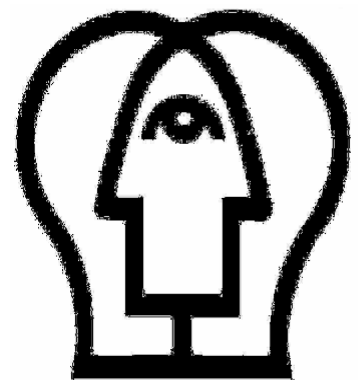


# ”Terapi är något man måste göra hela tiden”

Hur psykoterapiklienter i KBT och PDT integrerar och använder sig av erfarenheter från terapin i sin vardag

Tomas Adolfsson  
Mikael Ledin



Handledare: Rolf Sandell  
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 20 POÄNG, 2007

STOCKOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

## Förord

Först och främst vill vi tacka alla som ställde upp på intervjuer för att de varit så generösa med att dela med sig av sina personliga och privata erfarenheter från terapin.

Vi tackar vår handledare Rolf Sandell för hans stora engagemang och uppmuntran. Rolfs långa och gedigna erfarenhet av utvärderingsforskning har varit en ovärderlig tillgång under uppsatsarbetet.

Christina Flordh och Karin Pålsson på Psykologiska Institutionen vid Stockholms universitet tackas för att de varit så engagerade i hjälpen med att ta fram nödvändig information, och allt administrativt arbete som har behövts för att genomföra studien.

Vi vill också tacka Christina Flordh och Ulrika Thulin för givande diskussioner och information om Psykoterapimottagningen.

Avslutningsvis tackas Cecilia Naurén för värdefulla synpunkter och idéer.

## Sammanfattning

I psykoterapidebatten finns två läger, som hävdar gemensamma respektive specifika faktorer betydelse för utfallet i psykoterapi. I forskningen finns brist på studier som lyfter fram klientens subjektiva upplevelse av terapins nytta. Uppsatsens syfte var att undersöka hur psykoterapiklienter integrerar och använder erfarenheter från terapin i sin vardag, samt vilka faktorer som har underlättat terapiprocessen. Tretton klienter som genomgått psykodynamisk terapi (PDT) eller kognitiv beteendeterapi (KBT) intervjuades. Data analyserades tematiskt och sammanställdes som fyra idealtyper. Resultaten visade att gruppen PDT-klienters breda problemformuleringar utvecklades via förändrade tankemönster till konkreta användningsområden. KBT-klienternas avgränsade problemformulering utvecklades via bemästrande av avgränsat problem till generaliserad användning av strategier. Viktiga gemensamma inslag i terapiprocessen var insikt, förmåga att se sig själv utifrån och möjlighet eller vilja till konkret applicering av nya erfarenheter. Underlättande faktorer var klientens beredskap och aktiva deltagande, i kombination med förtroende för terapeuten och tro på terapimodellen. Användning som alternativt utfallsmått diskuteras, liksom resultatens implikationer för terapeutisk verksamhet och synen på utvärdering av psykoterapi.

Nyckelord: Terapeutisk process, underlättande faktorer, användning, integrering, kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	5
TEORETISK OCH EMPIRISK BAKGRUND.....	5
Dodo bird och gemensamma faktorer.....	5
Common factors-modellen.....	6
Forskning om specifika faktorerers betydelse i psykoterapi.....	7
Differentiering och integrering i debatten.....	8
Förändringsprocesser och kvalitativ forskning.....	9
Integrering av psykoterapeutiska erfarenheter.....	9
Psykoterapiens resultat: alternativa synsätt.....	10
Användningsperspektiv i psykoterapiforskning.....	11
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	12
<b>Metod</b> .....	13
Undersökingsdeltagare.....	13
Procedur.....	14
Datainsamling.....	14
Analys.....	15
<b>Resultat</b> .....	17
Idealtyp I ”Jag duger”.....	17
Idealtyp II ”Jag kan”.....	19
Idealtyp III ”Jag duger och jag kan”.....	21
Idealtyp IV ”Jag behöver mer”.....	23
Sammanfattande resultatabell.....	26
<b>Diskussion</b> .....	27
DISKUSSION AV RESULTAT.....	27
Kort sammanfattning av huvudresultaten.....	27
Idealtyp I och II: Från val av terapi till användning.....	27
Idealtyp I och II: Viktiga inslag i terapiprocessen.....	29
Idealtyp I och II: Underlättande faktorer.....	30
Påbörjad idealtyp III: ”Jag duger och jag kan”.....	32
Idealtyp IV ”Jag behöver mer”.....	32
Avslutande jämförelse mellan PDT och KBT.....	33
STUDIENS STYRKOR OCH SVAGHETER.....	34
IMPLIKATIONER AV STUDIENS RESULTAT.....	35
Implikationer för terapeutisk verksamhet.....	35
Implikationer för forskning.....	36
<b>Referenser</b> .....	37
<b>Bilagor</b> .....	40

## Inledning

*"If you don't know what's wrong with a client, ask him; he may tell you"* (Kelly, 1955, refererat i Hergenhahn & Olson, 2003).

Att psykoterapi hjälper människor är forskare och kliniker världen över relativt eniga om. Vad som däremot fortfarande tycks vara höljt i dunkel är frågan om vilka de aktiva ingredienserna i en framgångsrik terapi är. Oenigheten på denna punkt har givit upphov till en polemisk debatt där meta-analyser och drontar flyger omkring över debattsidorna. Ur en gemensam upplevelse av att inte känna igen oss i debattens beskrivningar av de olika terapiinriktningarna, föddes idén att hitta ett sätt att studera terapeutiska processer över terapigränserna. Och vi ville göra det ur klientens perspektiv. Det verkar nämligen som att de som kanske borde vara huvudpersoner i debatten sällan tillfrågas om vad de tycker.

Förutom frågorna om vad som är viktiga komponenter för framgång i terapi finns också frågor kring vad som skall räknas som mått på en lyckad terapi. I denna studie prövas ett alternativt sätt att se på resultat av terapi. De kriterier för framgång som används här fokuserar på subjektiva upplevelser av terapiprocessen, hur klienter integrerar kunskaper och erfarenheter från terapin, och hur de kan använda sig av dessa erfarenheter i sin vardag.

I det teoretiska avsnitt som följer görs en genomgång av litteratur som behandlar och problematiserar resonemang om verksamma faktorer och terapeutiska processer. Dessutom sker en översiktlig presentation av alternativa sätt att se på terapins resultat och användningsperspektiv i forskningen.

## TEORETISK OCH EMPIRISK BAKGRUND

### *Dodo bird och gemensamma faktorer*

Det är svårt, för att inte säga omöjligt, att skriva om psykoterapiforskning utan att samtidigt nämna begreppet "The dodo bird verdict", syftande på en episod i Alice i underlandet, där dronten avkunnar resultatet av ett slags kapplöpning sålunda: "Alla har vunnit och alla skall ha pris". Saul Rosenzweig (1936) använde sagans metafor som uttryck för uppfattningen att terapiformer som är teoretiskt och metodologiskt olika ändå når likvärdiga resultat. Till grund för sitt uttalande hade Rosenzweig inga forskningsresultat, utan han grundade sig helt på egna erfarenheter och en uppskattning av det kliniska läget.

Sagometaforen har alltsedan den först nämndes legat till grund för en debatt där huvuddebattörerna förfäktar å ena sidan uppfattningen om olika psykoterapimetoders resultatmässiga likvärdighet och å andra sidan den om resultatmässiga skillnader mellan terapiformer som en direkt konsekvens av deras teoretiska och metodologiska olikheter. Dessa två huvudfåror lever än idag. Den ena inriktningens förespråkare bygger sitt resonemang på uppfattningen att det finns ett antal gemensamma faktorer (*common factors*) (Asay & Lambert, 1999; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004) som finns representerade i alla terapiformer och som står för majoriteten av utfallet. Den andra fåran representeras av uppfattningen att det är specifika faktorer, unika för respektive psykoterapiinriktning, som står för huvudsakliga skillnader i resultat.

## *Common factors-modellen*

Under de sju decennier som gått sedan Rosenzweigs uttalande har dock flera forskare presenterat undersökningar, framförallt statistiska sammanställningar av jämförande studier (meta-analyser) och sammanställningar av forskningsresultat, som stöder tesen om att det inte finns några signifikanta skillnader mellan olika terapiformers resultat. Exempel på författare som hävdar den här ståndpunkten är Ahn och Wampold (2001), Luborsky et al. (2002), samt Stiles, Shapiro och Elliott (1986). En slutsats som Ahn och Wampold (2001) drar är att resultaten av deras studie inte är ovanliga i utvärderingsforskningen. De anser att detta ger stöd för teorin om att det är de gemensamma faktorernas stora inverkan som förklarar resultaten vid jämförelser mellan olika terapiformer.

Den kritik mot Ahn och Wampold som har framförts, har gått ut på att det dras felaktiga slutsatser av de meta-analyser som ligger till grund för deras ståndpunkt. Bland annat hävdas det att de flesta jämförelser som görs i dem är jämförelser mellan olika former av beteendeterapeutiska terapier (Hunsley & Di Giulio, 2002). Enligt Beutler och Harwood (2002) finns det också många som ifrågasätter själva uppdelningen mellan gemensamma och specifika faktorer. De menar att det som definieras som gemensamma faktorer i själva verket skiljer sig mycket åt i olika behandlingar, och att man inte kan bedöma dessa faktorer var för sig. De måste bedömas i sitt sammanhang, tillsammans med många andra variabler.

Stiles, Shapiro och Elliott (1986) hävdar dock att om man vill sluta sig till uppfattningen om att olika psykoterapiformer leder till likvärdiga resultat på ett visst bestämt mått, exempelvis symptomlindring, så påstår man samtidigt att det finns gemensamma faktorer som finns med i all psykoterapi, oavsett teoretiska och metodologiska olikheter samt att metodskillnader antas "köras över" av de gemensamma faktorernas starka inflytande. Författarna anser också att man i dessa fall påstår att det är de gemensamma faktorerna som ligger till grund för de likheter i resultat som funnits mellan olika psykoterapiformer.

Det finns ett antal olika förespråkare av den modell som vill understryka betydelsen av "ospecifika" eller gemensamma faktorer som bidrar till terapeutiska effekter eller resultat. Jerome Frank (1961) beskriver fyra egenskaper som de anser delas av alla terapier och som är direkt kopplade till terapins resultat:

- En emotionellt laddad och förtroendefull relation med en hjälpare person.
- En helande "setting" eller kontext.
- En rationell, ett schema eller en myt som erbjuder en möjlig eller trolig förklaring på patientens problem. Lösningen härleds ur samma modell som orsaksförklaringen.
- En delad ritual som gör att patienten och terapeuten kan arbeta tillsammans för att lösa problemen. Den gemensamma ritualen bygger på att tron på rationellen delas av terapeut och patient, och att de tror att lösningen är en logisk följd av denna rationell.

Lamberts modell (Asay & Lambert, 1999), som är den som man i litteraturen mest hänvisar till, skapades utifrån en sammanställning av empiriska undersökningar av terapeutiska faktorer. Modellen består av fyra delar – klient- och utomterapeutiska faktorer, terapeutisk relation, förväntan och placebo, samt terapeutiska tekniker. I en vidareutveckling av modellen med förbättrad empirisk förankring (Norcross & Lambert, 2006), ingår förväntan och placebo i kategorin klientfaktorer. Även uppskattningen av hur stor del av den förklarade variansen

som varje faktor står för (siffror inom parentes) har förändrats. Den nya modellen ser ut på följande sätt:

- **Klientfaktorer och utomterapeutiska faktorer** (25-30 %). Klientfaktorerna innehåller egenskaper eller faktorer som kan kopplas till klienten som person. Det kan som exempel handla om motivation, uthållighet, känsla av tro på den egna förmågan med mera. Utomterapeutiska faktorer finns i klientens liv utanför terapirummet och kan till exempel vara stöd eller belastning från socialt nätverk, medlemskap i ett samfund eller en välfungerande arbetssituation med mera. Det avser alltså delar som patienten tar med sig in i terapirummet och som påverkar deras liv utanför terapin. Placebo och förväntan härstammar från Franks (1961) resonemang om tro på behandlingsrationalen. Denna tro bidrar i bästa fall till en positiv och hoppfull förväntan på metodens effektivitet.
- **Terapeuten och terapeutisk relation** (10 % respektive 8 %). Den här faktorn handlar om den terapeutiska alliansen och består av hur terapeuten är, hur han/hon betar sig, vilken förmåga till empati, förmågan att skapa en förtroendefull relation, att uppmuntra till risktagande med mera. Den består också av kvaliteter som utmärker relationen, som värme, ömsesidig tillit och bekräftelse och omsorg.
- **Modellspecifika faktorer** (5-8 %). Den här faktorn innehåller, som titeln avslöjar, de inslag som är specifika för en viss teoretisk modell av psykoteraeutisk behandling.

Av de 50-60 % som inte kan förklaras av dessa faktorer, anses 5 % kunna förklaras av interaktion mellan klient, behandling och relation. Resterande 50-55 % har hittills inte kunnat tillskrivas några kända faktorer (Norcross & Lambert, 2006).

#### *Forskning om specifika fakturers betydelse i psykoteraeut*

I psykoteraeutforskning finns, som inom andra grenar av behandlingsforskningen, en ambition att hitta kausala samband mellan åtgärder, mediciner eller interventioner och de resultat man önskar få ut av dessa inslag. Chambless et al. (2006) menar att man måste söka bevis för de enskilda aktiva beståndsdelarna i psykoteraeut, även om de samtidigt medger att terapi sannolikt också består av en mängd definierade eller odefinierade variabler. Ambitionen, menar författarna, måste vara att grunda metodval i klinisk verksamhet på empirisk forskning. Dessutom bör en metod alltid gå att avgränsa och utvärdera, inte minst för att metoden sedan skall kunna läras ut. Författarna anser vidare att metoder för behandling inte får bygga enbart på ett fåtal duktiga terapeuters utsagor om goda resultat av metoder som de inte kan beskriva innehållet i, så kallad *tacit knowledge*. Inom den här delen av psykoteraeutforskningen söker man bevis (evidens) för de nödvändiga och tillräckliga beståndsdelarna i en enskild behandling. Kiesler (1966) kallade detta för sökandet efter den optimala behandlingen, som skall ge maximalt med hjälp till alla patientgrupper. Precis som i teorin om de gemensamma faktorerna har man inom detta område bestämt sig för att anamma vissa grundantaganden (sammanställning efter bland annat Kiesler, 1966; Maltzman, 2001; Norcross, 2001):

- Terapeuter är en homogen grupp som genomför en behandling på samma sätt.
- Patienterna är en homogen grupp i och med att de delar ett eller flera inklusionskriterier, till exempel samma DSM-IV-diagnos.
- En behandling, det vill säga en hel psykoteraeut, är en specifik faktor som kan utvärderas i sin helhet. Alternativt förutsätts en enskild teknisk beståndsdel eller

ingrediens kunna urskiljas ur terapin och utvärderas som skild från allt övrigt som sker i terapin.

Helt i linje med ovanstående grundantaganden, samt tanken om ett kausalt samband mellan teknik och resultat, använder man sig av experiment för att ta reda på skillnader i effektivitet mellan olika terapiskolors ”terapipaket” eller mellan deras olika specifika inslag. En vanlig modell i de här sammanhangen är att ha en experimentgrupp som får behandlingen/terapin i fråga, och en kontrollgrupp (oftast en väntelistegrupp) som inte får behandlingen. Man antar att allt i övrigt är konstant och att det är den eller de undersökta variabeln/variablerna som är det som utvärderas. Alternativt kan man göra jämförande studier mellan två eller flera olika psykoterapiformer i samma studie. Man antar då att man jämför de aktiva beståndsdelarnas inverkan på resultatet. Det här har traditionellt varit de modeller som använts i utvärderingar av psykoterapi (Stiles & Shapiro, 1994).

Ett viktigt mål har i den ovanstående modellen för utvärdering varit möjligheten att undersöka en enskild beståndsdel av en terapeutisk metod. Ett sätt att uppnå detta är att i forskningen sträva efter strikt manualbaserade behandlingar där man säkerställer att terapeuterna som utför behandlingen gör detta på samma sätt. I så kallade komponentstudier kan man sedan låta en grupp patienter få den manualbaserade behandlingen *med* den aktiva komponenten som man önskar undersöka och samtidigt får en annan grupp behandlingen *fast utan* den aktiva komponenten eller tekniken. Kritiska röster mot den här typen av forskning, genom randomiserade kontrollerade studier (RCT), menar att det man finner i dessa studier inte kan appliceras på och inte är giltigt för klinisk verksamhet (Zarin, Young, & West, 2005). Den klientgrupp som det forskas på överensstämmer dåligt med den grupp klienter som behandlare möter i den kliniska verksamheten. Resultat från randomiserade kontrollerade studier är därför inte direkt överförbara, menar författarna. Andra författare hävdar däremot att det finns en mängd forskning som stödjer tanken om att resultat från RCT är generaliserbara till klinisk verksamhet (t.ex. Gaston, Abbott, Rapee, & Neary, 2006).

### *Differentiering och integrering i debatten*

Den polariserade debatt som förs mellan förespråkarna för gemensamma och specifika faktorer påminner inte så sällan om ett fruktlöst ställningskrig, och det är många som uttrycker en önskan om att finna en mer fruktbar väg att gå för forskningen. Barlow (2006) menar till exempel att hela debatten präglas av en sammanblandning av två former av hjälpande verksamhet, där en form syftar till att behandla psykopatologi och den andra formen handlar om personlig utveckling och växande. Barlows förslag blir följaktligen att man rent konkret bör göra en uppdelning mellan dessa två former, där strikta kriterier för evidensbaserings ska gälla enbart för behandlingen av psykopatologi.

Parallellt med Barlows förslag till differentiering finns också en stark rörelse som arbetar för integrering och eklekticism. Feixas och Botella (2004) framhåller att denna rörelse inte strävar efter att kombinera alla terapeutiska modeller så att en enda modell finns kvar. Målet är snarare att skapa ett ramverk för dialog och samarbete över modellernas gränser, där pragmatism ska ersätta dogmatiska förenklingar. En eklektisk ansats kan handla om att kombinera de mest effektiva teknikerna oavsett terapeutisk inriktning, att använda olika transteoretiska förändringsmodeller, eller att matcha terapin mot personlighet. En bredare definition av eklekticism kan även inrymma evidensbaserings ambition att finna de mest



effektiva metoderna för varje diagnos. Enligt Lampropoulos (2000) är dock den största nackdelen med denna ansats att den inte tar hänsyn till personlighet och andra klientfaktorer.

### *Förändringsprocesser och kvalitativ forskning*

Om polariseringen mellan gemensamma och specifika faktorer främst berör kvantitativ forskning (randomiserade kontrollerade studier och meta-analyser), har allt fler röster i debatten börjat tala om vikten av kvalitativa undersökningar av förändringsprocessen (Greenberg, 1999; Lambert, Garfield, & Bergin, 2004; McLeod, 2001). Det är en relativt spridd uppfattning att alltför lite möda har ägnats åt att undersöka *hur* förändringsprocesser går till (Doss, 2004; Greenberg, 1999; Hanna & Ritchie, 1995).

Här är uppdelningen mellan *process* och *resultat* ett återkommande tvisteämne, där Holtforth, Castonguay och Borkovec (2004) och Kiesler (2004) tillhör dem som ifrågasätter den dikotoma uppdelningen mellan dessa begrepp. De framför åsikten att man snarare kan betrakta alla små förändringar som sker i terapin som ett slags "mini-resultat". De betonar vinsten av att komplettera makronivån (traditionell resultatmätning) med en mikronivå där förändringsprocessen studeras på nära håll.

### *Integrering av psykoterapeutiska erfarenheter*

Ett användningsområde för processinriktad forskning är att undersöka hur terapiklienter integrerar nya erfarenheter från psykoterapi. En modell som åskådliggör denna integrationsprocess är *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES) som har utvecklats av Stiles et al. (1990). Eftersom en modifierad version av modellen har använts som kodningsverktyg i denna studie, kommer den här att presenteras relativt ingående.

Den teoretiska grunden för APES är hämtad från Jean Piaget. Hos Piaget är *assimilation* synonymt med processen att ta in och integrera nya erfarenheter. När assimilationen lyckas blir erfarenheterna en del av individens inre schema, det kognitiva mönster av tankar och idéer som byggs upp från tidig ålder. *Akkommodation* är en komplementär process där förändringar av scheman sker för att de nya erfarenheterna ska passa in. När dessa två processer befinner sig i jämvikt, eller *ekvilibrium*, kan nya scheman skapas (Piaget, 1968).

Enligt Stiles modell följer klienter i psykoterapi, oavsett terapeutisk inriktning, en speciell sekvens när de bearbetar problematiska eller smärtsamma erfarenheter. Dessa erfarenheter kan vara minnen, önskningsar, känslor, attityder eller beteenden, av hotfull, smärtsam eller destruktiv karaktär. Det är sådana erfarenheter som inte ryms i klientens schema, antingen beroende på att det saknas ett schema, att nya erfarenheter motsäger existerande schema, eller att de helt förkastar existerande schema. Utifrån detta synsätt ses utfallet i psykoterapi inte primärt som symptomförändring, utan som förändringen i individens relation till de problematiska erfarenheterna (Stiles et al., 1990; Stiles, 2002).

Som framgår av Tabell 1 består assimilationsmodellen av åtta nivåer (0-7), med tillhörande beskrivning och affektiva markörer, alltså de affektiva yttringar som man empiriskt har observerat vid varje nivå.

Tabell 1. APES i något förkortad och modifierad form (efter Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003; Stiles et al., 1990).

Nivå	Nivåns namn	Beskrivning	Markörer
0	Avvärdjd (warded off)	Omedvetenhet om problemet	Somatiska symptom
1	Oönskade tankar	Vill undvika problemet	Rädsla att förlora kontrollen
2	Vag medvetenhet	Är medveten om problemet, men kan inte formulera klart	Smärta, förvirring
3	Problemformulering/ klarifiering	Kan formulera att det finns ett problem – något att arbeta på	Känsla att sitta fast/klarhet
4	Förståelse/insikt	Den problematiska erfarenheten formuleras och förstås	Blandade känslor, ökad flexibilitet
5	Tillämpning/ bearbetning	Använder insikt/förståelse för att arbeta på problem, utforskar lösningar	Optimism, positiva känslor
6	Problemlösning	Uppnår fungerande lösning för specifikt problem, flexibel integrering	Känsla av stolthet, andra märker förändringen
7	Bemästrande	Genererar automatiska lösningar, uppnår integrering	(ej identifierade)

Även om modellen är utformad för att kunna passa alla former av psykoterapi, så har det visat sig finnas några viktiga skillnader mellan psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi. En skillnad som Stiles et al. (1990) pekar på är att de första nivåerna generellt sett är mer centrala i en psykodynamisk terapi, att man ofta börjar vid omedvetenhet (nivå 0) och betraktar problemformulering/insikt (nivå 3-4) som slutmål. I kognitiv beteendeterapi däremot kan en typisk terapi börja omkring nivå 3-4 och röra sig framåt mot konkret applicering av förståelsen.

Ett annat perspektiv på hur klienten integrerar kunskap och erfarenheter från psykoterapi demonstrerades i en narrativ studie av Kühnlein (1999). Denna studie byggde på självbiografiska intervjuer med personer som har gått i kognitiv beteendeterapi. Här framstår klienten som en aktiv agent som skaffar sig kunskap genom assimilations- och ackommodationsprocesser. Kühnlein menar att det är utvecklandet av scheman som avgör terapins långtidseffekter efter terapin, och att psykoterapi i detta perspektiv är mer analogt med inläring än med modeller som jämför terapi med medicinsk behandling.

#### *Psykoterapins resultat: alternativa synsätt*

Under de senaste decennierna har det publicerats flera artiklar som ifrågasätter den traditionella metoden att utgå från för- och eftermätning av symptom som mått på terapins utfall. Gladis, Gosch, Dishuk och Crits-Christoph (1999) är ett av flera exempel på författare som framhåller åsikten att traditionell symptomfokusering baseras på en alltför smal definition av hälsa och sjukdom. De menar att en mätning av utfall därför bör innehålla andra mått, som livskvalitet och socialt fungerande, samt fokusera mer på klientens subjektiva upplevelser. Gladis et al. (1999) hävdar att exempelvis livskvalitet i de fall begreppet ingår ändå alltid är ett sekundärt resultatmått som ges relativt lite utrymme i resultatredovisningar.

Behovet av att använda mer övergripande mått som livskvalitet och globalt fungerande illustreras av att flera studier visar att det inte alltid finns ett linjärt samband mellan olika utfallsvariabler. Detta har bland annat visats i undersökningar av symptom och funktionsnivå hos barn med bipolär diagnos efter terapi (Bastiaansen, Koot, & Ferdinand, 2005), i relationen mellan symptom och tillfredsställelse med livet hos klienter med social ångest (Eng, Coles,

Heimberg, & Safren, 2005), i relationen mellan symptom och livskvalitet för en rad ångeststörningar och affektiva störningar (Hyman Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005), samt i en uppföljande studie av förhållandet mellan copingstrategier och symptom hos bulimipatienter (Binford et al., 2005). I en mer övergripande genomgång av litteraturen dras med stöd från empiri slutsatsen att terapeutisk förändring kan ske både då symptom förändras mycket, lite eller inte alls (Kazdin, 1999). När symptomen i sig inte förändras alls, handlar förändringen snarare om att hantera symptom eller förbättra livskvaliteten. Detta illustreras kanske tydligast, menar Kazdin, när det rör sig om svårförändrade mönster i personligheten och funktionshinder som Tourettes syndrom. Noterbart är dock att samma tanke om att terapins huvudsyfte snarast är att lära sig acceptera och hantera de symptom som finns, även är framträdande i nyare utvecklingsgrenar av KBT som Acceptance and Commitment Therapy (Orsillo & Batten, 2005).

En annan sorts problematisering av synen på resultat är den diskussion om kvalitativ och kvantitativ förändring som till exempel Sandell (1993) har fört. Sandell menar att den traditionella utvärderingsmetoden bygger på idén om förändring som kvantitativa ökning eller minskningar, att man gör mer eller mindre av något. I själva verket, hävdar Sandell, handlar terapeutisk förändring snarare om att göra saker på ett *nytt sätt*, något som representerar en kvalitativ skillnad. En konsekvens av ett sådant synsätt blir att det också går att ifrågasätta för- och eftermätningar med de traditionella skattningsformulär som inte tar hänsyn till hur mycket personens förändring påverkar själva skattningen.

Liknande resonemang ligger till grund för de författare som menar att det är fruktbart att se på psykoterapins resultat utifrån begreppen *förändring av första och andra ordningen*. Om den första ordningens förändring primärt är kvantitativ (mer eller mindre av samma sak), motsvarar den andra ordningens förändring snarast den kvalitativa strukturförändring som med Piagets vokabulär sker vid ackommodation (Lyddon, 1990), eller den förmåga att gå bortom sina egna begränsningar som brukar benämnas *transcendens* (Murray, 2002). I en nyutkommen bok hävdar Fraser och Solovey (2007) till och med att det är olika metoder att bryta onda cirklar med hjälp av andra ordningens förändringar som är nyckeln till *all* hjälpsam psykoterapi, oavsett terapeutisk inriktning.

Centralt för diskussionen om förändring är begreppet *klinisk signifikans*. Till skillnad från statistisk signifikans syftar begreppet på vilken relevans som förändringar i terapin har för den enskilda klienten utanför terapirummet. Kazdin (1999) framför kritik mot det gängse sättet att mäta klinisk signifikans, nämligen att jämföra för- och eftermätning med en normativ jämförelsegrupp. Vad som enligt Kazdin borde vara relevant är i stället i vilken utsträckning det mått som används avspeglar förändringens betydelse för individens fungerande i vardagen. Ett problem som framhålls är dock svårigheten att komma överens om kriterier för ett sådant mått, speciellt när det inte rör sig om avgränsade områden som fetma och rökning (Kazdin, 1999). Frågan om vem som är bäst lämpad att bedöma förändringar är också omdebatterad. Det är inte självklart att klientens egen bedömning är den mest tillförlitliga (Tjeltveit, 2006), och ett ideal som bland andra Hill och Lambert (2004) framhåller är att inkludera bedömningar från både klienten, terapeuten och personer i klientens omgivning.

### *Användningsperspektiv i psykoterapiforskning*

De metodologiska svårigheter som nämnts, kan vara en bidragande orsak till den relativa bristen på studier som undersöker hur klienten på ett aktivt sätt kan använda sig av

erfarenheter från psykoterapi på ett mer konkret och globalt plan än vad skattningar av symptom och livskvalitet kan fånga. I arbetet med föreliggande studie har endast några enstaka artiklar hittats. Bland dem kan nämnas ett försök att skapa en modell där utfallsmåttet är förmåga till problemlösning (Heppner, Cooper, Mulholland, & Wei, 2001), samt en modell för vilka faktorer som underlättar utvecklandet av klientens *agency* (Williams & Levitt, 2007), vilket kan beskrivas som förmågan att göra självständiga aktiva val. Ett ytterligare exempel är Sandells (1993) modell för bedömning av förändring, där klientens adaptiva förmåga, alltså förmågan att hantera yttre situationer, ingår som en av fem beståndsdelar.

Av de artiklar som mest liknar syftet i denna studie har Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton (in press) gjort en kvalitativ intervjustudie med 32 personer som antingen gått i PDT eller KBT. Gemensamt för båda grupperna var att det uppstod ”spin-off-effekter”, som bestod i att personerna upplevde förändringar även på andra områden än dem de sökte hjälp för. Ett annat resultat var att de som var missnöjda med terapin ofta efterlyste komponenter som förknippas med den andra inriktningen. Det som utmärkte PDT-klienterna var bland annat ökad självförståelse, självacceptans och bättre hanterande av relationer, medan KBT-klienterna framför allt upplevde att de erövat nya beteenden och strategier för att bemästra svåra situationer.

En reell koppling till verkligheten utanför terapirummet fanns i en studie av Bedics, Henry och Atkins (2005). Här var temat hur den terapeutiska processen i psykodynamisk korttidsterapi påverkar klienternas upplevelse av en specifik relation till en betydelsefull person i vardagen. Det starkaste fyndet var ett samband mellan terapeutens observerade värme och förändringar i klienternas beteende gentemot sin partner. Vissa aktiva komponenter i processen, som utforskande i början och engagemang i slutet av terapin, visade sig också kunna predicera minskning av graden av fientlighet mot sin partner.

I en undersökning av Grande, Rudolf, Oberbracht och Pauli-Magnus (2003) studerades konkreta förändringar i vardagen för 49 PDT-klienter i ett uppföljningsperspektiv, sex månader efter terapins avslut. Med hjälp av analysverktyget HSCS (en omarbetad form av Stiles assimilationsmodell) fann författarna att positiva förändringar i vardagen korrelerade med strukturella förändringar i terapin, men inte med förändringar i symptomskattning. En slutsats som kunde dras var att symptomförändringar kan ske oberoende av fenomen som insikter och ökad kompetens. Valet att studera dessa konkreta förändringar i livet utanför terapirummet motiverades av dessa författare på följande sätt: *”because it is here that the success of treatment ‘materializes’ in the lives of the patients”*. De noterade samtidigt att detta perspektiv aldrig har studerats tidigare.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

En slutsats som kan dras av den teoretiska genomgången är att det finns en lucka i forskningen när det gäller konkret användning av erfarenheter från terapin. Troligen skulle de flesta hålla med om det betydelsefulla i att terapin också får inverkan på klientens verklighet utanför terapirummet, liksom att denna inverkan är mer eller mindre bestående över tid. Om detta kan antas vara underförstådda mål för terapin, så är det desto mer slående hur sällan de målen har undersökts som mått på terapins utfall. I denna studie har det övergripande syftet varit att undersöka just vilka konkreta konsekvenser som upplevelser och erfarenheter i psykoterapi får för livet i stort, sett ur klientens eget perspektiv.

I studien önskas följande frågeställningar besvaras:

- Hur kan personer som har gått i psykoterapi integrera och använda sig av erfarenheter och upplevelser från terapin i sin vardag?
- Är användningen av erfarenheter från terapin kopplad enbart till det problem man sökte för, eller upplevs förändringar även på andra områden?
- Vilka faktorer i den terapeutiska processen är viktiga för att kunna integrera och använda dessa erfarenheter och upplevelser?
- Finns likheter och skillnader i integrering och användning av terapeutiska erfarenheter mellan KBT- och PDT-klienter?

## Metod

Denna uppsats bygger på en intervjustudie, där före detta psykoterapiklienter har givit sin bild av hur de har kunnat integrera och använda erfarenheter från terapin. Studien är en kombination av ett uppföljningsperspektiv, där tonvikt läggs på hur situationen ser ut idag, samt ett retrospektivt perspektiv, där intervjupersonerna i efterhand delger sin bild av terapiprocessen. Analysdelen utgår från en teoriledd tematisk analys (Starrin & Svensson, 1994), vilket innebär att data har insamlats och analyserats i ljuset av på förhand fastställda teman och kategorier. Var och en av intervjuerna har behandlats som en separat fallstudie, varefter analyserna utmynnar i en sammanställning av fyra ”idealtyper”.

### *Undersökningsdeltagare*

I undersökningen deltog 13 personer som genomgått psykoterapi på Studentmottagningen vid Psykologiska Institutionen på Stockholms universitet. Sju personer hade gått i kognitiv beteendeterapi och sex i psykodynamiskt inriktad psykoterapi. Tiden som terapierna varade varierade mellan 11 och 44 sessioner, med 18 som genomsnitt för KBT-terapierna och 37 för PDT-terapierna. Den tid som förflutit mellan terapins avslut och intervjutillfället varierade mellan 10 och 22 månader, med genomsnittet 16 månader (PDT 14, KBT 17).

Tio kvinnor och tre män ingick i undersökningen, där åldern varierade mellan 22 och 47 år. Genomsnittsåldern var 35 år (KBT 35 år, PDT 34 år). Av de 13 personerna var elva födda i Sverige. Två av personerna var födda i icke-europeiska länder och hade bott i Sverige i mer än 10 år. Samtliga PDT-klienter hade avslutad eller påbörjad eftergymnasial utbildning på högskolenivå. Bland KBT-klienterna fanns fördelningen fem med eftergymnasial utbildning på högskolenivå, två utan sådan utbildning. Den problematik man sökte hjälp för varierade. Generellt sett har KBT-klienterna haft en mer avgränsad och konkret problematik i form av enkla fobier, sömnstörning och panikångest. Som kontrast har PDT-klienternas problematik snarare beskrivits i termer av att vilja öka välbefinnandet eller få redskap att förstå sig själva bättre. Av de tretton intervjupersonerna hade elva tidigare erfarenhet av psykoterapi – fyra som haft en längre kontakt, sju som haft upp till 5-6 samtal.

Psykologiska institutionens psykoterapimottagning tar till reducerat pris emot klienter som söker terapi genom att själva ringa till institutionen. De ringer oftast efter att de tipsats att söka genom en bekant eller så har de blivit hänvisade vid en psykiatrisk mottagning om denna inte kunnat erbjuda terapi inom ramen för Landstinget. Klienterna ringer till någon av de ansvariga psykologerna på mottagningen, där det finns en representant för vardera

terapiinriktning. Efter ett cirka 20 minuter långt bedömningsamtal via telefon beslutar de ansvariga för respektive inriktning om personen skall ställas i kön för psykoterapi. Efter en tid i kön blir personen uppringd av en studentterapeut. De studenter som varit terapeuter i denna studie påbörjade sin psykoterapiutbildning under psykologutbildningens 8:e termin och avslutade den 10:e terminen. Under dessa tre terminer hade PDT-terapeuterna som regel en 3 terminer lång terapi med en klient, medan KBT-terapeuterna hade 2-3 olika långa terapier. Terapeuterna går i grupphandledning hos en erfaren psykoterapeut mellan varje session. Det finns vissa exklusionskriterier för de klienter som kan få behandling på mottagningen. Bland dessa kan nämnas psykotisk problematik, suicidrisk och erfarenhet flera tidigare avbrutna terapikontakter. Det görs också en bedömning av hur väl klientens allmänna nivå av fungerande är anpassat för studentdriven psykoterapi.

För medverkan i denna undersökning sattes följande två exklusionskriterier upp: 1. Terapin skulle vid intervjutillfället ha avslutats för 6-24 månader sedan. 2. Terapin skulle ha avslutats enligt överenskommelse mellan klient och terapeut, vilket exkluderade terapier med plötsliga och oväntade avslut. Tidsintervallet, 6-24 månader efter terapins avslut, valdes för att tillgodose önskan att ha ett uppföljningsperspektiv, men samtidigt bevara en rimlig möjlighet att minnas detaljer från själva terapiprocessen. Huruvida urvalet var representativt i fråga om diagnos, problematik eller skattningar av depressivitet och ångest, är omöjligt att säga eftersom sådana jämförelser inte har gjorts.

### *Procedur*

Undersökningsdeltagarna rekryterades via brev (se Bilaga 1) som skrevs av uppsatsens författare och skickades ut med hjälp av ansvarig personal på Studentmottagningen. I en första omgång skickades 30 förfrågningar ut, 15 till KBT-klienter och 15 till PDT-klienter. 14 av dessa 30 personer skickade in svarsblanketter. Av dessa var sex intresserade av att ställa upp på intervju. Efter ett påminnelsebrev anmälde ytterligare tre personer sitt intresse. Av de nio personer som sagt ja så långt var två personer inte anträffbara. Därefter skedde ytterligare ett utskick till 30 personer (15 av varje inriktning) där 15 personer svarade (5 ja-svar, 10 nej-svar). I detta läge fanns en ojämn fördelning mellan de två inriktningarna (7 KBT, 5 PDT), vilket föranledde att påminnelsebrev i den andra omgången bara skickades till de PDT-klienter som inte svarat (fem personer). Av dessa fem inkom ett ja-svar och ett nej-svar.

Den sammanlagda svarsfrekvensen, inklusive påminnelser, var således 55 % (36 av 65 tillfrågade personer skickade in ett svar). Andelen ja-svar av alla tillfrågade (borträknat de två personer som drog sig ur) var 20 % (13 av 65). Andelen ja-svar av de som skickade in svar var 36 % (13 av 36).

### *Datinsamling*

Data samlades in med hjälp av halvstrukturerade intervjuer, vilket innebär att intervjuerna utgick från en färdig intervjuguide med frågeområden (se Bilaga 2), men att det fanns frihet att låta intervjupersonernas svar leda in intervjun på riktningar som inte förutsetts. För att undvika en alltför styrande intervju, lades intervjuguiden upp så att den inledande frågan på varje frågeområde var bred och icke-specifik, med utrymme för intervjupersonernas egna sätt att tolka och beskriva sina erfarenheter. Beroende på hur mycket av vårt intresseområde som täcktes in av svaren på de breda frågorna, ställdes sedan uppföljande detaljfrågor.

Intervjuerna varade mellan 45 och 60 minuter och ägde rum antingen i Studentmottagningens lokaler eller på en avskild plats som intervjuerperson och intervjuare kom överens om. Alla intervjuer spelades in i sin helhet. Samtliga intervjuerpersoner informerades i samband med intervjuerna om de gängse etiska riktlinjerna gällande informerat samtycke, frivillighet, anonymitet och rätten att dra sig ur undersökningen. De fick också erbjudande om att ta del av den färdiga uppsatsen via e-postutskick.

Vi som utförde intervjuerna, tillika uppsatsens författare, har båda genomgått de två intervjukurser som ingår inom ramen för Psykologlinjen vid Stockholms universitet, samt författat två mindre uppsatser (5 poäng) som också byggde på halvstrukturerade intervjuer. Vi har genomgått grundläggande psykoterapeututbildning i vår sin inriktning: Tomas Adolfsen i PDT, Mikael Ledin i KBT. Ett medvetet val vid tilldelning av intervjuerpersoner var att de fördelades slumpmässigt mellan oss, utan att vi visste om deras terapiinriktning på förhand (med undantag för den trettonde intervjun där inriktningen var känd).

De teoretiska förkunskaper som vi hade med oss låg till grund för skapandet av frågeguiden. Eftersom intresset primärt var riktat mot praktisk användning av terapierfarenheter, samt olika generaliseringseffekter, blev detta viktiga frågeområden. Vi var också intresserade av vilka faktorer som har betydelse för användning av terapierfarenheter, vilket avspeglas i försöket att få intervjun att täcka in olika aspekter av gemensamma och metodspecifika faktorer. I syfte att pröva hur väl frågeguiden fungerade, utförde vi vår sin pilotintervju med en före detta terapiklient, där vi också hade utrymme för feedback och diskussion med de intervjuade kring upplevelsen av intervjun. Den slutsats som drogs av pilotintervjuerna var att intervjuguiden, med några smärre justeringar, var användbar för uppsatsens syfte.

### *Analys*

För var och en av intervjuerna gjorde den som utförde intervjun en detaljerad sammanfattning på cirka 3-5 sidor, innehållande det material som var relevant för de teman och kategorier som redovisas nedan. Sammanfattningarna av respondenternas utsagor varvades med direkta citat. Som regel gjordes minst en omlyssning för att vara säker på att essensen kom med. Därefter kodades varje sammanfattning gemensamt av uppsatsens båda författare, med syfte att nå största möjliga konsensus. I denna kodningsfas markerades alla väsentliga sammanfattningar och citat efter fem på förhand fastställda kategorier, med tillhörande underkategorier:

a) *Gemensamma och metodspecifika faktorer*. Underkategorier: Klientfaktorer, Syn på terapeut och terapeutisk relation, Tro på terapi/Metodspecifik tro på terapi, Metodspecifika komponenter. Dessa kategorier valdes med utgångspunkt i Asay & Lamberts (1999) ursprungliga modell med tre gemensamma och en metodspecifik faktor. Det som i denna studie benämns som ”tro på terapi” motsvarar ”placebo och förväntan” i deras modell. Under kodningens gång lades till en ytterligare kategori som döptes till ”Terapi, allmän”, för beskrivningar som inte kunde hänföras till någon specifik kategori.

b) *Terapiprocessen*. I denna kategori sorterades uttalanden och beskrivningar som härrör sig till den terapeutiska processen och integreringen av nya erfarenheter/kunskaper. Underkategorier (som utgörs av nivåerna i den omarbetade assimilationsmodellen):

1. Omedvetenhet (om att problem finns, eller om dess karaktär)

2. Medvetandegörande (ökad förståelse om att ett problem finns, eller dess karaktär)
3. Insikt ("aha-upplevelser" eller andra former av nya signifikanta erfarenheter)
- 4a. Förändrade tankemönster 4b. Förändrade beteenden (applicering av nya insikter)
5. Bemästrande (hittar lösningar, hanterar tidigare problem)
6. Generalisering (spin-off-effekter, generalisering till andra områden)

1-5 i denna modell motsvarar i grova drag nivåerna 0-7 i assimilationsmodellen (Stiles et al, 1990) som redovisades i inledningen. Nivå 6 är ett eget tillägg som rör intresset av att undersöka eventuella generaliseringseffekter, det vill säga att man kan applicera nya kunskaper och erfarenheter på andra områden än dem man sökte hjälp för. Förändringen till en förenklad version av modellen skedde i början av kodningsarbetet, eftersom det blev tydligt att det i en retrospektiv studie var omöjligt att få den detaljrikedom som skulle krävas för att kunna differentiera alla åtta nivåer. Resultatet blev en mer koncentrerad version, där stegen i processen uppfyllde kraven på att både vara intressanta för studiens syfte och möjliga att koda efter.

c) *Användning*. Underkategorier: Yttre/Inre, Under terapin/efter terapin/idag. I denna kategori kodades utsagor som i bred bemärkelse handlade om aktiv användning av terapeutiska insikter, erfarenheter och upplevelser i vardagen. Här hamnade till exempel konkreta beskrivningar av att kunna göra saker man inte klarade tidigare (yttre handlingar), likväl som inre kognitiva strategier (inre handlingar). "Kan du berätta om något som du kan göra idag som du inte kunde göra innan du gick i terapin?" är exempel på en fråga som kunde leda fram till utsagor om användning. Att med säkerhet uttala sig om att just terapin lett fram till denna användning var förstås svårt, men den princip som följdes var att ju konkretare beskrivningarna var, desto säkrare blev kategoriseringen.

d) *Mål och resultat*. Underkategorier: Mål och förväntningar, Symptomförändring, Måluppfyllelse, Livskvalitet. I denna kategori hamnade dels de mål och förväntningar som intervjupersonerna beskrev att de hade med sig in i terapin, dels uttalanden som tangerade de mer traditionella mått på resultat som brukar användas. Kategorin var främst tänkt att fungera som jämförelsematerial gentemot användning och olika former av generalisering.

e) *Övrigt*. I denna kategori placerades allt material som kunde tänkas vara intressant, men inte passade in på någon av de bestämda kategorierna.

När alla intervjuer kodats blev nästa steg att utifrån de kodningar som gjorts göra ett slags sammanställning av var och en av de kodade intervjuerna. Stor möda lades på att behålla den fylliga helhetsbilden samtidigt som koncentrerade sammanfattningar gjordes för varje kategori och underkategori. Illustrativa citat markerades för var och en av fallstudierna. Förutom de fem fastställda kategorierna tillkom här också demografiska uppgifter, bakgrund till att söka hjälp och hur matchningen till terapiinriktning gick till. I detta skede gjordes också ett försök att precisera kategorin Användning. Det ledde till en uppdelning där kategorin Användning reserverades för uttalanden om konkreta och avgränsade former av användning, medan Utvidgad användning inrymde olika generaliseringseffekter och användning på ett mer globalt plan.

Det tredje steget i processen bestod i att jämföra fallstudierna med varandra, i syfte att undersöka möjligheten att kategorisera dem i det som Weber (1949) har kallat *idealtyper*. Att presentera resultat i form av idealtyper kan sägas vara den kvalitativa forskningens motsvarighet till klusteranalys: de enstaka fallen kontrasteras och grupperas tills man tycker



sig ha uppnått ett antal grupper där likheterna är tillräckligt stora för att de ska kunna betraktas som "optimal cases" eller idealtyper (Wachholz & Stuhr, 1999). Alla enskilda fall inom en idealtyp är inte identiska på alla punkter. Enligt Weber (1949, sid. 90) sker en ensidig accentuering av ett eller flera synsätt kring vilka ett antal individuella fenomen arrangeras. I denna studie var det i enlighet med syftet aspekterna "användning" och "processen fram till användning" som betonades i skapandet av idealtyperna. Metoden valdes framför allt för möjligheten att koncentrera materialet till mer hanterbara enheter utan att förlora för mycket av helheten.

## Resultat

I detta avsnitt presenteras de fyra idealtyper som vi fann. Alla kursiva textavsnitt är direkta citat ur intervjuerna. Att ha med relativt många kortare citat är ett medvetet val med dubbel syfte: dels att ge en mer levande framställning av de faktiska individer som ingår i varje idealtyp, dels att ge läsaren en ökad chans att bedöma och värdera de tolkningar som ligger till grund för skapandet av idealtyperna. Alla referenser till assimilationsmodellen gäller den omarbetade version med stegen 1-6 som redovisades i metodavsnittet.

### **IDEALTYP I "Jag duger" (pdt1, pdt3, pdt4, pdt5, pdt6)**

Detta var en av två idealtyper som framträdde tydligast under analysarbetet. Inom dessa två tycktes det finnas relativt stora generella likheter i användningsperspektivet liksom startpunkt och slutfas i processen, men också avseende målformulering, tro på terapi och andra variabler. Förutom dessa två idealtyper kunde två mer provisoriska grupper urskiljas. Dessa utmärktes snarast av att personerna inte passade in i någon av de två första idealtyperna.

**Mål och förväntningar.** Den här idealtypen beskriver sina mål och förväntningar på terapin på ett sätt som är mer diffusa och allmänt hållna. Man beskriver målen i termer av att man vill "*bli gladare*". Andra målsättningar med terapin är till exempel att ta reda på hur man fungerar i relationer eller så vill man få redskap i form av att veta "*hur man kan tänka i olika situationer*"

**Terapiprocessen.** I assimilationsmodellen når den här idealtypen steg 4-5. När de beskriver processen i terapin så ger de uttryck för att de utvecklats till den här nivån från nivå 1-2, det vill säga relativt omedvetenhet om sina svårigheter eller om mindre funktionella sätt att hantera livssituationer: "*Det var den stora grejen, att jag fick upp ögonen för att jag hade väldigt många saker att ta tag i.*". De är efter terapin nära eller på väg mot bemästrande (steg 5). Det innebär att de uttalanden som de gör tyder på att de på olika sätt upplever en större trygghet i att själva kunna hantera situationer som de tidigare tyckt vara svåra. De uttrycker en större tro på sin egen förmåga efter terapin. De upplever det också som att de innan terapin varit väldigt beroende av andras bekräftelse och yttre värdemätare för att tro på sin kompetens, sina prestationer eller sitt värde. Idag har de en större förmåga att använda en inre värdemätare och de beskriver bland annat att "*mycket handlade om att inte vara så dömande mot mig själv*" eller "*däremot tror jag att jag har blivit snällare mot mig själv*".

När den här idealtypen går från omedvetenhet till medvetenhet så handlar insikterna i steg 2-3 i assimilationsmodellen om att förstå mönster i hur man tidigare relaterat till sig själv och andra människor, hur man reagerat på livshändelser eller hur man hanterat karriären. Man

hittar ”röda trådar” och ser samband med dåtid och nutid avseende de här mönstren. Att förstå de här mönstren upplevs som jobbigt men bra: *”I slutändan var det bara befriande, men processen att komma dit är jobbig”*. Processen *”liknade ett stålbad”* men man *”kom ut gladare och tryggare på andra sidan”*. Terapeuten upplevdes som viktig i det här arbetet då denne *”nystade tillbaka till barndomen”* eller klargjorde vilka mönster som de haft. Terapeuten gjorde detta genom att ställa frågor och komma med klargörande sammanfattningar av deras mönster och beteenden.

De här personerna bemästrar idag sina liv i större utsträckning. Det innebär inte att de svårigheter de hade innan är helt borta men idag upplever de att de kan hantera dessa bättre. De har en förmåga att se sig själva utifrån och att reflektera över sig själva och sitt beteende: *”Bättre på att reflektera. Inte bättre, men annorlunda”*. De upplever sig därmed vara bättre på att förstå sina reaktioner och tycker därför att det är lättare att ändra beteenden eller förändra stämninglägen. Deras uttalanden handlar om förändring av grundläggande synsätt eller värderingar. De bryter onda cirklar eller omvärderar sig själva. De är också bättre på att reflektera över sig själva och se situationer utifrån.

**Användning och utvidgad användning.** Att de här personerna är *”mindre beroende av yttre värdemätare”*, *”snällare mot sig själv”*, samt att de *”omvärderar föreställningar om sig själv”* är förändrade tankemönster hos den här idealtypen. Tankemönstren får yttre konsekvenser i personernas liv. Till exempel uttrycker de att de nu klarar av att gå på fest utan att förställa sig; de vågar vara sig själva och kan även visa att de inte är på humör för fest den kvällen. De upplever sig kunna vara ärligare i relationer. Som titeln på idealtypen avslöjar så tycker de här personerna att *”man är okej som man är”*, att de duger och därmed inte behöver känna ansvar för att vara perfekta i andras ögon. De vågar också visa vad de själva vill och behöver: *”Jag vågar tillgodose mina egna behov idag”*.

En ytterligare följd av att se mönster och att se till sina egna behov är att man till exempel inte stannar kvar i relationer som upplevs som dåliga. Att kunna se sig själv utifrån är centralt i erfarenheten av terapin, ett slags metakognition där de kan reflektera över sig själva, och därigenom ge sig själva det utrymme som krävs för att hantera situationer och relationer bättre. Att skapa distans till sina egna känslor och tankar, gör att de inte behöver agera lika direkt och impulsivt.

**Klientfaktorer.** En erfarenhet i den här gruppen är att man måste fortsätta det terapeutiska arbetet på egen hand, efter terapin: *”Terapi är något man måste göra hela tiden”*. Samtliga i den här idealtypen har också redan från början stark motivation och beredskap för att gå igenom det jobbiga och arbetsamma i terapin: *”Jag var så bestämd, såg det som min chans att få prata med någon”*. De uttrycker att de med tiden förstått att det långsiktigt är bra att prata om svåra saker, tack vare erfarenheterna under terapin.

**Matchning och tro på terapi.** Den här idealtypen har inget enhetligt mönster när det gäller en initial övertygelse om vad de vill ha för terapi. Några personer har sökt psykodynamisk terapi aktivt, men inte känt till att det finns andra inriktningar, medan andra mer ospecificerat har sökt ”terapi” efter att ha blivit tipsade om studentmottagningen, eller så har de blivit matchade till PDT på mottagningen.

**Metodspecifika komponenter.** De här intervjupersonernas upplevelse av terapin baseras i stora stycken på ett utforskande som de fått hjälp med. Terapeuten har varit den som ställt frågor som de inte själva kunnat ställa sig. Terapeuten har hjälpt till att se mönster i

intervjupersonernas sätt att relatera och agera i sina liv: Terapeuten *"nystade tillbaka till barndomen"* och hjälpte till att se *"röda trådar"* i personernas liv. Det upplevdes också som skönt att terapeuten inte värderade vad som togs upp och att det var fritt att tala om det som för tillfället var aktuellt. En ytterligare hjälp i detta hänseende har varit att man inte behövde förbereda sig inför sessionerna och att det därför inte blev så prestationsinriktat.

**Syn på terapeut och terapeutisk relation.** De har uttryckt vikten av att terapeuterna har varit följsamma och lyhörda för behoven av bekräftelse. Genom att terapeuten var öppen, tillåtande och icke-värderande så skapades ett tillåtande klimat där de här personerna kände sig trygga att ta upp allt de ville prata om, liksom att kommentera relationen och allt annat som hände i själva terapirummet. Det upplevdes som viktigt att man kunde prata om allt och inte behövde prestera. *"Du kan prata om gräs om du vill"* är ett exempel på vad terapeuten sagt för att vara tillåtande. Ett annat exempel på öppenheten är: *"Terapeuten sa att jag hela tiden skulle ta upp sådana där tankar runt omkring. Så det var jag väldigt öppen med – om det kändes konstigt i rummet och så vidare"*. Det finns också kommentarer om att terapeuten var en student. Antingen har man tyckt att det enbart var betydelsefullt initialt eller så har man upplevt det som positivt: *"Då hade terapeuten bara mig"*, som ett exempel på att det kändes viktigt att vara exklusiv.

### **IDEALTYP II "Jag kan" (kbt3, kbt4, kbt6, kbt7)**

Detta var den andra av två huvudgrupper som växte fram under analysarbetet. Namnet "Jag kan" valdes för att accentuera den betoning av konkreta handlingar och bemästrande som var påfallande för denna idealtyp.

**Mål och förväntningar.** I denna idealtyp är problematiken avgränsad. Det man söker för är exempelvis enkla fobier, tvång, sömnstörning och panikrelaterad problematik. Även målen är avgränsade och klart formulerade, i stort inriktade på att man "ska bli av med problemet" eller få verktyg för att hantera problemen så att man kan bli "frisk".

**Terapiprocessen.** Personerna i denna grupp börjar terapin kring steg 2 i assimilationsmodellen. De är medvetna om sina problem, vet att rädslan är överdriven och irrationell, men har inte tillgång till funktionella lösningsstrategier. Vid terapins slut har de nått steg 5, alltså bemästrande av det ursprungliga problemet, samt viss grad av generalisering och spin-off-effekter. De förändringar som har skett är stabila över tid och kvarstår vid intervjutillfället.

Att gå från medvetandegörande (steg 2) till insikt (steg 3) beskrivs som en viktig del av processen. Dessa insikter kan gälla till exempel den egna oförmågan att bemästra problemet, upptäckter av samband mellan tankar och känslor, eller insikt om vilka situationer som ger extra sårbarhet. I denna idealtyp är steg 3 och 4 (förändrade tankemönster och beteenden) intimt sammanflätade på så sätt att det beskrivs som avgörande att insikter kommer i samband med praktisk övning. Att under exponering få uppleva att rationalen stämmer och att den fruktade "katastrofen" inte inträffar är centralt: *"Det är otroligt, men det bara försvann"*, säger en person om den konkreta erfarenheten att ångesten går ned med tiden, om man bara lyckas stanna kvar i den ångestfyllda situationen.

Att erkänna sin egen oförmåga och att de egna lösningsförsöken varit "felaktiga" är smärtsamt i början, men vänds till en styrka då erkännandet av den egna oförmågan är början på en

befriande förändringsprocess. Som en övergång till steg 5 (bemästrande) framträder en generell insikt om att det är en styrka att veta när man behöver söka hjälp.

Att nå ett stadium av bemästrande handlar för dessa personer inte om att alla symptom försvinner, utan snarare om en upplevelse av att man kan hantera de situationer som uppstår: *"Det är inte frågan om att det kommer att försvinna, utan det är en fråga om att det blir hanterbart"*. Att rädslan finns kvar, men är hanterbar, uttrycks på olika sätt, bland annat med följande citat: *"Känslan lugnade liksom ner sig, fast jag egentligen var lika rädd"*.

Denna idealtyp utmärks av att personerna med hjälp av terapin bryter mot gamla lösningsförsök genom att göra tvärtom. De går emot de gamla strategierna (oftast former av undvikande och säkerhetsbeteenden) och vänder därmed onda cirklar och negativa spiraler till att bli mer positiva effekter. Här finns uttalanden som *"hela livet har påverkats"*, att man nu i efterhand inte ens kommer ihåg hur problemen var förut, eller att man kommer på hur lång tid som gått sedan man tänkte på de gamla problemen. Ytterligare tecken på en genomgripande förändring är beskrivningar av att verktygen är automatiserade, att man inte behöver reflektera över dem.

**Användning.** Dessa personer upplever framför allt att de har tillgång till verktyg som gör att de inte känner sig hindrade av sina symptom, men inte heller låsta att alltid följa strategierna som de har fått med sig. Alltså en ökad säkerhet i upplevelsen av den egna förmågan. De har fått med sig insikt om risk för bakslag, men också en trygghet i hanteringen av dessa: *"Jag tycker att jag vet vad jag ska ta till om det blir riktigt dåligt igen"*.

Rent konkret märks användningen i att de nu kan göra saker som de tidigare inte klarade, till exempel att klara möten med fobiska objekt, låta bli att utföra tvångshandlingar, eller att ha en fungerande sömn. En viktig generell färdighet för idealtypen "Jag kan" är förmågan att se sina egna tankar, känslor och fysiska reaktioner utifrån. Detta utifrånperspektiv gör det lättare att förstå vad som händer och därigenom kan man lättare stå emot impulser att agera på det gamla sättet. I stunden tar de hjälp av terapins edukativa inslag och nya tankemönster, och omsätter dessa till att konkret agera annorlunda.

**Utvidgad användning:** Det som beskrivs är en ökad generell flexibilitet, en större frihet i hanterandet av svåra eller ångestväckande situationer. Och denna frihet gäller inte bara de områden man sökte för. Dessa klienter uttrycker att det sker *"spin-off-effekter när man märker att man klarar saker"*, att *"hela livet har påverkats"*, eller att det blivit en generell minskning av orosnivån i livet. Det kan också uttryckas som en ökad medvetenhet om sårbarhet för stress, som leder till ökad förmåga att reglera livsföringen i relation till sårbarheten, vilket i sin tur höjer den upplevda livskvaliteten.

Användningen går alltså från det specifika till det generella och i kontrast till den initiala målformuleringen uttalar de sig i mer globala termer om resultaten. De har inte "blivit av med symptomen", men de har fått ökad förmåga att hantera dem, samt upplevt andra globala effekter som höjd livskvalitet och sänkt orosnivå.

**Klientfaktorer.** Det som utmärker denna idealtyp är framför allt två aspekter. Den första är en hög grad av motivation, baserad på stort upplevt lidande och en stark önskan att verkligen bli av med sina problem. Den andra är upplevelsen att det funnits en beredskap för att utsätta sig för det jobbiga som krävs för att förändringen ska kunna ske. Denna beredskap har antingen funnits från början eller växt fram under terapins gång. Man har haft en tro på den

egna förmågan att själv bidra till förändring, men också ett behov av stöd för att klara det. I denna grupp är det vanligt att resultaten i terapin tillskrivs den egna insatsen, dock med terapeuten som ett viktigt stöd och medel för förändring.

**Matchning och tro på terapi.** I denna idealtyp gjordes ett aktivt val av inriktning. Det var aldrig fråga om något annat val än KBT. Det finns en stark och uttalad tro på KBT som fungerande modell, en tro som växer sig starkare när de märker att terapeutens teoretiska förklaringsmodeller också stämmer i praktiken.

**Metods specifika komponenter.** I beskrivningen av terapiprocessen nämns flera metods specifika inslag som denna grupp anser har bidragit till förändringen: rational, exponeringsövningar, psykoedukation, systematiskt utforskande av samband mellan tankar, känslor och beteende. Förutom de praktiska inslagen i sig har uppmuntran och stöd från terapeuten varit viktigt: *”Övningarna gav en känsla av att man hjälpte sig själv, med hjälp av någon”*. Att tonvikten i KBT ligger på beteendeförändring uppmärksammas (*”Jag förstod att det var mer konkret och mindre terapi”*), men samtidigt uppskattades att KBT också inrymmer en större kontext: *”Det är lätt att få intrycket att KBT bara angriper symptomen, men det är så mycket annat runt omkring som man talar om”*.

**Syn på terapeut och terapeutisk relation.** *”Det kändes som att det var en kombination som gjorde att terapin hjälpte. Att terapeuten kändes bra, och övningarna”*. Detta citat kan illustrera den genomgående beskrivningen av att de praktiska inslagen varit avgörande, men att terapeuten varit viktig för att nå fram dit, för att våga utsätta sig för det man är mest rädd för: *”Hon kändes ju som en guide och som ett substitut för modet jag inte hade”*.

De egenskaper hos terapeuten som nämns som viktiga är kompetens, säkerhet, struktur och tydlighet. Tack vare dessa egenskaper har klienterna fått förtroende och känt tillit (ibland efter initial skepsis), vilket har upplevts som viktigt för tron på rationalen, som i sin tur haft stor betydelse för beredskapen att genomföra övningarna.

Att terapeuten har varit en student kan ha haft viss påverkan i början, men det har inte upplevts som något negativt i stort. Tvärtom ges uttryck för det positiva i att vara terapeutens enda klient. Förutom den viktiga rollen i förändringsprocessen framhålls också den mänskliga aspekten i mötet mellan dem själva och terapeuten, till exempel i citatet *”Det kändes bra att det var en levande människa där, som brydde sig om en”*.

### **IDEALTYP III ”Jag duger och jag kan” (kbt1)**

Detta enstaka fall upplevdes ha likheter med både idealtyp I och II, men samtidigt tillräckligt många skillnader för att inte höra hemma i någon av dem. Ett beslut togs om att betrakta detta fall som en ”påbörjad idealtyp”, baserat på antagandet att ett större urval skulle ge flera liknande fall.

**Mål och förväntningar.** Det initiala målet med terapin är för den här personen att bli av med en specifik fobi och målsättningen är alltså mycket avgränsad. Personen förväntar sig egentligen inte att bli hjälpt med fobin. På grund av tidigare misslyckanden i en liknande terapi är tron på att det är möjligt väldigt liten. Det visar sig ganska tidigt i terapin att det finns ett antal andra rädslor och personen beskriver sig som *”rädd för allt”*.

**Terapiprocessen.** På assimilationsmodellen når den här personen fram till steget som är det sista och som kallas generalisering, steg 6. Personen börjar, liksom ”jag kan”-gruppen, kring steg 2 (medvetenhet om problemet), men till skillnad från den gruppen saknas vid terapins början tron på att kunna bli hjälpt. Denna person söker också hjälp för ett avgränsat och medvetet problem. Resultatet, att komma till steg 6 i assimilationsmodellen, innebär även en applicering av lösningsstrategier på andra problemområden, med upplevd framgång. Av de personer som intervjuats är den här personen den som upplever den mest genomgripande förändringen, med hög grad av bemästrande och generalisering. Bemästrandet beskrivs i dessa termer: *”Man behöver inte springa till psykolog så fort det är något. Människan är rustad att klara mycket själv”*. Flera liknande beskrivningar tyder på en känsla av att kunna hantera tidigare bristfälligt hanterade situationer och att inte låta rädslan styra, *”att ta kommandot över sig själv”*.

En viktig del av processen var för den här intervjupersonen att komma till insikt om användandet av flykt som lösningsstrategi. När personen i stället börjar exponera sig för det personen är rädd för, kommer en insikt om att ångesten klingar av (ångestkurvan). Denna person lär sig också flera kognitiva strategier som syftar till att kunna se sig själv utifrån och inte bli offer för rädslan. En sådan strategi är att lära sig slå bort ”den lilla gubben”, en metafor för att utmana negativa inre tankar och scheman. Intervjupersonen betonar övningarnas roll, att själv få utmana sina föreställningar, och därigenom se att terapeutens rational stämmer.

I den här personens beskrivning av sin terapiprocess och de sätt erfarenheter och kunskaper används i vardagen finns exempel på uttalanden som visar på en genomgripande förändring: *”Jag kan inte förstå idag att jag var så rädd”, ”Jag är inte sån längre”*. Personen har också, på ett tydligt sätt, brutit den onda cirkel som flyktbeteendet och undvikandet tidigare vidmakthöll.

**Användning.** Denna person använder sig frekvent av kunskapen om att ångesten klingar av. Detta gör att denna person kan hantera sin fobi och komma nära det fobiska objektet på ett sätt som varit helt omöjligt innan terapin. Till stor del handlar detta om att höra en ”inre terapeut”: *”Jag får alltid leva med de här sakerna hon har sagt”*. Samma strategi används på andra områden i livet (se nedan). Användningen handlar för den här personen mycket om att se att ”jag kan” och att den inre rösten numera säger att ”jag duger”: *”Den lilla gubben som sitter där och säger att man är dålig. Jag fick lära mig att slå bort den”*.

**Utvidgad användning:** Vägen till att nå generalisering beskrivs i termer av en insikt om att det egentligen inte handlade om den avgränsade fobin. Det utvecklades med tiden en förståelse för att det handlade om en generell attityd till rädslan, som påverkade alla livsområden. När väl den enkla fobi bemästrades utvidgades denna nya förmåga till en mer generell upplevelse av bemästrande: *”Det går att applicera på allt”*. Exempel på väldigt olika situationer som den här personen nu upplever sig bemästra är relationer, konflikter, bilkörning och rädsla för ormar.

**Klientfaktorer.** I början saknas helt en tro på terapin och på egna förmågan att förändra sin situation. Personen beskriver sig själv som någon som alltid varit ”hysteriskt rädd för allt”. De klientfaktorer som personen själv sätter i samband med den stora förändringen är den egna aktiviteten och de egna reflektionerna under terapin och även utanför denna. Det var också tydligt att motivationen ökade i takt med positiva erfarenheter.

**Matchning och tro på terapi.** En tidigare avbruten KBT-terapi var en bidragande orsak till att personen i början av terapin inte trodde på möjligheten att få hjälp. Trots den tidigare dåliga erfarenheten sökte den här personen KBT. Genom de positiva upplevelserna i terapin började intervjupersonen ersätta sin inledande skepsis med en övertygelse om att det var en terapiform som passade: *"Jag tror att hela terapiformen passade mig"*.

**Metodspecifika komponenter.** Centralt i den här personens beskrivning av terapin har varit att få pröva själv genom övningar och exponeringar. Att på det sättet uppleva att man klarar saker själv upplevdes som mycket viktigt: *"Att inte bara gå till henne och hon säger något, och så pratar vi om det. Utan att man faktiskt får göra något själv. Att jag faktiskt kan påverka saker själv, det var väldigt positivt"*.

**Syn på terapeut och terapeutisk relation.** Även på detta område skedde en förändring under terapin. I början tyckte personen om sin terapeut som person, men upplevde att det var en dålig matchning mellan deras stilar. Terapeuten upplevdes i början som alltför passiv och osäker. När intervjupersonen med tiden upplevde att terapeuten var kompetent och bra på analyser, växte ett starkt förtroende fram, vilket ledde till att personen började *"se upp till terapeuten"*. En underlättande faktor, tyckte den här personen, var upplevelsen att terapeuten var *"personlig"* och *"mänsklig"*, att hon genom att också berätta om sina egna rädslor kunde bli en normaliserande förebild.

#### **IDEALTYP IV "Jag behöver mer" (kbt2, kbt5, pdt2)**

Det som var gemensamt för dessa fall var framför allt upplevelsen att terapin inte gav dem tillräckligt. Men där fanns många olikheter. Det är möjligt att det i ett större urval skulle visa sig vara tre åtskilda varianter av mindre lyckade terapier, men vi har valt att ändå presentera dem som en idealtyp som kontrast till de övriga grupperna. För att illustrera att olikheterna är flera i denna idealtyp, presenteras dessa intervjupersoners utsagor ofta var för sig.

**Mål och förväntningar.** Inom denna idealtyp uttrycks målen för terapin i mindre konkreta termer. De har önskat att få *"hjälp att må bättre"*, att kunna klara av att hantera problem, eller kunna *"leva lättare och lyckligare"*. Detta förenar dem alla, oavsett om de har haft en avgränsad problematik (enkel fobi) eller svårigheter som definieras på ett mer livsomfattande plan.

**Terapiprocessen.** Det gemensamma draget för denna idealtyp är att man i assimilationsmodellen når steg 1-3, alltså som längst till intellektuella insikter. Det förekommer att intervjupersonerna har upplevt förändrade tankemönster och beteenden (steg 4) under terapin, men dessa förändringar har inte varit tillräckligt genomgripande för att bemästrande (steg 5) skulle kunna uppnås.

Vid terapins början befinner sig personerna inom denna idealtyp vid steg 1-2, alltså en varierande grad av medvetenhet om att de har problem som orsakar lidande, exemplifierat av uttalanden som *"Nu måste jag göra någonting åt det här"*. Gemensamt är också att de saknar strategier eller redskap för att hantera situationen, hos pdt2 uttryckt som: *"Jag vet inte riktigt hur jag ska kommunicera när jag ser att jag blir missuppfattad"*.

Om det som förenar dem är att processen avstannar eller inte kommer igång alls, så finns det stor variation i hur detta sker. Kbt2 beskriver känslor av hopp och entusiasm när en

handlingsplan för terapin är klar, något som dock övergår i stark besvikelse när planen inte fullföljs. Denna intervjuperson ger inga uttryck alls för nyvunna insikter under terapin, men desto fler uttryck för vad som saknades – nämligen de delar av handlingsplanen som handlade om att förstå kognitiva samband och att komma i kontakt med sina känslor.

Erfarenheten att ångesten går ned om man stannar kvar i den, blev en viktig insikt för kbt5. Till skillnad från idealtyp II ("Jag kan") gick processen för denna klient inte vidare till varaktiga förändringar i tankemönster och beteenden: *"Det här med kognitiv beteendeterapi förändrade inte mina tankar så dramatiskt"*. En tydlig skillnad jämfört med "Jag kan"-gruppen är att rationalen kring exponering inte följdes fullt ut, att kbt5 gjorde ett medvetet val att stanna på en tidigare nivå.

För pdt2 skedde en utveckling som startade i en initial vilshenhet med upplevelsen att ramor saknades: *"Jag flöt i intet"*. Med tiden övergick vilshenheten i uppkomsten av insikter och förändrade tankemönster (steg 3-4), till exempel en insikt om att själv kunna påverka hur man uppfattas av andra: *"Ju öppnare jag är, desto mer respons får jag själv"*. Precis som i "Jag duger"-gruppen utvecklas också en mindre dömande och mer förlåtande attityd till den egna personen, med skillnaden att denna intervjuperson beskriver en tillbakagång i processen sedan terapin avslutades.

**Användning.** Skillnaderna i processens utveckling avspeglas också i hur dessa personer kan använda sig av sina erfarenheter från terapin. Den brist på bemästrande (steg 5) som pdt2 ger uttryck för är en brist på tillgängliga och konkreta verktyg efter terapins avslut: *"I och med att tanken är mitt verktyg, och min största fiende är tanken, så gäller det att du har distansen till dig själv, så att du kan ta steget fullt ut"*. Citatet är en illustration av bristen på förmågan att se sig själv utifrån, en förmåga som andra idealtyper utvecklade. Idag har pdt2 användning av terapin, till exempel att kunna ta plats i sociala sammanhang, men verktygen är i allmänhet inte "tillräckligt ytliga" för att vara tillgängliga. Det händer också ofta att insikten vad som borde ha gjorts kommer långt senare. För kbt5 har kunskap om ångestkurvan givit ökad förmåga att stanna kvar i rädslan för det fobiska objektet. Samma slags strategi har vid något enstaka fall hjälpt kbt2, men i övrigt har denna intervjuperson inte upplevt någon ny användning av terapin.

**Utvidgad användning.** Modet att stanna kvar i rädslan har för en av intervjupersonerna (kbt5) givit upphov till vissa "ringar på vattnet-effekter", till exempel att kunna åka med olika transportmedel utan hjälp av tableter.

**Klientfaktorer.** Ett genomgående drag hos dessa personer är att de i hög grad har önskat sig hjälp utifrån, att de uttrycker behov av handfast vägledning för att åstadkomma förändring. Av dessa personer utvecklades pdt2 mest i riktning mot en förändring i förmågan att själv kunna påverka sin situation, men denna person har upplevt en stagnation när terapins regelbundna arbete upphörde. Till skillnad från andra idealtyper finns här heller inga beskrivningar av självständigt terapeutiskt arbete mellan sessioner.

**Matchning och tro på terapi.** I denna idealtyp har alla fått tips utifrån om terapimottagningen. Två av tre har inte valt inriktning, medan den tredje (kbt2) tidigare gått i PDT och nu velat pröva den andra terapiformen. När dessa intervjupersoner summerar terapin framkommer en tro på att de skulle behövt inslag som är mer typiska för andra terapiformer: *"KBT hade nog passat mig bättre"* (pdt2), *"99% av KBT sker i huvudet. Jag är mer konkret"* (kbt5). Gemensamt för dem alla är att tron på terapin har fluktuerat under terapins gång. En av



personerna (pdt2) har på grund av den upplevda avsaknaden av tydliga ramar känt stark vilshenhet i början av terapin, medan kbt2 beskriver en kurva där tron är relativt svag i början, ökar mot mitten (då en handlingsplan blivit färdig), för att sedan dala igen. *"Hon lyckades kanske inte övertyga mig om att det var så viktigt"* är ett citat som illustrerar den bristande tron på det man faktiskt gjorde i terapin.

**Metodspecifika komponenter.** I jämförelse med de andra idealtyperna är de metodspecifika inslagen mer problematiska för dessa personer. För de två personer som menar att annan terapiform skulle passa bättre (pdt2 och kbt5) har de metodspecifika inslagen varit del av problemet, fast på olika sätt: antingen för att det blev för intellektuellt (kbt5) eller på grund av bristen på konkreta verktyg (pdt2). Dock beskriver pdt2 också en positiv bild av metodspecifika inslag: just det som skapade vilshenhet i början (terapeutens sätt att bolla tillbaka frågor) blev så småningom underlag för att kunna få nya perspektiv på problemen. Hos den tredje personen i denna grupp (kbt2) dominerar beskrivningarna i stället av ett oflexibelt användande av metodspecifika inslag. Man har fortsatt arbeta med saker trots att de inte ger resultat, och det har funnits en upplevd brist på koppling mellan teori och praktik. Dessutom framkommer brist på vissa inslag som hör till metoden, som till exempel uppföljning av hemuppgifter och brist på vidmakthållandeprogram.

**Syn på terapeut och terapeutisk relation.** Inte heller på detta område ges någon entydig bild. För två av personerna (kbt2 och kbt5) blir det tydligt att det saknades tillräcklig överensstämmelse om vilken metod som krävs för förändring. I ett av fallen (kbt2) beskrivs en avsaknad av öppenhet, där missnöjet från klientens sida inte vädrades förrän sista gången. I det andra fallet (kbt5) framstår relationen som varm och öppen – där är det snarare en brist på överensstämmelse mellan vad klienten är beredd att utsätta sig för och vad terapeuten anser krävs för att förändring ska kunna ske. I pdt2:s beskrivningar framträder en initial osäkerhet kring terapin och relationen: *"Är det så här det brukar vara? Gör jag rätt nu?"*. Genom att terapeuten besvarar hennes osäkerhet med en bekräftande attityd ("Oavsett vad du gör så är det rätt"), växer så småningom en bra och tillitsfull relation fram. För pdt2 har problemet snarare varit brist på konkret applicering under terapin, samt en upplevd avsaknad av förmåga att på egen hand fortsätta det terapeutiska arbetet efter terapins avslut.

Tabell 2. Sammanfattning av resultaten för var och en av de fyra idealtyperna.

	<b>I "Jag duger"</b> (pdt1, pdt3, pdt4, pdt5, pdt6)	<b>II "Jag kan"</b> (kbt3, kbt4, kbt6, kbt7)	<b>III "Jag duger och jag kan"</b> (kbt1)	<b>IV "Jag behöver mer"</b> (kbt2, kbt5, pdt2)
<b>Mål och förväntningar</b>	- Ökat välmående - Ökad självinsikt	- Bli av med avgränsat problem - Bli "frisk"	- Bli av med avgränsat problem	- "Hjälp att må bättre", "Leva lättare och lyckligare"
<b>Terapi-processen</b>	1 → 4/5. <u>Förändrade tankar/beteenden</u> : - Tycker att de duger som de är - Vågar erkänna och uttrycka egna behov. <u>Kvalitativ förändring</u> : - Kan se sig själv utifrån - Förändrad självbild	2 → 5 <u>Bemästrande</u> : - Symptomen försvinner inte, men kan hanteras - Rädslan tar inte överhanden <u>Kvalitativ förändring</u> : - Bryter onda cirklar, gör tvärtom - Automatiserade verktyg - Kan se sig själv utifrån	2 → 6 - Upplevelse att duga - Bemästrar det avgränsade problemet - Generalisering till övriga livet <u>Kvalitativ förändring</u> : - Bryter onda cirklar - Kan se sig själv utifrån - Förändring: "Jag kan inte förstå idag att jag var så rädd"	1 → 3/4 - Processen kommer ej igång, alt. stannar, alt. stagnerar efter terapin <u>Kvalitativ förändring</u> : - Viss förändring, men ej fullt ut, alt. stagnerar efter terapin
<b>Användning</b>	- Gå på fest utan att förstå sig - Avsluta relation - Mer ärlig i relationer, ta konflikt	- Klarar att möta fobiska objekt - Kan stå emot impuls att agera som förut	- Klarar att möta fobiskt objekt - Använder kognitiv strategi för att öka tro på egen förmåga	- Ingen användning, alt. ej tillräckligt tillgängliga redskap
<b>Utvidgad användning</b>	- Höjd livskvalitet - Herravälde över livet - Ökad självkänsla	- Ökad frihet i hanterande av svåra situationer - Minskad oro - Höjd livskvalitet	- Tar kommando över sig själv - Ökat generellt bemästrande: relation, yrkesliv, "allt"	Saknas
<b>Klientfaktorer</b>	- Hög grad av motivation - Beredskap att utsätta sig för smärtsamma erfarenheter - Behov av bekräftelse	- Motivation och beredskap - Tro på förmåga att bidra till förändring - Ej fungerande strategier	- Saknar tro på egen förmåga att ändra situationen - Låg grad av motivation - "Rädd för allt"	- Övertygelse om att de behöver hjälp utifrån - Önskar sig konkreta råd och guidning
<b>Klientfaktorer som utvecklas</b>	- "Terapi är något man måste göra hela tiden" - "Bra att prata om svåra saker" - Minskad behov av yttre bekräftelse	- Insikt att det är en styrka att veta när man ska söka hjälp - Ökad tro på egen förmåga	- Utvecklar motivation - Utvecklar tro på egna förmågan - Insikt att terapin inte bara handlade om det avgränsade problemet	- Viss ökning av förmåga att påverka sin situation (medan terapin pågår), alt. ingen utveckling
<b>Matchning och tro på terapi</b>	- Tre valde PDT aktivt, två blev tipsade - Tro på modellen, från början eller med tiden	- Aktivt val av KBT - Tro på modellen, blir också starkare under terapin	- I början: tro saknas - Med tiden övertygad om att modellen passar henne	- Tro att annan modell/terapeut skulle passa bättre
<b>Metodspecifika komponenter</b>	- Kopplar nutid till dåtid - Klienten väljer innehåll - Utforskande genom frågor	- Edukation - Rational - Samband tankar-känslor - Övningar / exponering - Uppmuntran och stöd	- Övningar / exponeringar - Utmana föreställningar konkret, "göra själv"	- Uttryck för att metodspecifika inslag varit en del av problemet - Brist på flexibilitet
<b>Syn på terapeut och terapeutisk relation</b>	- Öppet klimat - T är lyhörd för bekräftelsebehov - Trygg att ta upp allt, inkl. det som händer i rummet - T guidar genom frågor	- T är kompetent - Förtroende för T - T motiverar och uppmuntrar - Vikten av mänskligt möte	- Början: brist på matchning - T är kompetent - Förtroende växer fram - T är personlig och mänsklig - T blir en förebild	- Varierande grad av brist på överenskommelse om metod - Variationer i förtroende, tillit

# Diskussion

## DISKUSSION AV RESULTAT

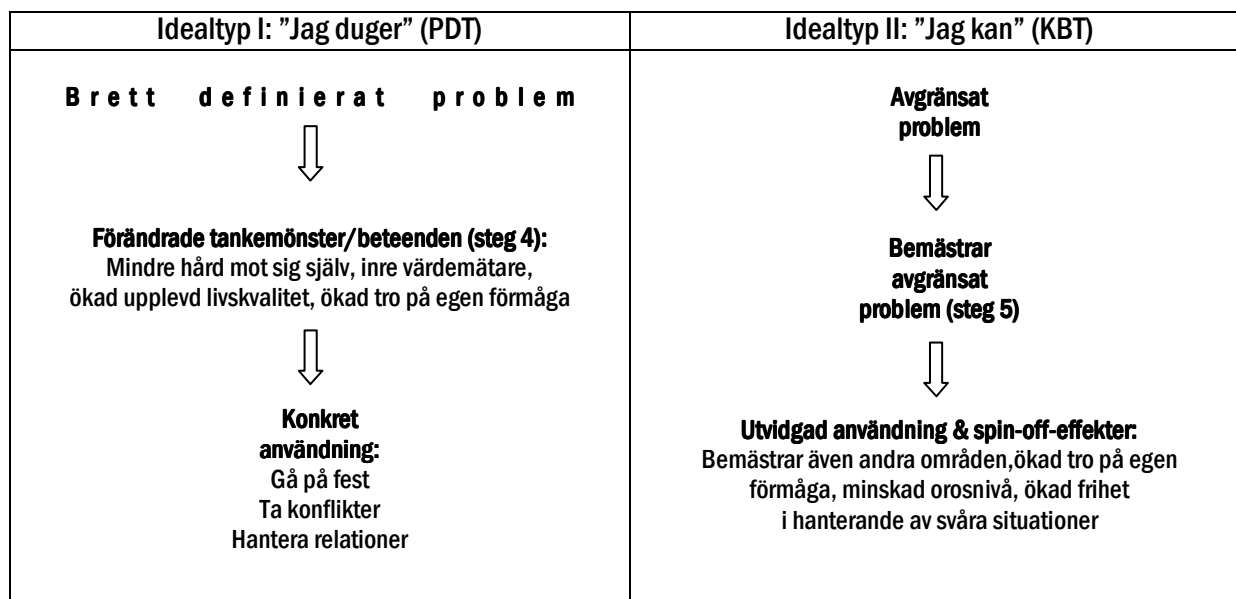
### *Kort sammanfattning av huvudresultaten*

Huvudresultatet i denna studie är att det tycks finnas åtminstone fyra olika sätt att integrera och använda sig av erfarenheter och upplevelser i psykoterapi. Två av dessa sätt utgör idealtyper som representeras av personer från var sin terapiinriktning, psykodynamisk terapi ("Jag duger") och kognitiv beteendeterapi ("Jag kan"). Mellan dessa grupper finns skillnader som främst handlar om användningsområden samt start och slutpunkt i terapiprocessen, men också en blandning av likheter och skillnader när det gäller vilka terapeutiska faktorer som har bidragit till användningen. Båda grupperna uttrycker tillfredsställelse med vad terapin har gett dem, de kan beskriva användningsområden och i vissa fall generaliseringseffekter till andra områden än dem man sökte för, och de positiva förändringar som skett tycks vara bestående över tid. En tredje idealtyp betraktas som "påbörjad" eftersom den består av en enda intervjuperson. Denna person har kombinerat de viktigaste dragen hos de båda huvudgrupperna och döptes därför till "Jag duger och jag kan". I den fjärde idealtypen (Jag behöver mer") är det gemensamma att de inte har kunnat integrera och använda lika mycket av de terapeutiska erfarenheterna. Orsakerna till detta varierar mycket och det är möjligt att ett större urval skulle resultera i att denna grupp splittras till flera idealtyper.

### *Idealtyp I och II: Från val av terapi till användning*

I denna del av diskussionen ligger huvudfokus på de två idealtyper som betraktas som "huvudgrupper", nämligen I ("Jag duger") och II ("Jag kan"). Genom dessa idealtyper löper två röda trådar som går att följa från valet av terapiform till slutresultatet. Idealtyperna har valt terapiform utifrån olika målsättningar. Målsättningarna är sinsemellan mycket olika, men går att förklara utifrån begreppet *self-efficacy* (tro på egen förmåga). Båda idealtyperna har bristande förmågor – den ena i att värdera den egna personen rätt utan att behöva yttre värdemätare som till exempel bekräftelse, den andra i förmågan att klara av ofta ångestfyllda situationer. PDT-gruppen har en allmän känsla av att inte duga och av att de mår dåligt på ett mer allmänt plan och inte är nöjda med livet. Den känslan griper in i och påverkar flera livsområden. I början är det oklart vilka dessa områden är, men mot slutet av terapin och vid intervjutillfället ges flera exempel på konkreta områden som påverkats. KBT-gruppen kommer i stället till terapin med ett relativt avgränsat problem.

I den assimilationsmodell som beskrivits i teoriavsnittet, och som användes i modifierad form i analysen, går det att följa ett mönster när det gäller olika terapiformer. Stiles et al. (1990) har funnit att personer i psykodynamisk terapi tenderar att börja på ett tidigare steg i modellen, vilket innebär en större omedvetenhet om problemets art och snarast en diffus känsla och ibland förekommande ovälkomna tankar. Klienter i kognitiv beteendeterapi börjar oftast på ett högre eller senare steg i modellen vilket innebär just en medvetenhet om vad som är det problematiska som man önskar hjälp med. Det stämmer med våra resultat i den meningen att idealtypen "Jag duger" har en brett definierad problembild medan idealtypen "Jag kan" har en mer avgränsad bild. Det leder också till att det som vi kallar "användning", det vill säga det konkreta applicerandet av erfarenheter, är svagare knutet till målet i PDT än det är i KBT.



Figur 1. Sammanfattande modell för terapiprocessen för idealtyp I (PDT) och II (KBT).

Som antyds i figuren ovan har modellen i PDT-fallet en trattliknande form. Processen går från det allmänna till det specifika, från ett brett definierat problem via insikter om gamla mönster i historien och insikt om dysfunktionella lösningsstrategier, till förändrade tankar kring det egna värdet. De får en ökad förmåga att värdesätta de egna prestationerna och den egna personen. Insikten om detta och förmågan att se det egna beteendet och olika företeelser utifrån växer långsamt fram och med det möjligheten att applicera de nya tankarna på situationer i sina liv. De använder på detta sätt terapin till olika konkreta områden. De har, med hjälp av terapin, fått en ökad tro på sin egen förmåga och de behöver inte längre vara slavar under gamla mönster.

Idealtypen som gått i KBT har en motsatt form av utveckling i terapin. De önskar kunna hantera det område i livet som de inte klarar och går därför från detta smala problemområde, via bemästrande av det avgränsade problemet, till en generaliserad lösningsstrategi. I assimilationsmodellen når de Bemästrande (steg 5) och i vissa fall även generaliserande genom att de kan applicera strategier på andra områden. De inser att modellen för att hantera den rädsla de upplever också kan appliceras på andra livsområden. Detta ger spin-off-effekter som gör att de kan hantera andra besvärliga situationer än den de sökte hjälp för, något som liknar de generaliseringseffekter som förekom i studien av Nilsson et al. (in press).

De har också fått en ökad tro på sin egen förmåga. De kan fortfarande vara rädda, men har en känsla av att kunna hantera rädslan, och därmed begränsas de inte av den som före terapin. Målet har alltså förskjutits från att vilja bli av med problemet till att kunna hantera det. I KBT-fallet tar utvecklingen alltså formen av en upp- och nedvänd tratt. Den går från det specifika till det generella. Generellt kan man säga att ett tydligt mål från början också ger resultat som mer tydligt kan kopplas till detta mål medan ett diffust initialt mål kan leda till fokuserat användande inom områden som kanske inte var de man sökte för.

Samtliga personer i de här idealtyperna är nöjda med sin terapi och med de resultat de uppnått för egen del. Det tydliga mönstret är att terapi är en stor och genomgripande verksamhet i personernas liv. Symptomreduktion har uppnåtts, de men de har också upplevt andra effekter av terapin. En fråga som kan ställas, vilket också gjorts i det inledande teoriavsnittet, är om

före- och eftermätningar av symptom kan fånga alla dimensioner i terapins resultat. Gladis et al. (1999) menar till exempel att symptommetringar ger en alltför snäv syn på hälsa och sjukdom. Enligt dessa författare bör mätning av effekter av psykoterapi innehålla andra mått, som livskvalitet och socialt fungerande, samt fokusera mer på klientens subjektiva upplevelser. Grande et al. (2003) fann liknande resultat i sin studie där de såg att symptomskattning korrelerade dåligt med förändringar i terapin medan positiva förändringar i vardagen korrelerade med denna. Detta märks inte minst i uttalanden om att problemet eller symptomet fortfarande kan finnas kvar, men att det är hanterbart med hjälp av terapin.

### *Idealtyp I och II: Viktiga inslag i terapiprocessen*

Insikter i olika former har beskrivits som viktiga av båda idealtyperna, men med lite olika betoning. I PDT-gruppen ligger betoningen på spårandet av röda trådar och samband bakåt i tiden, i KBT-gruppen mer på utbildning och nya sätt att bemästra de avskilda problemen. För båda dessa grupper kan nyvunna insikter vara förknippade med smärta, men också med en befriande känsla när man gått igenom det smärtsamma. Analogt med tidigare studier (t.ex. Levitt et al., 2004) är det svårt att avgöra om insikt föregår eller är en följd av förändringar av tankemönster och beteenden. Det gemensamma för dessa grupper är i alla fall att man varit hjälpt av olika former av aha-upplevelser och nya sätt att se på sig själv och omvärlden.

En specifik förmåga som dessa idealtyper utvecklat i terapin är förmågan att se sig själv utifrån, ett slags distansering, meta-kognition eller kognitiv frikoppling (*cognitive defusion*) som i stort sett alla intervjupersoner har beskrivit varianter av. Denna förmåga till distansering framstår i intervjumaterialet som själva nyckeln till den fortsatta processen mot användning. För PDT-klienterna är det en nyckel till självkännedom och att bli mindre hård mot sig själv, för KBT-klienterna nyckeln till att kunna förstå sina reaktioner och därmed stå emot impulsen att agera på samma sätt som förut.

Att konkret applicera nya erfarenheter och fortsätta praktisera utanför terapirummet är två inslag som varit viktiga för att kunna använda erfarenheter från terapin. Att insikter och självkännedom inte alltid är tillräckliga faktorer för en positiv förändring framgår exempelvis i en modell över kurativa faktorer i psykoanalytiskt inriktad psykoterapi (Lilliengren & Werbart, 2005). Det är också ett slående resultat att så många PDT-klienter uttrycker vikten av att omsätta insikter i praktiken. I KBT finns fördelen att appliceringen är en naturlig del av terapin, under terapin i form av exponeringar och självregistreringar, efter terapin i form av vidmakthållandeprogram. I PDT beskrivs motsvarande applicering i relationen till terapeuten medan terapin pågår. Även om de har uppmuntrats att fortsätta arbetet efter terapin, sker det inte med samma systematik. Förutom skillnader i målformulering måste också denna skillnad vägas in i förklaringen av olikheterna mellan inriktningarna när det gäller konkret användning av erfarenheter från terapin.

I båda idealtyperna ges uttryck för förändringar som är så genomgripande att personerna uttrycker att de ”blivit en annan person”, att de tänker och gör annorlunda, eller att de knappt minns hur det var innan de gick i terapin. Med Piagets (1968) terminologi kan detta i linje med Kühnlein (1999) liknas vid utvecklandet av nya kognitiva scheman som resultat av assimilation och ackommodation. Den besläktade tanken på förändring av andra ordningen som en gemensam princip över terapigränserna (Fraser & Solovey, 2007) är också förenlig med resultaten i studien. Det är inte bara uttrycken för en genomgripande förändring som stämmer in, utan också hur förändringen kommit till stånd. Det utmärkande för en förändring

av andra ordningen är att man börjar göra tvärt emot tidigare lösningsförsök, att man bryter de onda cirkelorna som en person som söker terapi allt som oftast är fast i. För KBT-gruppen har det ingått i metoden att göra precis tvärtom, att utsätta sig för det ångestskapande i stället för att undvika. För PDT-gruppen är det inte lika uttalat, men också dessa personer beskriver i linje med Sandell (1993) förändringar i termer av att tänka och agera på ett helt *nytt* sätt, snarare än kvantitativa minskningar eller öknings. Den stora förändringen för dessa personer, precis som för KBT-gruppen, är att de genom den kognitiva frikopplingen och nya tanke- och beteendemönster, inte längre är fastlåsta av dysfunktionella mönster. Denna ökade frihet och flexibilitet tar sig sedan uttryck i de olika former av användning som beskrevs i början av diskussionen.

### *Idealtyp I och II: Underlättande faktorer*

I denna studie har ambitionen varit att låta intervjupersonerna själva berätta vad de har upplevt vara underlättande faktorer i processen fram till användning. Alla de faktorer som efter Asay och Lamberts (1999) indelning har kodats som gemensamma (klientfaktorer, terapeutisk relation, tro på terapi) respektive metodspecifika faktorer har varit representerade i berättelserna i idealtyp I och II.

Det mest framträdande fyndet över idealtypernas gränser är att klientfaktorer som motivation, beredskap och deltagande har varit centrala i beskrivningarna. I dessa idealtyper har personerna haft inställningen att det är de själva som måste göra arbetet. Över huvud taget har det egna deltagandet i det terapeutiska arbetet betonats: att vara aktivt reflekterande och få pröva nya erfarenheter även utanför terapirummet har varit viktigt för processens framåtskridande. Det är uppenbart i materialet att själva terapin är viktig, men inte som isolerad företeelse utan som en integrerad del av övriga livet. *"Terapi är något man måste göra hela tiden"*, som en av personerna uttrycker det. Den terapeutiska processen fortsätter även efter terapin, och när terapeuten inte är närvarande blir det klientens förmåga att fortsätta på egen hand som blir avgörande.

Det är just i dessa klientfaktorer som skillnaden gentemot den idealtyp (IV) som inte lyckats lika bra med integrering och användning, märks allra tydligast. Detta kan tas som stöd för exempelvis Kühnleins (1999) och Boharts (2000) tankar om klienten som aktiv medskapare av terapin, i kontrast till den passiva mottagare av behandling som är underförstådd i en medicinsk modell. I en översiktlig genomgång av terapiforskningen kommer Lambert, Bergin och Garfield (2004, sid. 825) fram till en liknande slutsats: *"Det är klienten mer än terapeuten som implementerar förändringsprocessen"*. Om skillnaderna mellan framgångsrika och mindre framgångsrika idealtyper märks mer i klientfaktorer än i den problematik man sökt för, är det rimligt att ifrågasätta den homogenitet inom en diagnos som i teoridelen beskrivits som ett grundantagande i evidensbaserad forskning (Norcross, 2001).

Något som också blir uppenbart är att klientfaktorerna utvecklas under terapins gång, det är inga statiska tillstånd. Begreppen motivation och beredskap är bra exempel på detta. I en artikel av Drieschner, Lammers och van der Staak (2004) problematiseras begreppet motivation, bland annat genom påpekandet att en stark initial önskan om förändring inte nödvändigtvis leder till faktisk motivation i behandlingen. Inte minst beror det på att det i början av terapin saknas kunskap om vad för slags förändringsarbete som faktiskt kommer att krävas. Det som tycks ha spelat stor roll för framgång för idealtyp I och II är den faktiska

villigheten att i stunden gå igenom det smärtsamma arbete som krävs, något som i sin tur har samband med det upplevda stödet från terapeuten och tron på modellen/rationalen.

Även förmågan att fortsätta det terapeutiska arbetet på egen hand tycks kunna utvecklas under terapins gång. Denna förmåga kan beskrivas på många sätt, till exempel i termer av *self-efficacy* (tro på egen förmåga), inre *locus of control* (upplevelse att själv kunna påverka sin situation) eller *agency* (förmågan att aktivt handla och välja). En rimlig tolkning av intervjupersonernas beskrivningar är att deras viktigaste vinningar, sett i ett större perspektiv, har handlat om förändringar i just den typen av globala aspekter. Det gemensamma draget över terapigränserna är att förändringarna bidrar till en generell upplevelse av att ha tagit kommandot över livet, att inte längre vara slav under dysfunktionella mönster. Det som skiljer idealtyperna åt är snarare vägen dit och gradskillnader i betoningen. Liksom i studien av Nilsson et al. (in press) betonar PDT-gruppen självacceptans ("Jag duger"), medan KBT-gruppen betonar konkret bemästrande ("Jag kan").

Beredskap och motivation är i beskrivningarna intimt förknippade med både tron på terapin och den terapeutiska relationen. Det krävs en tro på rationalen och modellen för att man ska vara villig att gå igenom det smärtsamma, en tro som i sin tur har samband med förtroendet för terapeuten och hur väl de kommer överens om medel och mål för terapin. Terapeuten har tveklöst upplevts som viktig hos båda idealtyperna, framför allt initialt i rollen som stöd, guide och ett slags ställföreträdande mod i de situationer som man inte behärskar. I likhet med vissa tidigare undersökningar (t.ex. Ablon, Levy, & Katzenstein, 2006) framkommer dessutom att terapiinslag som det mänskliga mötet har nämnts som viktiga även av KBT-klienter, vilket motsäger bilden av KBT som manualdriven och teknikoriterad. Dock finns det en viss generell skillnad i beskrivningarna av relation och terapeutiskt klimat. PDT-klienterna betonar bekräftelsen av dem som personer och det öppna klimatet, medan KBT-klienterna betonar terapeutens kompetens och terapins tydlighet och struktur.

I dessa idealtyper finns få indikationer på att det haft betydelse att terapeuterna har varit studenter under handledning. För vissa har det skapat en initial osäkerhet, men denna osäkerhet har i så fall med tiden förbytts till förtroende. För andra har det snarast setts som en fördel att de bara har en klient. Detta är i linje med forskningen, som i allmänhet inte har kunnat visa så stora effekter av terapeutens erfarenhet (Lambert, 2005; Lambert & Ogles, 2004).

Sammantaget tycks Franks (1961) betoning av allmänna faktorer som relation och rational bekräftas i denna studie. Dock framträder dessutom ett antal methodspecifika faktorer som är viktiga, där betoningen på konkret applicering och praktisering utanför terapirummet i KBT tycks vara den viktigaste skillnaden mellan idealtyperna när det gäller att underlätta konkret användning. Att utifrån intervjuerna uttala sig generellt om gemensamma kontra specifika faktorerers betydelse är förstås vanskligt, inte minst när det handlar om en retrospektiv studie. Vad som i alla fall framstår som klart är att frågan är betydligt mer komplex än vad debatten stundtals kan ge sken av. Av många tänkbara problematiseringar framhålls här tre:

- 1) Svårigheten att dra gränser mellan de olika faktorerna. Precis som många författare (Beutler & Harwood, 2002; Fraser & Solovey, 2007; Norcross, 2001) har påpekat är det exempelvis svårt att dra en gräns mellan terapeutisk relation och methodspecifik teknik. Som ytterligare problematisering menar Lambert (2005) att exponering som specifik teknik även ingår i psykodynamisk terapi, utan att vara benämnd med den termen. Som en följd av PDT-klienternas beskrivningar har det i denna studie blivit naturligt att se på den terapeutiska

relationen i PDT-terapierna som en motsvarighet till exponeringen i KBT, som ett slags "relationsexponering". 2) Svårigheten att utreda kausalitet, hur faktorerna påverkar varandra. 3) Även om många gemensamma drag har redovisats finns det fog för frågan om hur gemensamma de gemensamma faktorerna egentligen är. Kan det vara så att "vissa faktorer är mer gemensamma än andra" som Lampropoulos (2000) har uttryckt det? Många upptäckter i denna studie talar för att det snarare handlar om allmänna terapeutiska faktorer med varierande grad av specifikt olika innehåll.

### *Påbörjad idealtyp III: "Jag duger och jag kan"*

Den tredje idealtypen utgörs av en enda person som gått i KBT. Trots det avgränsade målet, den utbredda problembilden ("rädd för allt") och den korta tiden (14 sessioner) lyckades denna person kombinera många av de viktigaste dragen hos de båda hittills beskrivna grupperna. Denna påbörjade idealtyp har således fått namnet "Jag duger och jag kan".

Det går att se utvecklingen i terapin som två parallella processer som båda handlar om att utmana föreställningar om sig själv. De konkreta övningarna och den efterföljande insikten om att rädslan avtar med tiden (ångestkurvan) är centrala för upplevelsen av bemästrande, "jag kan", och för att kunna bryta gamla mönster. Parallellt får denna person en konkret färdighet i att utmana negativa tankar och scheman, vilket ger en upplevelse av att duga. Vad som är slående är hur dessa processer sedan bidrar till en utvidgad användning där alla livets områden påverkas. Denna intervjuperson ger också allra starkast uttryck för en kvalitativ förändring, att det till och med är svårt att minnas hur det var före terapin. Trots dessa djupgående och breda förändringar uttrycker även denna intervjuperson att det handlar mer om att hantera symptom än att de skulle ha försvunnit helt: rädslan i situationerna finns kvar initialt, men den lägger sig snabbt eftersom förmågan att hantera situationen har blivit så integrerad och automatiserad.

Det kanske mest slående med denna terapi är utvecklingen som personen genomgår: från avsaknad av tro på egen förmåga och att terapin ska hjälpa, till en övertygelse om den egna förmågan och en stark tro på metoden. Hur tron på egna förmågan och tron på modellen växer fram visar också på det vanskliga i att försöka isolera olika faktorer. Intervjuns beskrivningar antyder att det handlar om ett komplext växelspel där tron på modellen, relationen till terapeuten och tron på den egna förmågan växer sig starkare i takt med upplevelsen att rationalen stämmer och terapin fungerar. Dessutom måste faktorer som det egna engagemanget mellan sessioner och förmågan till självreflektion beaktas för att förstå helhetsbilden.

### *Idealtyp IV: "Jag behöver mer"*

Inom denna idealtyp samsas olikartade beskrivningar av en gemensam upplevelse av att de skulle ha behövt få ut mer av sin terapi. En beskrivning av vad som utmärker denna grupp blir i mångt och mycket en beskrivning av *avsaknad* av de inslag i processen och underlättande faktorer som hittills har behandlats.

Den avgörande stötestenen för denna idealtyp är att processen inte i tillräckligt hög grad tar sig vidare till konkret applicering av erfarenheter. Att PDT-klienten i denna grupp inte lyckas omsätta insikter och förändrade tankemönster i praktiken, bekräftar Lilliengren och Werbart



(2005) resonemang om att vissa klienter behöver mer aktivt stöd från terapeuten för att kunna omsätta erfarenheter till konkret användning i verkligheten utanför terapirummet. De två KBT-klienternas beskrivningar illustrerar betydelsen av två viktiga förutsättningar för konkret applicering. I ett fall har villighet att göra det som krävs för förändring saknats, i ett annat har det funnits brister i överenskommelsen om terapins mål och medel. I denna grupp saknas också beskrivningar av den kognitiva frikoppling som tycks ha samband med en genomgripande förändring.

Om attribuering till den egna insatsen var utmärkande för de framgångsrika terapierna, utmärks denna idealtyp av uppfattningen att en annan terapimodell eller annan terapeut skulle ha varit bättre lämpad. Efterlysningen av sådana inslag som förknippas med en annan terapiform korresponderar med studien av Nilsson et al. (in press) och handlar här om en önskan om ökad konkretisering och mer direkt tillgängliga redskap. Inom denna idealtyp förekommer också den enda uppfattningen att terapeutens bristande erfarenhet har haft negativ inverkan på resultatet.

Olika former av klientfaktorer tycks inte ha utvecklats under terapin på samma sätt som i tidigare idealtyper. Med tanke på processens komplexitet är det dock svårt att uttala sig om vad som påverkar vad när det gäller matchning till terapi, klientfaktorer, tro på terapi, terapeutisk relation och metodspecifika faktorer. En stor del av förklaringen skulle kunna handla om interaktionseffekter, att faktorerna tillsammans har utgjort ogynnsamma kombinationer i denna idealtyp. Att förändringar i self-efficacy, agency och inre locus of control är svagare uttryckta i denna idealtyp kan antingen ses som en följd av utebliven framgång, eller som att svårigheten att åstadkomma dessa förändringar har varit en bidragande orsak till utebliven framgång. En tredje tolkning är förstås att det återigen handlar om ett mer komplext växelspel mellan klientfaktorer och händelser i terapin.

#### *Avslutande jämförelse mellan PDT och KBT*

Med tanke på de skillnader mellan terapiformerna som har framkommit, blir det relevant att återigen lyfta fram Barlows (2006) resonemang om att det egentligen handlar om två olika former av hjälpande verksamhet. Det som talar för en sådan uppdelning är att det redan från val av terapi och problemformulering fram till användning går en skiljelinje mellan beskrivningarna av PDT och KBT i denna studie. I PDT-terapiernas mål betonas aspekter som ligger närmare begreppet "personligt växande" än de mer konkreta och avgränsade målen i KBT, vilket också får konsekvenser för de olika formerna av användning.

En fråga som uppstår är om det redan från början var två olika kategorier klienter som sökte terapi, med olika tankar om problemets art och målsättning för terapin? I viss mån tycks det ha varit ett genomgående drag att KBT-klienterna varit säkra på val av inriktning och problemformulering, medan ett antal PDT-klienter har blivit matchade på mottagningen och haft mer vag uppfattning om sitt problem. Samtidigt går det att i likhet med bland andra Persson och Swartling (2005) fundera kring betydelsen av terminologi och språkbruk. Kan det vara så att skillnaderna mellan gruppernas målsättningar också handlar om hur de har formulerats i samarbete med terapeuterna? Hur hade exempelvis utvecklingen sett ut om personerna med vag medvetenhet om problem hade matchats till KBT? En möjlighet är att det även för dem hade skett en större avgränsning av problemet, vilket i sin tur hade påverkat fortsatta processen.

Bilden av två olikartade inriktningar blir mindre tydlig i skenet av de många gemensamma drag som har framkommit i resultaten. På sätt och vis visar ”trattmodellen” (Figur 1) i början av diskussionen hur två olika vägar, trots olikheter i problem och målsättning, kan nå fram till liknande generella resultat i form av ökad flexibilitet och ökat handlingsutrymme. Studiens resultat pekar också på att det finns ett antal inslag i terapiprocessen som är viktiga över terapigränserna. Här finns likheter med Stiles assimilationsmodell (Stiles et al., 1990), men när det gäller processen fram till användning uppträder en skillnad i den starka betoningen på inslag som kognitiv frikoppling och praktiseringen utanför terapirummet.

## STUDIENS STYRKOR OCH SVAGHETER

För att samla in data i föreliggande studie har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer. Syftet har varit att få omfattande och djupgående information om intervjupersonernas subjektiva upplevelser. Med det syftet i fokus har den semistrukturerade intervjun som metod varit en styrka eftersom det funnits möjlighet att dels få mycket omfattande information om det ämne vi undersökt och dels att få intressant tilläggsinformation som vi från början inte tänkt oss. Med en strukturerad intervju eller enkätstudie hade vi helt eller delvis förlorat den möjligheten.

Styrkan i en studie som syftar till att få djupgående subjektiv information av intervjupersonerna innebär också en svaghet. Risken finns att retrospektiv information innehåller förvrängningar, glömska eller önskemål snarare än verklig förändring. Man kan av samma anledning fråga sig om en process går att utvärdera i efterhand. Det finns en risk att intervjupersoners berättelser om terapins resultat styrs av socialpsykologiska fenomen, där det till exempel kan finnas en tendens att positiva resultat kopplas till den egna insatsens betydelse. Vi har dock fokuserat en stor del av användningsperspektivet på nuet och de upplevelser personen har av sitt liv idag och sökt subjektiva beskrivningar av personernas liv, så som de tett sig vid intervjutillfället. Vi har på det sättet försökt prioritera en god extern validitet.

Vi har valt att undersöka våra frågeställningar med utgångspunkt ifrån ett antal teorier eller modeller och har därmed kombinerat induktiv och deduktiv metod. Det innebär förstås att intervjupersonerna i viss mån styrs, men inom ramarna för våra intresseområden har intervjupersonerna haft stor frihet att uttrycka sina tankar och känslor.

Vårt val att fördela KBT- och PDT-klienter slumpmässigt mellan intervjuarna har inneburit en minskad risk för bias. En styrka i undersökningen har varit att vi som intervjuare haft olika teoretisk förförståelse, en med inriktning mot KBT och en med inriktning mot PDT. Det har gjort att vi kunnat uppmärksamma varandra på eventuell förförståelse såväl före intervjuerna som i efterarbetet med kodning och analys av dem. Vi har i kodningsarbetet haft en tät dialog och sökt konsensus när vi inte varit överens. Genom att åskådliggöra våra tolkningar av intervjuerna med citat från intervjupersonerna så möjliggör vi också för läsaren att själv värdera de slutsatser vi gör.

Den kanske största begränsningen i denna studie är att antalet intervjupersoner var litet, vilket medför vissa begränsningar i vilka generella slutsatser som kan dras. En enkätundersökning skulle haft styrkan att fler personer hade kunnat ge information, vilket eventuellt kunde ha möjliggjort generaliseringar. Å andra sidan hade vi då förlorat möjligheten till den djupgående information som eftersträvats. Det har inte skett någon randomisering, det har inte gjorts

några för- och eftermätningar av intervjupersonernas symptomnivåer, och inga kontroller av skattningsformulären som fylls i före och efter terapin. Fokus har dock inte varit att med hjälp av en baslinje bestämma grad av förändring. I stället har vi velat föra in användningsperspektivet som subjektivt mått på effekter av terapin. Bristen på för- och eftermätningar gör emellertid att slutsatser om skillnader mellan gruppen PDT-klienter och gruppen KBT-klienter måste dras med försiktighet, eftersom dessa skillnader kan ha funnits redan från början. Skillnader mellan de båda grupperna kan också ha påverkats av att terapierna varit olika långa (i genomsnitt 18 sessioner för KBT och 37 för PDT). Den naturalistiska ansats som vi har valt för å andra sidan med sig fördelen att den fångar terapiverksamheten såsom den faktiskt bedrivs, både vad gäller klienternas matchning till terapiform och terapiernas innehåll. Med fokus på denna aspekt har påverkan av utomterapeutiska faktorer inte kunnat beaktas till fullo. Med undersökningens naturalistiska ansats kan detta sägas vara rimligt eftersom terapi är något som utspelar sig mitt i klienternas liv, med allt som ingår där.

När det gäller generaliserbarhet finns även andra möjliga felkällor, till exempel att de personer som intervjuats representerar en homogen grupp av klienter som har varit exceptionellt nöjda. Med detta följer svårigheter att generalisera till gruppen terapiklienter som helhet men också till gruppen utbildningsklienter som helhet. Det faktum att undersökningen gäller klienter som gått i terapi hos terapeuter som är under utbildning kan tänkas ha negativ påverkan på generaliserbarheten till terapiklienter som helhet. Som nämnts tidigare i diskussionen tycks denna aspekt dock ha relativt liten betydelse när det gäller utfallet av psykoterapi. Mottagningens exklusionskriterier, som har redovisats i metodavsnittet, innebär eventuellt att gruppen klienter som går i terapi där har en något mindre omfattande problembild än gruppen terapiklienter i stort.

## IMPLIKATIONER AV STUDIENS RESULTAT

### *Implikationer för terapeutisk verksamhet*

Går det trots de begränsningar som har redovisats att utifrån resultaten säga något om psykoterapi som verksamhet? Till att börja med bör synen på effektiviteten hos de olika terapeutiska skolornas till synes diametralt motsatta metoder revideras. Frågan måste i första hand bli vad det är hos de olika metoderna som på olika sätt kan underlätta för olika klienter att skrida framåt i den process som terapi är. Mycket tyder på att terapiprocessen i stort är gemensam för de olika terapiinriktningarna, men att medlen skiljer sig åt. Det finns flera vägar som bär fram till målet i terapi och de är olika för olika klienter. Därför bör det terapeutiska bemötandet med teknik, tonvikt på olika inslag i relationen, samt olika sätt att förklara problemet få variera i motsvarande utsträckning.

För att ge en möjlighet för klienter med olika behov och målsättning att nå lika långt i terapiprocessen bör de erbjudas behandlingsformer som passar deras behov, klientkarakteristika och önskat arbetssätt. På Psykologiska institutionen på Stockholms Universitet sker detta redan i viss utsträckning då fokus i bedömningssamtalen bland annat handlar om hur problemet beskrivs av klienten, hur målet ser ut samt vilken arbetsmetod som klienten tror passar honom eller henne bäst. Det är, i linje med Barlows (2006) tanke om terapiers olika syften, helt rimligt att de olika terapiinriktningarna existerar vid sidan om varandra. Om klienter har olika målsättning med terapin så behövs sannolikt olika metoder för att nå målen.

Resultaten implicerar att det finns en komplexitet i terapeutisk verksamhet som gör en diskussion om terapi som enbart teknik eller enbart relation alltför förenklad. Att se framgång i terapiprocessen som resultatet av en kombination av faktorer får återverkningar på sättet att se på psykoterapiutbildning. Förutom att lära ut en effektiv metod så måste utbildningen fokusera på de faktorer som är en del av helheten i terapin. Det betyder att uppdelningen mellan specifika och gemensamma faktorer kan frångås och fokus istället läggas på vad som kan betraktas som generella inslag i den terapeutiska processen. Kanske är termen ”gemensam” eller ”allmän” i princip olämplig för att beskriva faktorer som relativt sätt verkar ha stor betydelse i utfallet av psykoterapi. Fokus bör alltså ligga på terapi som en process och på de olika delar i en terapeutisk upplevelse som underlättar ett framåtskridande i den processen. Vi menar att utbildningen av terapeuter ibland har överbetonat betydelsen av terapeuten på bekostnad av betydelsen av tekniker, och ibland överbetonat teknikens betydelse och förbisett relationen och terapeutens betydelse. Det mest rimliga är, utifrån studiens resultat, att det inte är relation *eller* teknik utan en kombination av dessa som är det optimala.

### *Implikationer för forskning*

Resultaten i denna studie ger visst stöd för de tankar om behov av kompletterande mått på utfall som redovisades i teoriavsnittet (t.ex. Kazdin, 1999). En utvärdering som baseras på klienters integrering och användning av erfarenheter från terapin på längre sikt, ger viss kvalitativ information som inte rymts i traditionell kvantitativ utvärdering. Exempel på detta är att KBT-klienters bemästrande på ett område kan generaliseras till andra områden, och att PDT-klienter också kan beskriva konkreta användningsområden trots sina mindre konkreta problemformuleringar.

I den här studiens uppföljningsperspektiv framstår det också som att den allra största vinningen, oavsett terapeutisk inriktning, handlar om globala förändringar som tron på egen förmåga och upplevelsen att ha tagit kommandot över livet. I ett större perspektiv blir dessa förändringar i bästa fall ett slags ”vaccin”, en generellt ökad förmåga att hantera kommande svårigheter i livet. Om det är ett rimligt mål att terapins resultatmått speglar klientens faktiska nytta, blir det också rimligt att komplettera traditionella utfallsmått med olika former av mått på exempelvis användning, self-efficacy och lösningsstrategier.

Att förflytta perspektivet till klientens upplevelsevärld i efterhand har förstås sina metodologiska svårigheter, som svårigheten att visa vad som är effekt av terapi och vad som påverkas av utomterapeutiska faktorer. Med tanke på ökningen av den externa validiteten borde detta dock inte hindra att försök görs. Ett sådant försök representerar den modell av Heppner et al. (2001) som nämndes i teoridelen. I denna modell för utvärdering av terapins resultat ingår fyra olika mått: lösningsstrategier, self-efficacy, betydelsen för dagligt fungerande och generell tillfredsställelse med terapin. Det finns många tänkbara varianter, men huvudpoängen är att traditionell för- och eftermätning av symptom och livskvalitet kompletteras för att ge en fylligare spegling av klienters upplevelse av terapins betydelse.

Något som behöver göras för att göra användningsperspektivet brukbart i forskning är att ytterligare utforska själva begreppet användning. Den utforskning av begreppet som skett under arbetets gång är bara inledningen på en operationaliseringsprocess som kan förfinas. För att få mer kunskap om integrering och användning, är det också nödvändigt att studera

dessa processer såväl under terapins gång som efter terapin och i uppföljningsstudier, samt att göra jämförande skattningar av symptom och livskvalitet. För att få praktisk nytta behövs dessutom kvantitativa utvärderingsinstrument skapas där användningsperspektiv ingår.

Ett sådant perspektivskifte som här har beskrivits är också ett skifte som är i linje med den kritik mot forskning som är ensidigt fokuserad på terapeutens och specifika teknikers betydelse för processen. När klientens subjektiva upplevelse står i centrum blir det uppenbart att psykoterapi som fenomen hamnar ganska långt ifrån den bild av en givare (terapi) och mottagare (klient) av behandling som en strikt medicinsk modell föreskriver. Klienten tycks i högsta grad vara en aktiv deltagare och medskapare i terapin. Lite tillspetsat går det att hävda att just utvecklandet av detta deltagande och förmågan till självhjälp är själva slutmålet för den terapiprocess som inte slutar i och med att den sista terapisessionen är till ända.

## Referenser

- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Empirical validation of change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216-231.
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 251-257.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Red.), *The heart and soul of change: What works in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Barlow, D. H. (2006). Psychotherapy and psychological treatments: The future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 216-220.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Psychopathology in children: Improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 364-370.
- Bedics, J. D., Henry, W. P., & Atkins, D. C. (2005). The therapeutic process as a predictor of change in patients' important relationships during time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 279-284.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 25-33.
- Binford, R. B., Pederson Mussell, M., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J., & Mitchell, J. E. (2005). Coping strategies in bulimia nervosa treatment: Impact on outcome in group cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1089-1096.
- Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor. Client's self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 127-149.
- Chambless, D. L., Crits-Christoph, P., Wampold, B. E., Norcross, J. C., Lambert, M. J., Bohart, A. C., et al. (2006). What should be validated? I J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and fundamental questions* (sid. 191-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Doss, B. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 368-386.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation. An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Eng, W., Coles, M. C., & Heimberg, R. G. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 143-156.
- Feixas, G., & Botella, L. (2004). Psychotherapy integration: Reflections and contributions from a constructivist epistemology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 192-222.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. London: Oxford University Press.
- Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. (2006). Do empirically supported treatments generalise to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment program for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.

- Gladis, M., Gosch, E., Dishuk, N., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 320-331.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research, 13*, 43-58.
- Greenberg, L. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1467-1480.
- Hanna, F., & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 176-183.
- Heppner, P. P., Cooper, C. C., Mulholland, A. M., & Wei, M. F. (2001). A brief, multidimensional, problem-solving based psychotherapy outcome measure. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 330-343.
- Hergenhahn, B. R., & Olson, M. H. (2003). *An introduction to theories of personality*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (sid. 84-135). New York: John Wiley and Sons.
- Holtforth, M. G., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. Expanding our strategies to study the process of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 396-404.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 189-198.
- Hunsley, J., & Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, Phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 1*, 11-22.
- Hyman Rapaport, M., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1171-1178.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 2*, 110-136.
- Kiesler, D. J. (2004). Intrepid pursuit of the essential ingredients of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 391-395.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographical narrations. *Psychotherapy Research, 9*, 274-288.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than placebo effects. *Journal of clinical psychology, 61*, 855-869.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. J. (2004). Overview, trends, and future issues. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (sid. 805-821). New York: John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, R. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (sid. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 37*, 285-297.
- Levitt, H. M., Frankel, Z., Hiestand, K., Ware, K., Bretz, K., Kelly, R., et al. (2004). The transformational experience of insight: A life-changing event. *Journal of Constructivist Psychology, 17*, 1-26.
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 324-339.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2-12.
- Lyddon, W. J. (1990). First- and second-order change: Implications for rationalist and constructive therapies. *Journal of Counseling and Development, 69*, 122-127.
- Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match: Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counseling Psychology, 48*, 258-261.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Murray, R. (2002). The phenomenon of psychotherapeutic change: Second-order change in one's experience of self. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*, 167-177.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (in press). Patients' experiences of change in cognitive-behaviour therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*.

- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.
- Norcross, J. C., & Lambert, M.J. (2006). The therapy relationship. I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (sid. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Persson, N., & Swartling, A. *Psykologstudenter som terapeuter. En utvärderingsstudie av studentterapi och kartläggning av skillnader och likheter i klienters terapiupplevelser från KBT och PDT.* (Opublicerad psykologexamensuppsats). Institutionen för Psykologi, Uppsala universitet.
- Piaget, J. (1968). *Barnets själsliga utveckling*. Lund: Liber Läromedel.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Sandell, R. (1993). Att bedöma förändringar efter psykoterapi. *Rapporter från PI*, 5.
- Starrin, B., & Svensson, P-G. (Red.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (sid. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 13-21.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 186-200.
- Wachholz, S., & Stuhr, U. (1999). The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*, 9, 327-341.
- Weber, M. (1949). *The methodology of the social sciences*. New York: The Free Press.
- Zarin, D. A., Young, J. A., & West, J. C. (2005). Challenges to evidence-based medicine: A comparison of patients and treatments in randomized controlled trials with patients and treatments in a practice research network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 27-35.

**Bilaga 1.** Brevet som skickades till PDT- och KBT-klienter.

Hej,

Det är nu en tid sedan du gick i terapi vid Psykologiska Institutionens Psykoterapimottagning. Psykologstudenterna Tomas Adolfsson och Mikael Ledin arbetar med en psykologexamensuppsats som handlar om upplevelser av att gå i terapi vid vår mottagning. De är intresserade av att intervjua tidigare klienter för att få en bild av den enskilda klientens upplevelser av terapin och hur erfarenheter av den kan användas i det vardagliga livet. Studien är inte en undersökning av enskilda terapier, utan av terapiupplevelser som fenomen.

Det är frivilligt att bli intervjuad och det här är en förfrågan om du kan tänka dig att ställa upp för en intervju. Intervjun tar cirka 45-60 minuter. Du tackar ja, eller alternativt nej, genom att kryssa för ditt val samt skriva ditt namn och telefonnummer på talongen nedan och posta den med det bifogade svarskuvertet. Vi tar kontakt med dig via telefon för att komma överens om en lämplig tid för intervjun. Givetvis kommer din identitet även i fortsättningen behandlas konfidentiellt.

Vi vill att du skickar ditt svar före den 12 januari.

Med vänlig hälsning

Christina Flordh  
Leg psykolog, leg psykoterapeut  
Ansvarig för PDT

Ulrika Thulin  
fil dr, leg psykolog  
Ansvarig för KBT

---

Ja, jag vill delta i undersökningen och ni kan ta kontakt med mig för en intervju.

Nej, jag vill inte delta i undersökningen

Namn:

Telefonnummer hem:

Telefonnummer mobil:



**Bilaga 2.** Intervjuguiden som användes.

## INTERVJUGUIDE

### 1) PRESENTATION

- Oss själva
- Uppsatsen: nivå, syfte m.m.
- Tidsramen: 45-60 min
- Inspelning/radering efteråt
- Etik: frivillighet, rätt att avbryta, konfidentialitet, aidentifiering, rätt att berätta vad de vill.

### 2) BAKGRUNDSFRÅGOR

#### a) Demografiskt

- Ålder
- Utbildning
- Tidpunkt för terapi + hur länge?
- Tidigare terapier?

#### b) Förförståelse

- Kan du beskriva hur det gick till för dig att börja gå i terapi här?

Varför terapi?

Orsak att söka terapi just på Psykologiska Institutionen?

Vems initiativ? Eget/annan?

Kontakten med institutionen, hur gick det till, matchningen?

Vilka förändringar önskade/förväntade du dig?

Tankar om att det är en studentmottagning + reducerat pris?

### 3) TERAPIN

#### TERAPINS INLEDNING

- Hur tycker du att ditt möte med terapin stämde överens med dina egna önskemål och förväntningarna?

#### Under terapins gång

- Kan du beskriva på vilket sätt livet förändrades för dig genom att du gick i terapi?
- Hur påverkades de områden du sökte terapi för under terapitiden? På vilket sätt bidrog terapin till det, tror du?
- Andra områden som påverkades? På vilket sätt bidrog terapin till det, tror du?
- Vad upplevde du att det var terapeuten gjorde som bidrog till förändringen?
- Var det något du saknade i terapin?
- Hur märkte du den här förändringen? (Vad var nytt?)
- När märkte du den här förändringen?

## VERKTYG/ANVÄNDBARHET

### 4) IDAG

- Hur ser det ut med dessa nya kunskaper och förändringar idag? Vad har du för tankar om terapin idag? Vilken betydelse har den idag?
- Fråga om ursprungsproblemet, hur fungerar det idag? Är du hjälpt av terapin?
- Inom vilket område har terapin störst betydelse för dig idag? Hur? Konkretisera.
- När tänker du på terapin? Vilka situationer? Vilka relationer?
- Kan du berätta om något som du kan göra idag som du inte kunde göra innan du gick i terapin? Vad i terapin tror du själv har påverkat detta?
- Upplever du att ditt liv har förändrats på något/några sätt? Vad i terapin tror du har åstadkommit den förändringen?
- Vilka erfarenheter eller lärdomar använder du dig av och när för att åstadkomma detta?
- Berätta om den senaste situationen då du kan minnas att du använde dig av tankar från eller något som du lärt dig i terapin!
- På vilket sätt skiljer sig det sättet eller de tankarna från hur du tänkte eller gjorde innan terapin?
- Har andra kommenterat hur du har förändrats under terapins gång och efteråt?
- När tänker du på terapeuten? Vad minns du av honom/henne?