalt: 23 PCT: 8 PFPP: 15
2. Jag strävade efter att göra mitt bästa i terapin	Patienten lyfter den egna inställningen och försöket att göra så bra som möjligen i terapin som en förutsättning för att terapin skulle bli bra.	Totalt: 13 PCT: 8 PFPP: 5	Totalt: 28 PCT: 15 PFPP: 13
3. Jag tyckte om terapeuten	Oftast korta formuleringar där patienten uttrycker att hen tycker om terapeuten. Den ömsesidiga relationella kontakten mellan patient och terapeut är inte i fokus i de inkluderade citaten då det här handlar om patientens enkelriktade känsla inför terapeuten	Totalt: 13 PCT: 8 PFPP: 5	Totalt: 20 PCT: 11 PFPP: 9
4. Hjälpssamma utomterapeutiska faktorer som kopplas till terapin	Patienten lyfter faktorer som inte ingår direkt i terapimetoden, men som ändå har varit hjälpssamma. T.ex. stöd från anhöriga eller att ha påbörjat dela med sig till sin omgivning om panikångesten. Faktorerna som inkluderas har en direkt koppling till terapin eller terapeuten.	Totalt: 12 PCT: 7 PFPP: 5	Totalt: 24 PCT: 12 PFPP: 12
5. Terapeuten hjälpte mig att koppla ihop olika delar av det jag berättade till ett begripligt sammanhang	Ihopkopplandet kan röra sig om att skapa överblick i berättelser som patienten upplever som kaotiska, men också om att identifiera samband mellan det förflutna och patientens nutida situation	Totalt: 12 PCT: 5 PFPP: 7	Totalt: 23 PCT: 6 PFPP: 17
6. Vi fick en god relation.	Patienten gav uttryck för att relationen till terapeuten var personlig/nära, t.ex. att det fanns en bra personkemi, att man fick en bra kontakt med terapeuten, att terapeuten blev som en vän, eller att man blev väldigt fäst vid terapeuten.	Totalt: 11 PCT: 4 PFPP: 7	Totalt: 16 PCT: 5 PFPP: 11

7. Jag använder fortfarande de verktyg jag fick i terapin.	Kopplas direkt till terapin eller terapeuten och rör sig t.ex. om kognitiv omstrukturering, att fortsätta reflektera kring och exponera sig för situationer som man innan terapin skulle ha undvikit.	Totalt: 11 PCT: 6 PFPP: 5	Totalt: 14 PCT: 7 PFPP: 7
8. Att utsätta mig för min rädsla gjorde att den minskade.	Patienten beskriver att det att exponera sig för och stanna kvar i situationer, tankar eller känslor som är förknippade med ångest/obehag medförde att ångesten/obehaget minskade.	Totalt: 10 PCT: 7 PFPP: 3	Totalt: 24 PCT: 20 PFPP: 4
9. Terapeuten var bra på att lyssna.	Patienten lyfter fram terapeutens förmåga att lyssna.	Totalt: 10 PCT: 5 PFPP: 5	Totalt: 16 PCT: 7 PFPP: 9
10. Skönt att veta att jag varje vecka kunde komma dit och ventilera hos terapeuten.	Patienterna beskriver det som hjälpsamt att veta att där fanns ett ställe där de kunde lyfta fram saker som hänt eller där de behövde vägledning, där de kunde prata av sig, eller kunna dela med sig om deras mående.	Totalt: 10 PCT: 4 PFPP: 6	Totalt: 16 PCT: 4 PFPP: 12
11. Terapeuten var engagerad och jag upplevde att hen brydde sig.	Patienten beskriver t.ex. att terapeuten verkligen försökte förstå hen, att terapeuten tog en på allvar, eller att hen kom ihåg det som patienten tidigare hade berättat.	Totalt: 10 PCT: 6 PFPP: 4	Totalt: 12 PCT: 7 PFPP: 5
12. Jag kunde öppna upp inför terapeuten.	Patienten och terapeuten pratade om saker som patienten enbart brukade dela med sig om till närstående eller inte alls berätta för någon.	Totalt: 9 PCT: 3 PFPP: 6	Totalt: 14 PCT: 3 PFPP: 11
13. Det var betydelsefullt att terapeuten hade ett icke-dömande förhållningssätt.	Patienten lyfter detta i samband med att dela med sig och lämna ut saker om sig själv som var känsliga, sårbara eller som de själv upplevde var läskiga eller konstiga.	Totalt: 9 PCT: 3 PFPP: 6	Totalt: 14 PCT: 3 PFPP: 11
14. Vi jobbade med de bakomliggande känslorna till att jag mådde dåligt.	Patienten fick kontakt med, utforskade och/eller var tvungen att känna det som hade varit undantryckt.	Totalt: 9 PCT: 2 PFPP: 7	Totalt: 12 PCT: 2 PFPP: 10
15. Varm och professionell relation med terapeuten.	Patienten kopplar ihop egenskaperna 'varm' och 'professionell' på ett sätt där dessa inte åtskiljs från varandra. Relationen beskrivs som att vara	Totalt: 9 PCT: 5 PFPP: 4	Totalt: 9 PCT: 5 PFPP: 4

	‘varm’ men samtidigt ‘professionell’.		
16. Terapeuten ledde mig, men jag fick själv komma fram till nya perspektiv.	Att själv få tänka till och inte bara få ’rätt svar’ från terapeuten beskrivs av patienten som värdefullt. De som utvecklar beskriver bl.a. att nya insikter fastnar bättre på detta viset.	Totalt: 8 PCT: 5 PFPP: 3	Totalt: 14 PCT: 9 PFPP: 5
17. Terapeuten var kompetent.	Patienten beskriver att terapeuten är kunnig, duktig, professionell, kompetent etc. Citat där terapeuten beskrivs som professionell inkluderas om patienten enbart nämner det som en kvalitet men inte utvecklar vad ’professionell’ innebär för hen.	Totalt: 8 PCT: 4 PFPP: 4	Totalt: 11 PCT: 6 PFPP: 5
18. Jag jobbade även med terapin mellan sessionerna.	T.ex. hemuppgifter, exponeringsövningar, eller att reflektera kring vad som hade sagts under sessionen.	Totalt: 8 PCT: 6 PFPP: 2	Totalt: 11 PCT: 9 PFPP: 2
19. Jag kände mig trygg i terapeuten sällskap.	Patienten uttrycker att känna sig trygg med terapeuten som person.	Totalt: 7 PCT: 2 PFPP: 5	Totalt: 9 PCT: 2 PFPP: 7
20. Jag kände att terapeuten verkligen förstod mig.	Patienten beskriver att det var skönt att prata med någon som förstod hur hen mådde. Några patienter uttrycker att detta var i motsättning till att prata med någon som inte har någon aning om hur det är att ha panikångest.	Totalt: 7 PCT: 4 PFPP: 3	Totalt: 9 PCT: 4 PFPP: 5
21. Jag fick förtroende för terapeuten.	Patienten beskriver att hen litade på/fick förtroende för terapeuten som person.	Totalt: 7 PCT: 2 PFPP: 5	Totalt: 9 PCT: 2 PFPP: 7
22. Vi tog tag i gamla händelser som behövde bearbetas.	Patienten beskriver exempelvis traumatiska händelser, minnen som har tryckts undan, eller att man ’gick tillbaka till barndomen’.	Totalt: 7 PCT: 2 PFPP: 5	Totalt: 8 PCT: 2 PFPP: 6
23. Vi utmanade mina orostankar och ersatte dem med nya sätt att tänka.	Terapeuten och patienten arbetade med kognitiv omstrukturering.	Totalt: 6 PCT: 4 PFPP: 2	Totalt: 11 PCT: 7 PFPP: 4
24. Terapeuten navigerade samtalet så vi höll oss på rätt spår.	Terapeuten hjälpte mig att rikta samtalet så att det följde den specifika metoden, samt att man varken gick framåt för fort eller	Totalt: 6 PCT: 5 PFPP: 1	Totalt: 9 PCT: 6 PFPP: 3

	fastnade vid mindre relevanta ämnen.		
25. Jag fick förtroende för terapeuten och kunde öppna upp.	Citat där patientens beskrivning av att få 'förtroende för terapeuten' och att 'våga öppna upp' är så pass sammanvävt att det inte går att särskilja dessa faktorer.	Totalt: 6 PCT: 2 PFPP: 4	Totalt: 9 PCT: 4 PFPP: 5
26. Terapeuten hjälpte mig att hitta nya perspektiv generellt	Patienten beskriver att terapeuten hjälpte hen hitta nya generella perspektiv såsom nya perspektiv på vem man är, vad man gör eller på olika händelser. Perspektiven är m.a.o. inte specifikt relaterade till panikångesten.	Totalt: 6 PCT: 1 PFPP: 5	Totalt: 9 PCT: 1 PFPP: 8
27. Terapeuten hjälpte mig att se mönster som har upprepats i mitt liv	Citaten i denna kod handlar om mönster som antingen har upprepats över en lång tidsperiod (ofta sedan barndomen) eller som upprepas i patientens beteende/reaktioner.	Totalt: 6 PCT: 0 PFPP: 6	Totalt: 7 PCT: 0 PFPP: 7
28. Jag litade på att terapeuten hade kompetens att hjälpa mig med panikångesten.	Patienten var ibland osäker på vad de höll på med eller varför de gjorde som de gjorde. Dock valde hen att fortfarande göra sitt bästa i terapin då hen litade på att terapeuten som yrkesutövare visste vad som var hjälpsamt.	Totalt: 6 PCT: 5 PFPP: 1	Totalt: 6 PCT: 5 PFPP: 1
29. Terapeuten hjälpte mig hitta nya perspektiv på panikångesten.	Patienten beskriver en mer passiv roll där hen är 'mottagare' av ett nytt perspektiv på panikångesten, medan terapeuten är den aktiva parten som 'bidrar' med det nya perspektivet. Terapeuten bidrar t.ex. genom att ge exempel från andra personer som har panikångest, eller genom att justera förväntningen om att panikångesten skulle botas till att den skulle bli hanterbar.	Totalt: 5 PCT: 4 PFPP: 1	Totalt: 10 PCT: 9 PFPP: 1
30. Det var ett stöd att ha tydliga rutiner och struktur.	Innefattar t.ex. regelbundna sessioner (skapar kontinuitet samt motverkar att man glömmer vad som sagts eller gjorts), samt tydlig agendasättning och/eller beskrivning av nästkommande steg (skapar överblick över behandlingsförloppet).	Totalt: 5 PCT: 3 PFPP: 2	Totalt: 9 PCT: 6 PFPP: 3

31. Vi hade en bra dialog.	Patienten beskriver att terapeuten var lätt att prata med, att de hade en bra dialog/ett bra utbyte, eller att de kom bra överens.	Totalt: 5 PCT: 2 PFPP: 3	Totalt: 9 PCT: 6 PFPP: 3
32. Terapeuten visade att han inte visste bättre än mig.	Patienten upplevde att hen inte blev tillrättavisad av terapeuten, vilket var skönt.	Totalt: 5 PCT: 2 PFPP: 3	Totalt: 5 PCT: 2 PFPP: 3
33. Psykoedukation om paniksyndrom var hjälpsam.	Psykoedukation i form av ökad förståelse för de fysiska aspekterna av en panikattack, eller att man kan ha en god livskvalitet om man lär sig att hantera panikattackerna.	Totalt: 4 PCT: 2 PFPP: 2	Totalt: 4 PCT: 2 PFPP: 2
34. Terapeuten normaliserade.	Patienten beskriver att uppnå en insikt om att det hen har varit med om inte var rimligt, eller att det inte var något fel på hen för att hen hade fått panikångest.	Totalt: 4 PCT: 1 PFPP: 3	Totalt: 4 PCT: 1 PFPP: 3
35. Jag fick verktyg att hantera panikångesten.	Patienten beskriver att hen har fått verktyg att hantera panikångesten. I de fall där patienten explicit beskriver vilka verktyg det rör sig om så är det andningsteknik.	Totalt: 3 PCT: 3 PFPP: 0	Totalt: 8 PCT: 8 PFPP: 0
36. Vi lade tid på det som var relevant för mig.	Patienten beskriver att där fanns utrymme och flexibilitet att anpassa innehållet av sessionen till det som patienten kände var viktigt för stunden.	Totalt: 3 PCT: 0 PFPP: 3	Totalt: 6 PCT: 0 PFPP: 6
37. Terapeuten kunde anpassa ramen för terapin utifrån mina unika behov.	T.ex. att ringa och prata om patienten hade uteblivit från en session p.g.a. ångest, att boka in en extra session, eller minska antalet papper som skulle fyllas i mellan sessionerna.	Totalt: 3 PCT: 2 PFPP: 1	Totalt: 4 PCT: 3 PFPP: 1
38. Terapeuten gav råd.	Terapeuten gav tips och råd.	Totalt: 3 PCT: 1 PFPP: 2	Totalt: 4 PCT: 2 PFPP: 2
39. Vi jobbade med att fastslå mina behov.	Patienten lärde sig att identifiera egna behov och/eller tydligt kommunicera dem till andra.	Totalt: 3 PCT: 0 PFPP: 3	Totalt: 3 PCT: 0 PFPP: 3
40. Relationen till terapeuten var professionell.	Patienten beskriver relationen med terapeuten som formell, men inte personlig.	Totalt: 3 PCT: 2 PFPP: 1	Totalt: 3 PCT: 2 PFPP: 1