



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

”Det skedde en förändring som faktiskt blev en del av mig”
Patientperspektiv på den terapeutiska förändringsprocessen vid
PFPP hos patienter med personlighetssyndrom, kluster C

Nicolas Dahlberg & Rebecca Wollert Ehlers

Psykologexamensuppsats. 2023

Handledare: Martin Svensson

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

The aim of this study was to examine the subjective experience of the process of change, in the context of panic-focused psychodynamic short-term psychotherapy with comorbid personality disorder, cluster C. The sample consisted of 16 participants meeting criteria for personality disorder, cluster C. The participants constituted a subsample of the research project POSE. Data was analyzed using thematic analysis, generating three main themes: *Uncertainty*, *The therapeutic refuge*, and *Change takes time*. The participants experienced treatment positively, while insecurity and uncertainty also emerged. In the results the experience of safety in the therapeutic relationship was described as enabling a deeper understanding of the participants own emotional life and symptoms. This was described as contributing to personal change in terms of increased self-care and sense of agency. The results also indicated that the process of change is affected by the limited time of treatment in regards to establishing a trusting relationship. Therapy termination was described as initially seeing the separation as definitive, to gaining insight that the process of change continues. Despite this, the results indicated that prolonged treatment may be of value. The study emphasizes the importance of the therapist's transparency and dialogue, as well as the promotion of trust, reflective functioning and sense of control in the patient. In summary, short-time treatment for panic-disorder with comorbid personality disorder, cluster C, may imply the need for consideration regarding certain aspects of treatment. Even so, the treatment can be experienced as favorable both in regards to panic symptoms and personality functioning.

Keywords: Panic-focused psychodynamic therapy, personality disorder, panic-disorder, therapeutic change

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka hur förändringsprocessen upplevs vid panikfokuserad psykodynamisk korttidsterapi vid komorbid personlighetssyndrom, kluster C. Studiens urval bestod av 16 deltagare från forskningsprojektet POSE som uppfyllde kriterier för personlighetssyndrom, kluster C. Data analyserades utifrån tematisk analys och genererade tre huvudteman: *Ovisshet*, *Den terapeutiska fristaden* och *Förändring tar tid*. Deltagarna i studien upplevde behandlingen som positiv samtidigt som det framkom osäkerhet och ovisshet. I resultatet beskrevs hur upplevd trygghet i den terapeutiska relationen kan ge ökad förståelse för eget känsloliv och symtom. Detta beskrevs som bidragande till personlig förändring i form av ökad självomsorg och agentskap. Resultatet visade även att förändringsprocessen tycks präglad av behandlingens tidsbegränsning, utifrån att kunna etablera en tillitsfull relation. Terapins avslut beskrevs som en rörelse från att se separationen som ett absolut slut, till att inse att förändringsprocessen fortsätter. Trots det indikerade resultatet att en förlängd behandlingstid kan vara värdefull. Resultatet tydde på vikten av att terapeuten kontinuerligt eftersträvar transparens och dialog, samt att främja etablerande av tillit, reflekterande förmåga och upplevelse av kontroll hos patienten. Sammanfattningsvis tycks korttidsbehandling för paniksyndrom vid personlighetssyndrom, kluster C, medföra behov av särskild hänsyn till aspekter av den terapeutiska behandlingen. Detta till trots kan behandlingen upplevas som givande utifrån både paniksymtom och personlighetsrelaterade svårigheter.

Nyckelord: Panic-focused psychodynamic therapy, personlighetssyndrom, paniksyndrom, terapeutisk förändring

Tack!

Vi vill först rikta oss till vår handledare Martin Svensson: stort tack för ditt kontinuerliga engagemang och uppmuntran under arbetets gång! Vi vill även tacka deltagarna i studien som generöst delat med sig av sin terapiupplevelse. Slutligen vill vi tacka varandra för ett både roligt och stimulerande samarbete!

Innehållsförteckning

“Det skedde en förändring som faktiskt blev en del av mig”: Patientperspektiv på den terapeutiska förändringsprocessen vid PFPP hos patienter med personlighetssyndrom, kluster C.....	1
Personlighetssyndrom.....	1
Kluster C.....	2
Paniksyndrom med komorbid personlighetssyndrom.....	3
Korttidsbehandling av paniksyndrom vid komorbid personlighetssyndrom.....	3
Om patienten själv får berätta.....	4
Centrala teoretiska aspekter för psykodynamisk psykoterapeutisk förändring.....	7
Syfte och frågeställning.....	8
Metod.....	9
Epistemologisk förankring.....	9
Behandling.....	10
Datainsamling.....	10
Deltagare och urval.....	11
Dataanalys.....	12
Den tematiska analysen.....	13
Etiska överväganden.....	15
Reflexivitet.....	15
Resultat.....	16
Ovisshet.....	17
Varför sitter jag här?.....	17
Vad håller vi på med?.....	18
Hur går jag vidare?.....	19
Den terapeutiska fristaden.....	20
Rum för att utforska och utmana.....	20
Lugn i sig själv.....	21
Fri att vara.....	23
Förändring tar tid.....	24
Tidsbegränsning motiverar och frustrerar.....	24
Tid för tillit.....	25
Fortsatt styrfart.....	26
Diskussion.....	27
En terapeut för den som tvivlar.....	28
Att bli behandlad bortom sin panik.....	29
Att arbeta mot tiden i en korttidsterapi.....	31
Metoddiskussion.....	32

Kvalitetskriterier för tematisk analys.....	34
Slutsatser.....	35
Kliniska implikationer.....	36
Framtida forskning.....	37
Referenser.....	38
Bilaga 1.....	43
Bilaga 2.....	45

“Det skedde en förändring som faktiskt blev en del av mig”: Patientperspektiv på den terapeutiska förändringsprocessen vid PFPP hos patienter med personlighetssyndrom, kluster C

Psykoterapeutisk behandling för paniksyndrom har i kvantitativa studier visat sig ha god effekt (Svensson et al., 2021), och en framgångsrik behandling kan ha stor betydelse för personens livskvalitet. Men hur upplevs, förstås och beskrivs förändringsprocessen av patienten själv?

I Sverige har 43% av den vuxna befolkningen någon gång under sin livstid haft besvär av ångest, oro eller ängslan (Folkhälsomyndigheten, 2022), och 22% har upplevt en panikattack (Carlbring et al., 2002). Tolv månaders prevalens för att utveckla paniksyndrom med/utan agorafobi i Sverige är 2,2%, med en överrepresentation hos kvinnor med 5,6% jämfört mot 1% hos män (Carlbring et al., 2002). Paniksyndrom m/u agorafobi respektive depressiva tillstånd anses ha störst inskränkning av samtliga psykiatriska tillstånd på livskvalité och förlorade arbetsdagar (Wittchen & Jacobi, 2005) vilket motiverar riktade resurser gentemot denna patientgrupp. Paniksyndrom m/u agorafobi innebär återkommande och oförutsedda panikattacker. En plötslig intensiv rädsla som når en kulmen inom minuter med symtom såsom palpitationer, smärta eller obehag i bröstet, svårigheter att andas, överklighetskänslor eller rädsla för att tappa kontrollen (American Psychiatric Association, 2013). Det agorafobiska diagnostiska tillägget utgörs av en svårighet att vara i eller undvikande av platser som upplevs svåra att fly ifrån i händelse av en oväntad eller situationellt betingad panikattack (American Psychiatric Association, 2013).

Två psykoterapeutiska paniksyndromsbehandlingar i en svensk kontext är Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, PFPP (Milrod et al., 1997) och Panic Control Treatment, PCT (Craske & Barlow, 2007). Båda har visat god effekt vid behandling av paniksyndrom m/u agorafobi. Tidigare studier visar att behandlingseffekten inte skiljer sig åt signifikant i jämförelse av PFPP och PCT vid sex månaders uppföljning, förutom att det vid PFPP framkommer en tillfällig ökning av symtom vid behandlingsavslut (Nilsson et al., 2021; Svensson et al., 2021).

Personlighetssyndrom

Personlighetssyndrom är vanligt förekommande och enligt en enkätundersökning uppskattas prevalensen i en svensk population till 11% (Ekselius et al., 2001). Utifrån kliniska populationer är dock denna siffra betydligt högre, där prevalens inom psykiatrisk öppenvård

estimeras till 50%. Personlighetssyndrom klassificeras som varaktiga mönster i en persons upplevelser och beteenden, vilka kan ta sig uttryck i dennes sätt att uppfatta sig själv och andra, labilitet och intensitet i känslolivet samt funktion i sociala relationer (American Psychiatric Association, 2013). Dessa mönster skall utgöra funktionsnedsättning eller lidande för personen, vara stabila över tid, framträda i flertal kontexter samt påtagligt avvika från vad som kan förväntas i personens sociokulturella miljö (American Psychiatric Association, 2013). Personlighetssyndrom delas in i kluster A, B och C. Inom kluster A ingår paranoid, schizoid och schizotyp personlighetssyndrom, och kluster B utgörs av antisocial-, borderline-, histrionisk- och narcissistisk personlighetssyndrom (American Psychiatric Association, 2013).

Kluster C

I fokus för vår studie var kluster C som utgörs av tre personlighetssyndrom; ängslig, osjälvständig och tvångsmässig (American Psychiatric Association, 2013). Centrala kriterier för det ängsliga personlighetssyndromet är ett genomgående mönster av rädsla i sociala sammanhang. Detta kan visa sig utifrån en känslighet för negativt bemötande som avvisande eller kritik vilken utgår från en känsla av otillräcklighet och låg självkänsla. Relationellt kan det ge upphov till ett motstånd att närma sig den andre utan övertygelse om dess accepterande hållning, vilket i förlängningen kan leda till isolering.

Centrala kriterier för det osjälvständiga personlighetssyndromet kännetecknas av föreställningar om den egna oförmågan till självständigt fungerande. Dessa föreställningar kan leda till ett sökande efter omhändertagande och i det stark separationsångest. Både det ängsliga och osjälvständiga personlighetssyndromet kännetecknas av sin upplevda otillräcklighet och rädsla för kritik. En skiljepunkt ligger i att de som uppfyller kriterier för ängsligt personlighetssyndrom har fokus på undvikande av negativa omdömen medan de med osjälvständigt personlighetssyndrom ofta söker trygghet och omhändertagande. Det osjälvständiga personlighetssyndromet karaktäriseras av rädsla för kritik och ogillande, vilket tänks ha sin grund i rädsla för att bli övergiven eller mista den andres stöd (American Psychiatric Association, 2013). Det framstår som sannolikt att detta även tar sig uttryck i den terapeutiska relationen genom en minskad benägenhet att uttrycka oenighet eller hävda sina egna gränser, men även en förväntan på en ansvarsfördelning med tyngdpunkt hos terapeuten.

Centrala kriterier för det tvångsmässiga personlighetssyndromet är perfektionism som tar sig till uttryck i den grad att det går ut över flexibilitet och effektivitet. Struktur och ordning för

aktiviteter kan ta så pass mycket utrymme att syftet går förlorat. Det rigida sättet att ta sig an uppgifter kan då även bli på bekostnad av effektivt samarbete med andra, vilket kan manifesteras i relationer kopplade till yrkesliv och privatliv (American Psychiatric Association, 2013).

I jämförelse av prevalens mellan kluster inom vården är kluster C mest förekommande (Zimmerman et al., 2008), trots att kluster B är mest frekvent i en generell population (Beckwith et al. 2014). Zimmerman et al. (2008) tolkar detta som att personer i kluster C är mer benägna att söka psykiatrisk öppenvård.

Paniksyndrom med komorbid personlighetssyndrom

Komorbiditet är vanligt förekommande och innebär att en person uppfyller kriterier för mer än en diagnos. I en undersökning om komorbiditet vid paniksyndrom framkom att hälften av de som uppfyllde kriterier för paniksyndrom även uppfyllde kriterier för personlighetssyndrom, främst i kluster C (Starcevic et al., 2008). Detta har visat sig ha betydelse för symtombild och behandlingsutfall (Wittchen & Jacobi, 2005). Paniksyndrom och personlighetssyndrom kan ha en överlappande symtombild i form av undvikande, särskilt vid paniksyndrom med agorafobiska inslag (American Psychiatric Association, 2013). En studie (Keefe et al., 2017) har även visat att efter framgångsrik behandling av paniksyndrom uppfyller 20% av deltagarna inte längre kriterier för personlighetssyndrom. Detta talar enligt Keefe et al. (2017) för att dessa diagnoser, trots överlappande symtombild, utgör två distinkta konstrukt. Vid paniksyndrom m/u agorafobi med komorbid personlighetssyndrom ses tidigare debut, högre symtombörda och funktionsbortfall i jämförelse med patienter med paniksyndrom m/u agorafobi utan personlighetssyndrom (Ozkan & Altindag, 2003; Ozkan & Altindag, 2005; Skodol et al, 1995). Det är enligt Skodol et al. (2014) av vikt att beakta personlighetssyndrom vid behandling av paniksyndrom för att anpassa utifrån patientens behov

Korttidsbehandling av paniksyndrom vid komorbid personlighetssyndrom

Personlighetssyndrom ses utgöra en faktor som kan inverka negativt på utfallet av behandling för paniksyndrom (Milrod et al., 2007). Inverkan på behandlingsutfall har setts utifrån dess koppling till personens motivation till behandling, behandlingsföljksamhet samt den terapeutiska relationen (Persons et al., 1988). I en studie av Nilsson et al. (2021) fann man däremot att komorbid personlighetssyndrom inte predicerade behandlingsutfall vid avslut av Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, PFPP.

Även när personlighetsproblematik inte utgör det primära fokuset för psykoterapeutisk behandling, har det setts förbättring i individens interpersonella funktion (Gude & Hoffart, 2008). Denna studie gav indikationer på minskning av självrapporterade interpersonella problem efter psykoterapeutisk behandling för paniksyndrom, men att dessa effekter var högre vid KBT än PDT. Skillnaden var tydligare vid uppföljning än vid behandlingsavslut.

Hur personlighetssyndrom påverkar behandlingsutfall kan bero på symtombörda före behandling och vilken diagnos som primärt behandlas. Enligt Harte et al. (2016) medför komorbid personlighetssyndrom inte negativ påverkan av behandlingseffekt vid behandling av diagnoser inom axel-I, med undantag för behandling av OCD och GAD. Även om personlighetssyndrom är kopplat till högre symtombörda vid behandlingsavslut är skillnaden måttlig (Weertman et al., 2005). Telch et al. (2010) visade också att personlighetssyndrom negativt modererar effekten av behandling, men att hänsyn även bör tas till grad av paniksyndrom före behandling. Detta då denna patientgrupp i större utsträckning uppvisar högre symtombörda kopplad till paniksyndrom före behandling, vilket medför skillnader även vid avslut. Således kan personlighetssyndrom ses som kopplad till högre belastning på förhand, samtidigt som det också utgör en modererande faktor för behandlingens effektivitet.

Sammanfattningsvis har forskning kring paniksyndrom med komorbid personlighetssyndrom inte visat på entydiga resultat och det finns därmed en svårighet att uttala sig i definitiva termer. Dess effekt på behandlingsutfall kan variera utifrån behandlingsmetodik, den axel-I problematik som behandlas, typ av personlighetssyndrom, samt symtomtyngd innan behandling (Gude & Hoffart, 2008; Harte et al., 2016; Milrod et al., 2007; Nilsson et al., 2021; Persons et al., 1988; Telch et al. 2010; Weertman et al., 2005). Även kvalitativa aspekter så som den terapeutiska relationen och personens motivation till behandling kan moderera utfallet (Persons et al., 1988).

Om patienten själv får berätta

Då majoriteten av den forskning som utförts är av kvantitativ karaktär, är det betydelsefullt att även se till kvalitativa aspekter för denna patientgrupp. Detta i avseende att få en fördjupad inblick i de aspekter av behandling som är av värde för positiva utfall (McLeod, 2013). Det är därför av intresse att göra detta med utgångspunkt i behandlingen som helhet, men även utifrån mer specifika terapeutiska aspekter som i vissa fall indikeras vara av särskild

betydelse, såsom motivation till behandling, terapeutisk relation samt behandlingsmetodik (Persons et al., 1988).

I fokus för kvantitativ psykoterapiforskning står kausala samband och behandlingars effektivitet. Här kan den kvalitativa psykoterapiforskningen bidra till fördjupad förståelse kring hur terapi upplevs både ur ett patient- och terapeutperspektiv (McLeod, 2013) och är således ett värdefullt bidrag. Fokus på hur specifika terapimetoders interventioner fungerar och hur terapeut- och patientfaktorer inverkar på behandlingen är av betydelse. Även patientperspektivet vid psykoterapi utgör en viktig källa till information om hur terapeutens beteende, interventioner och tekniker förstås av patienter. Det kan i förlängningen ge kunskap om hur psykoterapeutisk behandling bör utvecklas (McLeod, 2013). Bilden av vad som är betydelsefullt i en behandling har även visat sig skiljas åt mellan terapeut och patient (Timulak, 2010) och tidigare forskning har visat att patienter undviker att prata om terapins negativa aspekter med sin terapeut (Henkelman & Paulson, 2006; Levitt et al., 2016).

Utifrån risken att patienters upplevelser förbises har Levitt et al. (2016) i en metastudie sammanställt upplevelser av olika typer av psykoterapeutiska behandlingar. Utifrån analysen beskrivs förändringsprocessen som en genomgripande upplevelse av självreflektion och ökad självmedvetenhet om eget fungerande utifrån känslor, beteende och tankar som grund för att initiera en förändring över olika kontexter (Levitt et al., 2016). Levitt et al. (2016) belyser även betydelsen av struktur och en professionell relation samtidigt som terapeuten är varm, accepterande, genuin och omtänksam vilket var en förutsättning för att gå emot försvar och närma sig sårbara teman. Vidare påtalas vikten av kunskap hos terapeuten om hur den terapeutiska relationen präglas av obalans i professionell och kulturell makt, och rekommenderar att terapeuten lyfter svårigheter i relationen och avbrott i den terapeutiska alliansen för att motverka motstånd och emotionellt undvikande (Levitt et al., 2016).

Ett annat centralt fynd i metastudien av Levitt et al. (2016) är att patienter betraktar sig själva som aktörer i det egna utforskandet och förändringen. Denna process beskrivs som en form av självläkning med stöd och guidning från terapeuten i form av att kontinuerligt diskutera interventioner, behov och terapimål med patienten. Det framkom även uppskattning för terapeutens lyhördhet inför patientens behov under sessionen (Levitt et al., 2016), utifrån att anpassa interventioner utifrån patientens reaktioner. Att terapeuten på detta sätt stöttar patienten i

den egna processen beskrivs ge ökad förtroende för fortsatt självreflektion och uttryckande av behov utanför terapirummet.

I en studie med fokus på terapiupplevelse hos missnöjda patienter i psykodynamisk terapi (von Below & Werbart, 2012) framkom att den terapeutiska relationen beskrivs som en arena för att utforska mer adaptiva sätt att relatera till andra. Exempelvis genom ett gemensamt utformat behandlingsfokus, självhävdelse och samtal om hinder i den terapeutiska relationen. Below och Werbart (2012) tolkar detta som att patienter värdesätter metakommunikation om terapeutisk allians.

Utifrån patienter som upplevt sig nöjda eller missnöjda med PDT och KBT, har det framkommit vissa gemensamma upplevelser (Nilsson et al., 2007). Upplevelser av att finna ny förståelse och strategier för att hantera känslolivet, och i det även ökade förutsättningar till mer effektiv ångesthantering. Terapeutiska framsteg i en aspekt av livet upplevdes ha positiv inverkan på andra. Utifrån terapeutisk allians, framkom vikten av terapeutens person. Där personkemin och patientens möjlighet att relatera till och uppleva tillit till terapeuten var kopplad till patientens möjlighet att utmana sina rädslor. I denna dynamik ansågs även patientens upplevelse av det egna ansvaret över sin terapi och synen på sitt eget agentskap vara en viktig aspekt (Nilsson et al., 2007), det vill säga en känsla av att själv ha kontroll över vad man tänker, känner, vill och gör. Av de som upplevt missnöje med sin terapeutiska behandling fanns även upplevelsen av ökad medvetenhet kring det egna fungerandet. Det upplevdes dock inte ha medfört tillräcklig skillnad i praktiken. Ur patientens perspektiv förklarades detta delvis utifrån en avsaknad av en djupare terapeutisk process med större samförståelse av arbetets utformning, patient och terapeut sinsemellan. Det framkom även tankar hos patienterna att en terapeutisk behandling utifrån den metodik de själva ej genomgick skulle varit mer passande och gynnsam för dem (Nilsson et al., 2007).

Forskning kring hur patienter med personlighetssyndrom upplever psykoterapeutisk behandling är begränsad, med undantag för emotionellt instabilt personlighetssyndrom (Koivisto et al., 2021; Katsakou & Pistrang, 2017). Interpersonell osäkerhet och en rädsla för att bli avvisad är utmärkande vid ängslig personlighetssyndrom (American Psychiatric Association, 2013) och svårigheter att etablera en terapeutisk allians, både i individuell- och gruppterapi, har setts hos dessa patienter (Sørensen et al., 2019). Denna patientgrupp har visat sig söka terapeutisk behandling utifrån en önskan att kunna hantera frustration och ångest, sprungen ur

ambivalens kring känslomässig närhet till sig själv och andra (Sørensen et al., 2019). Att bli bemött som en individ med agentskap och intentionalitet har framkommit som centralt för att i större utsträckning ha mod att möta rädslor, utmana mönster och nå en förändring. Framkomna svårigheter att lyfta missnöje till följd av separationsrädsla gör det viktigt att som terapeut inte misstolka en friktionsfri relation för en god allians (Sørensen et al., 2019).

Centrala teoretiska aspekter för psykodynamisk psykoterapeutisk förändring

I fokus för denna studie står upplevelsen av den psykodynamiska förändringsprocessen. Denna process kan konceptualiseras utifrån tre steg (Summers & Barber, 2010). För det första ett utforskande av smärftfulla affekter, minnen, tankar och känslor vilket hjälper patienten att nå insikt, självmedvetenhet och reglera intensitet i känslor. För det andra att patienten får utforska alternativa perspektiv på situationer här och nu i syfte att nå en mer verklighetsförankrad syn på sig själv och sin omvärld. Slutligen utgörs processen av uppmuntrande till och prövande av nya beteenden, för att utöka beteenderepertoaren utifrån nya perspektiv på sättet att förstå och relatera, både till sig själv och andra (Summers & Barber, 2010).

Reflekterande funktion anses centralt för goda utfall av terapeutisk behandling (Bateman & Fonagy, 2019) vilket definieras som egenskapen att förstå och tolka sitt eget och andras beteende som ett uttryck för inre mentala tillstånd i form av känslor, tankar och motiv (Bateman & Fonagy, 2019). Inom PFPP (Milrod et al., 1997) görs antagandet att en ökad reflekterande funktion, specifikt kring paniksymtom, är vad som ger upphov till positiv förändring. Funktionen har mycket gemensamt med begreppet mentalisering - att förstå sig själv utifrån och andra inifrån - och är en strategi för att reglera intensitet och varaktighet i det egna känslolivet. Utöver självreglering är den reflekterande funktionen grundläggande för adaptiv interpersonell funktion och utvecklas inom ramen för en trygg anknytningsrelation. Utifrån kriterier för personlighetssyndrom, där ett kännetecken utgörs av rigida uppfattningar om sig själv och andra (American Psychiatric Association, 2013), kan mentalisering i terapi tänkas bidra till ökad flexibilitet avseende sociala relationer. Mentalisering i psykoterapi anses även ligga till grund för skapandet av så kallad epistemisk tillit vilket innebär en öppenhet inför ny kunskap från andra och att värdera denna som trovärdig, generaliserbar och personligt relevant (Fonagy & Allison, 2014). Detta utgör en förutsättning för att tillgodogöra sig psykoterapi och överföra detta till den egna personen och prövandet av nya sätt att relatera till sig själv och andra. Det är således inte specifika insikter som förvärvats under terapin som anses utgöra grunden för en förändring, utan

snarare förmågan att generalisera erfarenheter från terapin till situationer i det övriga livet (Bateman & Fonagy, 2019).

Upplevelsen av att bli förstådd av en terapeut genom mentalisering betraktas som en nyckelprocess för att, utöver epistemisk tillit, skapa goda förutsättningar för en terapeutisk allians och förändring (Bateman & Fonagy, 2019). Bordin (1979) konceptualiserade terapeutisk allians som bestående av tre delar: mål, uppgift och känslomässigt band mellan terapeut och patient. Mål berör vad den terapeutiska förändringen ska bestå av. Uppgift avser det klienten behöver göra konkret för att nå en terapeutisk förändring som att uppleva tidigare undvikna känslor. Känslomässigt band innebär tillit till terapeuten och i vilken grad patienten upplever sig förstådd, respekterad och omhändertagen (Bordin, 1979). Safran och Hunter (2020) menar att alliansen kan betraktas som något under ständig förhandling och betonar att ansvaret för alliansen vilar på båda parter, vilket innebär att patienten inte kan förväntas anpassa sig efter terapeutens arbets sätt. Vidare menar Safran och Hunter (2020) att denna förhandling är en viktig del av förändringsprocessen då den utgör en möjlighet för patienten att se till och uttrycka sina egna behov i terapirummet. Detta kan ses som en del av att stärka patientens egen agens. Ytterligare en aspekt av patientens agentskap i förändringsprocessen ligger i att terapeuten frammanar patientens egna vilja att definiera och närma sig sina svårigheter, vilket utgör grunden till att arbeta vidare terapeutiskt (Frederickson, 2013). Vidare beskrivs det som betydelsefullt att terapeuten bidrar med transparens kring det terapeutiska förfarandet vilket även inkluderar att förmedla sin förståelse av patientens problematik och framträdande mönster i denna Safran och Hunter (2020). Detta i syfte att öka en känsla av kontroll och bidra till ett hälsosamt relaterande till andra (Summers & Barber, 2010).

Syfte och frågeställning

Tidigare forskning visar på överlappande symtombild, hög komorbiditet mellan personlighetssyndrom kluster C och paniksyndrom samt motstridiga resultat om komorbiditetens inverkan på behandling. Det saknas kvalitativ forskning av hur patienter med personlighetssyndrom kluster C upplever psykodynamisk korttidsbehandling för paniksyndrom m/u agorafobi. Därför är det av vikt att lyfta patientperspektivet på den terapeutiska förändringsprocessen i denna kontext. Utifrån vår studies tidsbegränsning fanns inte möjlighet att utföra en jämförande studie mellan PDT och KBT. Utifrån ojämn fördelning av inbördes diagnoser inom kluster C i urvalet fanns bristande möjlighet att jämföra upplevelser. Varav att

studien fokuserar på upplevelsen av psykoterapeutisk behandling för paniksyndrom, PFPP (Milrod et al., 1997) vid komorbid personlighetssyndrom, kluster C.

Studien syftar således till att undersöka hur personer som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom, kluster C, upplever förändringsprocessen vid psykodynamisk korttidsbehandling av paniksyndrom med/utan agorafobi. Frågeställningen är: *Hur upplever personer som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom kluster C förändringsprocessen vid psykodynamisk korttidsbehandling av paniksyndrom?*

Metod

Studien har genomförts inom forskningsprojektet Psychotherapeutic Outcome and Self-selection Effects (POSE) vid Institutionen för psykologi på Lunds universitet. Ansvarig forskare är Rolf Sandell. Forskningsprojektet har genomgått etikprövning och godkänts (DNR: 2010/88). Datan som ligger till grund för den aktuella uppsatsen är hämtad från forskningsprojektets databas. Uppsatsens syfte, frågeställning, design och analys är utformad av och ansvaras för av oss.

En kvalitativ ansats togs för att undersöka de upplevelser av förändring som framkommer vid psykodynamisk psykoterapeutisk behandling hos personer som bedömts uppfylla kriterier för personlighetssyndrom inom kluster C utifrån SCID-II (Structured Clinical Interview for Mental Disorders II). Syftet var att undersöka den subjektiva upplevelsen av denna förändringsprocess utifrån analys av semi-strukturerade intervjuer med fokus på deltagarens upplevelse av behandlingen. Deltagarnas begripliggörande och tillskrivning av mening av den egna förändringsprocessen undersöktes. Intervjukontexten utgör dock i viss mån en begränsning för att närma sig en subjektiv upplevelse. Intervjuarens val av frågor och hur denne konceptualiserar och agerar på information som framkommer inverkar på informantens berättelse och dess förståelse samt förhållning till den egna subjektiva verkligheten (Willig, 2021).

Epistemologisk förankring

Studien utgick från en kritisk realistisk position. Utifrån denna position dras en skiljelinje mellan verkligheten i sig och våra föreställningar om den (Alvesson & Sköldberg, 2017). Samtidigt görs antagandet att data kan ge information om hur verkligheten förhåller sig, oberoende av vår kunskap om den. Informationen om verkligheten betraktas genom ett filter av tidigare kunskap vilket i sin tur präglar frågeställning och producerad kunskap (Willig, 2021). Vidare ämnar den kritiska realismen synliggöra de ofta omedvetna mekanismer som kan inverka

på en deltagares svar, såsom intervjuens fokus och förförståelse hos både intervjuare och intervjuad (Willig, 2021). I den aktuella studien utgick vi således ifrån att deltagarnas berättelse om terapiprocessen inte är en direkt avspegling av den subjektiva verkligheten, utan utgjorde en tolkning. Denna tolkning gav möjlighet att inte enbart se till de faktiska orden hos de intervjuade, utan även se bakom och låta den implicita meningsinnehållningen komplettera det explicita.

Behandling

Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, (PFPP) är en manualbaserad individuell psykodynamisk korttidsterapi utvecklad för vuxna med paniksyndrom m/u agorafobi. Behandlingen utgörs av 19-24 sessioner á 45 minuter, två tillfällen per vecka över 12 veckor (Milrod et al., 1997). Inledningsvis sker genomgång av terapins upplägg och hur problematiken kan konceptualiseras utifrån psykodynamisk teoribildning. Terapeuten arbetar sedan med att synliggöra panikattackers underliggande mening, då patienter ofta upplever dessa som plötsliga och oförklarliga. Vanliga intrapsykiska konflikter hos patienter med paniksyndrom är enligt Milrod et al. (1997) separationsrädsla, bortträngd ilska och skuld. Patientens reflekterande förmåga stärks genom att undersöka hur tidigare erfarenheter, och svårigheter att vara i kontakt med och uttrycka för patienten konfliktfyllda känslor, kan leda till ångestsymtom som panikattacker. Särskild vikt läggs vid att belysa hur patientens intrapsykiska konflikt visar sig i den terapeutiska relationen. Utifrån att denna konflikt synliggörs i relationen ges möjlighet att reflektera över dess innebörd och koppling till vad som föranleder ångest och konflikter i känslolivet. Även denna process medför en hos patienten ökad reflekterande förmåga (Fonagy & Target, 1997). Inför den separation som terapiavslutet innebär inriktas fokus på patientens känslomässiga reaktion, då med fokus kring den inverkan patientens tidigare erfarenheter har på processen. Ett aktivt förhållningssätt till denna aspekt av det terapeutiska arbetet syftar till att bidra till en hos patienten ytterligare förstärkt förmåga till reflektion. Särskild vikt läggs vid patientens hantering av separation, skuld och ilska med minskade ångestsymtom vid terapiavslut som mål (Milrod et al., 1997).

Datinsamling

I POSE-studien (Svensson et al., 2021) randomiserades 221 vuxna med paniksyndrom till att antingen välja mellan PCT och PFPP, slumpmässigt tilldelas metod eller ingå i kontrollgrupp i form av väntelista. Studien genomfördes i fyra olika regioner i Sverige inom allmänpsykiatri, primärvård och ungdomsmottagningar. Inklusionskriterier var ålder (18-70 år), paniksyndrom

m/u agorafobi utifrån DSM-IV, stabil medicinering en månad innan studiens start och under dess gång, ingen samtidig psykoterapeutisk behandling och möjlighet att genomföra behandlingen inom 16 veckor. Exkluderingskriterier var: (1) substansbrukssyndrom, pågående alternativt inom de senaste 12 månaderna; (2) pågående psykotisk sjukdom, vanföreställningar, mani eller autismdiagnos; (3) akut suicidalitet; (4) nuvarande och/eller tidigare kognitivt eller fysiskt tillstånd med möjlig inverkan på adekvat deltagande i behandling; (5) pågående rättsprocess relaterad till individens psykiska tillstånd. Självskattning ifylldes av deltagare och primära utfallsvariabler var symtombörda, arbetsmarknadsstatus och sjukfrånvaro vid behandlingsavslut. Uppföljning gjordes med anpassade semi-strukturerade djupintervjuer (Sandell et al., 2015) efter intervjumallen Psychiatry Interview Outcome Schedule (POISE, Bilaga 1) (Nilsson et al., 2007) vid 6-, 12-, och 24 månader efter behandlingsavslut. Totalt intervjuades 174 deltagare utifrån 27 frågor inom sex områden (Bakgrund; Förändring; Förändring över tid; Metodik; Terapeutens person och terapeutisk relation; Utomterapeutisk påverkan). Intervjuerna administrerades av huvudförfattarna till POSE-studien, Thomas Nilsson och Martin Svensson och dokumenterades via ljud- och bildupptagning. Samtliga intervjuer transkriberades av psykologstudenter inom ramen för examensarbete inom POSE-studien. Via randomisering tilldelades vi 16 intervjuer vardera att transkribera. Dessa intervjuer ligger inte till grund för vår studie då vi i utifrån frågeställningen valde ut de 16 deltagare som uppfyllt kriterier för personlighetssyndrom kluster C, bedömt utifrån Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II), och erhållit PFPP. 9 uppfyllde kriterier för ängslig personlighetssyndrom, 5 tvångsmässig och 2 osjälvständig. Material från semistrukturerade intervjuer vid 6 månaders uppföljning med dessa patienter utgör dataunderlag för vår studie.

Deltagare och urval

Deltagarna i forskningsprojektet POSE utgjordes av 165 kvinnor och 56 män, i åldrarna 18-70 ($M=34,9$; $SD=12,6$). 184 deltagare hade paniksyndrom med agorafobi, 37 utan. 156 deltagare uppfyllde kriterier även för annan diagnos inom axel-I. 52 deltagare uppfyllde kriterier för personlighetssyndrom (Svensson et al., 2021).

Eftersom studien syftade till att undersöka hur personer som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom kluster C upplever förändringsprocesser vid psykodynamisk korttidsbehandling för paniksyndrom valdes samtliga deltagare som bedömts uppfylla kriterier för ängslig-, osjälvständig- och tvångsmässig personlighetssyndrom ut. Urvalet i den aktuella

studien bestod av 7 män och 9 kvinnor, i åldrarna 20-52 år (median=36, M= 33,6). 37,5% av deltagarna hade högskole/universitetsutbildning, 31,3% hade gått 3/4-årigt gymnasium, 25% hade gått yrkesskola, fackskola eller 2-årigt gymnasium, 6,3% hade gått folk-, grund-, real, folkhögskola. Symtomtyngden vid behandlingsstart skiljde sig inte signifikant från övriga deltagare i forskningsprojektet.

Dataanalys

Som metod för bearbetning och dataanalys utgick vi från tematisk analys enligt Braun och Clarkes modell (2022). Då frågeställningen var explorativ utan på förhand givna hypoteser och samtliga personlighetsyndrom inom kluster C inkluderas, lämpade sig tematisk analys (Braun & Clarke, 2022). En styrka i den tematiska analysen är dess epistemologiska flexibilitet vilket medför att den lämpar sig för analys utifrån flertal positioneringar, däribland kritisk realism (Willig, 2021). Metoden är även passande då den kan tillämpas induktivt och är riktad gentemot människors tankar och förståelse av sociala fenomen (Willig, 2021). Metodens flexibilitet möjliggör för forskaren att urskilja, summera, analysera samt återge meningsbärande mönster i en stor mängd kvalitativ data (Braun & Clarke, 2022). Det innebär samtidigt att forskarens kontinuerliga tolkning av materialet inverkar på mönster i materialet, vilket medför behov av transparens kring tolkningsprocessen.

En svaghet i den tematiska analysen är steget från datan vid tolkning och abstraktion, men som kan motverkas genom grundlig genomgång vid revidering av teman. En fenomenologiskt baserad metod hade möjliggjort för oss att komma ytterligare nära upplevelsens textur. Detta kräver dock även ett underlag där dessa aspekter av upplevelsen aktivt arbetas fram i intervjufrågor och i interaktionen mellan intervjuare och respondent. I de intervjuer som genomförts inom forskningsprojektet POSE var målbilden inte att ge kvalitativt material lämpat specifikt för fenomenologisk analys. Utifrån detta har vi gjort en avvägning där fördelar avseende tematisk analys ansågs väga tyngre.

Tematisk analys kan både utföras induktivt eller deduktivt, med vilket åsyftas huruvida dataanalysen genomförts utifrån ett på förhand givet teoretiskt ramverk eller inte. Vi har utifrån syftet att undersöka patienters upplevelse av förändringsprocesser i psykoterapi eftersträvat en induktiv ingång till datan. Detta genom att i kodningsprocessen vara så nära deltagarnas utsagor som möjligt för att motverka att vår egna teoretiska förförståelse hämmar det sättet vi skapar mening ur materialet. En totalt induktiv ingång är inte möjlig, då studiens kontext präglas av ett

starkt teoretiskt ramverk utifrån den psykologiska behandling som genomförts, efterföljande intervjuer samt vår teoretiska förståelse som psykologstudenter. Vi har tillåtit flexibilitet under studiens senare analytiska process genom teoretisk förankring i analysen. Detta var ett medvetet val för att söka närma oss ämnet från båda riktningar, grundat i en värdering av både det patientnära perspektivet och det teoretiska som är av vikt för klinisk tillämpning.

Den tematiska analysen

Braun och Clarkes modell för tematisk analys (2022) består av fem steg. Analysen bör dock inte betraktas som en strikt linjär process utan genomsyras av ett flexibelt förhållningssätt till de olika stegen.

I det inledande steget bekantade vi oss med datan genom att aktivt läsa igenom materialet upprepade gånger och söka efter meningsbärande enheter och mönster. I denna del av processen noterade vi eventuella idéer på koder och teman som framkommit vid första anblick. Vi behöll tidigare koder och teman för att möjliggöra en flexibel arbetsprocess för att kunna återgå till dessa i senare steg. Transkribering ska enligt Braun och Clarke (2022) betraktas som en tolkande och meningsskapande aktivitet. I huvudstudien användes ortografisk transkribering, det vill säga transkribering av allt verbalt material och till viss mån icke-verbalt kommunikation såsom längre tystnader, sarkasm/ironi och affektiva uttryck. Utifrån att vi transkriberade slumpmässigt utvalda intervjuer från forskningsprojektet, har vi således inte själva transkriberat samtliga intervjuer som ingick i urvalet. Utifrån riktlinjer från Braun och Clarke (2022) beslutade vi att utöver transkriberat material även ta del av bild- och ljudupptagning för att säkerställa att vi tagit del implicit innebörd som kommuniceras icke-verbalt. Detta genomfördes inte för samtliga intervjuer, utan där vi ansåg det nödvändigt utifrån otydlighet i transkribering (exempelvis passager beskrivna som "ohörbara" av transkriberare).

I det andra steget genererade vi initiala koder, vilket definieras som den minsta meningsbärande beståndsdel av intresse. För att undvika att förbise utsagor av relevans för förändringsprocessen valde vi att koda samtliga delar av intervjumaterialet, förutom segment fokuserade kring valet av terapeutisk inriktning. Med utgång i Braun och Clarkes (2022) riktlinjer kring generositet avseende antal koder som genereras, utifrån intresse framgent i analysen, genererades en riklig mängd koder. I denna del av processen fördes en kontinuerlig dialog oss emellan med syfte att finna en balans mellan ordagrann och underliggande betydelse i deltagarnas utsagor. Detta i syfte att vara nära materialet utan att för den delen enbart summera

denna, och samtidigt inte låta vår egen förförståelse i allt för stor utsträckning prägla generering av koder. Även här diskuterade vi vad som ingick i respektive kod och ej, för att säkerställa koders innehåll som distinkta från varandra. Dessa koder organiserades och sammanfördes sedan till enheter som bar likartad mening på en högre abstraktionsnivå.

I det tredje steget analyserades och organiserades koder utifrån deras innebörd i syfte att forma övergripande teman (Braun & Clarke, 2022). Utifrån de teman som skapades genomfördes även en analytisk process över dess inbördes relationer till varandra, hur teman överlappar samt särskiljs från varandra, utifrån inneboende mening samt abstraktionsnivå. I detta formade vi koder både till mer övergripande teman samt underordnade teman, vilka sedan kom att omformas och kombineras i nästa fas (Bilaga 2). Det kan utifrån Braun & Clarke (2022) förstås som en i viss mån teoridriven analys vilken utgår från vår konceptualisering och förförståelse av vad förändringsprocesser i psykoterapi innebär såsom återgivet ovan utifrån Bateman & Fonagy (2019), Milrod et al. (1997) och Summers & Barber (2010).

I det fjärde steget reviderade vi de teman som skapats då varje bör ha en tydlig koppling till en viss aspekt av frågeställningen, vara nyanserat, djupt, sammanhängande och ha en tydlig förankring i både koder och rådata (Braun & Clarke, 2022). Det innebar att vi rörde oss fram och tillbaka mellan rådata och analys för att säkerställa att de teman och den övergripande strukturen inte flyttades till en allt för hög abstraktionsnivå, där närheten till datan riskerar gå förlorad. Det utgjorde även ett arbete kring att säkerställa att olika teman bar egen central mening och att undvika överlapp.

Det femte steget innebar att bestämma och namnge huvudteman, där det var av vikt att beakta vad som är det centrala innehållet, hur dess gränser ligger i relation till andra teman, vad dess unika bidrag utgör till frågeställningen och analysen i sin helhet. Ett bra namn bör vara informativt, koncist, slagkraftigt och väcka nyfikenhet (Braun & Clarke, 2022). Under detta steg upptäckte vi att både de huvud- och underteman vi genererat var allt för summerande till sin karaktär då den följde en typisk kronologi för psykoterapeutisk behandling. Detta gjorde att vi formade en ny struktur för huvudteman som var närmre deltagarnas beskrivna upplevelse av sin terapeutiska förändringsprocess, istället för att deras berättelser skulle anpassas till en på förhand bestämd kronologi. I det sjätte och sista steget skrevs resultatet (Braun & Clarke, 2022).

Etiska överväganden

POSE-studien har etikprövats och godkänts av Etikprövningsnämnden i Lund (Ref: DNR-2010/88). Datum för godkännande var 2010-03-10. Informerat samtycke inhämtades av samtliga deltagare i studien. Deltagarna informerades om möjligheten att avbryta sin medverkan under studiens gång utan att ange orsak. Eventuella negativa effekter som kunde uppstå inom studien hanterades genom diskussion mellan behandlande terapeut, handledare och forskargruppen och rapporterades som en del av studien forskningsfynd (Sandell et al., 2015). Deltagarnas sekretess har värnats genom varsam förvaring av känsligt material på institutionen. Inför kodning av intervjumaterialet i NVivo anonymiserades datan utifrån identifierande information som namn, ålder, kön, bostadsort och yrkesroll.

Enligt Brinkmann och Kvale (2005) utgör ovan nämnda aspekter mikro-etik, det vill säga forskarens etiska ansvar i relation till den enskilde individen i den specifika situationen. Av relevans är även att överväga hur den kunskap som produceras inverkar på en samhällelig nivå och kan påverka människor även utanför forskningsstudien, så kallad makroetik. För den aktuella studien är det av vikt att beakta hur den patientgrupp som utgör vårt urval framställs för att motverka ytterligare stigmatisering av personlighetssyndrom. Detta i form av vilka aspekter som lyfts och inte, ordval samt tonfall och hur det kan påverka denna patientgrupp på en samhällelig nivå i form av stigmatisering. Vår studies fokus på panik- och personlighetssyndrom ingår i en personcentrerad och individualpsykologisk kontext, där sociokulturella faktorer inte lyfts i samma utsträckning i förståelsen av terapiprocessen. Det medför risk för att svårigheter i den terapeutiska processen förstås i större utsträckning utifrån personfaktorer hos patienten än som en produkt av det terapeutiska samspelet, terapeutens egenskaper och metod. Det riskerar även att föra uppmärksamheten bort från den kontext där vården ges, och dess eventuella begränsningar i form av tidsbegränsad behandling och begränsningar i att bemöta komorbiditet.

Reflexivitet

I all form av forskning, och i synnerhet kvalitativ, behöver forskarens roll och subjektiva ingång till ämnet i fråga och det specifika materialet granskas. Reflexivitet innebär ett undersökande av hur forskarens egna personliga förutsättningar och forskningskontext inverkar på interaktionen med det material som avses beforskas (Alvesson & Sköldberg, 2017). I tolkning av det transkriberade materialet har det varit av vikt att kontinuerligt göra en ansats till att differentiera i vilken utsträckning tolkningen är avhängig det faktiska materialet kontra våra

personliga erfarenheter. Samtidigt har vi haft en medvetenhet, utifrån en kritisk realistisk positionering, att denna differentiering inte är fullt uppnåbar. I den aktuella studien har vi ett intresse för patientperspektivet på terapeutisk förändringsprocess, samtidigt som vi efter fem års universitetsstudier inom psykologi främst är skolade i terapeutens perspektiv. De egna personliga, ideologiska och kulturella präglar de frågor som ställs, observation och förståelse av materialet vilket sannolikt skiljer sig från patientens perspektiv. I detta fall präglas tolkningen av patienter av vår uppfattning av den terapeutiska processen för specifikt personlighetssyndrom, kluster C. I detta ingår en förväntan hos oss kring svårigheter avseende etablerandet av god terapeutisk allians, förmåga att reflektera över inre tillstånd och korttidsterapi som otillräcklig utifrån patientgruppens långvariga problematik. Utöver det finns en förväntan om relationella svårigheter som kan ta sig uttryck i ett beroende av terapeuten, svårigheter att separera samt en underskattning av egen förmåga.

Resultat

Tre huvudteman genererades i den tematiska analysen, med 3 tillhörande underteman vardera (se Tabell 1). *Ovisshet* belyser en osäkerhet och ovisshet inför ingången till det terapeutiska arbetet, genomförandet av det och att sedan fortsätta den egna processen. *Den terapeutiska fristaden* belyser hur den ökade trygghet och tillit till egen förmåga som förvärvats under terapin tycks bidra till nya sätt att relatera både till sig själv och andra. *Förändring tar tid* speglar hur det tar tid att både känna förtroende, förstå den terapeutiska processen och att våga öppna upp sitt inre. Huvudtemat belyser även hur tidsbegränsningen upplevs både som motiverande och frustrerande.

Varje huvudtema introduceras genom en sammanfattning av huvudfynd, varpå underteman beskrivs följt av presentation av materialet i form av citat från intervjuer.

Tabell 1

Huvudteman och underteman

Huvudteman	Underteman
Ovisshet	Varför sitter jag här? Vad håller vi på med? Hur går jag vidare?
Den terapeutiska fristaden	Rum för att utforska och utmana Lugn i sig själv

Förändring tar tid

Fri att vara

Tidsbegränsning motiverar och frustrerar
Tid för tillit
Fortsatt styrfart

Ovisshet

Detta huvudtema beskriver en osäkerhet och ovisshet inför ingången till det terapeutiska arbetet, genomförandet av det och att sedan fortsätta den egna processen. Det framkom en undran över vad som var grunden till den egna problematiken, och hur en bör gå tillväga för att nå förbättring. Även i det terapeutiska arbetet beskrev deltagarna osäkerhet och skepsis, både inför rollerna och hur den terapeutiska uppgiften bör genomföras. Osäkerheten och rädslan fortsatte ut ur terapirummet och in i den självständiga processen, i vilken det låg en oro i att kunna hantera sina problem på egen hand. Att överta ansvaret för den fortsatta processen beskrevs som skrämmande, men att man stegvis lärde sig hantera det.

Varför sitter jag här?

Detta undertema beskriver upplevelsen av osäkerhet kring innebörden av de egna symtomen, att inte veta med säkerhet var felet ligger och i det en önskan om förståelse av paniksyndromet. Det beskrevs att livssituationen blivit ohållbar på grund av panikångesten vilket gjort att de sökt finna förståelse och förändring. Det beskrevs en förutsättningslös ingång till terapin. De hade provat egna strategier för att hantera sina symtom med varierande framgång. Vidare beskrevs en insikt om att förändring var nödvändig men att det var diffust vad förändringen borde bestå av:

Alltså hur ska man, hur ska man säga... Alltså du vet ju att din bil behöver lagas när den inte startar, men kanske inte alltid man vet exakt... man tror sig veta vad som är felet va, men det kanske är något helt annat.

Temat belyser även en fortsatt ovisshet, och utmaning i att konkretisera och verbalisera den terapeutiska förändringen, även när den har skett:

[...] Det är svårt att sätta fingret på. Bättre blev det i alla fall.

Deltagarna beskrev en utveckling från en ovisshet kring vad symtomen beror på till en ökad tendens att närma sig de egna tankarna och söka förstå den egna känslomässiga reaktionen i specifika situationer. De beskrev att under terapins gång utvecklades en ökad nyfikenhet och förståelse för sina nuvarande känslomässiga reaktioner genom ett synliggörande av och koppling till tidigare relationella erfarenheter:

Men om jag känner att jag börjar, nu börjar det hända nåt här, istället för att liksom försöka slå undan tanken så skulle jag liksom förklara för mig själv eller försöka liksom analysera situationen, att vad är det nu som händer här då?

Vad håller vi på med?

Detta undertema fångar en osäkerhet och frustration över att varken förstå den terapeutiska metoden eller teorin bakom. Det ger en beskrivning av en upplevelse av att vara utlämnad åt sig själv i att begripa metoden och den egna uppgiften, med en önskan om överblick över terapins process, syfte och mål - då terapeuten inte alltid uttryckligen benämner detta:

Ja, det var ju liksom att man inte gick in och petade i sitt undermedvetna, utan kände att: Vad är det här för något? Vad går det här ut på? Vad vill dom ha reda på? Hur har dom lagt upp det? Vad är tanken?

Det kunde ta sig uttryck i en inledande skepsis, både gentemot terapin och terapeuten vilket kunde försvåra deltagandet. Fokuset kunde hamna vid att söka förstå terapins upplägg och den egna terapeutiska uppgiften, snarare än att söka förstå sig själv. Terapeutens tystnad under sessionerna tycktes leda till en osäkerhet kring den egna rollen i terapin:

[...] [Terapeuten] var många gånger tyst, vilket jag tycker är jobbigt när folk är för då rabblar jag på. Jag blir nervös liksom när det blir för tyst för då känns det som att det förväntas någonting av mig [...]

Terapins upplevda brist på riktning och effektivitet tycks antyda en önskan om en mer aktiv och guidande terapeut. Vidare tyder deltagarnas berättelse på att terapeutens anonymitet skapade en

osäkerhet kring huruvida man är omtyckt och accepterad, vilket kunde påverka relationen till terapeuten både under och efter den terapeutiska behandlingen. Denna osäkerhet kring terapeutens genuina intresse och omsorg om välgång efter terapins avslut beskrevs bidra till hur deltagare kände sig bekväma att agera mot terapeuten, och visade på en önskan om att relationen skulle ha varit av ömsesidig karaktär:

[...] Jag hade velat att det hade varit lite mer vänskapligt. Så jag är fortfarande osäker än idag om [terapeuten] gillade mig som person [...] Hur ska jag reagera om jag träffar [terapeuten] på stan någonstans? Kommer jag säga ett vanligt hej bara? I själva verket vill jag säga: "Hej! Så här har det gått, så här har jag det" [...]

Hur går jag vidare?

Detta undertema fångar en osäkerhet inför att klara sig på egen hand efter terapin. Det arbete som utträttades i terapin framhölls som värdefullt. Det fanns en osäkerhet kring att kunna fortsätta denna process på egen hand och en rädsla inför att förlora de framsteg som gjorts. Det framkom en upplevelse av att terapins kontinuitet och relationen till terapeuten utgjorde en trygghet som man var rädd att förlora. Dessa upplevelser av osäkerhet och rädsla inför terapiavslutet sågs utgöra en väsentlig aspekt och del av terapin, vilken behövde sitt utrymme:

Jo men det var det jag var jätterädd för när vi liksom släppte här nu. Och man skulle ut och flyga själv. Det var väl en period som var rätt tuff. Det pratade vi rätt tidigt om. Jag sa det... Jag hade uppe det rätt tidigt. Men det försökte jag ju bearbeta. Och sen så tror jag det hanterades på ett hyggligt sätt.

Vidare tycktes deltagarnas beskrivningar utgöra ett skifte: från ett fokus på terapeuten och själva separationen, till den egna rollen i den fortsatta processen. Skiftet till den egna fortsatta processen beskrevs som skrämmande och osäker, men att de successivt kände sig förmögna att fortsätta utan terapeutens vägledning:

Men jag menar man släpps ju ut på hal is kan man väl säga och sen så är det ju bara att kunna ta sig upp och ta dom stapplande stegen och sen så är det bara att fortsätta.

Den terapeutiska fristaden

Detta huvudtema speglar hur en ökad trygghet och tillit till egen förmåga leder till nya sätt att relatera både till sig själv och andra. Den trygghet som beskrevs i den terapeutiska relationen kunde utgöra en plattform att prova nya sätt att relatera och bete sig gentemot andra. Ökad förståelse för känslomässiga reaktioner och paniksymtom, beskrevs bidra till ett ökat lugn inför att både möta och hantera paniken då den slår till. Parallellt med trygghet avseende paniksymtom framkom upplevelsen av ökad säkerhet och trygghet på ett personligt plan. Oavsett utfall avseende paniksymtom värderades framsteg på detta plan högt.

Rum för att utforska och utmana

Detta undertema speglar hur aspekter av förändringsprocessen beskrivs möjliggöras när värdefulla egenskaper hos terapeuten, och det samspel som framträder under terapin, tycks inverka positivt på denna process. Hos deltagarna fanns en gemensam tanke om vad som utgör en gynnsam terapeutisk relation, oavsett huruvida den enskilde deltagaren upplever att denna införlivats eller inte. Det beskrevs en tacksamhet hos de som upplevt detta, och en längtan hos de som saknat det. Det ideala terapeutiska rummet kan förstås som en plats att återkomma till för att fritt ventilera och bearbeta både känslor och tankar:

[...] Jag tycker inte om att gråta. Och det var mycket gråt. [Skratt]. Det var någonting jag kunde tillåta mig att göra för att... Om det var nånstans jag skulle göra det, så var det här.

Detta var inte enbart kopplat till det faktiska rummet, då det framkom hur den inre bilden av terapirummet kunde fungera som substitut för det faktiska rummet, när personen var i behov av stabilitet och styrka:

När det var som jobbigast [...] så hade man bilden framför sig, att man satt i det här rummet, och man kände ett lugn i det här rummet. Man försökte leta efter en

lugn bild nånstans [...] Det var min andnings... Det var mitt sätt att hämta kraft, [...] hämta kraft här för att ta mig vidare.

Relationen kännetecknades av förtroende, både inför terapeutens kompetens och bemötande. Utöver förtroende inför terapeutens kunskap skapades även förtroende på andra plan, i form av de mer personliga aspekterna av terapeuten. Dessa beskrevs som en genuin nyfikenhet och vilja att hjälpa. Upplevelsen av en icke-dömande terapeut beskrevs bidra till att kunna gå emot den initiala skammen och öppna sig emotionellt. Det beskrevs som en positiv och nödvändig del att bli utmanad och pressad av terapeuten till att möta det som är svårt. Att inte för egen hand klara av att forcera sig själv in i en förändringsprocess, utan vara i behov av att den andre knuffar en över kanten i rätt riktning. Detta behov var inte alltid uppenbart från början, men att det utifrån terapeutens styrning av terapins innehåll, och motvilja att släppa saker som verkar vara meningsbärande, gick att finna rätt riktning och nya insikter:

[...] [Terapeuten] kunde gå tillbaka där jag hade sagt att det där är ingenting, det där är ingen fara. Men så kunde hon börja brotta det, och vi hittade nånstans, att det låg... det var nog det som låg och bråkade nånstans. För det låg i det undermedvetna nånstans.

Samtidigt framkom det i andra beskrivningar hur det trots uppskattning av denna form av press fanns en vikt av att slutligen själv vara den som bestämmer takten:

[...] Vi fortsatte att prata om det, och så sa [terapeuten] att om man inte vill så behöver man inte fortsätta. Om man tycker det är väldigt jobbigt, och kanske blir ledsen. Men det var aldrig så, utan vi fortsatte alltid.

Lugn i sig själv

Detta undertema fångar en upplevelse av ökad säkerhet och trygghet på ett personligt plan, trots att det varierar avseende minskade paniksymtom. Denna ökade trygghet beskrevs delvis grundad i en förståelse och ökad förmåga att hantera paniksymtom. Samtidigt framhölls att förändring i den egna personen värderades än högre:

[...] Och [de värsta panikattackerna] känner jag att jag skiter i just nu. Alltså det är inte hela världen känner jag. Det viktiga nu är att ha ett bra liv helt enkelt, och sen är det en bonus om jag fixar topparna då. Jag tänker inte att ge upp det men jag känner inte att jag är där just nu. Men i mitt vardagliga liv då känner jag nu att jag blivit hjälpt. Det har hänt mycket med mig själv som människa. Och på så sätt var det värt jättemycket.

Tryggheten beskrevs vara grundad i en ökad kontakt med, och förståelse för, det egna känslolivet och behoven. Detta medförde för personen nya sätt att förstå och relatera, både till sig själv och andra. Avseende förändring i paniksymtom framhölls värdet av att få ett namn på och förståelse för sina fysiska besvär, vilka tidigare upplevts som diffusa och skrämmande. Detta beskrevs bidra till en ökad känsla av trygghet och möjlighet att stå ut med obehaget:

[...] Men man visste liksom inte var [paniken] kom ifrån. Och då blir man ju mycket räddare när man inte vet vad som händer. För då kanske man inbillar sig de här sakerna, att jag kommer att dö [...] Oftast så gör man inte det utan du överlever. Att du klarar dig, du svimmar inte. Då tror jag att man kan förändra sitt tänkande lite mer, att du blir inte lika panikslagen som första gången[...]

Tryggheten i sig själv gav även en förändrad relation till känslolivet; från en rädsla över att förlora kontrollen till att upptäcka nyanser i känslors intensitet och progress. Ett förändrat förhållningssätt till paniksymtomen beskrevs även ge ett ökat handlingsutrymme - att tryggt kunna möta situationer som tidigare undvikits. Det kunde ta sig i uttryck som ett skifte från upptagenhet vid andras omdömen till en omsorg om det egna måendet och behoven:

[...] Ja men i värsta fall går jag ut då, vem bryr sig om jag går ut fem minuter innan. Jag har alltid suttit kvar och mått skit då. Men skulle det var så, så gör jag det nu. What's the big deal? Ingen annan bryr sig. Då kan jag säga att jag går på toa. Frågar någon kan jag säga att jag mår lite dåligt, att jag gillar inte att sitta här inne. Vad som helst. På så sätt tror jag blir det lite mer avdramatiserat.

Fri att vara

Detta undertema speglar deltagarnas beskrivningar av hur de erfarenheter som erhållits med terapeuten förändrat relaterande till både sig själv och andra människor. Denna förändring inbegrep både en upplevelse av en ökad förståelse för och öppenhet inför egna känslor och svårigheter, samt en förändring i ökat handlingsutrymme för att uttrycka dessa inför andra människor. Förändringen kretsade även kring nya sätt att värna egna behov, genom både gränssättning och att söka omsorg. Följande citat belyser en erfarenhet av en relation där hen upplever att låta tankar flöda fritt, utan att uppehålla sig vid själva samspelet, vilket öppnade för både en insikt i behovet av sådana relationer, samt en insikt i hur nya sådana kan utvecklas:

Man blir ju nästan lite beroende av den där kontakten. Och sen får man lära sig att kanske distribuera ut det på andra sen, så det kändes jättekonstigt. Nästan lite ensamt i början.[...] Delar man med sig av det så kommer man också närmare varandra. Och jag har insett att första reaktionen kanske inte är att folk flyr eller fäktar, utan kanske lyssnar, kanske vill lyssna [...]

Deltagarna berättade om tidigare svårigheter i att närma sig andra och bilda intima band. Att då få låta detta ta utrymme i den terapeutiska behandlingen upplevdes betydande för möjligheter till detta utanför terapin. Den nya erfarenheten av att prata om sitt inre liv med terapeuten beskrevs bidra till en ökad transparens kring eget mående utanför terapirummet. Det beskrevs även en förändring som kretsade kring nya sätt att betrakta egna behov som värda att värnas, vilket även kunde innebära en ökad nyansering av känslspektrat och att uttrycka sina behov på mer adaptiva vis:

[...] Men nu är det mer att jag: ”Okej, men vad känner jag faktiskt för att göra idag?” och att jag ger mig liksom, amen 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 [i terapin], 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.

Att värna egna behov i större utsträckning beskrevs ta sig uttryck i form av en ökad trygghet i att sätta gränser, att säga ifrån vid upplevelser av att bli felbehandlad. Det tycks ha skett en förskjutning; där värnandet om det egna behovet och tydlighet i relationer började värderas högre än att bibehålla god stämning:

Sen har jag blivit bättre på att fräsa ifrån. Jag har alltid varit bra på att säga vad jag tycker men jag har alltid sagt det med snälla ord, förstår du hur jag menar?

Förändring tar tid

Detta huvudtema speglar hur det tar tid att både känna förtroende, förstå den terapeutiska processen och att våga öppna upp sitt inre. Deltagarna beskrev det som en ny erfarenhet att anförtro sig till en annan. Detta är en process som utöver att vara tidskrävande och intensiv, även förutsatte engagemang från både patient och terapeut. Samtidigt beskrevs en stark beslutsamhet i att gå in i denna process och ta vara på den. En del av drivkraften låg i en medvetenhet om den begränsade tid en hade till förfogande. Aspekten tid löpte genom hela den terapeutiska förändringsprocessen, som en medvetenhet om begränsade antal sessioner och den terapeutiska relationens ändlighet. Tiden återkom särskilt i de slutliga aspekterna av den terapeutiska processen. Att ge tidsmässigt utrymme för att hantera separation från den relation som byggts upp framhölls som viktigt. Det fanns en rörelse i sättet deltagare beskrev den fortsatta processen efter terapin. Från att se separationen som ett slut, en punkt i tiden där förändring behöver ha åstadkommit, till att inse att deras process enbart påbörjats.

Tidsbegränsning motiverar och frustrerar

Detta undertema fångar motivationen att gå in helhjärtat i den terapeutiska processen. Även om det fanns en medvetenhet om att behandlingen är krävande, fanns en beslutsamhet om att utsätta sig för denna process och ge behandlingen en chans:

Och det var väl en del av tanken på [begränsad tid]. Man tänkte att... man sitter ju inte här och förspiller ett halvår till av mitt liv. Utan att nu får det faktiskt vara. Nu får man öppna och ta bort de där skydden som är i vanliga fall då.

Medvetenheten om tidsbegränsning kunde ge upphov till en oro över att inte hinna bli hjälpt under behandlingens gång. Att det är ett visst antal tillfällen, och att det gäller att lyckas få bukt med sina problem under denna tid. Att ramen för behandlingens tid var tydlig, gjorde det även möjligt att se behandlingen som ett tillfälligt stadie som underlättade för att kunna utsätta sig för obehag under denna period:

När man väl tar tag i någonting efter så lång tid, så kände jag att då får det inte bli något sådant som man bara gör. [...] Utan faktiskt fokusera på det. [...] Jag får väl öppna dörrar, eller glänta på några dörrar och kika lite, och sedan kan jag stänga dem igen, om ett halvår [skratt] Men de får stå på glänt fortfarande tror jag [...]

För många var medvetenheten om tidsbegränsningen en motiverande kraft men den kunde även väcka en frustration att inte vara förmögen att ta tillvara chansen. För en del fanns det en svårighet i processen att öppna sig och nyttja den tid man har. Ansvar för det upplevda misslyckandet kunde riktas gentemot den egna personen:

[...] För det var ju slut efter dom gångerna.[...] Så därför var det lite det, jag kände mig frustrerad att jag inte tog chansen då liksom. Utan då sitter jag där helt tyst.

Tid för tillit

Deltagare beskrev hur etablerandet av en förtrolig relation till terapeuten är något som arbetades fram under tid. Svårigheten låg delvis i att det för många var en ny erfarenhet att anförtro sitt inre till en annan, vilket beskrevs som en känslomässigt utmanande process:

Vi hade det jättesvårt tillsammans. Jag ska inte ljuga. Jag tyckte det var extremt svårt att prata så jag gjorde inte det så mycket. Det var lite svårt. [...] Jag förstår att om man är en person som har lite lättare för att prata, och kan man jobba igenom grejer lite snabbare så kanske det funkar. Men för mig som bygger upp ett förtroende långsamt, så kändes det som att det blev avhugget precis när det började bli bättre tyvärr. Så att egentligen skulle man väl velat ha en månad till. Det tror jag hade varit ultimat.

Det beskrevs en upplevelse av krav på sig själv att öppna upp sig i ett tidigt stadie av terapin, för att på så sätt tillgodose sig denna maximalt:

Dels så har jag inte gett tillräckligt, och dels så har jag inte slappnat av så pass mycket att jag faktiskt kommer att få nytta av det här. Men det tycker jag i och för sig att jag har fått, nu när man kollar tillbaka helt och hållet. Men samtidigt så tycker jag att jag borde kanske bara ha... Ja, men släppt dammen på första samtalet. Bara berättat allting liksom. Men då hade jag inte varit bekväm överhuvudtaget någonstans, känner jag.

Deltagarna uttryckte en önskan om en längre terapikontakt, men upplevde sig ha mer tidigare händelser att bearbeta och att det tar tid att etablera en förtrolig relation till terapeuten. Separationen från terapeuten beskrevs som sorglig, och något som behövdes ges tid:

[Börjar gråta] Fruktansvärt. Innan [sista mötet] sa jag liksom att nej nu ska jag inte gråta för det var ju liksom... Jag hade ju gråtit en del de senaste gångerna. Så gick det jättebra, jag grät inte. Så var det typ en kvart kvar. Jag kollade klockan, så bara kände jag att nej, nu är det kört. Så kom tårarna och så grät jag liksom...
[torkar sina tårar.]

Fortsatt styrfart

Detta undertema fångar insikten om att förändringsprocessen fortsätter efter terapins avslut, en process som därefter leddes av individen själv. Denna insikt föregicks av en oro inför att klara sig på egen hand. Deltagarna beskrev ett försämrat mående direkt efter terapins avslut, som hanteras med hjälp av lärdomar förvärvade under terapin:

Direkt efter så känner man kanske... inte att man ramlar ner i en svacka, men kanske en liten grop, som man själv skulle hoppa över, eller ett dike som man fick lära sig att hoppa över. Man fick ta med sig dom där verktygen för att klara sig själv lite grann.

Det beskrevs en fortsatt närvaro av terapeuten efter den fysiska separationen, som då tycktes ha blivit en del av den egna personen. Terapeutens kvarvarande beskrevs som en inre röst att vända sig till för guidning i livet:

Ja men känslan och så även det här vad hon sa. Hon kunde säga specifika saker som satte sig kvar. Nu så kan jag inte ta fram det bara för det för nu kommer jag inte på. Det är därför jag menar att det kanske ligger kvar i mig någonstans liksom. Att det skedde en förändring som faktiskt har blivit en del av mig.

Den kvarvarande introspektiva processen beskrevs som krävande för tankeverksamheten, om än på undermedveten nivå. Det beskrevs hur denna process till viss del var uppenbar för personen, i ett medvetet bearbetande av tankar, känslor och tidigare erfarenheter. Den beskrevs även som uppenbar för omgivningen, som noterat en mer inåtvänd och introspektiv hållning i samband med terapiavslut. Det beskrevs hur tanken om förmodat avslut på förändringsprocessen, efter separationen, inte infriades. Den process de påbörjat i samarbete med terapeuten, att blicka in och reflektera, tycktes leva vidare och bearbetas av egen kraft:

[...] Jag känner ju att jag inte har... har ju inte vänt det alltså, skeppet går ju vidare framåt. Det är inte... det har inte stannat, och går inte sidled eller bakåt, utan det har styrfart fortfarande.

Diskussion

Vi har i denna studie ämnat utforska hur personer med personlighetssyndrom kluster C upplever förändringsprocessen vid PFPP. Sammantaget visar vårt resultat att deltagarna beskriver sin upplevelse av PFPP som övervägande positiv. Samtidigt visar resultatet också på upplevelsen av en osäkerhet och ovisshet kring flertal aspekter av den terapeutiska processen. Däribland ingår osäkerhet inför bakgrund till paniksymtom (*Varför sitter jag här?*) och hur en förändring kan nås. Detta innebär även en skepsis inför det terapeutiska arbetet där det framkommer upplevelser av bristande transparens avseende den terapeutiska metoden och de inbördes rollerna som terapeut och patient (*Vad håller vi på med?*). Att överta ansvaret för den fortsatta

förändringsprocessen efter terapins avslut beskrivs som kantad av osäkerhet och obehag (*Hur går jag vidare?*), men stegvis sker en process mot att bygga ett eget agentskap (*Fortsatt styrfart*). Resultatet visar även vikten av att uppleva tillit och förtroende till både terapeut och metod, som ett steg i att en förändringsprocess ska kunna realiseras (*Rum för att utforska och utmana*). Detta ger i sin tur upplevelsen av en ökad beteendepertoar, som ökad gränssättning och värnande av egna behov. Vilket i förlängningen kom att befastas som en ny del av den egna personen (*Fri att vara*).

Resultatet visar även att ingången till förändringsprocessen i stor utsträckning är präglad av aspekten tid, och att det förekommer en inneboende tröghet bestående av svårighet att närma sig både sig själv och terapeuten (*Tid för tillit*). Medvetenheten om den begränsade tid en har till förfogande kan ge upphov till en dynamisk upplevelse präglad av både kraft att hänge sig processen och en samtida rädsla inför både inre och yttre begränsningar (*Tidsbegränsning motiverar och frustrerar*). Begränsningar bottnade i den egna personen, den terapeutiska metoden och det tidsmässiga utrymmet. I den avslutande fasen av terapin upplevs tiden som närvarande utifrån en separationsångest och sorg över relationens definitiva slut. Här sker dock en rörelse från att se separationen som ett absolut slut, en punkt i tiden där förändring behöver ha åstadkommit, till att inse att processen enbart påbörjats (*Fortsatt styrfart*).

En terapeut för den som tvivlar

Osäkerheten och ovissheten genomsyrar samtliga tre komponenter av den terapeutiska alliansen: känslomässigt band, samstämmighet kring terapins mål och tillvägagångssätt (Bordin, 1979). Osäkerheten inför att vara mottagen med acceptans och värme utifrån terapeutens upplevda passivitet och tystnad (*Vad håller vi på med?*) kan leda till en önskan om att relationen var av mer ömsesidig och genuin karaktär. Detta kan tolkas som att en tillbakadragen hållning hos terapeuten skapar en osäkerhet och i förlängningen ett bristande känslomässigt band. Att terapeuten upplevs som genuin, omtänksam och accepterande av patienten har i tidigare forskning beskrivits som en förutsättning för att bryta känslomässigt undvikande och engagera sig i förändringsprocessen (Levitt et al., 2016). Upptagenheten vid terapeutens förmodade negativa omdöme kan även förstås utifrån vissa kriterier inom kluster C (American Psychiatric Association, 2013), såsom förhöjd vaksamhet inför potentiellt avvisande eller kritiskt bemötande.

Frustration över att vara utlämnad åt sig själv i att begripliggöra metoden och den egna uppgiften i förändringsprocessen (*Vad håller vi på med?*) kan tolkas utifrån alliansens andra och tredje aspekt: otillräcklig transparens och samstämmighet kring terapins förfarande. Deltagarnas efterfrågan av överblick över terapins process, syfte och mål (*Vad håller vi på med?*) kan betraktas som ett uttryck för efterfrågan om metakommunikation, det vill säga en öppen dialog om mål, uppgift och känslomässigt band (von Below & Werbert, 2012). I likhet med detta har patienter i en tidigare studie (Levitt et al., 2016) beskrivit terapi som en självläkningsprocess, vilken understöds av att terapeuten löpande diskuterar hur interventioner upplevs av patienten, samt patientens behov och terapimål.

En transparens kring det terapeutiska förfarandet och terapins syfte och mål kan enligt Summers och Barber (2010) öka patientens upplevelse av kontroll, och i förlängningen agentskap. I likhet med detta visade Levitt et al. (2016) i sin analys att patienter betraktar sig själva som aktörer i att nå insikter och påbörja en förändringsprocess.

Att terapeuten överlämnar ansvaret för att styra terapin beskrivs generellt som uppskattat, men den samtida osäkerheten indikerar en nödvändighet av balans. Det kan indikera ett behov av att terapeuten är omhändertagande genom att tillgodose metakommunikation samtidigt som denne uppmuntrar individens agentskap. Detta för att i större utsträckning kunna möta individen där den är, utifrån dess specifika svårigheter som ingår i kluster C, såsom osjälvständighet och svårigheter att uttrycka egna åsikter och behov (American Psychiatric Association, 2013).

Att bli behandlad bortom sin panik

Det beskrivs en upplevelse av hur panikångesten begränsar livet och en insikt om förändringens nödvändighet. Samtidigt finns svårigheter att uttrycka vad förändringen ska bestå av. Detta kan vara relaterat till initial förvirring kring symtomens orsak (*Varför sitter jag här?*). Enligt Milrod et al. (1997) kan det hos patienter med paniksyndrom finnas en tendens att undvika svåra känslor genom att omedvetet förlägga dessa somatiskt. Denna tendens kan bidra till svårigheter att förstå egna processer. Somatiseringen speglas i paniksyndromets kriterier som angår dödsskräck och rädsla inför hjärtattack (American Psychiatric Association, 2013). Utifrån komorbiditet med personlighetssyndrom kan det även tänkas att begränsad reflekterande funktion inverkar (Bateman & Fonagy, 2019) genom att symtomen inte förstås som uttryck för inre känslor och tankar. Deltagare beskrivningar kan tolkas som att en reflekterande funktion fortlöpande stärks under terapins gång vilket ger ett ökat lugn inför att både möta och hantera

paniken då den slår till (*Lugn i sig själv*). Detta uttrycks som en medvetenhet om tankar, känslomässiga reaktioner och paniksymtom, och en förståelse för den egna personen.

Upplevelsen av att finna ny förståelse och strategier för att hantera känslolivet och mer effektiv ångesthantering, är i linje med tidigare kvalitativ forskning om patientperspektivet vid PDT och KBT (Nilsson et al., 2007). Denna beskrivna upplevelse är även i linje med en terapeutisk förändringsprocess som formulerad av Summers och Barber (2010). Förändringsprocessen som den beskrivs av deltagarna kan även ses som en spegling av metoden. I PFPP (Milrod et al., 1997) arbetar terapeuten aktivt med att synliggöra ångestsymtom som en produkt av konfliktfyllda känslor, vilka patienten tidigare upplevt svårigheter att närma sig, uttrycka och hantera. Samtidigt framkommer att relationen mellan minskad panikångest och hanterandet av konfliktfyllda känslor inte uttryckligen beskrivs av deltagarna.

Vi tolkar det som att förändringen i paniksymtom var förväntad av deltagarna. Parallellt med detta beskrivs dock en för deltagarna oväntad upplevelse av ökad säkerhet och trygghet på ett personligt plan och nya beteenden i relation till sig själv och andra (*Fri att vara*). Detta kan förstås i ljuset av hur förändringsprocessen tidigare beskrivits (Levitt et al., 2016) som en genomgripande upplevelse av självreflektion och ökad självmedvetenhet vilken utgjort grund för förändring över olika delar av livet. I likhet med studien av Nilsson et al. (2007) om patientperspektivet på förändringsprocess i PDT och KBT beskrivs således hur terapeutiska framsteg i en aspekt av livet kan ha positiv inverkan på andra. Deltagarna beskriver dock förändring i paniksymtom och förändring på ett personligt plan som två separata processer, vilket skiljer sig från psykodynamisk teori om förändringsprocesser som betraktar dessa som sammanvävda (Milrod et al., 1997; Summers & Barber, 2010). Den upplevda personliga förändringen är samstämmig med tidigare forskning som visat på en förbättring i interpersonell funktion, även då personlighetsproblematik inte står i fokus för behandlingen (Gude & Hoffart, 2008). Detta kan förstås utifrån symtomöverlapp mellan paniksyndrom och personlighetssyndrom (American Psychiatric Association, 2013) samtidigt som tidigare forskning visat att dessa diagnoser, trots överlapp, utgör två distinkta konstrukt (Keefe et al., 2017). Utifrån manualen för PFPP (Milrod et al., 1997) betraktas panikångest som en kompromiss vid svårigheter att uttrycka ilska och uppleva separationsångest i relationer. Deltagarnas beskrivna förbättrade reflekterande förmåga kan medföra större möjlighet att hantera dessa former av upplevelser, vilket möjligen ger minskat behov av ovan nämnda kompromiss.

Ökad förmåga att reflektera kan, utöver symtomreduktion, ge en förbättring avseende relationell förmåga (Milrod et al., 1997). I vår studie framkommer en upplevelse att oavsett upplevt utfall avseende paniksymtom så värderas den förbättrade interpersonell funktionen högt. För vissa upplevs denna förändring mer meningsfull än deras minskade paniksymtom.

Att arbeta mot tiden i en korttidsterapi

Att behovet av tid präglar förändringsprocessen och etablerandet av en förtroendefull relation (*Tid för tillit*) kan förstås utifrån både terapins tidsramar och individuella svårigheter utifrån komorbiditet. Tillit och förtroende till både terapeut och metod framstår som centralt för att en förändringsprocess ska ske (*Rum för att utforska och utmana*). Detta är i linje med tidigare forskning av Levitt et al., (2016) som menar att en förtrolig relation är en förutsättning för att utforska konfliktyllda känslor, behov och maladaptiva mönster. Relationen gynnas vidare av terapeutiska egenskaper som professionalism, acceptans, genuinitet och ett utmanande arbetssätt (Levitt et al., 2016). I likhet med detta beskriver deltagarna hur den terapeutiska relationen kännetecknas av förtroende, både inför terapeutens kompetens och bemötande. Önskvärda egenskaper hos terapeuten beskrivs som genuin nyfikenhet, en vilja att hjälpa och icke-dömande hållning vilket bidrar till möjligheten att öppna sig. Samtidigt är möjligen utvecklandet av tillit särskilt tidskrävande för patientgruppen. Detta kan förstås utifrån att patientgruppen präglas av en reservation inför att ta sociala risker, som att anförtro sig till en annan, utifrån rädsla att bli dömd och avvisad (American Psychiatric Association, 2013). Att våga prova nya former av relaterande till sig själv och andra i den terapeutiska relationen (*Rum för att utforska och utmana*) beskrivs även ta tid i anspråk. Det kan förstås som att epistemisk tillit, en öppenhet inför ny kunskap från andra och att värdera denna som trovärdig, generaliserbar och personligt relevant (Fonagy & Allison, 2014), tar tid att etablera och förutsätter att patienten känner sig förstådd av terapeuten. Deltagarnas beskrivna skepsis inför metod, tillvägagångssätt och inbördes roller kan tolkas utifrån att det inledningsvis manifesteras brister i epistemisk tillit i den terapeutiska relationen. Även om epistemisk tillit är tidskrävande kan det således betraktas som en nödvändighet för att kunna tillgodogöra sig terapin. Utifrån detta kan man tänka sig att förändringsprocessen gynnas av att terapeuten fokuserar på mentalisering. Det vill säga att förstå och förmedla patientens inre känslor och tankar, för att på så sätt öka dennes upplevelse av att bli förstådd i syfte att etablera epistemisk tillit (Fonagy & Allison, 2014). I förlängningen ger denna upplevelse förutsättningar för patienten att känna sig trygg att stiga in i det terapeutiska arbetet.

Det beskrivs även av deltagarna en svårighet att pressa och forcera sig själv helt av egen makt in i förändringsprocessen, vilket ger upphov till en uppskattning av terapeutens bidragande press. Detta kan tolkas i likhet med den uppskattning för terapeutens lyhördhet som beskrivits i tidigare kvalitativa studier, särskilt vid emotionellt utmanande interventioner (Levitt et al., 2016).

Upplevelsen av tidsbegränsning beskrivs som ambivalent, i det att den både motiverar och frustrerar deltagaren (*Tidsbegränsning motiverar och frustrerar*). Det beskrivs inre krav att öppna upp sig i ett tidigt stadie av terapin, för att på så sätt tillgodose sig denna maximalt. Behandlingens tidsbegränsning beskrivs bidra med både tidspress och upplevelsen av att den känslomässiga ansträngningen är enbart tillfällig vilket ytterligare bidrar till ambivalensen.

Önskemål om en längre behandling kan förstås utifrån att det tar tid att skapa en tillitsfull relation till terapeuten (*Tid för tillit*), och att detta öppnande betraktas som medel för att uppnå förändring, snarare än ett terapeutiskt mål i sig. Samtidigt utgör aspekten att öppna upp sig inför terapeuten ett tillfälle för patienten att prova nya sätt att relatera, vilket kan tolkas som likställt med en del av den terapeutiska förändringsprocessen (Summers & Barber, 2010). Den terapeutiska relationens ändlighet (*Förändring tar tid*), aktualiserar både aspekten av möjlig central konflikt kring separation utifrån paniksyndrom (Milrod et al., 1997) samt upplevd oförmåga till självomhändertagande (American Psychiatric Association, 2013).

Den första tiden efter avslutad behandling beskrivs som ett mindre bakslag utifrån ökade symtom och en frustration över att behöva hantera dessa på egen hand. Detta bekräftar tidigare kvantitativ forskning i huvudstudien som visat på en tillfällig ökning av symtom vid behandlingsavslut (Nilsson et al., 2021). Undertemat *Fortsatt styrfart* kan förstås i termer av ökad reflekterande funktion och agentskap. Nu med terapeuten som symboliskt närvarande i form av värdefulla perspektiv och strategier, som möjliggör fortsatt eget utforskande av känslor och prövande av tankar och beteenden (Bateman & Fonagy, 2019; Summers & Barber, 2010).

Metoddiskussion

Den aktuella studiens syfte var att undersöka hur personer som uppfyller kriterier för personlighetssyndrom (kluster C) upplever psykodynamisk korttidsbehandling för paniksyndrom. Att vår studie inte är jämförande utgör en begränsning då det inte med säkerhet går att uttala sig om huruvida deltagarnas erfarenheter är förbehållna patientgruppen, utan även delas av patienter utan komorbiditet i form av personlighetssyndrom. Avgränsningen till upplevda förändringsprocesser i psykodynamisk korttidsbehandling, medför att vi inte kan uttala

oss kring huruvida dessa upplevelser är exklusiva för denna behandling eller möjliga att överföra till övrig psykoterapeutisk metodik. Utifrån diagnosystemet (American Psychiatric Association, 2013) sammanförs personlighetssyndromen ängslig, osjälvständig och tvångsmässig till ett gemensamt kluster, varför de i vår analys behandlas som jämförbara. Samtidigt är det av vikt att poängtera att detta kluster inte utgör en homogen grupp. En begränsning utifrån överförbarhet för våra resultat utgörs av bristande möjlighet att uttala sig om förändringsprocessen avseende de specifika personlighetssyndromen. Det är tänkbart att det finns inbördes skillnader mellan respektive diagnoser inom kluster C. Utifrån ojämn fördelning i urval valde vi att se till resultatet för hela kluster C, snarare än att undersöka den specifika upplevelsen vid ängslig-, osjälvständig- och tvångsmässig personlighetssyndrom.

Vårt urval utgjordes av samtliga deltagare i POSE-studien vilka på förhand bedömts uppfylla dessa kriterier utifrån semi-strukturerad intervju SCID-II, utförda av huvudstudiens författare Martin Svensson och Thomas Nilsson. Då bedömningen utgör en ögonblicksbild kan vi inte uttala oss med säkerhet om deltagarnas stabilitet över tid avseende personlighetsproblematik. Bedömningen utgjorde även ett dikotomt ställningstagande till personlighetssyndrom och vi kan därför inte uttala oss kring allvarlighetsgrad och funktionspåverkan av deltagarnas personlighetsproblematik. Utifrån kritisk realistisk utgångspunkt kan vi inte med säkerhet uttala oss om diagnosystemet DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) tillräckligt väl speglar personlighetssyndromet. Detta både utifrån att diagnostiseringen inte kan betraktas som direkt avspeglning av verkligheten och att kategorisering av psykiska tillstånd varierar utifrån samtid och kontext. Med detta sagt utgår vi från att personlighetssyndrom är något reellt som i nuläget konceptualiseras utifrån de gängse kriterier som är satta utifrån den diagnostiska manualen. Samtidigt utgör den diagnostiska bedömningen i ovan nämnda studie en god spegling av den kliniska verkligheten då SCID-II är ett väletablerat och vedertaget instrument för diagnostik av personlighetssyndrom. På så vis finns en viss möjlighet till överförbarhet till liknande klinisk population.

Utifrån tidigare forskning finns ett motstånd mot att lyfta missnöje i den terapeutiska relationen (Henkelman & Paulson, 2006; Levitt et al., 2016; Sørensen et al., 2019). Deltagarnas utsagor är med detta i åtanke möjligen präglade av behov att tona ned betydelsen av den önskan om hjälp med panikångest de sökt för, både inför terapeuten och intervjuaren, samt förstå sin

förändringsprocess som framgångsrik. Även den semistrukturerade intervjuguiden kan tänkas inverka på hur patienterna beskriver sin förändringsprocess utifrån de frågor som ställs.

I studien har vi, utifrån den kvalitativa metod som tillämpats, inte strävat efter generaliserbarhet eller att undersöka kausala samband. Vår studie bidrar således inte till frågan om personlighetssyndromets inverkan på behandlingsutfall (Gude & Hoffart, 2008; Harte et al., 2016; Milrod et al., 2007; Nilsson et al., 2021; Persons et al., 1988; Telch et al. 2010; Weertman et al., 2005), men kan bidra med patientperspektiv på terapeutisk förändringsprocess. Detta för att i förlängningen bidra till utvecklingen av effektivare psykoterapeutisk behandling med hänsyn till patientens upplevelse. Med detta sagt och utifrån reflexivitet präglas den analytiska processen av våra erfarenheter som psykologstudenter, med den kunskap och erfarenheter av terapeutrollen detta innebär. Detta präglar vad vi uppfattar som en del av förändringsprocessen, vilken kan skilja sig från patientens och således göra att patientperspektivet inte till fullo fångas.

Kvalitetskriterier för tematisk analys

För att utvärdera vår studie har vi valt att använda oss av kvalitetskriterier för tematisk analys av Braun och Clarke (2022). Dessa kriterier är utformade för att kvalitetssäkra denna metodologi och lämpar sig även för att utvärdera denna utifrån en kritisk realistisk utgångspunkt. Utifrån vår bedömning har vi i huvudsak uppfyllt kriterium 1 genom att materialet är transkriberat på en tillräckligt detaljerad nivå. Då vi inte själva transkriberade samtliga intervjuer i urvalet, har vi vid otydlig transkribering återgått till ursprunglig data i syfte att komplettera och säkerställa att transkribering motsvarar rådata. En svaghet i studien är dock att denna nivå av kontroll inte genomförts för samtliga transkriberingar.

Angående kriterium 2-6 (Braun & Clarke, 2022) som berör kodning och generering av teman är vår bedömning att dessa är uppfyllda. Detta utifrån att vi upprepade gånger gått igenom den totala mängden data för att säkerställa att allt meningsbärande material är kodat, samt att de koder och teman vi skapat är nära den data de avses förmedla. Teman har skapats utifrån representation i materialet för att fånga de upplevelser av förändringsprocessen som delas av en betydande del av deltagarna. Vid genomgång av teman har vi utvärderat dessa utifrån både intern koherens och avgränsning sinsemellan.

Utifrån kriterium 7-10 (Braun & Clarke, 2022) som avser analys och tolkning bedömer vi dessa som uppfyllda utifrån att vi under den analytiska processen strävat efter aktiv bearbetning av datans meningsbärande komponenter och inte enbart summering. Utöver det har vi

kontinuerligt strävat efter att kontrollera att analys och data matchar varandra. I arbetet med analysen har vi enligt vår bedömning uppnått kriterierna då resultatet levereras med en tydlig struktur och har en direkt koppling till studiens frågeställning.

Kriterium 11 (Braun & Clarke, 2022) är övergripande och berör att varje del av processen bör ges tillräckligt med tid, kan delvis sägas vara uppfyllt då studiens tidsramar utgjorde en begränsning. Som beskrivet i metoden tog vi under kodningsfasen del av videomaterial för att fånga nyanser och icke-verbal kommunikation. Att ta del av allt tillgängligt videomaterial och väga detta mot den transkriberade datan hade kunnat resultera i en mer precis tolkning av datan.

Slutligen berör kriterium 12-15 (Braun & Clarke, 2022) den slutgiltiga skriftliga framställningen. I enlighet med dessa kriterier har vi varit tydliga med de ontologiska och epistemologiska positioner som ligger till grund för studiens kunskapsanspråk. Utifrån att vi utfört en tematisk analys med en kritisk realistisk utgångspunkt utgår vi från att patienternas förändringsprocess är reell och vi kan nå den via deras utsagor. Samtidigt präglar vår position och förförståelse hur vi tillskriver mening till deltagarnas beskrivning av sin terapeutiska förändringsprocess. I detta har vi eftersträvat transparens kring den egna positioneringen samt tydlig åtskiljning mellan direkt utsaga och egen tolkning. Detta har arbetats fram genom kontinuerlig diskussion under arbetets gång, och genom strävan att med språket förmedla denna åtskiljning.

Slutsatser

Studien undersöker hur personer med personlighetssyndrom, kluster C, upplever den terapeutiska förändringsprocessen. Sammantaget visar studien att upplevelsen av behandlingen ses som positiv av deltagarna. Förändringsprocessen beskrivs bestå av ökad reflekterande funktion: ökad förståelse för eget känsloliv och symtom. Detta beskrivs utifrån vår förståelse av en förändringsprocess bidra till självomhändertagande, agentskap och positiv personlig förändring. Vidare beskriver deltagarna hur flera aspekter av den psykoterapeutiska behandlingen är krävande, både ur perspektivet tid och känslomässigt engagemang. Trots detta uteblev inte upplevelsen av en positiv förändringsprocess. Det framkommer upplevda brister i alliansens samtliga tre komponenter: en osäkerhet och ovisshet avseende det terapeutiska arbetets mål, upplägg och inbördes roller utifrån en upplevd otillräcklig transparens från terapeutens sida. Avslutningsvis beskrivs en oro inför den egna fortsatta förändringsprocessen utan terapeuten, vilket övergick till en upplevelse av ökad agens och trygghet.

Förändring på ett personligt och relationellt plan värderas högt av deltagarna, i synnerhet i relation till det relativt mindre värde som tillskrivs förändring avseende behandlingens primära fokus på paniksymtom. Samtidigt är det av vikt att beakta att distinktionen mellan paniksymtom och personlig förändring formuleras av deltagarna själva, medan det utifrån en psykodynamisk konceptualisering inte görs en sådan särskiljning.

Tidsbegränsningen präglar den terapeutiska processen utifrån flertal aspekter; som önskan om längre terapikontakt; som ett krav att hinna tillgodogöra sig och bli hjälpt av terapin inom dess ramar; som en motiverande kraft att ge sig hän en behandling. Deltagarna beskriver den tillitsfulla terapeutiska relationen som tidskrävande att etablera och sorglig att avsluta. Utifrån ramar av en korttidsterapi medför detta en upplevd stress hos deltagare, då det lämnar mindre utrymme för vad de beskriver som egentligt terapeutiskt arbete.

Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat framkommer att vissa aspekter av den terapeutiska behandlingen kan vara av vikt att beakta vid behandling av paniksyndrom med komorbid personlighetssyndrom, kluster C. För det första kan det vara av vikt att terapeuten eftersträvar transparens via dialog med patienten angående metodik, tillvägagångssätt, konceptualisering av patientens svårigheter och förväntan på inbördes parter. I manualen för PFPP (Milrod et al., 1997) är denna aspekt en explicit del av behandlingen. I ljuset av detta kan det tänkas att deltagarnas upplevda brist av denna aspekt kan härledas till flertal potentiella brister. Det kan utgöra en fråga om i vilken mån denna information adekvat förmedlas till patienten för att denna ska kunna tillgodogöra sig denna. Det kan även vara en fråga rörande terapeutens följsamhet till metoden.

Av vikt för denna patientgrupp tycks vara att främja patientens utrymme att etablera tillit och i förlängningen en upplevelse av kontroll, det vill säga agentskap. Här tycks patienten i ett tidigt skede behöva inbjudas till förhandling om två av den terapeutiska alliansens komponenter: mål och uppgift. Centralt verkar även vara att främja etablerande av epistemisk tillit och reflekterande funktion för att möjligen gynna en positiv förändringsprocess.

Utifrån en upplevelse av psykodynamisk korttidsbehandling för paniksyndrom som tidsmässigt otillräcklig, kan en förlängd behandlingstid vara värdefull för denna patientgrupp. Samtidigt framkommer att deltagarnas oro inför avslutet inte besannats vid uppföljning sex månader efter avslut. Trots detta vittnar deltagarnas berättelse om vikten av att ge den

självständiga fortsatta förändringsprocessen, och övergången till denna, uppmärksamhet. Utifrån den terapeutiska manualen för PFPP framkommer att det bör riktas fokus gentemot patientens känslomässiga reaktion vid terapiavslut, särskilt i ljuset av tidigare erfarenheter (Milrod et al., 1997). Detta innefattar ett behov av att separationen mellan terapeut och patient ges tid och omsorg. Möjligen är detta av särskild betydelse vid komorbid personlighetssyndrom, kluster C.

Även om personlighetsproblematik, kluster C kan medföra att särskild hänsyn behöver tas till vissa aspekter av den terapeutiska behandlingen som tid och tillitsskapande, verkar korttidsbehandling för paniksyndrom upplevas som en givande behandlingsform både utifrån paniksymtom och personlighetsmässiga svårigheter.

Framtida forskning

Den aktuella studien har fokuserat på hur personer med personlighetssyndrom, kluster C, upplever psykodynamisk korttidsterapi. Utifrån detta vore upplevelsen av förändring vid behandling med kognitiv beteendeterapi av paniksyndrom intressant att undersöka. Då deltagarna i huvudsak beskrev en övervägande positiv terapiupplevelse, vore det även av intresse att undersöka upplevelser hos personer med kluster C med övervägande negativa erfarenheter av samma behandling. Detta för att identifiera eventuella särskiljande upplevelser av förändringsprocessen. Då urvalet för vår studie bestod av personer vilka bedömts uppfylla kriterier för personlighetssyndrom kluster C vore det intressant att undersöka upplevelsen av förändringsprocessen hos personer utan personlighetssyndrom, samt kluster A och B. Det vore även av intresse att undersöka upplevd förändringsprocess hos respektive personlighetssyndrom inom kluster C, då dessa kan utgöra särskiljande upplevelser. Utifrån resultaten av denna studie, som visat på både en önskan om längre terapeutisk behandling samtidigt som en fortsatt egen förändringsprocess tar vid, vore det intressant att genomföra liknande studier även vid längre psykoterapeutiska behandlingar.

Referenser

- Alvesson, M., & Sköldbörg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och Kvalitativ Metod*. (2 uppl.). Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 uppl.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bateman, A. & Fonagy, P., (2019). *Handbook of Mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association Publishing.
- Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2), 91–101.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of Qualitative Research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157–181.
<https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Carlbring, P., Gustafsson, H., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 207–211.
<https://doi.org/10.1007/s00127-002-0542-y>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. (4 uppl.). University Press.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 311–320.
[https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00048-9](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00048-9)
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700.
<https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic

- relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
<https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Gude, T., & Hoffart, A. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 195–199.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00629.x>
- Harte, C. B., & Hawkins II, R. C. (2016). Impact of personality disorder comorbidity on cognitive-behavioral therapy outcome for mood and anxiety disorders: Results from a University Training Clinic. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2).
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.210>
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139–150.
<https://doi.org/10.1080/09515070600788303>
- Katsakou, C., & Pistrang, N. (2017). Clients' experiences of treatment and recovery in borderline personality disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, 28(6), 940–957.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1277040>
- Keefe, J. R., Milrod, B. L., Gallop, R., Barber, J. P., & Chambless, D. L. (2017). What is the effect on comorbid personality disorder of brief panic-focused psychotherapy in patients with panic disorder? *Depression and Anxiety*, 35(3), 239–247.
<https://doi.org/10.1002/da.22708>
- Koivisto, M., Melartin, T., & Lindeman, S. (2021). “if you don’t have a word for something, you may doubt whether it’s even real” – how individuals with borderline personality disorder experience change. *Psychotherapy Research*, 31(8), 1036–1050.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1883763>

Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, *142*(8), 801–830.

<https://doi.org/10.1037/bul0000057>

McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6 uppl., s. 49-84). John Wiley & Sons.

Milrod, B. L., Busch, F.N., Cooper, A. M., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Press.

Milrod, B. L., Leon, A. C., Barber, J. P., Markowitz, J. C., & Graf, E. (2007). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(06), 885–891.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0610>

Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, *17*(5), 553–566.

<https://doi.org/10.1080/10503300601139988>

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.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000678>

Ozkan, M. & Altindag, A. (2003). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: which personality disorders increase clinical severity? *Dicle Medical Journal*, *30*(1–4), 102–111.

<https://doaj.org/article/3401ba0f5ca4407f9197149e5fb29eb0>

Ozkan, M., & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: Do personality disorders increase clinical severity? *Comprehensive Psychiatry*, *46*(1), 20–26.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.comppsy.2004.07.015>

Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in

- cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557–575.
<https://doi.org/10.1007/bf01205010>
- Safran, J. D., & Hunter, J. (2020). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. American Psychological Association.
- Sandell, R., Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., & Perrin, S. (2015). The pose study - panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0656-7>
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E., & Lopez, A. E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 29(5), 361–374.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(95\)00015-w](https://doi.org/10.1016/0022-3956(95)00015-w)
- Skodol, A. E., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). Personality disorders and the persistence of anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 31(9), 721–728.
<https://doi.org/10.1002/da.22287>
- Starcevic, V., Latas, M., Kolar, D., Vucinic-Latas, D., Bogojevic, G., & Milovanovic, S. (2008). Co-occurrence of axis I and axis II disorders in female and male patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 537–543.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.02.009>
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., Falkenström, F., & Sandell, R. (2021). The effect of patient's choice of cognitive behavioural or psychodynamic therapy on outcomes for panic disorder: a doubly randomised controlled preference trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(2), 107–118.
<https://doi.org/10.1159/000511469>
- Sørensen, K. D., Wilberg, T., Berthelsen, E., & Råbu, M. (2019). Lived experience of treatment for avoidant personality disorder: Searching for courage to be. *Frontiers in Psychology*,

10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02879>

Telch, M.J., Kamphuis, J.H., Schmidt, N.B. (2010). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 469-474.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.008>

Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447.
doi:10.1348/147608310X499404

von Below, C., & Werbart, A. (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 211-229.

<https://doi.org/10.1080/02668734.2012.709536>

Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 936–944.

<https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.936>

Willig, C. (2021). *Introducing qualitative research in psychology*. (4 uppl.) Open University Press.

Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405–420.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>

Bilaga 1

PSYCHOTHERAPY OUTCOME INTERVIEW SCHEDULE

Thomas Nilsson, Martin Svensson & Rolf Sandell

Generella riktlinjer

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

Bakgrund

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

Frågor kring förändring

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

Förändring över tid

1. Har de förändringar som du uppnådde under terapin varit hållbara?
2. Om du tänker på hur du mådde när ni avslutade och jämför det med hur du mår idag, hur skulle du beskriva det, mår du bättre, sämre?

3. På vilket sätt har du fortsatt att arbeta med dina problem/svårigheter efter terapins avslut?

Metodik

1. Kan du säga något om vad terapeuten hade för funktion under en, för er, typisk timme?
2. Upplevde du att terapeuten verkade arbeta utifrån någon speciell metodik eller teori?
3. Varför tror du terapeuten gjorde som han eller hon gjorde?
4. Tycker du att terapi borde ha varit annorlunda på något sätt, för att på så vis ha hjälpt dig mer med din panikångest?
5. Kan du beskriva vad som var din uppgift i terapi?
6. Hur kommer det sig att det gick så bra/dåligt?

Terapeutens person och den terapeutiska relationen

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

Utomterapeutisk påverkan

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

Avslutande frågor

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

Bilaga 2

Teman och koder	Deltagare	Citat
Ovisshet		
<i>Varför sitter jag här?</i>		
Söka förklaring till mående	7	16
Förutsättningslös ingång till terapi	7	12
Farhågor inför behandling	4	5
<i>Vad håller vi på med?</i>		
En stegvis process att förstå arbetssättet	7	18
Ifrågasättande av metodik	6	15
Egen uppgift att öppna upp sig	6	7
Önskan om en mer aktiv terapeut	5	10
Avvaktande inledningsvis	5	7
Önskan om mer personlig terapeut	3	17
Önskan att jobba mer konkret med panikångest	3	6
Önskan om mer struktur i terapin	3	4
<i>Hur går jag vidare?</i>		
Önskan om fortsatt terapikontakt	9	25
Oro för att klara sig utan terapeuten	7	13
Försiktigt hoppfull kring framgång	5	7
Den terapeutiska fristaden		
<i>Rum för att utforska och utmana</i>		
Terapi som trygghet och ventil	9	18
Press från terapeuten	7	13
Personlig uppskattning av terapeuten	7	8
Terapin som plattform för nya sätt att vara	6	20

Uppskattar att själv styra samtalet	6	11
Förtroende för terapeutens kunskap	5	7
Att bli förstådd av terapeuten	4	9
Att möta det som tidigare undvikits	4	6
Att bryta ensamhet och bli förstådd	4	5
Söka djupare förståelse	4	5
Sätta symtomen i ett sammanhang	3	7
Tilltro till metoden	3	4
<i>Lugn i sig själv</i>		
Personlig förståelse av de egna symtomen	16	55
Ökad trygghet i sig själv	12	22
Upplevelse av förändring i panik	9	15
Kan hantera ångest	9	15
Mindre rädd för symtomen	8	15
Delvis hjälpt med panikattacker	5	14
Normalisering av symtomen	5	8
Psykoedukation kring symptom	3	6
<i>Fri att vara</i>		
Upplevelse av personlig förändring	10	40
Visa omsorg för sig själv	8	19
Nytt sätt att relatera till andra	7	20
Nytt förhållningssätt till gränssättning	7	19
Första upplevelse att öppna sig	5	7
Våga uttrycka sig fritt	4	5
Mer öppen utanför terapin	3	6
Uttrycka behov av hjälp utanför terapin	3	6

Förändring tar tid

Tidsbegränsning motiverar och frustrerar

Motiverad att utmana sig själv	10	40
Medvetenhet om tidsbegränsning	9	20
Krav på sig själv i terapin	4	9

Tid för tillit

Svårighet att separera från terapeut	6	12
Tar tid att öppna sig	6	10
Ta hand om avslut	6	7
Terapi som en krävande process	6	7
Förtroende en förutsättning för att öppna upp sig	4	5

Fortsatt styrfart

Fortsatt egen process efter terapin	7	23
Terapeuten flyttar in	4	5