



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

# **Symptomåterkomst vid terapins slut: en idealtypsanalys**

**Viktor Axelsson & Mai Dommersnes Sundström**

Psykologexamensuppsats. 2023

Handledare: Martin Svensson  
Examinator: Lars-Gunnar Lundh



## **Abstract**

Our aim with this psychology degree thesis was to qualitatively explore the phenomenon "termination setback" - a temporary resurgence of symptoms at the end of therapy. We studied 12 interviews with patients who had undergone Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy (PFPP). The research questions were the following: How did the patients experience their therapy? How did they understand their symptoms? How did they describe the termination phase? And considering this: How can we understand termination setback? We conducted an ideal-type analysis, according to Stapley et al. (2022), resulting in the identification of two ideal-types. The first ideal-type, the "Got Far, Want Further"-type (n=7), was characterized by patients who had developed strong attachments to therapy and to their therapist, where the setback was understood in terms of separation and loss. The second ideal-type, the "Wanted Tools" type (n=4), expressed disappointment with the lack of practical tools to manage their symptoms, where the setback was discussed in terms of conflict and deficit. One case did not fit either type and was treated as an atypical case. We discussed some clinical implications grounded in our analysis. The results may assist therapists in better understanding and managing termination setbacks.

*Keywords:* ideal-type analysis; psychodynamic psychotherapy; panic disorder; subjective experience; termination setback

## Sammanfattning

Vårt syfte med denna psykologexamensuppsats var att kvalitativt utforska fenomenet "termination setback" - tillfälligt symptomåterfall under avslutet. Vi studerade 12 intervjuer med patienter som genomgått panikfokuserad psykodynamisk psykoterapi (PFPP). Forskningsfrågorna var följande: Hur var det för patienterna att gå i terapi? Hur förstår patienterna sina symptom? Hur beskriver patienterna avslutningsfasen? Och med hänsyn till detta: Hur kan vi förstå "termination setback"? Vi gjorde en idealtypsanalys enligt Stapley et al. (2022) som resulterade i två idealtyper: "Kom långt, vill längre"-typen (n=7) kännetecknades av patienter som hade utvecklat starka band till terapin och sin terapeut, där symptomåterfallet förstods i termer av förlust och separation. "Önskade verktyg"-typen (n=4) kännetecknades av en besvikelse över att inte få verktyg, där symptomåterfallet diskuterades i termer av konflikt och brist. Ett fall passade inte in i någon av idealtyperna och behandlades därför som ett atypiskt fall. Vi diskuterade några kliniska implikationer utifrån vår analys. Resultaten kan hjälpa terapeuter att bättre förstå och hantera symptomåterfall i avslutet.

*Nyckelord:* idealtypsanalys; paniksyndrom; psykodynamisk psykoterapi; subjektiva erfarenheter; termination setback

Tack!

Vi vill tacka de patienter som bidragit med sina erfarenheter av att gå i terapi. Vi vill även tacka vår handledare Martin Svensson för all hjälp och vägledning under arbetet.

## Innehållsförteckning

Symptomåterkomst vid terapins slut: en idealtypsanalys.....	1
Psykoanalytiska perspektiv på avslut.....	1
Avslut i tidsbestämd psykodynamisk korttidsterapi.....	3
Tidigare forskning på patientupplevelser av avslut.....	4
Avslut hos paniksyndrompatienter.....	4
Panikångest och förändringsmekanismer i PFPP.....	5
Termination setback.....	5
Sudden losses.....	6
Syfte & frågeställningar.....	6
Metod.....	6
Epistemologisk position och reflexivitet.....	6
Procedur.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys.....	9
Etiska överväganden.....	13
Resultat.....	13
Idealtyp 1 - “Dylan”: Kom långt, vill längre.....	13
Beskrivning.....	13
Klinisk vinjett - Dylan.....	14
Utmärkande skillnader inom gruppen.....	15
Hur kan symptomåterfallet förstås i ljuset av deltagarnas terapierfarenhet?.....	16
Idealtyp 2 - “Lo”: Önskade verktyg.....	17
Beskrivning.....	17
Klinisk vinjett - Lo.....	17
Utmärkande skillnader inom idealtypen.....	18
Hur kan symptomåterfallet förstås i ljuset av deltagarnas terapierfarenhet?.....	20
Fördelning av koder.....	20
“Charlie” - ett atypiskt fall?.....	21
Diskussion.....	22
Avslut som kris och förlust?.....	22

Oförklarliga symptom .....	23
En annan typ av ångest? .....	25
Styrkor och begränsningar.....	27
Slutsatser och vidare forskning .....	29
Referenser.....	30
Bilaga A.....	36
Bilaga B.....	37

## **Symptomåterkomst vid terapins slut: en idealtypsanalys**

När din terapi går mot sitt slut väcks dina känslor kring separation, förlust, självständighet, död – om inte medvetet, så omedvetet, enligt psykodynamisk teori. De inre konflikter avslutet väcker riskerar att vara så stora att de framsteg som gjorts omintetgår (Joyce et al., 2007; Novick, 1997). Att utforska ambivalenta känslor kring avslut ses därför som avgörande för terapins utfall (Lemma, 2016; Lemma et al., 2011; Safran, 2020). För vissa patienter innebär även avslutningsfasen att symptomen kommer tillbaka (Nilsson, et al., 2021). Varför? Vi undersöker detta kvalitativt genom att tolka och försöka förstå patienters erfarenheter av att ha gått i terapi.

### **Psykoanalytiska perspektiv på avslut**

Frågan om avslut har historiskt sett varit eftersatt inom psykoanalysen (Bergmann 1997; Novick 1997; Salberg 2009). Freud såg det troligen till en början som något ganska okomplicerat: analysen var klar när det omedvetna blivit medvetet och symptomen försvunnit (Bergmann, 1997; Salberg, 2009). För Ferenczi och Rank (1924) var det huvudsakliga målet med analysen att arbeta igenom överföringen – det vill säga att patienten blivit tillräckligt medveten om hur hen relaterar till analytikern i ljuset av sitt förflutna för att kunna förändras. För att lyckas med detta föreslog de att analytikern skulle trigga patientens separations- och dödsångest genom att sätta ett slutdatum. Även Freud (1937) experimenterade med slutdatum, men betvivlade psykoanalysens möjligheter att helt bota patienten. Han menade att analysen, åtminstone i teorin, inte hade något naturligt slut, men att detta i praktiken inte var något problem: analysen avslutas när patienten inte längre lider av sina symptom och analytikern bedömer att det bortträngda blivit medvetet i tillräcklig grad och risken för återfall är liten.

Klein, Fairbairn och andra objektrelationsteoretiker gav avslutet större betydelse och såg det som att patienten förlorar ett kärleksobjekt (Salberg, 2009). Klein (1950) framhöll vikten av att patienten innan avslutet får arbeta igenom även negativa känslor gentemot terapeuten – sitt hat, sin ilska och sin girighet. Då väcks skuldkänslor, vilket driver patienten till att försöka gottgöra sin fientlighet. Detta förenar kärlek och hat och gör patienten mer förmögen att stå ut med ambivalens. Det objekt – terapeuten och den terapeutiska relationen – som patienten förlorar vid avslutet är då *helt*, med både onda och goda sidor. När förlusten av det hela objektet har sörjts kan patienten relatera till andra personer som hela på samma sätt. Skulle relationen däremot förbli idealiserad, utan att negativa känslor arbetats igenom, kommer patientens svårigheter med ambivalens att bestå. För att patienten ska nå ökad psykologisk



mognad och bli klar med analysen, kan man enligt Klein alltså förvänta sig ökad ångest i slutfasen och att patienten behöver tid efter terapin att sörja.

Många analytiker har menat att det bästa utfallet av en analys är att patienten uppnår en förmåga att fortsätta sin analys på egen hand, så kallad självanalys (Falkenström et al., 2007). Det har både setts som själva kriteriet för avslut i sig (Hoffer, 1950) och, som Klein menade, som ett resultat av ett sorgearbete som visar sig först i efterhand. Detta är bara några exempel på att avsaknaden av symptom inte setts som en tillräcklig indikator på att önskvärd förändring skett (Firestein, 1974). Med egopsykologin, självpsykologin och relationell psykoanalys infördes nya begrepp som förändrade målet med analysen, exempelvis att öka jagstyrkan, att utveckla ett mer sammanhållet själv, eller att få ett språk för dissocierade erfarenheter (Safran, 2020).

I slutet av 1900-talet lyfte flera analytiker kritik mot det psykoanalytiska fältets misslyckande med att utveckla ett paradigm avseende avslut (Bergmann, 1997; Blum, 1989). Det var först i slutet av 70-talet som det blev accepterat att överhuvudtaget se avslutningen som egen fas i sig. Enligt Novick (1997) vittnar detta om ett motstånd hos analytikerna själva och pekar bland annat på de svåra motöverföringsreaktioner avslutet kan väcka. I kontrast menar Quintana (1993) att synen på avslutningsfasen varit för dramatisk och negativ. Istället för att behandla avslutet som en kris eller förlust borde terapeuter, enligt honom, i högre grad behandla det som början på något nytt och se det i termer av förändring. Han uppmanar till ett paradigmskifte: från det han kallar "termination-as-loss" till förmån för "termination-as-transformation", med ett större terapeutiskt fokus i avslutningsfasen på hur patienten har utvecklats.

Att se avslutningsfasen som både kris och möjlighet framhålls även hos Joyce et al. (2007) som sammanfattar den psykodynamiska förståelsen för avslut på följande sätt: Utöver ouppklarade konflikter kopplade till förlust och separation, väcks generellt patientens centrala konflikter till liv. Om konflikterna hanteras på ett bra sätt kan förändringar som uppnåtts förstärkas. Om de tvärtom hanteras dåligt kan de terapeutiska framstegen omintetgöras. Slutligen utgör avslutningsfasen en möjlighet, dels att lösa konflikter i relationen mellan terapeut och patient, dels att blicka framåt och uppskatta vilka verktyg patienten har för att vidmakthålla sina framsteg och leva ett gott liv. Utifrån dessa principer framhålls följande mål för avslutningsfasen: att erkänna vad patienten åstadkommit, att nå "closure" i den terapeutiska relationen, samt att göra patienten redo för ett liv efter terapin.

## Avslut i tidsbestämd psykodynamisk korttidsterapi

Mann (1973) utvecklade en av de första tidsbestämda psykodynamiska korttidsterapierna. Här får avslutet en avgörande betydelse redan från start, och är det tema runt vilket den tolv sessioner korta terapimetoden kretsar. Behandlingen bygger teoretiskt på separation-individuationskrisen: processen när barnet skiljer ut sig själv från modern som en egen individ – en process som på olika sätt fortsätter livet igenom, vare sig det handlar om nära som går bort, hemifrånflytt eller uppsägning från arbete. Enligt Mann är separationsångesten grunden till all annan ångest, och den triggas i terapi, liksom Rank och Ferenczi föreslog, när patienten får höra att terapin upphör om ett visst antal dagar. Slutdatumet gör att omedvetna fantasier om odödlighet och omnipotens hamnar i konflikt med mer realistiska förväntningar om vilken hjälp som är möjlig att få, vilket i sin tur sätter patienten i arbete.

Manns tankar återspeglas även i Luborskys (1984) supportive-expressive therapy (SE). Patientens önskan om att vara beroende eller bli omhändertagen, som terapeuten först besvarat, avvisas i och med terapins slut, vilket gör att patienten tillfälligt faller tillbaka och, i relationen till terapeuten, upprepar det relationsmönster som varit fokus för behandlingen. Det ses i SE som ett nödvändigt ont för att patienten ska utvecklas och bättre hantera separationer i framtiden. För att detta ska bli bra behöver patienten redan från start få möjlighet att bearbeta avslutets betydelse. Terapeuten påminner därför patienten regelbundet om slutet (så kallade clock-wise reminders) och lyssnar hela tiden även efter ”termination cues” – utsagor från patienten som symboliskt kan kopplas till teman kring separation, autonomi eller förlust (Nof et al., 2017).

I kontrast till Mann och Luborsky menade Malan (1979) att man i de flesta fall inte bör förstora upp avslutets betydelse. Utöver viss ledsenhet vid avsked är de flesta patienter enligt Malans studier mest nöjda med att ha uppnått sina mål. Endast om patientens centrala problem kretsar kring förlust är det avgörande hur avslutet hanteras. Då menar Malan att patienten behöver en *korrektiv emotionell erfarenhet*: att för första gången på djupet få möta ilskan och besvikelsen som alla misslyckanden och förluster orsakat, vilket även innefattar psykoterapiens begränsningar (se Della Selva, 2004).

Joyce et al. (2007) menar att avslutet blir mer konfliktfyllt ju längre terapi, men klinisk erfarenhet tyder på att patienter utvecklar intensiva känslor för sina terapeuter även vid kortare tidsbegränsade terapier – att tvingas lämna sin nyvunna relation och trygga plats kort efter att den etablerats kan för vissa patienter bli extra känsloladdat (Lemma et al., 2011). Vidare menar

Busch et al. (2012) att intensiteten i kortare terapiformer medför att känslor och konflikter kring avslut aktualiseras tidigare än i icke-tidsbegränsad terapi.

I kontrast till kliniker som förespråkar tidsbestämda korttidsterapier argumenterar Holmes (1997) för att en individuell bedömning av när avslutet ska ske är av stor vikt för behandlingens utfall. Här kan exempelvis patientens anknytningsstil spela in. En undvikande anknytningsstil ökar risken för ett prematurt avslut, medan en ambivalent anknytningsstil ökar risken för att terapeuten håller kvar patienten i terapi längre än nödvändigt.

### **Tidigare forskning på patientupplevelser av avslut**

I litteraturen kring avslut undersöks framför allt terapeuters syn på avslut, teoretiska modeller eller kliniska råd för behandlingsavslut (Bhatia & Gelso, 2017; Joyce et al, 2007; Quintana, 1993). Det finns kvalitativa studier som undersökt terapeuters skattning av patienters reaktioner på att avsluta. Resultaten pekar på att patienter har övervägande positiva känslor såsom stolthet och känslor av bemästrande, och att det tycks ovanligt att patienter återupplever tidigare förluster och arbetar igenom sorg (Fortune et al., 1992; Fortune 1987). I den mån kvalitativ empirisk forskning om avslut undersökt upplevelser utifrån patienternas perspektiv rör det sig framför allt om 'open-end'-terapi, där avslutet förhandlas fram mellan terapeut och patient (Etherington & Bridges, 2011; Roe et al., 2006; Råbu & Haavind, 2018; Webb et al., 2019; Webb et al., 2022). Denna forskning tyder på att patienter värdesätter inflytande över hur och när avslutet ska ske och att detta också påverkar upplevelsen. Det finns även forskning på patienters upplevelser vid oplanerade avslut som berott på utomterapeutiska situationer. Ofrivilliga och terapeutinitierade avslut är förenat med negativa upplevelser hos patienter, bland annat stress och symptomökning (Bostic et al., 1996). Oplanerade avslut kan också upplevas positivt om man har en god relation till terapeuten (Knox et al., 2011).

Generellt tycks forskningen peka på att avslutet för de flesta patienter, åtminstone de som haft en framgångsrik terapi, är en övervägande positiv upplevelse förenat med känslor av självständighet, stolthet, beslutsamhet, tacksamhet och förväntan (Gelso & Woodhouse, 2002; Marx & Gelso, 1987; Roe et al., 2006).

### **Avslut hos paniksyndrompatienter**

En patientgrupp som tycks ha en förhöjd känslighet för separation, och hypotetiskt således även för avslut, är patienter med paniksyndrom. Paniksyndrom definieras som återkommande, oväntade panikattacker som åtföljs av antingen ihållande oro över ytterligare panikattacker och dess konsekvenser eller en betydande maladaptiv beteendeförändring relaterad till attackerna. Typiskt tankeinnehåll vid panikattacker och ångest handlar om att bli

övergiven, lämnad eller att vara inkapabel och oförmögen till att klara sig själv. Dessa fantasier kan leda till att patienten ständigt måste ha en annan person med sig, vilket framför allt är vanligt vid agorafobi, som ofta förekommer tillsammans med paniksyndrom (American Psychiatric Association, 2013). Ett samband har påvisats mellan separationsångest i barndomen och paniksyndrom i vuxen ålder (Kossowsky et al., 2013; Weissman et al., 1984). Patienter har i stor uträkning uppgett att tidigare separationer eller förluster, både fantiserade och upplevda, är en utlösande faktor till paniksyndrom (Faravelli & Pallanti, 1989; Klass et al., 2009).

### **Panikångest och förändringsmekanismer i PFPP**

I panikfokuserad psykodynamisk psykoterapi (PFPP) antas att panikattacker orsakas av omedvetna konflikter kring beroende, anknytning, ilska och skuld. Paniken ses exempelvis som ett uttryck för omsorgsbehov, eller som ett aggressivt försök att få uppmärksamhet från vårdnadshavare, eller som en typ av självbestraffning på grund av skuldkänslor över önskingar om beroende (Busch et al., 2012). Patienterna antas få hjälp med sin panikångest genom att dessa konflikter medvetandegörs. En ökad förmåga att mentalisera symptomen, att ge dem psykologiska skäl och känslomässig betydelse, har visat sig predicera en påföljande minskning av symptomen (Barber et al., 2020).

### **Termination setback**

Nilsson et al. (2021) fann symptomökning under avslutningsfasen hos nästan hälften av patienterna som behandlats med PFPP – ett fenomen de benämnde ‘termination setback’ (TS). Denna grupp uppvisade sämre resultat än jämförelsegruppen vid avslutad terapi, men lika goda resultat vid 24 månaders uppföljning. TS definierades som en symptomökning mellan vecka 10 och vecka 12. Symptomökningen förekom i olika grad, och när ökningen var minst 40% av baslinjemätningen av paniksymptom (PDSS-SR) räknades det som en klinisk meningsfull försämring. Ungefär en sjättedel av patienterna uppfyllde kriterierna för denna mer strikta definition. Med bakgrund i PFPP-behandlingens fokus på separation och förlust väcktes hypotesen att TS eventuellt kunde förklara skillnaden i resultat mellan grupperna. I studien undersöktes samband mellan TS och faktorer såsom anknytningsstil, interpersonella problem, komorbiditet, terapeutisk allians, samt terapeutens följsamhet till manualen. Slutligen undersöktes även relationen mellan grad av TS och utfallet vid 24 månaders uppföljning, för att se om upphämtningen i PFPP-gruppen speglade en återhämtning hos patienter med TS. En större symptomreduktion fram till vecka 10, och en mindre grad av både undvikande anknytningsstil och interpersonella problem, predicerade en större TS. TS verkade även hålla i sig över tid då patienter med TS uppvisade sämre resultat vid 6 och 12 månaders uppföljning.

## **Sudden losses**

Ett besläktat fenomen är vad som i litteraturen kallas sudden losses (Lutz et al., 2021), det vill säga stora försämringar hos patienter mellan sessioner. Medan förbättringar ('sudden gains') är välbeforskat, är forskningen kring sudden losses begränsad. De fynd som finns tyder på att plötsliga förbättringar är vanligare än plötsliga försämringar. Det senare har exempelvis visat sig ha en koppling till ökad insikt i problem (Odyniec et al. 2019). Ett fenomen som är relaterat till sudden losses är alliansbrott. Alliansbrott syftar på dödlägen eller sår i den terapeutiska alliansen som kan vara betydelsefulla och hjälpsamma om de tas hand om väl. Om de däremot inte erkänns eller får en lösning kan de leda till sämre utfall och bli förödande för terapin (Eubanks et al., 2018; Muran et al., 2009; Rubel & Zilcha-Mano et al., 2018). Man har även sett att sudden losses oftare föranleds av sessioner där patienten öppet klagar på terapeuten eller terapin (Ehrlich & Lutz, 2015).

## **Syfte & frågeställningar**

Både teori och klinisk erfarenhet pekar mot att avslutningsfasen kan vara svår och att symptomen kan komma tillbaka. Det finns här en diskrepans mellan teori och empiri: mycket teori om vad som sker i patienternas inre värld; lite empirisk data om hur patienterna själva förstår sina upplevelser. Teorin tyder dessutom på att avslutet är konfliktfyllt, medan empirin främst vittnar om positiva erfarenheter.

Syftet med denna studie är att bidra till kvalitativ kunskap om det kvantitativa fyndet termination setback (Nilsson et al., 2021); att utifrån patienternas erfarenhet öka förståelsen för fenomenet. Våra frågeställningar är följande: Hur var det för patienterna att gå i terapi? Hur förstår patienterna sina symptom? Hur beskriver patienterna avslutningsfasen? Och slutligen: Hur kan vi förstå symptomökningen i ljuset av hur patienterna beskriver sin upplevelse av terapin?

## **Metod**

Eftersom vi ville utforska hur patienterna upplevde och förstod sin terapierfarenhet, lämpade sig en kvalitativ metodologi (Willig, 2022). Vi valde en idealtypsanalys, i huvudsak enligt Stapley et al. (2022), för att besvara våra frågeställningar. Datasamlingen bestod av transkriptioner från 13 semistrukturerade intervjuer med patienter som genomgått psykodynamisk psykoterapi för paniksyndrom (PFPP).

## **Epistemologisk position och reflexivitet**

Vi utgick från en kritisk realistisk epistemologisk position i vårt arbete. Kritisk realism antar att vi kan uttala oss om en faktisk verklighet, även om våra utsagor om den aldrig kommer

vara en exakt återspeglning (Willig, 2022). Den verklighet vi här försöker uttala oss om är deltagarnas psykiska verklighet. Även om deltagarna berättar om sina upplevelser i intervjuerna har man aldrig direkt åtkomst till andras inre värld. För att förstå någon annans, likväl som ens egna psykiska verklighet, och för att säga något sant om den, krävs tolkning. Intervjuerna gav oss viss insikt i deltagarnas subjektiva förståelse av sin terapierfarenhet såsom de mindes den sex månader efter att den avslutades. Allt bortglömt, undanhållet och omedvetet gör insikten begränsad.

Att vi tolkat intervjuerna utifrån en kritisk realistisk position innebär att vi sett vår subjektivitet mer som en resurs än som ett hinder; att vi mött materialet utifrån vår unika kunskap, och skapat, snarare än upptäckt, en förståelse för det successivt (Braun & Clarke, 2022). Detta kan likställas med en terapeut som, istället för att vara en neutral observatör, är färgad av sina egna emotionella och personliga responser på patienten. De egna reaktionerna behöver reflekteras kring i strävan att urskilja sig själv från patienten och för att nå den observerande position som krävs för att tolka (Gullestad & Killingmo, 2011).

Vi har valt att vara flexibla kring i vilken grad vi skulle förhålla oss induktivt eller deduktivt gentemot materialet, fokusera på semantisk eller latent mening, eller ha ett erfarenhetsnära eller kritiskt ramverk. Eftersom studien utgår från en psykodynamisk förståelse för varför symptom kan komma tillbaka i slutet är vår tolkning ofrånkomligen präglad av dessa teorier, vilket medför en deduktiv ansats. Samtidigt är vi intresserade av att induktivt utforska hur deltagarna skapar mening. Utifrån en kritisk realism menar vi även att patienternas uppfattning av sin terapierfarenhet är påverkad av en terapeutisk kultur. Den är bland annat påverkad av terapeutens tolkningar av samma erfarenhet. Dessutom har vi, i egenskap av psykodynamiskt orienterade psykologstudenter, tolkat patienternas tal utifrån en psykodynamisk begreppsvärld, och därmed antagit att talet också har en implicit mening.

Vårt val att utforska ett kvantitativt begrepp kvalitativt kommer ur en viss skepsis inför att det statistiskt signifikanta, i en kultur som vi anser premierar det mätbara, ofta likställs det kliniskt signifikanta. Tidigare kvalitativ forskning tyder exempelvis på att patienter ser på sin terapi på sätt som inte fångas i självskattningsformulär (McLeod, 2021). Detta påverkade troligen vårt val att göra ett snävare urval för att kunna gå djupare i enskilda fall, snarare än att undersöka fenomenet bredare men ytligare. Vi tänker oss även att det kan ha medfört en öppenhet inför att termination setback som fenomen inte nödvändigtvis representerade något kliniskt meningsfullt. Vi var därmed beredda att hitta lika många skäl till symptomåterfallet som det fanns deltagare.

## **Procedur**

Denna studie genomfördes inom ramen för forskningsprojektet The Psychotherapy Outcome and Self-Selection Effects Project (POSE) vid institutionen för psykologi på Lunds universitet. Ansvarig forskare för projektet är Rolf Sandell. Samtliga data i denna uppsats är hämtade från POSE-projektets databas. Som uppsatsförfattare har vi formulerat frågeställning och design, och är även ansvariga för databearbetning, slutsatser och avrapportering i denna psykologexamensuppsats.

## ***Datainsamling***

De semistrukturerade djupintervjuerna genomfördes av POSE-studiens huvudförfattare Martin Svensson och Thomas Nilsson sex månader efter avslutad behandling utifrån intervjuguiden POISE – Psychiatry Interview Outcome Schedule (se bilaga A). Guiden utgörs av 26 frågor inom följande områden: bakgrund, förändring, förändring över tid, metodik, den terapeutiska relationen samt utomterapeutisk påverkan. Totalt intervjuades 174 deltagare, efter ett bortfall på 42, av de 216 som hade rekryterats till POSE-studien. De flesta intervjuerna filmades; några spelades in över telefon.

**Urval och deltagare.** I vår studie ingår filmer och transkriptioner av 13 uppföljningsintervjuer från patienter som deltog i POSE-projektet (Sandell et al., 2015). Patienterna i POSE-studien var i åldrarna 18–70 och rekryterades från psykiatriska öppenvårdsmottagningar, vårdcentraler och ungdomsmottagningar från fyra regioner i Sverige mellan år 2011–2017. Deltagarna uppfyllde kriterier för pågående paniksyndrom med eller utan agorafobi i enlighet med DSM-IV och hade haft minst en panikångestattack i veckan under de tre veckor som föregick behandlingen. Eventuell medicinering skulle hållas stabil under behandlingen. Exklusionskriterierna i studien var följande: pågående beroendeproblematik, akut suicidalitet, pågående psykos, pågående mani, pågående rättslig tvist rörande ens psykiska hälsa, eller att ha någon form av medicinskt tillstånd som ökade risken för att inte kunna fullfölja behandlingen. Patienterna fick sedan antingen panic focused psychodynamic psychotherapy (PFPP) eller panic controlled treatment (PCT). För utförlig deskriptiv statistik om urvalet i POSE-studien, se Svensson et al. (2021).

För denna studie valdes samtliga patienter ut som både genomgått PFPP och uppfyllde kriterierna för den striktare definitionen av termination setback. Vi valde enbart patienter från PFPP eftersom det var i denna grupp fenomenet förekom, och vi valde den striktare definitionen av termination setback i förhoppning om att fenomenet då skulle framträda tydligare. Av totalt 16 fanns 13 tillgängliga intervjuer. Under databearbetningen blev det tydligt att en deltagare

skilde sig åt på ett sådant sätt att hen kunde ha uteslutits från huvudstudien baserat på exklusionskriterierna. Eftersom stora delar av intervjun var omöjlig att tolka valde vi att utesluta denna deltagare från studien. Totalt studerades alltså tolv intervjuer. Deltagarna var i åldern 19–57 (M=34; SD=11). Sju av dem var kvinnor och fem av dem var män. Sex hade högskole- eller universitetsutbildning, fyra hade gymnasieutbildning, en hade yrkesutbildning, och två hade grundskoleutbildning.

***Panic focused psychodynamic psychotherapy.*** PFPP är en manualbaserad tidsbegränsad psykodynamisk terapimetod. Metoden består av tre ungefärliga faser i terapin, som dock inte behöver följa exakt kronologi i samtliga terapier. I den första fasen arbetar terapeuten och patienten med paniksyndromets mening och bakomliggande orsaker. I den andra fasen är huvudfokus intrapsykiska konflikter och hur de tar sig uttryck i relationer, även i den terapeutiska relationen. I den tredje fasen arbetar man framför allt med avslutet, och patienten får en chans att återuppleva tidigare separationer och avslut i relation till terapeuten (Busch et al., 2012). I POSE-studien fick patienterna, i enlighet med terapimanualen, två 45-minuters sessioner i veckan under 10 till 16 veckor. Totalt utgjordes behandlingen av 19 till 24 sessioner (Sandell et al., 2015).

***Panic Disorder Severity Scale – Self Report.*** För att mäta paniksyndrom i POSE-studien användes The Panic Disorder Severity Scale– Self Report (PDSS-SR) (Houck et al., 2002). Den består av sju items som berör antalet panikattacker senaste veckan, hur påfrestande de upplevdes, rädsla för nya panikattacker, undvikande av platser och situationer respektive aktiviteter, samt arbetsrelaterad respektive social funktionspåverkan. Det maximala antalet poäng i PDSS-SR är 28 och 10–15 poäng definieras som måttligt svårt paniksyndrom. Remission definieras som  $\leq 7$  poäng och en minskning av symptom med minst  $\geq 40\%$  definieras som klinisk meningsfull förbättring, så kallad respons (Furukawa et al., 2009). En inversion av respons har använts av Nilsson et al. (2021) för att definiera termination setback, där en ökning av symptom  $\geq 40\%$  i vecka 10 jämfört med baslinjemätningen alltså räknades som en kliniskt meningsfull försämring.

### ***Dataanalys***

Vi tänkte inledningsvis göra en tematisk analys, enligt Braun & Clarke (2022). Detta eftersom vi till en början ville förstå gemensamma erfarenheter och mönster hos deltagarna som kunde kasta ljus på fenomenet att symptomen kom tillbaka. Under bearbetning av koderna insåg vi att meningsfulla skillnader mellan patienterna riskerade att gå förlorade i en tematisk analys. För att bevara dessa skillnader behövde vi en metod som gav oss möjligheten att både djupdyka



i enskilda fall och se likheter och skillnader mellan fallen. Vi insåg också att vårt arbete skulle bli mer kliniskt relevant om vi kunde identifiera meningsfulla “typiska fall” att reflektera över för att på så vis bidra till kunskap om hur liknande fall kan hanteras annorlunda.

En metod som används för att utveckla typologier, en kategorisering byggd på likheter och skillnader utifrån kvalitativa data, är idealtypsanalys (Stapley et al., 2022). En idealtyp, ett begrepp som kommer från Weber (1904), är en beskrivning, en generalisering eller en hypotes, som forskaren utvecklar efter observationer av olika fenomen som har något gemensamt. Idealtypen fungerar sedan som en måttstock att jämföra med och utgå ifrån i tolkningar av de enskilda fenomenen. Idealtypsanalysen gav oss alltså ett sätt att fokusera på patienternas unika berättelser, likväl som på mönster över hela vårt material, både inom de olika typerna och mellan dem.

Idealtypsanalys är även en epistemologiskt flexibel metod som lämpar sig väl för en kritisk realistisk position. Idealtyper existerar inte objektivt i världen och korresponderar inte helt med verkligheten. Syftet med idealtyper är i stort att reducera empirisk data så att jämförelser blir möjliga att göra. Det är vi som forskare som bedömer vilka egenskaper som är betydelsefulla, relevanta och essentiella. Samma fenomen kan alltså ge upphov till olika idealtyper, beroende på forskarens subjektiva tolkning och idealtyperna kan inte ses oberoende av den kontext i vilken de skapades (Stapley et al., 2022).

Vår arbetsprocess utgjordes av följande steg: (1) bekanta sig med data, (2) kodning, (3) fallrekonstruktion, (4) forma idealtyper, (5) skriva ihop och jämföra.

**Att bekanta sig med data.** Det första steget i en idealtypsanalys är att bekanta sig med data (Stapley et al., 2022). Vi gjorde detta genom att se på videoinspelningarna både tillsammans och var för sig, läsa igenom transkriptionerna och anteckna våra associationer, insikter och tankar för att sedan diskutera dessa sinsemellan.

**Kodning.** Vi började sedan bearbeta materialet med hjälp av *kodning* som är en generell metod inom kvalitativ forskning. Under kodningen, som gjordes i Nvivo 12, försökte vi fånga segment i transkriptionerna innehållande analytiskt intressanta idéer eller koncept (Braun & Clarke, 2022). Inledningsvis kodade vi allt tillsammans i en ständigt pågående gemensam diskussion och argumentation för och emot olika koder. Efter att ha gått igenom alla transkript reviderade vi koderna genom att föra samman koder som kändes för lika och skapa nya för de som kändes för breda. Vi kontrollerade löpande att det fanns meningsfulla skillnader mellan koderna.

Efter första kodningen skapade vi övergripande kategorier för att få bättre överblick och för att mer effektivt kunna koda en andra gång. Dessa kategorier, som delvis speglar våra frågeställningar, var *terapiprocesser generellt*, *negativa* respektive *positiva känslor inför terapin*, *personlighet/självbild*, *förståelse av symptom*, samt *avslutningsfas*. Kategorin personlighet/självbild skapades i takt med att skillnader mellan individer framstod som allt mer relevant i arbetet. Under andra kodningen delade vi upp arbetet och kodade hälften var, men hela tiden i dialog med varandra om svårare segment.

Vi skapade namn på koderna som för oss fångar något terapeutiskt intressant generellt och i relation till våra frågor. Koder såsom *bristande affektmedvetenhet* eller *svårt att förhålla sig till terapeutens återhållsamhet* hade troligen inte blivit till utan vårt intresse för just psykodynamisk teori, och koder som skiljer på arbetsallians och känslomässigt band uppstod i första hand på grund av vår kunskap om begreppet terapeutisk allians. Andra koder är mer induktiva såsom *terapeuten som vän* eller *plötsligt mista*. De delar av patienternas utsagor om sina upplevelser som vi ansåg särskilt viktiga för våra frågeställningar kodade vi mer nyanserat än andra. Ett exempel är koderna kring kroppen och upplevelsen av den, såsom *somatisering*, *kroppen som skrämmande*, *ovisshet om kroppen*, och *det kroppsliga som överväldigande*. Vi menade att nyansen var viktig eftersom det kroppsliga är centralt i just panikångest och eftersom koderna vittnar om hur patienterna förstår sina symptom.

**Fallrekonstruktion.** I detta skede sammanfattade vi våra tolkningar av varje patients berättelse om hur de upplevde terapin, förstår sina symptom och talar om avslutningsfasen samt våra hypoteser om hur symptomåterfallet kan förstås. Beskrivningarna formulerades i stil med en terapisammanfattande journalanteckning. Här inspirerades vi även av våra första anteckningar från filmerna och de vanligaste koderna i varje fall. Vi läste transkriptionerna och den framväxande fallrekonstruktionen om vartannat för att kontrollera att våra tolkningar var väl förankrade i materialet och att inga viktiga detaljer gick förlorade. Vi samlade även på kärnfulla citat att använda oss av i kommande idealtypsbeskrivningar. Varje fallrekonstruktion, tolv totalt, blev ca två sidor lång.

**Forma idealtyper.** Vi använde sedan fallrekonstruktionerna för att forma idealtyper. Vi jämförde fallen genom att studera papperskopior av fallkonstruktionerna, markera centrala segment och placera liknande fall bredvid varandra. Eftersom vårt urval var relativt litet fungerade detta väl för att få en första överblick. Vi började med att separera de fall som skilde sig mest från varandra, som också byggde på en första hypotes om i huvudsak tre olika idealtyper som vuxit fram successivt under databearbetningen. Efter den första

gruppindelningen blev det nödvändigt att reducera data ytterligare för att lättare jämföra och kontrollera om inledningen var lämplig. Vi skapade därför en tabell för varje grupp där vi för varje fall noterade det mest centrala gällande terapiupplevelse, symptomförståelse, avslut och våra hypoteser för symptomåterfall. I ett sista skede sammanfattade vi utmärkande likheter i varje grupp tillsammans med utmärkande skillnader för varje enskilt fall. Processen gav oss anledning att revidera vårt första utkast till gruppindelning och med nya glasögon återigen studera transkriptioner och kodning. Detta är ett exempel på hur vi ständigt pendlat mellan en deduktiv och en induktiv ansats samt mellan metodens olika faser. Idealtyperna växte fram i diskussioner mellan oss, utifrån våra frågor till materialet och hur vi successivt lärde känna personerna.

Som ett sista steg i att forma idealtyper undersökte vi kodernas fördelning med hjälp av crosstab-funktionen i Nvivo 12. Vi kunde på så vis se i vilken grad idealtyperna speglades i kodningen (se bilaga B).

**Beskriva idealtyperna.** I en idealtypsanalys enligt Stapley et. al (2022) är nästa steg att identifiera *det optimala fallet* – det vill säga det fall som bäst illustrerar och är mest representativ för idealtypen. Detta fall är sedan tänkt att bli det fall som alla andra fall jämförs med, och som ska ligga till grund för idealtypsbeskrivningarna. Eftersom vårt urval var relativt litet och vi hade få fall i varje grupp bedömde vi det som problematiskt från såväl ett etiskt som metodologiskt perspektiv att identifiera ett optimalt fall. Det begränsade urvalet hade också riskerat röja anonymiteten hos deltagaren i det optimala fallet. Vi valde istället att presentera varje idealtyp i form av en “fiktiv” klinisk vinjett. Vinjetten byggdes på utmärkande likheter inom idealtypen där vi plockade delar från olika fall, och skapades till största del utifrån våra koder. På så vis undvek vi att peka ut en deltagare till ofrivillig representant för en “typ”. Vi följde alltså inte idealtypsanalysen enligt Stapley et al. (2022) till fullo. Här inspireras vi av McLeod (2011) samt Denzin och Lincoln (1994) som menar att den kvalitativa forskaren ska vara pragmatisk och fritt använda de verktyg som finns till hands, istället för att tvinga på sitt material en förutbestämd metod.

**Skriva ihop och jämföra.** Avslutningsvis formulerade vi den slutgiltiga idealtypsbeskrivningen, adderade lämpliga citat från deltagarna till den kliniska vinjetten, och sammanfattade likheter och skillnader både mellan fallen i varje idealtyp och mellan idealtyperna.

## **Etiska överväganden**

Etiskt godkännande för POSE-studien gavs av etikprövningsmyndigheten i Lund (Ref: DNR-2010/88). Informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare i studien, med information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Idealiskt hade detta samtycke inhämtats på nytt, så kallat process consent, men oftast görs detta bara i etiskt mer känsliga studier (McLeod, 2011). Känsliga patientdata såsom transkriberingar och filmer har förvarats på ett säkert sätt, så att inga andra än uppsatsförfattarna haft tillgång till dem under arbetets gång. Alla transkriptioner anonymiserades i bemärkelsen att namn på personer, orter eller platser togs bort innan vi påbörjade kodningen i Nvivo 12.

Det främsta etiska problemet i vår studie ser vi som risken att deltagarna, om de skulle läsa vår studie, på något sätt far illa av att de riktigt eller oriktigt känner igen sig i citat eller beskrivningar; eller att de känner sig utpekade som tillhörande en "typ". Vi har skapat sammansatta fiktiva kliniska vinjetter, vilket föreslås av McLeod (2011) som ett sätt att minska risken för detta. Vi har varit varsamma i formuleringen av vinjetterna – de bygger i huvudsak på våra koder – och försökt hålla personliga beskrivningar till ett minimum.

Vi har analyserat terapin utifrån deltagarnas perspektiv, men också tolkat deras berättelser i egenskap av blivande psykologer. Det har inneburit att vi i analysen av data haft en terapeutisk blick på deltagarna, vilket hjälpt oss att förstå, men också placerat "problemen" i huvudsak hos deltagarna. I ett större perspektiv riskerar vår studie att bekräfta bilden av patienten som objekt för en terapeut som "sitter inne på svaren". Vår förhoppning är att vi trots detta gjort rättvisa åt patienternas röster – röster som är underrepresenterade i den psykoterapeutiska forskningen, där det kvantitativa perspektivet är dominerande (McLeod et. al., 2021) – och att resultatet kan bidra till en ökad förståelse för hur patienter upplever terapi.

## **Resultat**

Två idealtyper konstruerades i vår analys: "Kom långt, vill längre"-typen och "Önskade verktyg"-typen. Sju fall passade in i den förstnämnda och fyra fall passade in i den andra. Ett fall passade inte in i någon av idealtyperna och skulle eventuellt kunna ses som en egen typ.

### **Idealtyp 1 - "Dylan": Kom långt, vill längre**

#### ***Beskrivning***

Idealtypen utmärktes av en intensiv och betydelsefull terapi som i hög grad förändrat deras sätt att relatera till sig själva och andra. Deltagarna utvecklade ett starkt känslomässigt band till terapeuten, upplevde avslutet som sorgligt och plötsligt, och hade en önskan om att gå längre.

### ***Klinisk vinjett - Dylan***

Dylan kom till terapin med förhoppningar om att prata om sitt förflutna, och bearbeta sin roll i familjen där hen fått ta mycket ansvar. Hen visste inte hur familjesituationen hängde ihop med panikångesten, men trodde att de hade med varandra att göra. Dylan hade länge haft svårt att öppna upp känslomässigt för andra. Bland sina vänner och med sin partner kände hen sig ofta slutna. Med terapeuten skapades däremot snabbt ett starkt band och Dylan kände sig trygg att närma sig sina känslor med henne:

P<sup>1</sup>: Nej men vi fann varandra rätt omgående där... Jag kände förtroende för henne redan efter första. Hon kunde säga saker som jag alltså... Så hittade hon ord för jag hade inga ord för det innan. Jag hade inga ord på mina känslor eller varför sådär. Hon hittade dem rätt omgående.

I: Så första timmen?

P: Ja. Att jag var rädd för att bli övergiven och sånt här. Ja det kändes...

Terapeuten blev som en vän för Dylan; hen kände att ingen annan förstod hen på samma sätt. Efter några veckor grät hen för första gången i terapin. Det var en lättnad och något hen tidigare bara gjort i ensamhet. Dylan började så småningom göra kopplingar mellan sin panikångest och de undertryckta känslor som kommit fram i terapin, och såg då tydligare varför det var viktigt att närma sig sina tidigare erfarenheter inom familjen. Vissa sessioner gjorde hen helt utmattad, framför allt när terapeuten utmanade hen att stanna kvar i känslorna:

”Vad var det du kände nu?” kunde hon säga och ”var sitter det någonstans?” Och det var mycket i magen på mig [...] Den här knuten eller... Ja men hur besviken jag var på mina föräldrar och du vet, hela... Det är där det bottnar någonstans. Samtidigt så var jag ju... Jag ville ju hela tiden ha deras bekräftelse på att jag var duktig för då var man någonting va. Och det där har ju följt med mig: ”Man måste vara duktig”.

Dylans terapiavslut blev svårt och sorgligt. Det var ett viktigt rum och en stark relation som plötsligt försvann - just när Dylan börjat känna sig friare att tala om sig själv och sin

---

<sup>1</sup> I citaten som följer står P för patient och I för intervjuare. Om inget anges är det patienternas ord. Tre punkter utan hakparentes betyder paus.

historia. Hen var ledsen över att terapin var så kort och det fanns fortfarande saker som hen ville bearbeta. Trots det är Dylan idag nöjd och tacksam över sin terapi. Hen beskriver en ökad trygghet i sig själv; att hen är tydligare och ärligare gentemot andra. Dylan kan till exempel söka stöd hos vänner och familj, något som varit otänkbart tidigare. Hen är inte lika rädd för att bli avvisad utan vågar visa sig sårbar och känner efter mer vad hen verkligen behöver:

P: Jo men att jag låter mig själv ta det lugnt och tänka efter och känna efter vad jag vill göra. Det gjorde jag inte i så stor utsträckning innan utan det var mer ”nu måste jag göra det här, nu ska jag göra det här och sen...” Nu är det mer att jag ”ok men vad känner jag faktiskt för att göra idag?” och att jag ger mig liksom... Ah men jag litar på min känsla av vad jag vill göra och vad jag vill säga i större grad och det är ju vad vi pratade om. Det var hela tiden att jag måste känna efter så det hänger väl i, det gör det... Det här med tilliten till sig själv, sina känslor och sina tankar.

I: Att låta det få plats.

P: Ja precis, att det får finnas.

### ***Utmärkande skillnader inom gruppen***

Deltagarna hade olika centrala konflikter i terapin. Utöver konflikten kring att visa upp sig själv och tala fritt om sina känslor, var det för andra mer centralt att arbeta med närhet och avstånd till terapeuten, att våga vara sårbar, att ge plats åt ilska och sorg, eller att utforska känslor kring övergivenhet. Även om de flesta såg avslutet som en sorglig förlust av relationen till terapeuten delades inte upplevelsen av alla. En deltagare uttryckte en saknad av terapin som rum, snarare än en saknad av terapeuten, blandat med känslor av lättnad:

Det kändes lite som ett uppbrott så som jag har sagt men det kändes också skönt. Eh... Ja, väldigt blandade känslor faktiskt. Å ena sidan tyckte jag det kändes rätt skönt för just det att det tar så mycket av ens kraft och energi liksom, men å andra sidan tyckte jag att det kändes som att det gick lite för fort och jag gärna hade kanske fortsatt ett tag till egentligen. Ehm... Men i relation till henne vet jag inte hur mycket jag tänkte på... sådär. Jag tror ändå jag hade ett rätt så professionellt förhållande till henne så att det kändes inte jättesvårt för mig att inte ha kontakt med henne som person längre.

En annan uttryckte mindre en känsla av sorg, och mer en känsla av att bli utsparkad och övergiven. Vissa såg inte heller sin terapeut som sin vän, utan verkar ha bevarat en professionell distans. Några deltagare klickade med terapeuten och fann omedelbart en trygghet i rummet, medan andra upplevde ett större motstånd och behövde mer tid innan de öppnade upp. Deltagarna hade även olika svårt att förhålla sig till terapeutens återhållsamhet och att ta ansvar för sessionerna. För några låg tyngdpunkten på att konfrontera det förflutna; för andra låg tyngdpunkten på att utforska nuvarande relationer. En person utmärkte sig genom att för första gången på riktigt fått konfrontera sitt barndomstrauma:

Så på nåt sätt har det ju varit fantastiskt lättande att få upp det här ur ryggsäcken, kan jag säga dig... Hat, jag gick ju runt och bar på ett hat mot den här människan som har gjort mig så jäkla illa, ju. Jag tillbringar inte en minut åt den människan längre.

De flesta deltagarna verkar ha fått ett sätt att se sina symptom som meningsfulla, antingen såsom kopplade till undantryckta känslor eller till sätt att relatera till andra, men en deltagare såg fortfarande sina symptom som obegripliga och fysiska, vilket mer liknar den andra idealtypen:

Jag har väl fortfarande det där som sagt att jag vill förstå varför jag har min fobi... För den förstår jag ju inte fortfarande varför jag har... För det är ju som sagt ingenting farligt, utan jag bara reagerar på det direkt, och jag vet inte varför, och det stör mig. [skratt].

Hen förväntade sig dock inga konkreta verktyg utan ville utforska minnen som kunde förklara paniken, och eftersom hen även utvecklade ett påfallande starkt känslomässigt band till terapeuten passade den första idealtypen hen bättre.

### ***Hur kan symptomåterfallet förstås i ljuset av deltagarnas terapierfarenhet?***

Deltagarnas minsta gemensamma nämnare är att något betydelsefullt plötsligt tas ifrån dem. Det handlar i olika grad om att förlora relationen till terapeuten, att förlora terapin som rum att avbördas sig, eller att tvingas avbryta mitt uppe i ett viktigt självutforskande.

Det finns även några undantag. För en deltagare tycks det exempelvis ha varit i slutet som hen på riktigt konfronterade en djup sorg. En annan deltagare beskriver att hen i inledningen av terapin snabbt blev bättre, som hen senare insåg var "lite för bra för att vara

sant”, och ledde till att de fick “börja om på nytt”. Deltagaren beskriver ett försvar av att snabbt tillfriskna för att undvika att konfrontera sina rädslor. Kanske har detta skett även fortsättningsvis i terapin och lett till ett bakslag i slutet. Det är sättet de talar om sin terapi i sin helhet och inte hur symptomåterfallet förstås som gör att vi placerar dem i denna idealtyp.

## **Idealtyp 2 - “Lo”: Önskade verktyg**

### ***Beskrivning***

Idealtypen utmärktes av en ovana vid att sätta ord på sina känslor och en missnöjdhet över att de inte fick de konkreta råd och verktyg som de hade hoppats på. Istället fick de en ny, utmanande erfarenhet som var svår att greppa, men som samtidigt gav något värdefullt. Relationen till terapeuten var i första hand professionell. Terapin erbjöd ett nytt sätt att blicka inåt, men symptomen har förblivit kroppsliga och osymboliserade.

### ***Klinisk vinjett - Lo***

Lo kom till terapin efter att ha levt en tid med mycket stress på jobbet och en känsla av att ha tappat kontrollen över sitt liv. Hen hade förhoppningar om att få konkret och effektiv hjälp mot sina panikattacker som tog allt större plats i livet. Symptomen verkar komma som ur intet, men Lo har inte funderat så mycket över dem. Hen beskriver att hen inte är “lagd åt det hållet”. I terapin förväntades det att Lo skulle tala fritt och reflektera mycket själv över vad hen sade eller gjorde, vilket hen tyckte var väldigt stressande:

P: “Du måste väl ha fått nånting, nåt upplägg, nåt vi ska prata om?” “Vi ska prata om det och det och det”. För jag ville ju att hon liksom skulle berätta för mig i förväg, “nu ska vi gå in på det här och det här och det här” så att jag var med. För nu kom jag bara in i ett rum, “sitt och prata om vad du vill”.

I: Mm

P: Jag kände att vad ger det då? Vi måste väl ändå prata om panikångesten eller nånting om det, men vi kunde prata om vad som helst.

I: Ja

P: Känslor, var ju mycket inblandat, ”hur kändes det.”

Terapin upplevdes som “flummig” och det var svårt för hen att sessionerna inte hade en tydlig riktning. Hen hade hellre velat att terapin fokuserade på själva paniken, och hur hen kunde hantera den. Det var ovant och kämpigt att blicka inåt och försöka sätta ord på sina känslor. Samtidigt var det en unik upplevelse för hen, som var lärorik och gav vissa insikter:



Jag tyckte väl det var rätt intressant att gå dit, det var det får jag nog säga. Det var inte pest och pina på något sätt. Det var ändå intressant men ehm... Jag hade svårt för det där med att sätta ord på grejer alltså, det hade jag. Verkligen.

Terapeuten och Lo verkar inte knutit ett nära känslomässigt band. Istället beskriver hen relationen som professionell och terapeuten som kompetent. När terapin tog slut var Lo kluven till behandlingen. Hen tycker det är svårt att beskriva på vilket sätt hen förändrats efter terapin eller hur den varit hjälpsam. Det är något som har hjälpt, men det är inte helt klart vad.

Men om jag tänker kring det så, så ja det kanske har faktiskt en bidragande effekt, att prata om livet i allmänhet, hur man mår och hur man känner, faktiskt till panikångesten, även fast jag... inte har sett de direkta kopplingarna.

När terapin skulle avslutas tyckte Lo framför allt att det var skönt att slippa logistiken kring att hitta tid för sessionerna. Samtidigt fanns det något skönt i att ha någon att prata med, och hen tyckte det var jobbigt att avbryta en rutin. Lo beskriver annars inte så starka känslor i samband med avslutet, men hen lämnas med att inte ha fått verktyg, vilket hen från början hade förhoppningar om att få.

### ***Utmärkande skillnader inom idealtypen***

Alla utom en deltagare hade svårt att hantera terapimetodens fria stil. Denna deltagare skilde sig från övriga genom att ha beskrivit att hen fått just verktyg, och hen uttryckte också generellt mer positiva känslor kring terapin. Deltagaren fick exempelvis hjälp med att stanna upp och känna efter, och arbetade mycket med att få ett språk i terapin. Trots detta var det fortfarande svårt för deltagaren att uttrycka sig kring processer eller relationen i terapin.

P: Det är svårt att sätta ord på det. Men det är det är mycket som har hänt som gör att det blivit bättre i alla fall.

I: Det är det ja, mm.

P: Ja, men jag kan inte säga nu vad det beror på och vad det är, det kanske kommer senare framåt, framöver men inte nu kan jag säga det.

Vi tolkar detta som att deltagaren tagit till sig det som var konkret och tydligt, men haft svårt

för det abstrakta och känslomässiga i terapin, vilket förenar hen med övriga i idealtypen.

Relationen till terapeuten beskrivs som professionell, och relativt distanserad, men av flera skäl och på olika sätt. En patient upplevde exempelvis en emotionell distans till terapeuten som framstod som "auktoritär" när hen var lika gammal och hade samma intressen som patienten själv. Detta gjorde det svårt för deltagaren att slappna av och öppna sig för terapeuten. En annan kände sig tvärtom oerhört olik terapeuten som person, där terapeuten blev en representation av det som kändes främmande i terapiformen. En tredje patient uttryckte att förhållandet till terapeuten inte alls var en relation, men att detta inte var negativt, utan skönt. Övriga uttryckte att de på olika sätt respekterade terapeutens kompetens, och att de tyckte om sin terapeut men beskrev inte något starkt emotionellt band.

Hon var jävligt observant får jag ju säga, det, det var hon väldigt observant för minsta lilla grej som eller som vad hände nu typ såhär va, jag tyckte att du reagerade på ett annat sätt här nu, ja okej, vad beror det på... (skratt) ja ingen, ingen aning så att säga va. Så det, nej så att, hon var ju hon var jävligt vass, det får jag säga det var, ja...

Generellt var avsluten inte emotionellt laddade på så vis att patienterna uttryckte en saknad eller sorg över sina terapiavslut eller att skiljas från terapeuten. Några upplevde en besvikelse i den avslutande fasen, eftersom de inte fått vad de hoppades på. En patient uttryckte inga problem i samband med avslutet och kopplar detta till en oladdad relation till terapeuten.

I: Nä. Hur tyckte du det kändes att avsluta kontakten med terapeuten?

P: Det var inga konstigheter där heller.

I: Nä.

P: Det gick bra. Tänk om det blir så här nu att du hör av dig och du vill prata? Nä, det är lugnt det kommer nog inte bli så tror jag.

I: Nä, nä.

P: Om jag träffar dig på stan så skulle jag inte, jag skulle stanna och kanske säga hej då men sen kanske jag har glömt bort det där, jag vet inte.

En av patienterna tyckte det kändes jobbigt att avsluta för att hen hade fått in en rutin, och att det var "skönt att gå och prata med någon". En annan patient tyckte det var skönt att slippa logistiken kring terapin, och insåg mer i efterhand att terapin kanske hade gett något som

hen inte var medveten om vid avslutet.

I: Då låter det ju som att det tog ganska lång tid för dig att få, vad ska jag säga... nu tänker jag säga en sak, det kan låta taskigt men, att förstå poängen med det?

P: Mm, mm, och jag vet fortfarande inte om jag har förstått den

I: Nä jag är inte säker heller (skratt)

P: Nä jag är faktiskt inte helt säker på att jag har förstått den men jag hade ju kunnat tänka mig att fortsätta

### ***Hur kan symptomåterfallet förstås i ljuset av deltagarnas terapierfarenhet?***

Symptomåterfallet kan delvis förstås utifrån en besvikelse i avslutningsfasen. De flesta deltagarna fick inte det de förväntade sig. Istället lämnades de kvar utan att varken knutit an till terapeuten eller fått den konkreta hjälp de ville ha. Vissa talade om att symptomen påverkade dem även efter terapin och har hos flera inte riktigt fått någon förklaring. Symptomen förefaller vara övermannande och oförutsägbara, och deltagarnas förståelse av sina symptom ligger heller inte i linje med en psykodynamisk förståelse. Några har fått en viss insikt i återkommande mönster och tidigare erfarenheter, men förståelsen ger intryck av att vara något begränsad. Det verkar som att deltagarna i denna idealtyp lämnats utan att symptomen bär en klar mening för dem. En ökad ångest kan därför tänkas bli ännu svårare att hantera.

En fråga som väcks är hur deltagarna som hör till denna idealtyp förstår att deras panikångest minskade i början av behandlingen. Det är uppenbart något som hjälpt dem, men vad och på vilket sätt framträder inte tydligt i deras berättelser. Intervjuerna tyder istället på att detta skett på en mer omedveten eller osymboliserad nivå, även om de alla lyfter olika positiva aspekter med terapin såsom att det var skönt att prata av sig, att få ord för ångesten, eller att få en grund för fortsatt självutforskande.

### **Fördelning av koder**

Nedan följer exempel (se tabell 1) på hur koderna fördelat sig över de olika idealtyperna. Vi har i exemplet valt ut ett antal koder som vi anser fångar utmärkande skillnader mellan idealtyperna (för kodlistan i sin helhet, se bilaga B).

**Tabell 1**

Antalet kodningar för varje kod (kolumnen till vänster), samt procentuell fördelning av det totala antalet kodningar (kolumnen till höger), för idealtyp 1 och 2. Eftersom en deltagare inte ingår i någon av idealtyperna uppnår inte andelarna alltid 100%.

Koder	Idealtyp 1	Idealtyp 2	Idealtyp 1	Idealtyp 2
<input type="radio"/> arbeta med att bli mer i kontakt med sina känslor	24	4	75 %	12,5 %
<input type="radio"/> arbeta med att släppa sin fasad gentemot andra	22	2	91,67 %	8,33 %
<input type="radio"/> avbörda sig i terapin	24	2	92,31 %	7,69 %
<input type="radio"/> bli omhändertagen (av terapeuten)	10	0	90,91 %	0 %
<input type="radio"/> bristande affektmedvetenhet	4	14	22,22 %	77,78 %
<input type="radio"/> bristande känslomässigt band till terapeuten	0	5	0 %	83,33 %
<input type="radio"/> det är svårare för mig än för andra	1	4	16,67 %	66,67 %
<input type="radio"/> frustration över att inte få verktyg - önskan om verktyg	1	23	3,85 %	88,46 %
<input type="radio"/> inte gjort terapin till sin egen	0	6	0 %	100 %
<input type="radio"/> jag är en rationell person	3	13	17,65 %	76,47 %
<input type="radio"/> jag är otillräcklig	2	12	14,29 %	85,71 %
<input type="radio"/> klicka med terapeuten	12	0	92,31 %	0 %
<input type="radio"/> känna sig främmande inför terapi	1	16	5,88 %	94,12 %
<input type="radio"/> metodbrist	0	5	0 %	26,32 %
<input type="radio"/> misslyckad arbetsallians	2	9	15,38 %	69,23 %
<input type="radio"/> plötsligt mista	11	1	91,67 %	8,33 %
<input type="radio"/> svårt att förhålla sig till terapeutens återhållsamhet	2	7	18,18 %	63,64 %
<input type="radio"/> svårt att greppa terapin	1	8	11,11 %	88,89 %
<input type="radio"/> sätta andras behov framför sina egna	11	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> terapeuten som en vän	12	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> tillit till terapeuten	24	2	88,89 %	7,41 %
<input type="radio"/> tryggare i sig själv	34	12	73,91 %	26,09 %
<input type="radio"/> trygghet i det terapeutiska rummet	26	1	89,66 %	3,45 %
<input type="radio"/> tungt och ledsamt att avsluta	9	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> vara eller visa sig sårbar	25	5	75,76 %	15,15 %
<input type="radio"/> visa upp sig själv mer	12	0	100 %	0 %
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>151</b>	<b>59,48 %</b>	<b>32,9 %</b>

### “Charlie” - ett atypiskt fall?

En av deltagarna passade varken in i idealtyp 1 eller idealtyp 2. “Charlie” uttryckte ett starkt missnöje med terapin och upplevde att den mest rivit upp sår som hen sedan lämnats ensam med. Eftersom Charlie talar om sina symptom som kopplade till en övergivenhetsproblematik, kan detta blivit särskilt konfliktfyllt. Charlie var nöjd med relationen till sin terapeut, och kom till terapin med förhoppningen om att konfrontera sitt förflutna, vilket för samman hen med idealtyp 1. Däremot ansåg hen efterhand att den korta och begränsade tiden var olämplig för psykodynamisk terapi, och uttryckte likt idealtyp 2 en önskan om verktyg, dock inte på ett sätt som överensstämde med hur övriga idealtypen uttryckte denna önskan. Vi har valt att inte presentera fallet utförligare eftersom det riskerar att bli för

utelämnande.

## **Diskussion**

Syftet med vår studie var att lyssna på deltagarnas berättelser om sin terapi för att förstå varför symptom kan komma tillbaka i slutet av en terapi efter att först ha minskat – det som Nilsson et al. (2021) benämnt ‘termination setback’. I analysen kom vi fram till två typiska terapierfarenheter, alltså idealtyper. Den första idealtypen hade knutit an till terapin och terapeuten som ett kärleksobjekt – ett kärleksobjekt som patienten plötsligt miste, och hade velat få mer ifrån. Den andra idealtypen hade inte lika lätt att ta till sig terapin, och hade inte knutit an till terapeuten på samma sätt. Deltagarna i denna idealtyp berättade framför allt om en frustration över att de inte fick vad de önskade, nämligen konkreta verktyg för att hantera sin panikångest, och uttryckte att det var svårt att formulera sig kring sin terapiupplevelse.

### **Avslut som kris och förlust?**

Det har länge hävdats att slutet av terapin kan bli krisartad för patienter och att denna kris speglar en ångest över att förlora ett gott objekt – en ångest som dessutom påverkas av tidigare svåra erfarenheter kopplade till separation och förlust (exempelvis Busch et al., 2012; Joyce et al., 2007; Klein, 1950; Lemma et al., 2011; Mann, 1973). Tanken är att denna kris är ett nödvändigt ont som stärker patienten. I alla fall om patienten kompenserar förlusten genom att identifiera sig med och internalisera objektet (Klein, 1950; Quintana, 1993).

Den empiriska forskningen på patientupplevelser är begränsad, men pekar mot att patienter övervägande upplever positiva känslor. Flera teoretiker har därför under de senaste decennierna föreslagit att avslutningsfasen i högre grad borde bestå av att utvärdera terapin; vad patienten lärt sig, vilka framsteg som gjorts, och att blicka framåt (Quintana, 1993; Joyce et al., 2007). Vårt resultat stödjer dock det tidigare krisperspektivet i bemärkelsen att deltagarna i idealtyp 1 upplevt en markant ökning av symptom i slutet och talar om känslor av ledsamhet och frustration över att plötsligt förlora något betydelsefullt. Det faktum att de efter en symptomökning i slutet av terapin, förbättrats igen vid uppföljning, och att de reflekterar över sin förändring på ett sätt som terapin syftar till, vittnar om en utveckling som skulle kunna tyda på att de internaliserat det förlorade objektet och den terapeutiska funktionen.

I PFPP-manualen är avslutningsfasens fokus just konflikter kring separation och saknad. Metoden har alltså inte införlivat den teori som rört sig bort från termination-as-loss-paradigmet. Huruvida deltagarna i idealtyp 1 hade upplevt sig mer hjälpta med sina symptom av ett annat förhållningssätt under avslutet, där positiva aspekter av terapin fått mer utrymme,

eller av att ytterligare fokusera på separations- och förlustteman, har vi inte tillräckliga data för att uttala oss om.

Däremot kan idealtyp 1 förstås i ljuset av den forskning som pekar på att patienterna är mer nöjda när de har ett inflytande över avslutet, och att tvingade avslut är förenat med mer negativa reaktioner (Gelso & Woodhouse, 2002). Detta väcker tankar om att symptomåterfallet kan vara kopplat till att terapin inte är tillräckligt flexibel i avslutningsfasen. Patienter kan ha olika behov av att bearbeta konflikter kopplade till separation på så vis att antalet sessioner behöver kunna individanpassas (se exempelvis Holmes, 1997). Då riskerar heller inte terapin att avbrytas när en meningsfull process precis påbörjats, vilket deltagarna vittnar om. Behovet av individanpassning blir tydligast i fallet "Charlie" som vi inte kunde placera i någon av idealtyperna, främst på grund av att hen var så missnöjd med terapin och kände sig skadad av den. Kanske var, som hen själv uttrycker i intervjun, övergivenhetsproblematiken så pass komplicerad att en korttidsterapi var otillräcklig. För de andra deltagarna skulle ett alternativ för att göra separationen mindre definitiv och avslutet mindre abrupt kunna vara att ge booster-sessioner.

I den kliniska verkligheten, såväl som i forskningssammanhang, kan dock möjligheten att individanpassa antalet sessioner vara begränsad. Tidsbestämda korttidsterapier med förhållandevis lite flexibilitet är snarare regel än undantag i vården varför andra interventioner kan behövas. Praktiska råd om hur terapeuter på andra sätt kan arbeta med avslut är exempelvis att lyssna till "termination cues", att ge regelbundna påminnelser om tiden som återstår och utforska detta, samt att avsluta behandlingen med att skriva avskedsbrev i syfte att göra avslutet mindre abrupt (Nof et al., 2017; Lemma et al., 2011).

### **Oförklarliga symptom**

Den kandidat till förändringsmekanism som föreslagits i PFPP är framför allt en ökad förmåga att mentalisera panikångesten och förstå den utifrån underliggande psykologiska konflikter (Barber et al., 2020). En ökning eller minskning av symptom beror alltså på i vilken grad symptomen mentaliseras. Eftersom deltagarna blev hjälpta i början av behandlingen har alltså något, enkelt uttryckt, och i teorin, blivit mentaliserat som tidigare gav symptom. Med tanke på symptomåterfallet har alltså något inte blivit tillräckligt mentaliserat i avslutet. För idealtyp 1 förstår vi detta som en sorg och förlust som behöver tid att bearbetas. Vad är det då som inte är tillräckligt mentaliserat för idealtyp 2?

Det som deltagarna i idealtyp 2 känslomässigt hade gemensamt (med ett undantag) var en besvikelse över att behandlingen inte var så konkret som de önskat. Syftet i PFPP är inte

att ge tekniker eller verktyg, vilket deltagarna hade förhoppningar om att få, utan att utforska underliggande psykodynamiska orsaker till panikångesten. Detta väcker hypotesen om deltagarnas uttalade önskan om verktyg vittnar om att de velat få den andra behandlingen som erbjöds i forskningsprojektet, som var en KBT-behandling. I intervjun framkommer dock inga explicita uttalanden om detta, och idealtypen innehöll både deltagare som hade randomiserats och deltagare som själva valt terapimetod. Kännetecknande för idealtypen är inte enbart en besvikelse utan också en viss ambivalens där behandlingen ändå gett dem något värdefullt, även om de har svårt att sätta fingret på vad det är. Det verkar inte som att besvikelsen bottnar i en känsla av att ha fått "fel" behandling, utan deltagarna försöker förstå den behandling de faktiskt fått.

Att symptomökningen skedde just i slutet av behandlingen skulle kunna förstås som att omedvetna fantasier om att bli fullständigt frisk och helad kommer i konflikt med insikten om vilken hjälp som faktiskt är möjlig att få (Mann, 1973). Besvikelsen hos deltagarna väcker även hypotesen om en olöst konflikt kring ilska som inte adresserats tillräckligt i terapin. Klein (1950), exempelvis, framhöll betydelsen av att patienten får arbeta igenom sina negativa känslor gentemot terapeuten för att internaliseringen av den terapeutiska funktionen som ett helt och gott objekt ska bli möjlig. "Att känna sig besviken" innebär också enligt psykodynamisk teori en sammanblandning mellan stimuli och känsla: någon har svikit, och sveket väcker ilska (Frederickson, 2013). Hypotesen kan även ses i ljuset av att ilska anses vara en bakomliggande orsak till panikångest och något som denna patientgrupp generellt tycks ha svårigheter med att tolerera (Busch et al., 2012).

Oavsett panikångestens underliggande orsak finns ett antal faktorer som kan sägas ha begränsat patienternas möjligheter att mentalisera och förstå panikångesten. Flera av deltagarna i idealtyp 2 uttryckte att det var svårt att prata om och reflektera kring sina känslor. Det framstod för oss som att de hade en mer bristande mentaliseringsförmåga jämfört med idealtyp 1, som hade lättare att förstå sina symptom. Rimligtvis speglar detta en skillnad mellan idealtyperna som funnits redan från början. Även om deltagarna i idealtyp 2 beskrev en ökad förmåga efter terapin att reflektera över sig själva, verkar detta inte ha gällt symptomen, som tycks förblivit fysiska och utan mening. I PFPP är en central aspekt att terapeuten, om och om igen, kopplar samman den underliggande problematiken med symptomen (Busch et al., 2012). Har detta inte gjorts tillräckligt för idealtyp 2? Kanske har terapeutens tolkningar varit alltför generella?

Förmågan att mentalisera kan även ha ett samband med terapeutisk allians (Solomonov et al., 2019), och plötslig symptomökning – sudden losses – har visat sig ha en koppling till

brott i den terapeutiska alliansen (Ehrlich & Lutz, 2015). Kanske vittnar deltagarnas besvikelse om ett olöst alliansbrott som hade behövt bearbetats? Den terapeutiska alliansen framstod nämligen som svagare hos idealtyp 2, både vad gäller känslomässigt band och arbetsallians, jämfört med idealtyp 1. Vad gäller arbetsalliansen tycktes inte deltagarna i idealtyp 2 vara övertygade om rationalen till terapin, eller åtminstone tedde den sig otydlig för dem. Är syftet med att ta upp känslor kring terapin direkt i rummet oklart, minskar rimligtvis sannolikheten för att det sker. Vad gäller känslomässigt band kan deltagarnas relativt svaga sådana, ha hindrat dem från att ta upp sitt missnöje i terapin. Att direkt tala om känslor och fantasier i terapin kan även vara extra svårt för patienter med konflikter kring ilska (Busch et al., 2012).

Idealtyp 2 beskrev relationen med terapeuten i termer av professionalism och distans, och berättade om flera skeenden i terapin där terapeuten på olika sätt arbetat med deras undvikande av närhet. Detta skulle kunna tyda på att terapeuten inte lyckats fördjupa relationen tillräckligt, men det kan även säga något om deltagarnas sätt att relatera till andra människor, som i jämförelse med idealtyp 1 ter sig mer undvikande. Holmes (1997) pekar på tendensen att avsluta "för tidigt" med undvikande anknutna patienter – det vill säga att patienterna bara förefaller vara redo att avsluta, vilket speglar deras anknytningsstil av att framstå som självtillräckliga. Deltagarna i idealtypen talade om att de kände sig färdiga med terapin, trots att de inte uppnått sina mål, och beskrev separationen som okomplicerad, trots sin känsla av besvikelse. Undvikande anknutna har ofta svårigheter att uppleva ilska mot terapeuten, och tenderar också att undvika affekt generellt, vilket kan påverka den terapeutiska alliansen negativt (von Below, 2020).

Ser vi endast till patientfaktorer kan alltså en lägre mentaliseringsförmåga eller en mer undvikande anknytning (i jämförelse med idealtyp 1) ha begränsat deltagarnas möjligheter att tillägna sig terapin. Detta skulle dock även kunna handla om att terapeuten misslyckats med att göra kopplingen mellan symptom och konflikt tillräckligt tydlig för patienten, eller att relationen inte fördjupats tillräckligt. Oavsett ter sig alliansen som ett hinder. Hypotetiskt sett: När ångesten ökade i slutet – kanske på grund av ilska, besvikelse, förlorat hopp, eller någon annan konflikt – mentaliserades den inte tillräckligt i terapin. Detta kan tänkas ha fått konsekvenser i form av ökade panikrelaterade symptom i stort, dvs. undvikande, rädsla för nya attacker, funktionspåverkan etc.

### **En annan typ av ångest?**

Vi har i huvudsak försökt förstå deltagarna i idealtyp 2 i termer av konflikt i enlighet med PFPP (Busch et al., 2012), men eftersom idealtyp 2 var mindre verbal kring sina känslor



och tankar har detta varit svårt. Hypotesen om en underliggande konflikt kring ilska är en tolkning som också ligger relativt långt ifrån deltagarnas utsagor – deras besvikelse kan ha betytt flera saker. Vi vänder oss därför till andra perspektiv för att förstå deltagarnas symptom och varför den återkommer i slutet av terapin. Här håller vi oss likväl inom en psykodynamisk förståelse då det ligger utanför uppsatsen ramar att diskutera även andra psykologiska teorier om panikångest och dess bakomliggande orsaker och eftersom det är i psykodynamisk terapi som termination setback som fenomen framför allt har diskuterats.

Strubbe & Vanheule (2014) samt Verhaeghe et al. (2007) menar att panikångest kan förstås utifrån Freuds (1894) distinktion mellan “psykoneuros” och “aktualneuros”. Även om ångest alltid är en kombination av båda, så menar de att panikångest, tillsammans med andra mer psykosomatiska syndrom och funktionella somatiska störningar, hör till en mer aktualneurotisk ångest som är osymboliserad och inte kopplad till något mentalt innehåll. Detta skiljer sig från psykoneurotisk ångest, som kan förstås utifrån omedvetna konflikter som jaget försvarar sig mot. Enkelt uttryckt: deltagarna kanske har svårt att verbalisera sin ångest för att den i grunden inte kommer ur psykologiska konflikter.

PFPP har en klassisk egopsykologisk grund med ett verbalt fokus. Detta kan sättas i relation till det terapeutiska fokuset inom den objektrelationsteoretiska skolan, självpsykologi och relationell psykoanalys, där det ordlösa som händer i det terapeutiska rummet utgör en större del av terapin (Safran, 2020). Psykoanalytisk terapi ses inte längre som verksamt enbart för patienter med en konfliktproblematik, utan också för patienter med utvecklingsrelaterad bristproblematik. Brist syftar här på två saker, dels omvårdnadspersonens bristande känslomässiga feedback under barnets tidiga år, dels de brister i barnets psykiska struktur som blir följderna av detta, som exempelvis bristande affektreglering, mentalisering och självbild (Killingmo, 2006; Killingmo 1989). I en bristproblematik handlar inte ångesten om konflikt kring förbjudna önskningar eller liknande, utan om svårigheter att upprätthålla en känsla av identitet. Här är det terapeutiska målet inte att *avtäcka* symptomets mening, utan att *upprätta* mening för patienten; att ge patienten en känsla av att bli sedd, lyssnad till, förstådd och bekräftad. Det är dock viktigt att poängtera att det inte är fråga om antingen-eller. Eftersom allt psykiskt lidande, enligt Killingmo (1989), är en kombination av både brister och konflikter är frågan snarare i vilken grad terapeuten behöver uppmärksamma det ena eller det andra.

Utifrån ett bristperspektiv skulle symptomåterfallet kunna förstås som att idealtypen på ett omedvetet plan är mer beroende av sin terapeut för mentalisering och att terapeuten i högre grad fyller en *hållande* funktion, som försvinner i samband med avslutet. Kanske hade

idealtypen istället behövt en terapi som i högre grad fokuserar på preverbala processer eller att bygga upp mentaliseringsförmåga och affektregleringsförmåga. Det är också möjligt att idealtypen, om den kännetecknas av en mer "aktualneurotisk" ångest, skulle känna sig mer validerad i sin upplevelse om terapeuten var ödmjuk inför att ångesten inte nödvändigtvis har någon koppling till underliggande fantasier och tankar (se även Luyten & Fonagy, 2020).

Verhaeghe et al. (2007) framhåller de motöverföringsreaktioner som kan väckas i terapeuter som förväntar sig en "psykologiskt orienterad" patient, men som visar sig ha svårt att ta emot terapeutens tolkningar, varpå terapeuten bedömer patienten som "terapiresistent", och avvisar patienten. Även Busch et al. (2012) beskriver i PFPP-manualen utmaningen att arbeta med patienter som verkar ha svårigheter att sätta ord på sin ångest och som tycks tänka mer konkret. Utifrån konfliktmodellen ser de dock inte detta som uttryck för en bristande förmåga. Att "inte veta" vad som händer under en panikattack, att inte se meningen med ett känslomässigt utforskande, eller att insistera på att få konkreta verktyg, ses som olika former av försvar och motstånd, och bör därför, precis som alla försvar och allt motstånd, tolkas som ledtrådar till ångestens betydelse. De menar även att en bedömning av patientens förmåga till mentalisering egentligen inte speglar hur väl patienten kommer kunna tillägna sig terapin – fokuset på konflikter är ändå det som bygger upp denna förmåga om den är bristande.

Hade idealtyp 2 varit mindre besviken på terapin om inre konflikter hade uppmärksamats och arbetats igenom mer? Kanske handlar problemet snarare om att detta inte gjordes i tillräckligt hög grad, än om deltagarnas "brister" eller olämplighet för terapiformen. Detta stöds även av att de inte gav intrycket av att vara splittrade i sina identiteter och att de av den anledningen skulle behövt en terapi utformad för personlighetsyndrom. Graden av termination setback predicerades heller inte av interpersonella problem (Nilsson et al., 2021). Om det var besvikelsen och missnöjet kring att inte få hjälp med sina symptom som definierade idealtyp 2 blir nästa fråga vad denna besvikelse betydde för varje enskild deltagare. Handlade önskan om konkreta verktyg exempelvis om att vilja inta en beroende eller passiv ställning, att inte vilja ta ansvar eller att vilja återta kontroll? För att bättre förstå konflikterna inom idealtyp 2, och därmed skälen till symptomåterfallet enligt en psykodynamisk förståelse, hade det krävts en ännu djupare studie av varje enskild deltagare än vad vår metod tillät.

### **Styrkor och begränsningar**

Den filmade och transkriberade POISE- intervjun (Nilsson et al., 2007) som utgjorde vår data, gjordes i syfte att utvärdera ett terapiförlopp, och inte i syfte att undersöka termination setback som fenomen. POISE skapades i syfte att uppmuntra reflektion hos intervjupersonerna,

med öppna frågor och utrymme att lägga ut egna tankar, och genomfördes av erfarna kliniker. Eftersom vi varken utfört intervjuerna eller utformat intervjuguiden själva har vi inte haft möjlighet att påverka innehållet i intervjuerna. Exempelvis svarade ett par deltagare mycket kort på frågan “Hur var det att avsluta terapin?”, utan att någon följdfråga ställdes. Detta kan visa på att avslutet inte upplevdes som viktigt för deltagaren, men vi kan inte veta säkert. I ett fall ställdes denna fråga inte alls. POISE är å andra sidan en lång och relativt uttömmande intervjuguide som gav oss möjlighet att se på termination setback utifrån hela terapiförloppet. Vi fick även en rikare bild av deltagarna och samspelet i intervjun genom att titta på filmerna – att enbart analysera transkriptionerna hade troligen lett till andra tolkningar eftersom vi inte lärt känna deltagarna på samma sätt.

Att intervjun utfördes sex månader efter avslutet, kan ha förändrat deltagarnas uppfattning om vad som hände. Förmodligen har vissa erfarenheter bleknat, glömts bort eller minskat i relevans, jämfört med om intervjuerna skett i direkt anslutning till avslutet. Å andra sidan har deltagarna fått en möjlighet att sortera sina intryck under en längre tid och därmed förhoppningsvis kunnat presentera en tydligare bild av sina erfarenheter.

Vi skapade idealtyper utifrån ett urval som bestod av 12 deltagare. Stapley et al., (2022) rekommenderar  $\geq 30$  deltagare i analysen för att öka sannolikheten att meningsfulla grupper inom urvalet ska framträda. Vi såg att meningsfulla grupper framträdde i vårt urval, även om skillnaderna mellan dem inte är lika distinkta som de blivit med fler deltagare. Att deltagarantalet är litet visar sig framför allt i att vi inte kunde placera in fallet “Charlie” i någon av typerna. Kanske skulle Charlie kunna tillhöra en tredje idealtyp med tydligt missnöjda patienter om vi hade haft ett större urval. Vi valde att endast inkludera deltagare som föll under definitionen av strikt TS, och undersökte även hela terapiförloppet, istället för att inkludera samtliga deltagare med TS och endast se på avslutningsfasen. Här valde vi alltså djup framför bredd eftersom vi såg hela terapin som avgörande för hur deltagarna upplevde avslutet.

Stapley et al. (2022) rekommenderar att det görs en oberoende granskning av fallrekonstruktionerna och att utomstående får placera in dessa i idealtyperna. Detta för att öka tillförlitligheten i analysen. En sådan var inte möjlig att genomföra inom ramen för denna uppsats på grund av begränsade resurser.

Vi valde att endast diskutera vissa psykodynamiska teorier kring panikångest och dess bakomliggande orsaker. Andra teorier som eventuellt hade kunnat kasta ljus på fenomenet,

exempelvis kognitiva, behavioristiska eller neuropsykologiska, inkluderades inte vilket är en begränsning.

### **Slutsatser och vidare forskning**

Genom att utforska hur patienterna upplevde och förstod sin terapierfarenhet bidrar vår studie till en ökad förståelse för vilka psykologiska skäl som skulle kunna ligga bakom termination setback hos patienter som gått psykodynamisk korttidsterapi för paniksyndrom. För vissa patienter skulle det kunna handla om känslor av förlust och separation från något gott (idealtyp 1) vilket alltså skulle ge stöd åt det paradig som i litteraturen kallats "termination-as-loss". Det skulle även kunna handla om besvikelse grundad i otillräckligt bearbetade konflikter, alternativt en mer "aktualneurotisk" ångest, potentiellt grundad i bristproblematik (idealtyp 2).

För att ytterligare förstå termination setback är ett förslag att granska terapifilmer för att bättre fånga specifika konflikter hos patienter, terapeuters inflytande, och samspelet i relationen i stort. Fler studier behövs som fördjupar förståelsen för vad kvantitativa data från terapiprocesser och symptomskattning har för bakomliggande mening för patienter.

## Referenser

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- 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.
- Below, C.V. (2020). *Anknytning i psykoterapi*. (Första utgåvan). Natur & kultur.
- Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2017). The termination phase: Therapists' perspective on the therapeutic relationship and outcome. *Psychotherapy*, 54(1), 76–87.
- Bergmann, M. S. (1997). Termination: The Achilles heel of psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 14(2), 163–174.
- Blum, H. P. (1989). The concept of termination and the evolution of psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 275–295
- Bostic, J. Q., Shadid, L. G., & Blotcky, M. J. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psycho-therapy*, 50(3), 347–359.
- Busch, F. & Milrod, B. L. (2008). Panic-focused psychodynamic psychotherapy. *Psychiatric Times*, 25, 50–52. 10.1016/j.psc.2018.01.005.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. B., & Aronson, A. C. (2012). *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy – extended range*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis. A Practical Guide*. SAGE Publications.
- Della Selva, P.C. (2004). *Intensive short term dynamic psychotherapy: theory and technique*. Karnac Books.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (red.) (1994). *Handbook of qualitative research*. SAGE Publications.
- Ehrlich, T. & Lutz, W. (2015). Neue Ansätze zur Modellierung diskontinuierlicher Verläufe in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 60(3), 205–209.
- Etherington, K. & Bridges N. (2011) Narrative case study research: On endings and six session reviews. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 11–22.
- Eubanks C. F., Muran J.C., Safran J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519.
- Faravelli C., Pallanti S. Recent life events and panic disorder. (1989). *Am J Psychiatry*, 146(5), 622–626.

- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J & Sandell, R. (2007). Self-Analysis and Post-Termination Improvement After Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 629–74.
- Firestein, S. K. (1974). Termination of Psychoanalysis of Adults: A Review of the Literature. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 873–894.
- Fortune, A. E. (1987). Grief only? Client and social worker reactions to termination. *Clinical Social Work Journal*, 15(2), 159–171.
- Fortune, A. E., Pearlingi, B., & Rochelle, C. D. (1992). Reactions to termination of individual treatment. *Social Work*, 37(2), 171–178.
- Fredrickson, J. (2013). *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. (1. uppl.). Seven Leaves Pressl.
- Freud, S. (1894). *The neuro-psychoses of defence*. Standard edition 3.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *The International Journal of Psychoanalysis*, 18, 373–405.
- Furukawa T.A., Katherine Shear M., Barlow D.H., Gorman J.M., Woods S.W., Money R., Etschel E., Engel R.R., Leucht S. (2009). Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depressive Anxiety*, 26(10), 922–929.
- Gelso, C., & Woodhouse, S. (2002). The termination of psychotherapy: What research tells us about the process of ending treatment. I G. S. Tryon (Red.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (s. 344–369). Allyn & Bacon
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2011). *Undertexten: psykoanalytisk terapi i praktiken*. (1. uppl.) Liber.
- Hoffer, W. (1950). Three psychological criteria for the termination of treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 194–195.
- Holmes, J. (1997). 'Too early, too late': Endings in psychotherapy – an attachment perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14, 159–171.
- Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K. & Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 15(4): 183–185.
- Joyce, Anthony S. (red.) (2007). *Termination in psychotherapy a psychodynamic model of processes and outcomes*. (1. uppl.). American Psychological Association.
- Killingmo, B (1989) Conflict and deficit. Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.

- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation relating to states of unmentalised affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(1), 13–21.
- Klass, E. T., Milrod, B. L., Leon, A. C., Kay, S. J., Schwalberg, M., Li, C., et al. (2009). Does interpersonal loss preceding panic disorder onset moderate response to psychotherapy? An exploratory study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 406–411.
- Klein, M. (1950). On the criteria for the termination of a psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 78–80.
- Knox, Sarah & Adrians, Noah & Everson, Eric & Hess, Shirley & Hill, Clara & Crook-Lyon, Rachel. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21, 154–67.
- Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C., & Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 170 (7), 768–781.
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. (2:a uppl.). John Wiley & Sons.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: a clinician's guide*. Oxford University Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. Basic books.
- Luyten, Patrick & Fonagy, Peter. (2020). Psychodynamic Psychotherapy for Patients with Functional Somatic Disorders and the Road to Recovery. *American Journal of Psychotherapy*, 73.
- Lutz, W., de Jong, K., Rubel, J. A., & Delgadillo, J. (2021). Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy. I M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (s. 89–133). John Wiley & Sons.
- Malan, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. (2. uppl.) Sage.
- 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: 50th anniversary edition* (s. 351–384). John Wiley & Sons.

- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Harvard Univ. Press.
- Marx, J. A., & Gelso, C. J. (1987). Termination of individual counseling in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 3–9.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233–248.
- 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.
- Nilsson, T., Falkenström, F., Perrin, S., Svensson, M., Johansson, H. & Sandell, R. (2021). Exploring termination setback in a psychodynamic therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(9), 762–772.
- Nof, A., Leibovich, L., & Zilcha-Mano, S. (2017). Supportive-expressive interventions in working through treatment termination. *Psychotherapy*, 54(1),
- Novick, J. (1997). Termination conceivable and inconceivable. *Psychoanalytic Psychology*, 14(2), 145–162.
- Odyniec, P., Probst, T., Göllner, R., Margraf, J., & Willutzki, U. (2019). An exploratory study of patients' sudden losses during outpatient CBT and therapists' experience of difficulties. *Journal of clinical psychology*, 75(10), 1790–1809.
- Quintana, S. M. (1993). Toward an expanded and updated conceptualization of termination: Implications for short-term, individual psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(4), 426–432
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., Fennig, S., & Fennig, S. (2006). Clients' feelings during termination of psychodynamically oriented psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(1), 68–81.
- Rubel, J. A., Zilcha-Mano, S., Feils-Klaus, V., & Lutz, W. (2018). Session-to-session effects of alliance ruptures in outpatient CBT: Within- and between-patient associations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(4), 354–366.
- Råbu, M., & Haavind, H. (2018). Coming to terms: Client subjective experience of ending psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 223–242
- Safran, J.D. & Hunter, J. (2020). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. (2. uppl.). American Psychological Association.



- Salberg, J. (2009). Leaning into termination. *Psychoanalytic Dialogues*, 19(6), 704–722.
- Salberg, J. (Red.). (2010). *Good enough endings: Breaks, interruptions, and terminations from contemporary relational perspectives*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T. (2015). The POSE study - panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self- selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(130).
- Solomonov, N., Falkenström, F., Gorman, B. S., McCarthy, K. S., Milrod, B., Rudden, M. G., Chambless, D. L., & Barber, J. P. (2020). Differential effects of alliance and techniques on Panic-Specific Reflective Function and misinterpretation of bodily sensations in two treatments for panic. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 97–111.
- Stapley, E., O’Keeffe, S., & Midgley, N. (2022). Developing Typologies in Qualitative Research: The Use of Ideal-type Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 21.
- Strubbe, G., & Vanheule, S. (2014). The subject in an uproar: a Lacanian perspective on panic disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(2), 237–266.
- 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. *Psychother Psychosom*, 90, 107–118.
- Verhaeghe, P., Vanheule, S., & De Rick, A. (2007). Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: an integration of Freudian and attachment perspectives. *The Psychoanalytic quarterly*, 76(4), 1317–1350.
- Webb, K., Schröder, T. A., & Gresswell, D. M. (2019). Service users’ first accounts of experiencing endings from a psychological service or therapy: A systematic review and meta-ethnographic synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 584–604.
- Webb, K., Schröder, T.A., & Gresswell, D. M. (2022). Grounding clinical guidelines in service users’ experiences of endings. *Mental Health Review Journal*, 27(1), 48–64.
- Weber, M. (1904) *The Methodology of Social Science*. Free Press.
- Weissman, M. M., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D., & Prusoff, B. A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family

study. *Archives of general psychiatry*, 41(9), 845–852.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790200027004>

Willig, C. (2022). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3. uppl.) Open University Press.

## Bilaga A

### PSYCHOTHERAPY OUTCOME INTERVIEW SCHEDULE<sup>1</sup>

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 mårde 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?

---

<sup>1</sup> Denna version av POISE har anpassats till förutsättningarna i Projekt POSE

## Bilaga B

### Positiva känslor inför terapin

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> att få verktyg i terapin	3	3	50 %	50 %
<input type="radio"/> avbörda sig i terapin	24	2	92,31 %	7,69 %
<input type="radio"/> bli mindre begränsad, mer fri	4	1	80 %	20 %
<input type="radio"/> bli omhändertagen (av terapeuten)	10	0	90,91 %	0 %
<input type="radio"/> bra med intensiv kontakt	2	1	66,67 %	33,33 %
<input type="radio"/> få ett språk	15	8	65,22 %	34,78 %
<input type="radio"/> få nya perspektiv	13	3	81,25 %	18,75 %
<input type="radio"/> gjort terapin till sin egen	1	4	20 %	80 %
<input type="radio"/> good enough (terapin)	0	2	0 %	100 %
<input type="radio"/> klicka med terapeuten	12	0	92,31 %	0 %
<input type="radio"/> känna sig förstådd av terapeuten	8	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> känna sig ledd av terapeuten	6	2	75 %	25 %
<input type="radio"/> mindre oroliga tankar	5	2	71,43 %	28,57 %
<input type="radio"/> positiv arbetsallians	9	1	90 %	10 %
<input type="radio"/> positiv förändring i socialt liv	13	2	86,67 %	13,33 %
<input type="radio"/> respekt för terapeutens kompetens	14	6	70 %	30 %
<input type="radio"/> ses som kapabel av terapeuten	5	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> terapeuten som en vän	12	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> terapin över förväntan	4	1	80 %	20 %
<input type="radio"/> tillit till terapeuten	24	2	88,89 %	7,41 %
<input type="radio"/> tryggare i sig själv	34	12	73,91 %	26,09 %
<input type="radio"/> trygghet i det terapeutiska rummet	26	1	89,66 %	3,45 %
<input type="radio"/> visa upp sig själv mer	12	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> ökad närvarokänsla-sakta ner	5	4	55,56 %	44,44 %
<input type="radio"/> ökad omsorg gentemot andra	5	3	62,5 %	37,5 %
<input type="radio"/> ökad självinsikt	26	10	70,27 %	27,03 %
<input type="radio"/> ökat ansvarstagande-självständighet	9	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> ökat självomhändertagande	5	3	62,5 %	37,5 %
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>73</b>	<b>79,48 %</b>	<b>18,96 %</b>

### Negativa känslor inför terapin

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> besvikelse över terapins resultat	11	5	44 %	20 %
<input type="radio"/> bristande känslomässigt band till terapeuten	0	5	0 %	83,33 %
<input type="radio"/> frustration inför sitt deltagande (i projektet-terapin)	0	3	0 %	100 %
<input type="radio"/> frustration över att inte få verktyg - önskan om verktyg	1	23	3,85 %	88,46 %
<input type="radio"/> inte gjort terapin till sin egen	0	6	0 %	100 %
<input type="radio"/> metodbrist	0	5	0 %	26,32 %
<input type="radio"/> misslyckad arbetsallians	2	9	15,38 %	69,23 %
<input type="radio"/> svårt att greppa terapin	1	8	11,11 %	88,89 %
<input type="radio"/> terapin har skadat mig	0	0	0 %	0 %
<input type="radio"/> terapin var inte som förväntad	1	5	16,67 %	83,33 %
<input type="radio"/> tvivel på terapin	2	2	50 %	50 %
<input type="radio"/> upplevelse av tidspress	6	0	54,55 %	0 %
<input type="radio"/> övergiven av terapeuten	6	1	42,86 %	7,14 %

## Generella terapiprocesser

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> arbeta med att släppa sin fasad gentemot andra	22	2	91,67 %	8,33 %
<input type="radio"/> bara köra på	9	8	52,94 %	47,06 %
<input type="radio"/> bearbeta skuld känsla	1	1	50 %	50 %
<input type="radio"/> det som inte var terapin var hjälpsamt	0	1	0 %	100 %
<input type="radio"/> få syn på något smärtsamt	7	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> ha svårt att prata om det i terapin	6	5	50 %	41,67 %
<input type="radio"/> hur nära får man komma terapeuten	4	3	57,14 %	42,86 %
<input type="radio"/> inte gjort terapin till sin egen	0	6	0 %	100 %
<input type="radio"/> inte våga hoppas på för mycket	6	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> klivenhet inför behandlingen	4	7	33,33 %	58,33 %
<input type="radio"/> konflikt kring ilska	13	1	92,86 %	7,14 %
<input type="radio"/> konfrontera sina rädslor	19	1	86,36 %	4,55 %
<input type="radio"/> konfrontera sitt förlutna	18	4	72 %	16 %
<input type="radio"/> lojal till sitt åtagande	3	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> närheten blir lättare över tid	7	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> nödvändigt ont	11	0	84,62 %	0 %
<input type="radio"/> potent terapi	7	0	87,5 %	0 %
<input type="radio"/> svårt att förhålla sig till terapeuten återhållsamhet	2	7	18,18 %	63,64 %
<input type="radio"/> terapi är en unik erfarenhet	9	5	64,29 %	35,71 %
<input type="radio"/> terapin ställer höga krav	13	9	56,52 %	39,13 %
<input type="radio"/> terapin var en början- men inte tillräcklig	15	3	83,33 %	16,67 %
<input type="radio"/> uppmärksammas på ett nytt sätt	6	4	60 %	40 %
<input type="radio"/> vad eller vem är jag för terapeuten	7	6	53,85 %	46,15 %
<input type="radio"/> vad händer om jag tittar inåt	12	6	63,16 %	31,58 %
<input type="radio"/> vara eller visa sig sårbar	25	5	75,76 %	15,15 %
<input type="radio"/> vart ska terapin ta vägen	2	3	33,33 %	50 %
<input type="radio"/> önskan om att bli botad (fullständig)	1	3	25 %	75 %
<input type="radio"/> önskan om att helt förstå sina symptom	4	1	80 %	20 %
<input type="radio"/> önskan om bekräftelse från terapeuten	2	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> önskan om expertkunskap	7	4	58,33 %	33,33 %
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>99</b>	<b>68,56 %</b>	<b>25,52 %</b>

## Avslutningsfasen

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> förlust av relati...n till terapeuten	6	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> förlust av terapin i stort	4	1	80 %	20 %
<input type="radio"/> inte ha något mer att ge	0	1	0 %	100 %
<input type="radio"/> inte klara sig själv efter terapin	7	3	70 %	30 %
<input type="radio"/> inte kunna styr...r terapins avslut	3	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> okej att skiljas från terapeuten	2	2	50 %	50 %
<input type="radio"/> plötsligt mista	11	1	91,67 %	8,33 %
<input type="radio"/> postterapi	4	8	28,57 %	57,14 %
<input type="radio"/> skönt att avsluta terapin	1	1	50 %	50 %
<input type="radio"/> smärtsamt att s...utanför terapin)	2	3	40 %	60 %
<input type="radio"/> tomt att avsluta	1	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> tungt och ledsamt att avsluta	9	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> undvika tankar...på separationen	4	2	66,67 %	33,33 %
<input type="radio"/> vart ska terapin ta vägen	2	3	33,33 %	50 %
<input type="radio"/> övergiven av terapeuten	6	1	42,86 %	7,14 %
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>26</b>	<b>63,27 %</b>	<b>26,53 %</b>

## Förståelse av symptom

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> det kroppsliga som överväldigande	3	6	33,33 %	66,67 %
<input type="radio"/> det osymboliserade	9	10	47,37 %	52,63 %
<input type="radio"/> det undantryckta som kokar över	15	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> fight or flight-stress och sårbarhet = panik	5	7	41,67 %	58,33 %
<input type="radio"/> höga krav på sig själv	11	4	73,33 %	26,67 %
<input type="radio"/> konflikt kring ilska	13	1	92,86 %	7,14 %
<input type="radio"/> kroppen som skrämmande	2	2	50 %	50 %
<input type="radio"/> ovisshet om kroppen	6	2	75 %	25 %
<input type="radio"/> panikångest som ärftlig	1	0	50 %	0 %
<input type="radio"/> se symptomen i ljuset av ens förflutna	23	5	79,31 %	17,24 %
<input type="radio"/> somatisering	6	2	75 %	25 %
<input type="radio"/> symptomen gör mig trasig	1	3	25 %	75 %
<input type="radio"/> tappat kontrollen över sitt liv, sig själv	2	6	25 %	75 %
<input type="radio"/> uppgivenhet inför symtom	0	5	0 %	100 %
<input type="radio"/> övergivenhet-förståelse av symptom	3	5	30 %	50 %

## Personlighet/Självbild

Codes	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)	idealtyp = 1 (n=7)	idealtyp = 2 (n=4)
<input type="radio"/> bara köra på	9	8	52,94 %	47,06 %
<input type="radio"/> bristande affektmedvetenhet	4	14	22,22 %	77,78 %
<input type="radio"/> det är svårare för mig än för andra	1	4	16,67 %	66,67 %
<input type="radio"/> ensam utanför terapin	6	2	75 %	25 %
<input type="radio"/> höga krav på sig själv	11	4	73,33 %	26,67 %
<input type="radio"/> idealisering-nedvärdering	3	0	75 %	0 %
<input type="radio"/> inte klara sig själv efter terapin	7	3	70 %	30 %
<input type="radio"/> intolerans för icke-vetande	11	7	57,89 %	36,84 %
<input type="radio"/> jag har lätt för att prata i terapin	5	3	62,5 %	37,5 %
<input type="radio"/> jag är en rationell person	3	13	17,65 %	76,47 %
<input type="radio"/> jag är otillräcklig	2	12	14,29 %	85,71 %
<input type="radio"/> känna sig främmande inför terapi	1	16	5,88 %	94,12 %
<input type="radio"/> känna sig konstig	10	1	90,91 %	9,09 %
<input type="radio"/> osjälvständighet	0	3	0 %	75 %
<input type="radio"/> sätta andras behov framför sina egna	11	0	100 %	0 %
<input type="radio"/> underlägsenhet-överlägsenhet	4	3	57,14 %	42,86 %
<input type="radio"/> vara en orolig person	14	6	70 %	30 %
<input type="radio"/> vara en skör person	6	2	75 %	25 %