

Klinikers Perspektiv på Negativa Effekter av Psykologisk Behandling

Samuel Bystedt

Handledare: Per Carlbring
Biträdande handledare: Alexander Rozental
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP 2014

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



KLINIKERS PERSPEKTIV PÅ NEGATIVA EFFEKTER AV PSYKOLOGISK BEHANDLING*

Samuel Bystedt

Sammanfattning

Negativa effekter av psykologisk behandling är ett eftersatt kunskapsområde. Tidigare forskning har visat att klinikers kunskaper på området kan bli bättre. Syftet med den här uppsatsen är att med en induktiv ansats belysa klinikers kunskaper om, och egna erfarenheter av, negativa effekter, samt att relatera detta till befintlig forskning. En enkätundersökning besvarades av 74 behandlare. Svaren bearbetades genom tematisk analys. Resultatet visar att deltagarna i stort anser att det existerar ett problem med negativa effekter och att de flesta har kliniska erfarenheter av detta, men att få har kunskaper om befintlig forskning på området. De teman som framkom presenteras under rubrikerna: karaktäristika hos negativa effekter, orsaksfaktorer, samt kriterier och metoder för bedömning av negativa effekter. Fyndet korresponderar till stora delar med tidigare forskning inom ämnet.

Forskning kring negativa effekter av psykologisk behandling är ett eftersatt och i många avseenden outforskat område (Lilienfeld, 2007; Barlow 2010; Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010; Dimidjan & Hollon, 2010). Traditionellt har forskning kring effekter av psykologisk behandling i bred bemärkelse fokuserat på det positiva, alltså huruvida en given behandling kan antas ge en önskvärd effekt vid behandling av en given patientgrupp, alternativt om en behandling är att föredra framför en annan (Berk & Parker, 2009). Nutt och Sharpe (2008) skrev att många forskningsstudier kring psykologisk behandling inte ens har övervägt möjligheten att den aktuella behandlingen skulle kunna ge upphov till biverkningar och att detta antyder ett antagande från forskarnas sida att psykologisk behandling är mer eller mindre undantaget negativa effekter. Vad gäller klinisk tillämpning av psykologiska behandlingsmetoder skrev Berk och Parker (2009) att det har funnits ett underförstått antagande hos både behandlare och patienter att psykologisk behandling i stort sett saknar risker. Forskning kring medicinsk behandling förutsätter att forskarna studerar och dokumenterar negativa effekter. Utan påvisad och i forskningen grundad riskbedömning skulle aldrig ett medicinskt preparat godkännas för användning inom t.ex. sjukvården (Helsingforsdeklarationen, 2013). Psykologiska behandlingsmetoder har dock varit undantagna formella krav på undersökning och redovisning av möjliga negativa effekter, även om detta vidtalas i korthet i the American Psychologist Associations etiska riktlinjer (American Psychological Association, 2010).

Definitioner av negativa effekter

En bidragande orsak till begränsad forskningsmängd i ämnet negativa effekter av psykologisk behandling skulle kunna vara att det saknas konsensus kring vilka kriterier som bör ligga till grund för definition och mätning av negativa effekter. Det är komplicerat att definiera negativa effekter av flera olika skäl men flera starka bidrag har getts genom åren. Ett tidigt initiativ till att studera negativa effekter togs av Bergin

*Ett stort och varmt tack till Per Carlbring och Alexander Rozental, ert kunnande om och entusiasm inför ämnet gjorde arbetet med den här uppsatsen extra angenämt. Tack också till alla behandlare som svarat på enkäten, era engagerade och insiktsfulla svar har varit av yttersta värde för undersökningens resultat.

(1966) när han gick igenom sju psykoterapiforskningsstudier som vid en första anblick påvisade lite eller ingen förändring, före och efter behandling, jämfört med kontrollgrupp. Bergin (1966) granskade dessa studier närmare och fann att inom experimentgrupperna fanns en högre variabilitet än den i kontrollgrupperna. Variabiliteten doldes dock av det faktum att utöver de som förbättrades signifikant av behandling, alternativt förbättrades eller försämrades spontant, så fanns ytterligare en grupp som försämrades signifikant av behandling. Bergin kallade detta fenomen för försämringseffekten. Ansatsen att studera utebliven förändring från Bergins sida kom delvis som en reaktion på Eysencks (1952) slutsats att psykoterapi inte gav upphov till större effekter än vad som kan tillskrivas ren spontanförbättring (Barlow, 2010), något som motsades av Bergins slutsatser (1966). Försämringseffekten har varit ett betydande bidrag till forskning kring negativa effekter av psykologisk behandling och i dagsläget är det mer eller mindre vedertaget att mellan 5% och 10% blir försämrade till följd av behandling (Lambert, 2013a). Att studera försämring är ett perspektiv på negativa effekter som bygger på observerad förändring av medelvärden eller effektstorlekar, vilket kan vara mycket värdefullt att belysa, men det är inte det enda sättet att närma sig fenomenet.

Elva år efter att Bergin formulerade försämringseffekten så gav Strupp, Hadley och Gomes-Schwarz (1977) ett eget bidrag till arbetet med att definiera negativa effekter i och med att de presenterade sin tresidiga modell, vilken lyfte fram hur olika perspektiv på mental hälsa kan tas utifrån samhälle, individ och professionella behandlare. Strupp, Hadley och Gomes-Schwarz (1977) ansåg att det är en förenkling att betrakta negativa behandlingsresultat utifrån den bredare termen generell försämring och föreslog att termen negativ effekt skulle användas istället. Författarna (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977) menade att försämring och förbättring är två sidor av samma mynt och att om man lyckas formulera stringenta definitioner av mental hälsa och positiv förändring så kommer också definitioner av negativa effekter på köpet. Vidare menade Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) att mental hälsa utifrån ett samhällsperspektiv är relaterat till huruvida individen förmår att ta på sig ansvaret för dennes tilldelade sociala roll/roller, föga sig efter rådande regler och samhällsnormer samt dennes förmåga att möta situationella krav på ett adekvat sätt och uppvisa beteendemässig stabilitet. I den tresidiga modellen beskrevs även att samhällsperspektivet kan representeras av en betydelsefull tredje part, som t.ex. en förälder eller en kärlekspartner. Modellens individperspektiv hade i sin tur utgångspunkt i individens subjektiva upplevelse av mående, självförtroende, lycka och välbefinnande. Individperspektivet beskrevs även som oberoende av omgivande normer och förväntningar. Det tredje perspektivet representerade den professionella behandlaren vars bedömning av mental hälsa sades utgå ifrån dennes teoretiska modeller kring vad som är en sund och välfungerande personlighet. Detta uppskattas enligt Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) genom bland annat beteendeobservationer, psykologiska test och realitetsprövning. De tre olika sidorna i modellen hade med andra ord sina egna kriterier för att definiera mental hälsa och en individ skulle kunna bedömas vara mentalt sund och mentalt sjuk simultant beroende på vem som står för bedömningen och utifrån vilket perspektiv denne betraktar individen i fråga. Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) tresidiga modell lyfte således fram hur olika perspektiv även kan få

konsekvenser för hur man bedömer om en patient erhållit en positiv eller en negativ effekt av behandling eller inte. Författarna (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977) pekade på ämnets ofrånkomliga komplexitet. Samtidigt hävdade Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) dock att de tre perspektiven i deras modell bär på en värdefull sanning vart och ett för sig som kan och bör vägas samman för att ge en total bild av individens psykiska mående och funktion. Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) lyfte även fram vikten av att skilja mellan patienter som försämras i form av ett återfall efter behandlingens avslut, och patienter som försämras under terapins gång samt vid avslutad terapi kan konstateras ha erhållit en eller flera negativa effekter av behandlingen. Den tresidiga modellen har bidragit med en djupare förståelse för komplexiteten i forskning kring både mental hälsa och negativa effekter av psykologisk behandling och den har även varit av betydelse vid tillkomsten av mätinstrumentet Outcome Questionnaire 45 (OQ-45; Lambert, 2013b) som används bland annat vid monitorering av patienters utveckling under behandling, vilket beskrivs närmare på sidan 4.

Ytterligare ett bidrag till arbetet med att definiera negativa effekter av psykologisk behandling gavs av Mays och Franks (1985) som skrev om negativt utfall. Författarna (Mays & Franks, 1985) definierade negativt utfall som:

”A Negative Outcome a significant decline in one or more areas of a patient's functioning, between the onset of psychotherapy and termination of therapy (and for controls, over an equivalent period of time), which persists for a substantial period of time beyond termination of therapy. The term negative outcome is not restricted to those negative changes which are therapy-induced, and usage of the term does not therefore imply that the therapist is necessarily responsible for the negative change” (sid. 8).

I likhet med Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) så ansåg Mays och Franks (1985) att det är centralt att lämna utrymme för komplexiteten i fenomenet negativa effekter när man formulerar definitioner kring dessa. Mays och Franks (1985) menade likt Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz (1977) att det är möjligt att en individ erhåller ett negativt utfall i en delaspekt av sitt psykiska fungerande samtidigt som denne erhåller ett positivt utfall i en annan delaspekt. Författarna (Mays & Franks, 1985) tog även fasta på Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) åtskillnad mellan negativ effekt av behandling och återfall. Vidare lyfte de fram misslyckad behandling som en bredare kategori vilken kan innefatta utebliven positiv effekt, mindre positiv effekt än vad som kan förväntas och även negativt utfall. Således menade Mays och Franks (1985) att negativt utfall är mer specifikt än den bredare kategorin misslyckad behandling, men att den ingår däri.

Komplexiteten i att definiera negativa effekter lyftes även fram av Dimidjan och Hollon (2010) när skrev om ett exempel kring olika parterers uppfattning av behandlingsförloppet i parterapi. Författarna (Dimidjan & Hollon, 2010) skrev att om behandlingen t.ex. resulterar i en skilsmässa så kan mycket väl den ena parten uppleva detta som en positiv effekt medan den andre skulle kunna uppleva detta som starkt negativt. Dimidjan och Hollon (2010) påpekade även att behandlingsutfall kan förändras över tid och att en

behandling som till en början framstår som skadlig kan visa sig vara av godo på lång sikt och vice versa. Vidare skrev Dimidjan och Hollon (2010) att en och samma behandling kan ge både positiva och negativa effekter parallellt beroende på vad som avses, vilket är direkt i linje med Franks och Mays (1985) perspektiv på negativt utfall. Ett exempel på detta som Dimidjan och Hollon (2010) lyfter fram är när en patient genomgår självhävdelseträning och upplever en positiv effekt av ökat självförtroende och självkänsla, men samtidigt erfar negativa upplevelser i form av avvisanden från betydelsefulla personer i dennes sociala närhet.

Böttcher, Andersson, Rozental och Carlbring (2014) lyfte fram en översikt av potentiella negativa effekter av psykologisk behandling framtagen av Hoffman med kollegor (Böttcher et al., 2014). Denna översikt innefattar; att huvudsymtom försämras eller blir kroniska, att nya symtom manifesteras, suicidalitet, försämrad självkänsla och minskad tilltro till egen förmåga som konsekvens av ej uppnådda (orealistiska) behandlingsmål, förstärkt sjukdomsidentitet, beroende-effekter, negativa och bestående personlighetsförändringar, stigmatisering och relationsproblem (Böttcher et al., 2014). Dimidjan och Hollon (2010) skrev att alla ansatser att definiera negativa effekter av psykologisk behandling har många olika aspekter att ta hänsyn till, som att väga in hur effekter av en given behandling förändras över tid, på vilken grund slutsatser kring effekter av en given behandling dras och i vilken mån förekomst av negativa effekter är direkt orsakade av behandlaren eller inte (Dimidjan & Hollon, 2010).

Mäta och utvärdera negativa effekter

Ett sätt att fånga upp negativa effekter kan vara kontinuerlig patientfeedback. Flera studier har visat att systematisk feedback från riskutsatta patienter kan användas för att vända trenden i behandlingar som är på väg att ge upphov till ett negativa resultat (Lambert et al., 2003; Kazdin, 2008; Anker, Duncan, & Sparks 2009). Patientfeedback kan vara effektivt om den används som en del av ett varningssystem i form av sessionsvis insamling av utfallsformulär, som t.ex. OQ-45 (Lambert et al., 2003). Principen som Lambert (2003) har varit med och tagit fram går förenklat ut på att veckovisa resultat från utfallsformulär sammanställs och relateras till patientens status vid påbörjad behandling. Terapeut och patient ges tillgång till dessa mått kontinuerligt och på så vis får båda en tydlig bild av huruvida patienten erhåller effekt av terapin, inte erhåller någon effekt, eller om denne erhåller negativ effekt eller är på väg att försämras (Lambert, 2013b). Informationen om patientens utveckling kan sedan användas för att fatta mer informerade beslut om t.ex. behandlingssupplägg och intensitet, om patienten behöver remitteras till annan behandling eller om patienten inte längre är i behov av behandling (Lambert et al., 2003; Lambert, 2013b). OQ-45 är uppbyggt kring en tredelad konceptualisering av mental hälsa och avser mäta subjektivt lidande, interpersonella relationer och prestation i sociala roller (Lambert, 2013b). Till skillnad från diagnosspecifika mätinstrument som t.ex. Beck Depression Inventory vilket mäter nedstämdhet och psykiskt fungerande i relation till diagnosen depression, är OQ-45 ett mer globalt mått av psykisk hälsa och fungerande. Konceptualisering av OQ-45 är direkt sprungen ur Strupp och Hadleys (1977) tredelade modell, som beskrivits i ett eget stycke på sida 2. Det finns olika alarmsystem som använder andra mätinstrument, än det system som Lambert (2013b) varit med och tagit fram och som använder OQ-45, det

sistnämnda är dock det mest beprövade och denna metod räknas numera även som en evidensbaserad intervention.

Ett annat perspektiv på negativa effekter och mått därav gavs av Lilienfeld (2007) som presenterade ett förslag till system för att identifiera vad han kallar potentiellt skadliga behandlingsmetoder. För att en behandlingsmetod ska kunna anses vara potentiellt skadlig så måste det enligt Lilienfeld (2007) först gå att visa genom forskning att metoden i fråga gett upphov till skadliga psykologiska eller fysiska effekter hos patienten eller dess närstående, att dessa skadliga effekter varit långvariga och bestående och således inte enbart utgjort en kortvarig symtomökning under behandlingens gång och de skadliga effekterna måste ha kunnat replikeras av en oberoende forskningsteam. Lilienfeld (2007) skrev att vissa behandlingar ibland leder till kortsiktig symtomökning, så som t.ex. vid PTSD-behandling där vissa patienter kan uppleva ökade symtom initialt under exponeringsbehandling men på längre sikt erhåller en bestående positiv effekt. Detta är således inte att betrakta som en potentiellt skadlig metod. Lilienfeld (2007) gjorde även en viktig distinktion mellan effektiva behandlingsmetoder som används på fel sätt och således orsakar skada och metoder som används så som dessa är tänkta att användas, men som ändå orsakar skada. Exempel på skadliga psykologiska behandlingar enligt Lilienfeld (2007) är critical incident stress debriefing (Irving & Long, 2001; Lohr, Hooke, Gist, & Tolin, 2003), recoverd memory techniques (Lynn, Lock, Loftus, Krackow, & Lilienfeld, 2003) samt attachment therapy, även kallat rebirthing (Mercer, Sarner, & Rosa, 2003). Lilienfeld (2007) menade att forskare inte bör undersöka de marginella negativa effekter som man kan finna hos väletablerade och i huvudsak verksamma metoder primärt, utan istället borde rikta in sig på att identifiera skadliga psykologiska behandlingar. Berk och Parker (2009) skrev att de inte delar Lilienfelds uppfattning angående vad som bör prioriteras utan menade istället att arbetet med att identifiera negativa effekter är en angelägenhet som berör all psykoterapiforskning och att en noggrann undersökning av potentiella risker borde vara en del av de kriterier som avgör huruvida en specifik metod anses vara evidensbaserad eller inte.

Linden (2013) har lagt fram ett eget förslag på hur man bör mäta och utvärdera negativa effekter. Checklisten för oönskade händelser vid och till följd av psykologisk behandling the Unwanted Events and Adverse Treatment Reactions-Checklist (UE-ATR-Checklist) är konstruerad för att hjälpa forskare och kliniker att samla in och kategorisera data kring oönskade händelser och negativa effekter av psykologisk behandling (Linden, 2013). Lindens checklista utgör även ett bidrag till arbetet med att definiera negativa effekter av psykologisk behandling eftersom checklisten innefattar distinktioner mellan oönskade händelser, unwanted events (UE) som sker parallellt med behandling men inte nödvändigtvis orsakas därav, treatment emergent reactions (TER) vilka utgörs av alla UE som orsakats av behandling, adverse treatment reactions (ATR) alla UE som är troligtvis orsakade av korrekt utförd behandling, malpractice reactions (MPR) alla UE som troligtvis är orsakade av inkorrekt utförd behandling, treatment non response (TNR) vilket avser avsaknad av behandlingseffekt och deterioration of illness (DOI) vilket avser försämring av sjukdomstillstånd. Lindens (2013) bidrag är ett möjligt verktyg för forskare och kliniker vilket skulle kunna underlätta värdering av effekt av

psykologisk behandling. Ett ytterligare syfte med Lindens (2013) checklista är att ackumulera data kring specifika behandlingsrisker så att kliniker kan bedöma huruvida en given behandling är för riskfylld eller rimligt säker att ordinera till specifika patientgrupper eller individer.

Det finns bevis för att psykologisk behandling kan leda till försämring uppmätt genom observation av effektstorlekar eller medelvärden (Smith & Glass, 1977; Shapiro & Shapiro, 1982; Mohr 1995; Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Ruhle, 2005; Lambert, & Ogles, 2004). Olika studier har visat på varierande resultat och Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg och Hayes (2011) fann t.ex. vid sin genomgång av 6960 patienter som genomgått olika behandlingar inom öppenvård i U.S.A. att mellan 11% och 38% mådde sämre efter avslutad behandling. Lambert (2013b) skrev dock att forskning av detta slag inte alltid kan påvisa kausalitet mellan försämring och behandling. Vidare påpekade Lambert (2013b) att vissa patienter är på kurs mot försämring redan vid behandlingens början och att detta inte alltid går att motverka. Ett annat delfenomen som Lambert (2013b) lyfte fram är att under behandlingens gång drabbas vissa patienter av svåra livshändelser, vilka inte kan hindras och vars negativa konsekvenser inte är orsakade av behandlingen i fråga. Denna distinktion görs också i Lindens (2013) checklista the UE-ATR-checklist som beskrivits ovan. Vikten av att vara medveten om detta vid forskning kring negativa effekter av psykologisk behandling påpekas i ett flertal artiklar och böcker (Mays & Franks, 1985; Lilienfeld, 2007; Dimidjan & Hollon, 2010). Utöver de som blir sämre finns generellt sett en grupp på cirka 30% som inte erhåller någon förändring eller effekt över huvud taget (Lambert, 2013b). Att inte erhålla förväntad effekt av behandling skulle kunna betraktas som en negativ effekt i vissa fall eftersom detta både kan underminera patientens hopp om förbättring och samtidigt utgöra en förlorad möjlighet till hjälp, samt förlorade resurser i form av tid, energi och pengar (Berk & Parker, 2009; Dimidjan & Hollon, 2010).

De flesta studier som beskriver negativa effekter över huvud taget har gjort detta genom dokumentation av försämring i förhållande till primära utfallsmått (Berk & Parker, 2009). Erhållna resultat vid utfallsmätning, särskilt vid mätning på gruppnivå, säger dock väldigt lite om de specifika faktorer och mekanismer som är orsakerna bakom (Barlow & Nock, 2009). Det finns med andra ord en viktig skillnad mellan bevis för generell försämring på gruppnivå och kunskap om specifika negativa effekter och dess orsaksfaktorer (Barlow & Nock, 2009). Forskning som riktat in sig specifikt på negativa effekter av psykologisk behandling existerar endast i mycket begränsad omfattning (Barlow, 2010). Ett tidigt undantag från regeln är dock Buckley, Karasu och Charles (1981) som i en studie av psykoterapeuters egna rapporter av sin egen psykoanalys och psykoterapi fann att bland före detta patienter upplevde 21% negativa effekter av behandlingen. Buckley, Karasu och Charles (1981) studie var även unik i det att den tog ett patientperspektiv på negativa effekter av psykologisk behandling. Effekterna som rapporterades var t.ex. ”skadligt för mitt äktenskap”, ”destruktivt utagerande” och ”fostrande av tillbakadragande från världen” (Buckley, Karasu & Charles, 1981). Ett mer sentida men alltså lika sällsynt exempel på en studie med patientperspektiv är Böttcher och medarbetare (2014) undersökning av biverkningar vid internetadministrerad behandling av social fobi. Författarna (Böttcher et al., 2014) fann

att 16% av de totalt 133 deltagarna upplevde negativa effekter. Majoriteten av de som rapporterade negativa effekter fann dock att dessa var tämligen kortvariga och inte påverkade deras välbefinnande negativt på lång sikt (Böttcher et al, 2014).

Klinisk bedömning vid mått av negativa effekter

Dawes (1989) skrev om det icke existerande sambandet mellan validiteten hos klinisk bedömning och erfarenhet. Författaren (Dawes, 1989) visade att klinisk bedömning i sig självt inte är ett tillförlitligt mått och att detta generellt sett är sämre än systematiska validerade mätmetoder och strukturerade intervjuer vad gäller att bedöma individers egenskaper, tillstånd och mående. Dessutom skrev Dawes (1989) att kvaliteten på kliniska bedömningar inte påverkas av hur lång erfarenhet klinikern i fråga besitter. Vidare varnade Dawes (1989) för de konsekvenser som felaktiga slutsatser gjorda på basis av klinisk bedömning kan få i form av t.ex. onödigt lidande, felaktiga anklagelser eller orättvisa domstolsbeslut. Hatfield, McCullough, Frantz och Krieger (2010) undersökte terapeuters förmåga att genom klinisk bedömning upptäcka patienters försämring under behandlingens gång. Resultatet visade att endast 21% av terapeuterna uppfattade patienters försämring och författarna (Hatfield, McCullough, Frantz & Krieger 2010) konkluderade att klinisk bedömning inte verkar vara i närheten tillräckligt som enda medel att upptäcka försämring hos patienter. Hatfield, McCullough, Frantz och Kriegers (2010) resultat pekade åt samma håll som resultaten Hannan med kollegor (2005) erhöll då de jämförde behandlares prediktioner av behandlingsutfall jämfört med systematisk mätning. Behandlarna som deltog i Hannan et al.'s (2005) studie misslyckades genomgående att framgångsrikt bedöma vilka och hur många patienter som var på väg att bli försämrade. Författarna (Hannan et al., 2005) rekommenderade å det starkaste att kliniker bör ägna sig hängivet åt systematiska mätmetoder framför det egna omdömet som enda mått vid bedömning av vilka klienter som är på väg att bli försämrade under behandlingens gång. Walfish, McAlister, O'Donnell och Lambert (2012) skrev att kliniker generellt sett överskattar hur många av sina patienter som blir signifikant bättre av behandlingen och samtidigt underskattar hur många av patienterna som blir sämre. Författarna (Walfish et al., 2012) pekade på att kliniker oftast besitter tämligen begränsad förmåga att predicera, med tillfredsställande träffsäkerhet, på vilket sätt behandlingen i fråga kommer att påverka deras patienter. Vidare menade Walfish et al. (2012) att detta i synnerhet gäller förmåga att predicera negativ påverkan. Systematisk mätning är ett återkommande tema inom forskning kring klinikers förmåga att ta till vara på den information som finns tillgänglig kring patienters utveckling under behandlingens gång (Lambert, 2003; Hannan; 2005; Lambert, 2013b). Lambert (2013b) skrev att det är långt mer troligt att terapeuter blir medvetna om negativa förändringar hos sina patienter om formell systematisk feedback finns tillgänglig. Vidare skrev Lambert (2013b) att formell feedback kan förstärka kommunikationen mellan patient och terapeut och hjälpa terapeuten att t.ex. bli medveten om huruvida behandlingen behöver justeras, om det har uppstått problem i relationen mellan terapeut och patient som behöver adresseras eller om målsättningen för behandlingen behöver ändras.

Kunskap och konsensus hos forskare och kliniker

Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) genomförde en enkätundersökning som

riktade sig till experter inom området psykologisk behandling där de sökte svar på tre frågor gällande huruvida experterna ansåg att det existerar ett problem med negativa effekter av psykologisk behandling, vad dessa experter anser att en negativ effekt utgörs av och vilka faktorer som kan tänkas orsaka negativa effekter. Undersökningsdeltagarna representerade ett brett fält av olika teoretiska inriktningar och innefattade forskare, teoretiker och kliniker. Experterna svarade i princip enhälligt ja på frågan huruvida det existerar ett problem med negativa effekter av psykologisk behandling och det rådde konsensus i den specifika frågan (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977). Flera av experterna gav dock perspektiv på vad som inte utgör en negativ effekt för att kontrastera och tydliggöra att alla oönskade händelser som upplevs under tiden för en given behandling inte nödvändigtvis är att betrakta som en negativ effekt av behandlingen i sig. Detta exemplifierades bland annat genom att flera experter skiljde mellan långsiktiga negativa effekter och kortsiktig försämring, där det senare lyftes fram som en ofta nödvändig del av behandling (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977). Vidare framkom av experternas svar att negativa effekter kan ta många olika former så som symtomökning, uppkomst av nya symtom, att patienten tar på sig orealistiska uppgifter eller mål, att patienten förlorar tillit till terapi i stort eller till terapeuten i fråga (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977). Vad gäller orsaksfaktorer lyfte experternas svar bland annat fram inadekvat bedömning och diagnostik, terapeutvariabler som t.ex. en blandning av inkompetens, bristande utbildning och olämplig personlighet eller missbruk av sin position, felaktigt tillämpade tekniker, problem i relationen mellan terapeut och patient så som t.ex. bristande arbetsallians, patientvariabler så som exempelvis bristande motivation, eller bristande kommunikation mellan terapeut och patient (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977).

I liknande anda som Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) genomförde Boisvert och Faust (2003) en undersökning kring experters uppfattningar av negativa effekter av psykologisk behandling, om än med ett mer riktat urval mot forskare. Författarna (Boisvert & Faust, 2003) vände sig till de 25 mest citerade forskarna i den fjärde utgåvan av Bergin och Garfields (1994) inflytelserika bok *the Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Undersökningen besvarades av tolv av dessa experter och resultatet visade att det rådde konsensus kring att cirka 10% av de som genomgår psykologisk behandling drabbas av negativa effekter. I dagsläget saknas dock konsensus kring vad som menas med negativa effekter av psykologisk behandling, hur man bör klassificera och definiera dessa och hur man bäst går tillväga för att studera dessa fenomen (Linden, 2013). Senare genomförde Boisvert och Faust (2006) en studie riktad mot praktiserande psykologer och deras kunskaper kring generella resultat av psykoterapiforskning. Studien hade 181 deltagare vilka representerade ett brett spektrum av teoretiska utgångspunkter och resultatet visade bland annat att 28% inte visste att en betydande andel psykoterapipatienter blir sämre. Klinikens avsaknad av kunskap kring ämnet är av betydelse eftersom detta kan leda till att behandlare drar felaktiga slutsatser t.ex. gällande patienters lidande eller vad man bör adressera i en behandling, vilket också öka risken för att patienter inte erhåller adekvat information om potentiella risker med psykologisk behandling (Boisvert & Faust, 2006).

Det är tydligt att negativa effekter av psykologisk behandling existerar och att befintlig

forskning kring dessa effekter är begränsad (Barlow 2010; Böttcher et al., 2014; Nutt & Sharpe, 2008). Vidare är det tydligt att kliniker som bedriver psykologisk behandling kan ha god nytta av befintliga kunskaper om negativa effekter och hur dessa kan motverkas (Lambert et al., 2003; Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger 2010). Ett flertal framstående psykoterapiforskare har lyft fram behovet av att utveckla forskningsområdet kring negativa effekter av psykologisk behandling (Lambert, 2007; Lilienfeld, 2007; Nutt & Sharpe, 2008; Barlow, 2010). Eftersom forskningsområdet kring negativa effekter av psykologisk behandling är underutvecklat så är det rimligt att kliniker, som generellt sett hämtar en stor del av sina kunskaper från forskning, även de skulle kunna lida viss kunskapsbrist inom området. Det är dock troligt att en del kliniker har erfarenheter av fenomenet negativa effekter av psykologisk behandling eftersom forskning visat att det finns ett problem med negativa effekter av psykologisk behandling i stort.

Syfte

Syftet med den här uppsatsen är att med en induktiv och explorativ ansats (Kvale & Brinkmann, 2009) undersöka huruvida kliniker som arbetar med psykoterapi besitter kunskaper om negativa effekter av psykologisk behandling och om de har kliniska erfarenheter av negativa effekter till följd av psykologisk behandling.

Frågeställningen är tvådelad:

1. Besitter kliniker som arbetar med kognitiv terapi, beteendeterapi eller kognitiv beteendeterapi kunskaper om hur negativa effekter av psykologisk behandling kan ta sig i uttryck och hur man kan definiera och mäta dessa negativa effekter?
2. Bär ovan nämnda kliniker på egna erfarenheter av negativa effekter av psykologisk behandling?

Metod

Respondenter

Ett bekvämlighetsurval har använts till den här uppsatsen och inbjudan till att delta i undersökningen skickades till två e-postlistor samt studenter på psykoterapeutprogrammet vid Stockholms universitet. Totalt deltog 74 respondenter i undersökningen och av dessa var 45 (60,8%) kvinnor och 28 (37,8%) män, en person (1,4%) valde att inte ange kön. Medelåldern var 45,52 år (SD=10,36) med en spridning mellan 26 och 67 år. Respondenterna hade i genomsnitt arbetat med behandling i 11,98 år (SD=8,71), med en spridning mellan 1 och 39 år. På frågan om huvudsaklig teoretisk orientering angav 63 (85%) personer att de utgick ifrån KBT-teori, varav 6 (8%) angav att de även bedrev behandling med starka inslag av teori och metod från Acceptance and Commitment Therapy (ACT), 10 (13,5%) angav att de utgick ifrån beteendeterapeutisk teori och metod, varav 3 av dessa (4%) angav att de även bedrev behandling med starka inslag av ACT. Utöver dessa var det en (1,4%) som angav att denne utgick ifrån kognitiv teori och metod, samt en (1,4%) som angav att denne arbetade integrativt med inlärningsteori och anknytningsteori. Detta stickprov var med andra ord tämligen

homogent vad gäller teoretisk utgångspunkt för psykologisk behandling.

Tabell 1. Respondentgruppens fördelning mellan olika yrkesgrupper och grundutbildning i antal och procent.

Yrkestitel	Antal	Procent
Leg Psykolog	38	51%
Leg Psykolog & leg Psykoterapeut	23	31%
Leg Socionom	7	7%
Leg Socionom & leg Psykoterapeut	3	4%
Leg Psykoterapeut utan annan angiven grundutbildning	3	4%
Leg Psykiater & leg psykoterapeut	1	1,5%
Leg Sjukgymnast med grundutbildning i KBT	1	1,5%

Procedur

En länk till en anonym internetbaserad enkät som bestod av 14 öppna frågor (bilaga 1.) varav några var tagna från Strupp och Hadleys (1977) enkätundersökning, skickades ut av professor Per Carlbring till ett antal respondenter i en pilottestning. Pilottestningen bedömdes visa att enkäten var lämplig att användas till dess tilltänkta syfte. Därefter skickade Professor Carlbring ut länken till enkäten till två epostlistor tillhörande den Beteendeterapeutiska föreningen respektive Föreningen för Sveriges KBT-psykologer som är en yrkesförening inom Sveriges Psykologförbund. Dessutom gjordes ett utskick till samtliga studenter med KBT-inriktning på psykoterapeutprogrammet vid Stockholms universitet. Ingen ersättning utbetalades, men till psykoterapeutstudenterna erbjöds en bok som tack för hjälpen. Länken fanns tillgänglig i fjorton dagar och under den tidsperioden skickades två påminnelser till de presumtiva respondenterna med erbjudande om att delta i undersökningen.

Analys

Efter datainsamlingen påbörjades en tematisk datadriven analys. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera mönster i data (Braun & Clarke, 2006). Genomförandet av analysen följde de sex steg som Braun och Clarke (2006) formulerat vilka beskrivs i nedanstående lista.

1. I det första steget Analysen inleddes med ett antal genomläsningar av svarmaterialet för att skapa en överblick av datasetet och dess samlade innehåll.
2. I nästa steg skapades initiala koder till varje enskilt svar på frågorna 5-9 samt fråga 11. Kodningen syftade till att markera vilka svar som bar på samma eller liknande innebörd. Ett svar med innehåll kring t.ex. arbetsallians fick koden (allians) eller om svaret exempelvis innehöll information om kortsiktiga negativa effekter fick det koden (korts). Svar som innehöll beskrivningar av flera

fenomen erhöj en kod för varje enskilt fenomen. Koderna tilldelades adresser i datasetet i form av nummer som representerade respondenterna och bokstäver som representerade enkätfrågorna. Ett exempel på kod med tillhörande adress kunde t.ex. vara (52H bristande kompetens), vilket alltså innebar att koden tillhörde respondent 52 och svaret till vilket koden skapats återfinns under fråga H.

3. Det tredje steget innebar ett sökande efter initiala teman genom att koder med gemensamma nämnare placerades i grupper under arbetsrubriker för att ge en tydligare översikt av koderna som helhet.
4. I steg fyra bearbetades preliminära teman i en iterativ process mellan teman och datasetet för att säkerställa att formulerade teman verkligen var representativa för innehållet i enkätsvaren. Samtliga delar av analysen genomfördes från botten och upp med fokus på semantisk innebörd utan djupare tolkning av innehåll (Braun & Clark, 2006).
5. Det femte steget innebar att analysens slutgiltiga teman delades in under tre huvudrubriker med ett antal underteman under varje rubrik. Huvudrubrikerna lyftes fram nedifrån och upp utifrån det samlade tematiska innehållet i de underteman som de avser sammanfatta.
6. I det sjätte steget infogades resultatet av analysen i resultatdelen av gällande uppsats med tillhörande förklarande text och illustrerande citat hämtade direkt ur datasetet. Detta var en del av själva slutförfattandet av uppsatsen i sig.

Utöver den tematiska analysen användes svaren från frågorna 1-4 samt 12 och 13 för att få fram deskriptiv statistik vilken presenteras nedan. Fråga 5 och fråga 11 användes både i den tematiska analysen och som ja/nej-frågor gällande huruvida behandlarna anser att negativa effekter av psykologisk behandling existerar samt om de bär på negativa effekter av psykologisk behandling från sitt kliniska arbete. Fråga 10 användes enbart som ja/nej-fråga angående utbildning i ämnet negativa effekter av psykologisk behandling då de inkomna svarens knapphändiga information inte lämpade sig för att ingå i den tematiska analysen.

Tematisk analys valdes till den här undersökningen eftersom uppsatsen inte syftade till att etablera eller formulera nya teoretiska konstrukt, utan snarare syftade till att lyfta fram befintliga kunskaper kring existerande teoretiska begrepp i det specifika sammanhang som är uppsatsen undersökningsområde. Att bedriva den tematiska analysen med fokus på semantiskt innehåll utan djupare tolkning var ett beslut som fattades dels av ovanstående anledning, men även på grund av att respondenterna kunde förväntas besitta en djup förståelse kring ämnet psykologisk behandling i stort och även kunde förväntas begagna sig av en i stora delar gemensam begreppsapparat då urvalet riktats mot kliniker med likvärdig eller närbesläktad teoretisk bakgrund. Författaren av gällande uppsats gjorde med andra ord bedömningen att innehållet i enkätsvaren inte stod i behov av djupare tolkning och att det semantiska innehållet var tillämpligt för att besvara uppsatsens frågeställningar.

Etiska överväganden

Datainsamlingen skedde helt anonymt och frivilligt via en internetbaserad enkät som

inte loggade metadata så som IP-nummer. Resultatet går således inte att härleda till någon identifierbar person. Det kan dock i vissa fall anses känsligt att som behandlare tala om negativa effekter eller om risken att någon av dennes patienter lidit av sin behandling, men det är samtidigt terapeutens ansvar att följa upp dessa risker för att skydda sina patienter. Därav väger nyttan med denna typ av undersökning alltid tyngre än risken att någon enskild behandlare upplever visst obehag av ämnet. Utöver detta kanske vissa respondenter inte känner helt igen sig i den samlade bild som resultaten visar och de kan kanske uppleva att deras svar infogats i en missvisande helhet. Detta är dock en risk som inte går att komma ifrån när en mängd individers erfarenheter sammanfogas till övergripande teman, dock motverkas denna risk till viss del av att resultatet bygger på semantiskt innehåll taget ifrån insamlade data och att tolkningar inte gjorts på djupet. Det som står i resultatet återfinns med andra ord i datasetet, och därtill ofta bokstavligen. Samtliga respondenter har erbjudits att ta del av den färdiga uppsatsen om så skulle önskas.

Resultat

Deskriptiv statistik

Av de 73 respondenter som svarade på frågan huruvida de anser att det existerar ett problem med negativa effekter av psykologisk behandling var det 69 (94,5%) som svarade ja, 55 (75%) rapporterade att de hade klinisk erfarenhet av negativa effekter. Endast 11% hade kommit i kontakt med eller erhållit undervisning angående negativa effekter under sin grundutbildning. Man kan med andra ord säga att nästan alla ansåg att problemet existerar, många har själva erfarit detta i sitt kliniska arbete och endast ett fåtal har erhållit utbildning inom ämnet. De 4 (5,5%) som svarade nej på frågan om de anser att det existerar ett problem med negativa effekter hade mellan 13 och 30 års klinisk erfarenhet av psykologiskt behandlingsarbete och dessa skiljde sig inte väsentligen från resterande respondentgrupp i något övrigt avseende.

Den tematiska analysens huvudteman med tillhörande underteman:

Karaktäristika hos negativa effekter

Kortsiktiga negativa effekter

Utebliven effekt

Försämring

Beroende

Inskränkning

Orsaksfaktorer

Bristande kompetens och bristfälligt utövade metoder

Potentiellt skadliga behandlingar

Bristande allians

Bristande etiskt omdöme och professionalitet

Avbrott och avhopp

Yttre faktorer

Särskilt riskutsatta patienter

Kriterier och metoder för bedömning av negativa effekter

Karakteristika hos negativa effekter

Kortsiktiga negativa effekter

Ett fenomen som många respondenter rapporterade är kortsiktiga negativa effekter. Detta handlar primärt om ökad ångest, ökat obehag och till viss del allmän symtomökning i inledningsskedet av en behandling eller vid exponeringsbehandlingar generellt. Dessa effekter karaktäriseras just av sin kortsiktiga varaktighet och därför är detta inte något som bidrar till ökat lidande hos patienter i bred mening på lång sikt. Vissa respondenter har dock lyft fram enskilda fall där t.ex. en patient avbrutit en exponeringsbehandling i förtid på grund av mycket starkt obehag och hur detta lett till att patienten inte fått uppleva varken habituering eller nyinläring. Vissa patienter kan till och med avstå helt och hållet från behandling på grund av dessa kortsiktiga negativa effekter enligt några av de tillfrågade behandlarna. En respondent skrev:

”Det beror på hur man ser det. På kort sikt så upplever nog de allra flesta patienter att det har negativ påverkan på deras liv. Att riva upp existerande beteendemönster är ju givetvis väldigt jobbigt. Min erfarenhet är att det är viktigt att vara tydligt med kortsiktiga konsekvenser vid en behandling. Denna konsekvens kan ju såklart bidra till att patienter väljer att avstå från behandlingen för att det inte är värt den kostnaden (kostnad i form av ångest) i en viss period i deras liv.”

Huruvida kortsiktiga negativa effekter utgör en bestående biverkan av psykologisk behandling eller inte kan enligt flera respondenter bero på hur patienten hanterar det ökade obehaget som det ofta innebär att genomgå en behandling. En respondent sammanfattade detta såhär:

”Patienten upplever absolut aversiva händelser p.g.a. behandling - på kort sikt. Orkar de ha tålmod att stå ut med det blir de styrkta. Är de inte förberedda kan det aversiva kvarstå.”

Utebliven effekt

Ett annat fenomen som många av respondenterna rapporterade kring är utebliven effekt av behandling. Flera respondenter beskriver att det är vanligt med utebliven effekt av behandling och att detta även ofta kan leda till att patienten ser sig själv som ett hopplöst fall eller som en patient som inte går att behandla. Särskilt stor risk för detta beskrev flera respondenter att det föreligger hos patienter som har en lång historia av att uppsöka vård med t.ex. ett flertal misslyckade eller ineffektiva behandlingar i sin historia. En respondent beskrev detta såhär:

”Ja, t.ex. vid utebliven effekt av terapin kan patienten beroende på hur hen tolkar det antingen få en ökad negativ självbild (det är mitt eget fel att terapin

inte fungerade) eller en negativ upplevelse av omvärlden/möjligheten att få hjälp (det finns ingen hjälp att få, andra kan inte hjälpa mig).”

En annan respondent lyfte fram hur patienter kan ha en historia av ineffektiva terapier som de tar med sig in med sig in i den aktuella behandlingen:

”Dock träffar man ju inte sällan patienter som beskriver terapier de gått i och varit väldigt missnöjda (kanske inte detsamma som negativa effekter - men man kan ju förstås se uteblivna effekter som negativt om det funnits en annan terapi som kunnat hjälpa vid samma tidpunkt). Att inte uppleva sig hjälpt tycker jag också verkar spä på redan befintlig hopplöshet.”

Enligt flera respondenter kan utebliven effekt, likt flera andra negativa effekter, ha en koppling till terapeutens kompetens och val av metod. En respondent skrev att en utebliven effekt kan vara särskilt graverande för terapeuten om denne inte besitter den kompetens som behandlingsmetoden kräver:

”[...]särskilt allvarlig är risken för det senare (att väcka hopplöshet till följd av utebliven effekt, författarens anmärkning) när terapeuten utger sig för att ge en viss effektiv metod men sedan inte gör det.”

Terapeutkompetens och metodval beskrivs närmare under den övergripande rubriken orsaksfaktorer på sida 15.

Försämring

En mindre vanligt förekommande negativ effekt som står att finna i respondenternas svar på enkäten är försämring av sjukdomstillstånd. Försämring kan ta sig många uttryck, så som t.ex. symtomökning eller att undvikandebeteenden förstärks istället för att de ersätts av mer adaptiva beteendestrategier. En respondent lyfte fram hur samspelet mellan patient och behandlare kan vara en del av de processer som leder till försämring:

”Upptrappad suicidalitet till följd av (inom ramen för den terapeutiska kontakten) olika typer av förstärkande konsekvenser vid självskada och liknande. Sedan finns det förstås en massa exempel på hur man med goda intentioner uppmuntrat folk att undvika ångest till varje pris osv.”

Andra typer av försämring som en del av de tillfrågade klinikerna har beskrivit är uppkomst av nya symtom eller att vissa patienter blir förstärkta i ”vissa drag i identitetsupplevelsen, t.ex. jag är kraftlös, sjuk, osv” som en respondent uttrycker det. Att bryta ett negativt mönster eller vända negativ utveckling under en behandling förutsätter att behandlaren är medveten om dessa problem. För att behandlare ska kunna fånga upp patienter som riskerar att försämrats eller erhålla negativa effekter krävs kontinuerlig mätning med systematiska mätmetoder. En respondent lyfte fram vikten av kontinuerlig utvärdering men framhöll samtidigt rena beteendemått framför självskattningsskalor:

”För glest förekommande utvärderingar under behandlingens gång, det vill säga behandlingen "rullar på" utan kontinuerlig mätning av beteendeförändringar. Utvärderingarna kan också vara för enkla, t.ex. enbart baseras på klientens

globala verbala utsagor, eller på självskattningsskalor, alltså inga egentliga beteendemätningar. Beteendeförändring är ju ändå kriteriet på effekter.”

Citatet ovan pekar på en medvetenhet hos respondenten i fråga gällande behovet av att uppmärksamma patientens verkliga utveckling under behandlingens gång, men respondenten har samtidigt gjort en jämförelse mellan beteendemått och självskattningsskalor på ett sätt som kan vara missvisande och leda till att t.ex. ett effektivt och validerat instrument som OQ-45 underskattas och således inte kommer till bruk i den kliniska vardagen.

Beroende

Beroende-effekter är något som ett flertal respondenter rapporterade kring, både i form av en ovilja att avsluta en pågående terapi av rädsla för att förlora nyvunna färdigheter och i form av en svag tilltro till egen förmåga utan terapeutens närvaro i patientens liv. En respondent sammanfattade detta såhär:

”Ibland kan patienten bli osjälvständig av att gå i behandling. Ge uttryck för att de inte klarar att göra saker på egen hand, att det vore negativt att sluta i behandlingen för att problemen då kommer tillbaka.”

Ett annat uttryck för att en patient är beroende av att gå i terapi kan vara att denne uppvisar en ensidighet i sitt beteende och slutar att leva ett aktivt och mångfacetterat liv, ”att patienten enbart fokuserar på sin terapi i stället för sitt liv utanför terapin” som en respondent uttryckte detta.

Inskränkning

Ytterligare en potentiell negativ effekt av psykologisk behandling som några av de tillfrågade klinikerna lyfte fram är den inskränkning på andra livsområden som ett förändringsarbete ibland kan utgöra. En del patienter är inte förberedda på detta eller förmår inte att hantera denna inskränkning till fullo vilket även kan inverka negativt på patientens vilja att åta sig behandlingsplanen. En respondent skrev om hur detta kan ta patientens resurser i anspråk och således till och med utgöra ett hot mot behandlingen i sig:

”En annan allmän negativ effekt av psykologisk behandling är att den tar tid i anspråk, som patienten kanske hade velat lägga på andra saker (t ex förlorad arbets- eller studietid). En del patienter har även avslutat behandlingskontakten på grund av detta.”

En annan respondent lyfte fram samma fenomen men med ett mer extremt exempel:

”Vid mer intensiva och tidskrävande behandlingar, exempelvis intensiva exponeringsbehandlingar vid OCD kan patienter tvingas skära ned på andra aktiviteter och kanske till och med sjukskriva sig under behandlingen vilket ju potentiellt kan ha en aversiv effekt på andra livsområden.”

Sammantaget visar analysen av det som de tillfrågade klinikerna rapporterat kring

karaktär och form på negativa effekter av psykologisk behandling att i det urval som har besvarat enkäten finns en bred förståelse för olika potentiella negativa effekter och deras skadeverkan på patienters välmående, självständighet och hoppfullhet.

Orsaksfaktorer

Bristande kompetens och bristfälligt utövade metoder

En potent orsaksfaktor som många av respondenterna lyfte fram är bristande kompetens hos terapeuten ifråga. Analysen av enkätsvaren visade tydligt att många behandlare känner tyngden av ansvaret som medföljer terapeutrollen, och hur olika brister hos terapeuten kan inverka negativt på behandlingens effekter och utfall. En respondent sammanfattade en rad potentiella terapeutbrister:

”Olika terapeutbeteenden: bristande lyhördhet; bristande kompetens i utförandet, tidsbrist, bristande vidmakthållande och uppföljning. Att inte stämma av gentemot klienten vad gäller t.ex. hemuppgifter. Men även att klienten inte gett all bakgrundsinformation som kan tänkas påverka behandlingsutfallet t.ex. information om tidigare nedstämdhets episoder.”

En annan respondent kompletterade bilden av möjliga kompetensbrister i form av otillräcklig kompetens, oförmåga att följa manual och teori, att inte söka eller erhålla handledning vid behov och genom påverkan av individuella faktorer hos terapeuten:

”För lite eller felaktig utbildning hos terapeuten. Brist på adherence till manual eller teori. För lite eller undermålig handledning. Individuella faktorer hos terapeuten (självupptagenhet, aggressivitet o liknande). Felaktig diagnostik (t.ex. missat drogmissbruk). Slarv med beteendeanalys eller konceptualisering.”

Ett tredje exempel på bristande kompetens och eller möjligen bristande utövande av befintlig kompetens pekade på behovet av att arbeta systematiskt och hur avsaknad av systematik kan vara en orsaksfaktor vid negativa effekter av psykologisk behandling. Citatet nedan har presenterats ovan för att belysa hur patientens försämring kan gå terapeuten obemärkt förbi. Det är dock relevant även i detta sammanhang då det pekade på vikten av att terapeuten aktivt och systematiskt tar ansvar för patientens verkliga utveckling under behandlingens gång:

”För glest förekommande utvärderingar under behandlingens gång, det vill säga behandlingen "rullar på" utan kontinuerlig mätning av beteendeförändringar. Utvärderingarna kan också vara för enkla, t.ex. enbart baseras på klientens globala verbala utsagor, eller på självskattningsskalor, alltså inga egentliga beteendemätningar. Beteendeförändring är ju ändå kriteriet på effekter.”

Systematiska utvärderingar kräver kompetens både att utföra dessa och att göra nytta av dess resultat. Bristande kompetens hos terapeuten i fråga beskrevs i flera andra former av ett antal respondenter och några former som ett flertal enkät svar handlade om var negativa effekter i relation till felaktigt eller bristfälligt utövade metoder. Detta beskrevs

t.ex. som att en terapeut kan ha genomfört en bristande beteendeanalys, gett otillräcklig psykoedukation, gett en bristfällig rational, genomfört en felaktig diagnostik eller inte formulerat konkreta mål för terapin. En respondent skrev angående detta:

”Otillräcklig inledande beteendeanalys, kanske ingen beteendeanalys alls. En sådan är mycket värdefull att gå tillbaka till när det börjar kärva i behandlingen.”

Flera respondenter skrev även om vikten av att terapeuten håller sig till manualen och de deltekniker som genom forskning bevisats vara effektiva, det vill säga att arbeta med evidensbaserade metoder. Detta kräver naturligtvis att behandlaren har relevant utbildning och kontinuerligt uppdaterar sin kompetens gällande vilka specifika metoder och interventioner som är verksamma för specifika patientgrupper. En respondent skrev angående detta:

”Bristande behandlarkompetens att göra rätt saker i behandlingen. Att ej vara insatt i metoder/interventioner och effektiva interventioner för specifika grupper och specifik problematik. Otillräcklig handledning, inläsningstid, kollegialt stöd, tillgång till manualer, skattningsformulär o.s.v. vilket gör att tekniker inte finslipas, att behandlaren inte är validerad, therapist drift (utelämnar de effektiva komponenterna). Att inte utvärdera och problemlösa kring ineffektiva resultat[...].”

Ovanstående citat vidtalar fenomenet therapist drift vilket åsyftar när en terapeut utger sig för och avser att behandla i enlighet med en specifik evidensbaserad metod, men sedan under behandlingens gång mer eller mindre driver iväg från manualen och ägnar sin och patientens tid åt andra saker än de komponenter och deltekniker som manualen föreskriver (Waller, 2009). Att inte behandla enligt manual motstrider evidensbaserade metoders syfte eftersom evidensen är direkt knuten till den manual som forskningsresultaten baseras på. Waller (2009) skrev att therapist drift kan beskrivas som att terapeuten övergår till att prata terapi istället för att göra terapi, något som bland annat underminerar beteendeförändring. En respondent beskrev hur terapeut och patient t.ex. kan förstärka varandras undvikandebeteenden i en negativ cirkel:

”Det största problemet som jag upplever är när man inte får till beteendeförändring hos patienten eller om det sker ett gradvis ökat undvikande som man inte förmår att bryta. Patienten kan uppleva att det känns bra att komma och prata och att det känns bättre efter samtalet, samt bekräfta terapeutens betydelse. Problemet är att man förstärker beteendet att komma och prata vilket leder till ytterligare ett undvikandebeteende.”

Citatet ovan pekar på terapeutens oförmåga att hjälpa patienten bryta sitt undvikande samtidigt som terapeuten kan bli förstärkt i detta genom att ångestnivån under sessionen hålls nere hos både patient och terapeut. Det är dock alltid behandlarens ansvar att bryta denna negativa cirkel eller söka relevant stöd om denne inte förmår göra detta själv. En förutsättning för att en kliniker ska kunna göra detta är att denne är medveten om problemet, vilket i sin tur kräver systematiska mätmetoder av patientutveckling under

behandlingens gång (Lambert et al., 2003). I sin mest extrema form skulle therapist drift kunna liknas vid ett annat problem som flera respondenter beskrivit, att välja fel metod. Flera respondenter rapporterade kring att välja fel metod i bemärkelsen att behandla i enlighet med metoder som i dagsläget inte har evidens, alternativt att erbjuda metoder som har evidens men för en annan patientgrupp eller diagnos en vad som är aktuellt i det enskilda fallet. En respondent beskrev ett exempel som ändå fick ett gott slut efter omvägen via en mindre framgångsrik metod:

”Under min utbildningsterapi på psykologprogrammet tillät min psykodynamiske handledare mig att bedriva KBT med en PTSD-patient men avrådde mig från att läsa av mig föreslagen relevant litteratur (Foa & Rothbaum). Hen sade att jag istället skulle använda djupavslappning, vilken under första exponerings-sessionen försatte patienten i ett till en början okontaktbart tillstånd av förtvivlad gråt under återupplevande av den traumatiska händelsen. Efter denna session tog det en dryg månad innan vi åter kunde påbörja och sedan med gott resultat genomföra en lyckad KBT-behandling. Denna skedde enligt Foa och Rothbaum och under "smyghandledning" med en KBT-lärare och psykoterapeut på psykologutbildningen.”

En annan respondent lyfte fram betydelsen av att välja relevanta metoder för att erhålla ett positivt utfall eller önskad effekt:

”Jag har inte upplevt detta själv i behandlingar, däremot har jag sett effekter av detta med patienter som försämrats eller fått uteblivna resultat av behandling som hållit dålig kvalitet eller ej varit evidensbaserad för det aktuella problemet.”

En respondent lyfte fram behovet av att terapeuten är flexibel och lyhörd för den aktuella patientens behov och subjektiva upplevelser vid metodval:

”Man kan framhärda i viss specifik metodologi för att man själv utbildat sig i den/har en förutfattad åsikt el. "glasögon" på grund av det egna perspektivet och erfarenheterna utan att gå tillbaka till förnyade beteendeanalyser när behandlingen gått i stå vilket förstås är meningslöst, kan kosta mkt tid och pengar för patienten, men också kan uppfattas som kränkande att t ex. fortsätta presentera idéer och övningar som patienten ej kan förstå eller sympatisera med och som ej upplevs fruktbara.”

Potentiellt skadliga behandlingar

Att inte anpassa metodval efter patientens behov kan ge upphov till negativa effekter, men än värre kan det vara att använda metoder som tidigare bedömts vara förknippade med extremt stora risker jämfört med andra metoder generellt. Några respondenter lyfte fram exempel på behandlingsmetoder som Lilienfeld (2007) kallar för potentiellt skadliga behandlingar, dock nämner endast en respondent Lilienfelds (2007) artikel i relation till detta. En respondent omnämnde två potentiellt skadliga metoder:

”Att [...] uppe traumatiska minnen man inte upplevt. Annat jag kommer att tänka på är inprägning av traumatiska minnen vid debriefing.”

Både recovered memory techniques och critical incident stress debriefing är potentiellt skadliga behandlingsmetoder enligt Lilienfelds (2007) kriterier, vilket beskrivits närmare i inledningen.

Bristande allians

En möjlig orsaksfaktor som flera respondenter lyfte fram är bristande arbetsallians. Att som ansvarig terapeut inte försäkra sig om att det finns en uttalad och väl förankrad överenskommelse om behandlingens syfte och mål kan enligt flera av de tillfrågade klinikerna vara förenat med risk för negativa effekter och utfall. En respondent skrev om komplexiteten i alliansarbete och hur terapeuten i fråga behöver relatera till patientens förutsättningar och anpassa arbetet därefter:

”Bristande relation, bristande förståelse för vad behandlingen går ut på, bristande förmåga att möta patienten på "rätt nivå" svag motivation till förändring. Allt är faktorer som handlar om en kombination av mönster hos terapeut och klient, det vill säga vi som terapeuter behöver anpassa våra beteenden till patienternas nivå i olika parametrar.”

En annan respondent lyfte fram att terapeuten behöver vara lyhörd för patientens värderingar och hur viktigt det är att inhämta patientens mandat innan terapeuten försöker bedriva ett förändringsarbete:

”Om patient och behandlare inte är överens om målet för behandlingen och vägen dit. Om behandlaren inte är lyhörd för vad patienten tycker är viktigt i dennes liv utan "kör på" med olika beteendebeskrivningar utan att patienten ser nyttan med dem.”

Bristande etiskt omdöme och professionalitet

Några av de tillfrågade klinikerna nämnde även det som skulle kunna anses vara en ultimata form av kompetensbrist hos en terapeut, att bete sig oprofessionellt och oetiskt gentemot sin patient. En respondent skrev följande:

”Oetiskt beteende hos terapeuten där denne frångår yrkesetik eller professionella riktlinjer. Eller där terapeuten åtar sig uppdrag inom områden där terapeuten inte har kompetens (vilket också ingår i det professionella ansvaret att kunna avgöra).”

Professionalitet och att följa etiska riktlinjer är ofrånkomligen av största vikt vid behandlingsarbete och att frångå gängse etiska riktlinjer eller att inte ta ansvar för sina brister som terapeut är aldrig acceptabelt. En respondent lyfte fram det faktum att vissa terapeutbeteenden kan vara en orsak till att patienter upplever sig ha blivit kränkta och att det kan leda till att de blir försämrade:

”Jag har träffat en hel del patienter som upplevt sig oförstådda, obekräftade och t.o.m. kränkta och patienter som blivit bemötta på sätt att de inte förstått vad behandlingen gått ut på i tidigare kontakter de haft. Det har i sin tur resulterat i mer nedstämdhet, ångest, misstro och liknande.”

Avbrott och avhopp

En annan aspekt som flera respondenter lyfte fram är avbrott i olika former. Ett avbrott i en behandling kan ske på flera olika vis genom att patienten kan ta initiativet att avsluta eller utebli av t.ex. ekonomiska skäl, snabb försämring eller snabb förbättring av sjukdomstillstånd, eller på grund av missnöje med behandlingen i sig. Det kan också ske på grund av att terapeuten t.ex. byter arbetsplats eller att terapeuten bedömer att patienten skulle kunna få bättre hjälp av att t.ex. erhålla en annan behandlingsmetod av en annan behandlare eller vid en annan mottagning. Avbrott i behandlingen kan också i vissa fall ha negativa effekter som gemensam nämnare. En respondent skrev om vikten av att hantera avslut på ett planerat och respektfullt sätt:

”Jag har själv gjort ett klantigt avslut då jag bytte jobb som utmynnade i en besvikelse som patienten hade svårt att komma över. Alltså tanklöshet eller klantigt utförda interventioner av terapeuter kan skapa frustration som överstiger den eventuella nyttan som terapeuten lyckats åstadkomma.”

Avbrott och avslut kan också ha en koppling till kortsiktiga negativa effekter. Flera av de som svarat på enkäten skrev att kortsiktiga negativa effekter kan leda till avhopp och även resultera i mer långsiktiga negativa effekter om patienten som hoppar av t.ex. inte vågar söka hjälp framledes eller enbart bär med sig det negativa avslutet som huvudsaklig erfarenhet av behandlingen. En respondent skrev om hur initial ångestökning i början av en behandling kan utgöra ett oöverkomligt hinder för vissa patienter:

”På kort sikt i ångestbehandling: ökat obehag, stegrad ångest, i vissa fall kommer klienten inte över den tröskeln utan uteblir med enbart negativa erfarenheter av sin behandling.”

En annan respondent lyfte fram ett liknande exempel men med tillägget att en bristande förståelse för rationalen hos patienten i fråga kan vara en delaspekt vid avbrott till följd av kortsiktiga negativa effekter:

”Dock kan ju en patient t.ex. avsluta mitt i en exponeringsbehandling och utan att ha tillgodogjort sig hela rationalen och blivit rädd efter ett försök.”

Yttre faktorer

Ett flertal av enkätsvaren berörde hur svårt det kan vara att bedriva systematiskt förändringsarbete när man inte har kontroll över alla inverkande variabler och faktorer. Yttre faktorer som kan ha inverkan på behandlingsutfall beskrevs som ett reellt problem enligt flera respondenter. Ett exempel på detta kan vara när tidsramar och ekonomiska förutsättningar begränsar terapeutens möjligheter att arbeta evidensbaserat fullt ut. En respondent skrev om denna typ av konflikt mellan evidensbaserade metoder och klinisk verklighet:

”Att ’springa igenom’ en behandling på grund av ’för höga kostnader’ är som att kirurger slarvar med sy ihop efter operation. Operationen är klar men såret kanske inte läker så fint. Jag upplever att vårdcentraler ofta har höga krav på sig

att hinna med många patienter vilket kan resultera i förkortade behandlingar trots kunskap om, och evidens för, ett visst antal sessioner som behövs.”

En annan respondent beskrev hur behandlaren's intention att ge en sammanhållen och systematisk behandling kan bli än mer utmanande när terapins kostnader täcks av olika finansierare med olika förutsättningar och olika regler som måste följas:

”Tidsramar, att inte kunna ge behandlingen anpassad till pat. behov utan att t.ex. endast kunna ge 10 sessioner eller behöva glesa ut kontakten på grund av väntlista osv. Uppsplittad behandling som släcker små bränder dvs 5 samtal företagshälsovård, 10 samtal inom primärvården och 10 samtal på privat försäkring istället för att få en sammanhållen behandling.”

En annan respondent lyfte fram att yttre faktorer även kan bidra till att en patient söker behandling med tvetydiga motiv vilket kan vara en riskfaktor för fallerande behandling:

”[...]när behandlingen används som undvikandebeteende för att slippa krav på arbetsplatsen, eller från arbetsförmedlingen osv”.

Särskilt riskutsatta patienter

Enkäten innehöll en fråga som ämnade undersöka huruvida det i de tillfrågade klinikernas mening är någon patientgrupp som till synes löper större risk att drabbas av negativa effekter av psykologisk behandling än genomsnittet. Respondenternas svar visade tydligt att frågan är svår att besvara men samtidigt visade en del av svaren också på ett tema kring komplex psykiatrisk problematik. Många respondenters svar på den här frågan omnämnde patienter med t.ex. personlighetsstörningar och komorbiditet i form av exempelvis ångeststörningar, eller patienter med neuropsykiatriska störningar och komorbiditet, eller patienter som lider av schizofreni med komorbiditet. Personlighetsstörningar är det ämne som återkom oftast, men temat är tydligt, patienter med komplicerade diagnoser och komorbida problem över huvud taget beskrevs som svårare att behandla generellt och även som att dessa är utsatta för större risk att drabbas av negativa effekter av psykologisk behandling. En respondent skrev om patienter med personlighetsstörningar:

”Personer med ’offertänkande’ (alla är dumma/behandlar mig illa och jag har ingen egen inverkan i det som sker) oftast personlighetsstörningar, blir inte sällan missnöjda, känner sig ibland t o m kränkta och ännu mer illa behandlade när man inte kan hjälpa till (eftersom vi inte kan jobba med omgivningen utan bara med personen själv). Blir inte sällan upprörda om man försöker leda in på spåret att det kan handla om beteenden som personen själv står för.”

En annan respondent lyfte fram hur komorbiditet kan försvåra behandlingsarbetet och hur olika hur en underliggande personlighetsstörning kan ge upphov till negativa effekter vid behandling som är riktad mot andra störningar eller svårigheter hos patienten i fråga;

”Om det finns exempelvis en personlighetsstörning med i botten och behandlingen avser panikångest och/eller depression, kan svåra drag i

personlighetsstörningen 'dras fast' djupare, är min upplevelse.”

Komplexiteten som flera av respondenterna beskrivit berör inte enbart patienternas problematik utan även terapeutens svåra balansgång mellan att bedriva aktivt förändringsarbete i full kapacitet av sina kunskaper och metoder och att samtidigt anpassa insatsens nivå och intensitet efter patientens förmåga. En respondent skrev om sin egna kliniska erfarenhet:

”De patienter jag möter (psykosmottagning) har många gånger ett bagage med sig fyllt av misslyckanden eller erfarenheter av att inte nå ända fram. Att påbörja psykologisk behandling/terapi när patienten kanske inte har kapacitet att genomföra arbetet det kräver (jag tänker här specifikt på KBT eftersom det är det jag praktiserar och har utbildning inom) kan på sikt vara mindre fördelaktigt för patienten än exempelvis stödsamtal. Patienten kanske saknar kognitiv kapacitet, ork, exekutiv förmåga att genomföra hemuppgifter eller annat vilket gör att behandlingen inte kommer igång och inte ger några resultat. Terapeuten kanske berättar om hur behandlingsinterventioner är tänkta att fungera och vilka vinster som finns att få. När terapin sedan avslutas är patienten en erfarenhet rikare av att inte duga, inte rätta till och inte klara av saker. Det tänker jag är ett exempel på en aversiv effekt. I det här fallet handlar det om att behandlaren inte gjort en tillräckligt bra bedömning av patienten.”

Kriterier och metoder för bedömning av negativa effekter

En av frågorna som de tillfrågade klinikerna ombads besvara i enkäten ämnade undersöka enligt vilka kriterier de skulle välja att bedöma huruvida en patient har erfårit negativa effekter till följd av psykologisk behandling. Det var tydligt att många respondenter ansåg att detta var en svår fråga att svara på och många rapporterade kring vilka mätmetoder som skulle kunna användas istället för vilka kriterier som bör ligga till grund för mätningen. Flera respondenter omnämnde olika former av etablerade mätmetoder så som klinikerskattning, självskattning, kvantitativa och kvalitativa mått på symtomförändring och livskvalitet. En respondent lyfte fram mätinstrumentet OQ45, som beskrivits i inledningen, och föreslog även att terapeuter kan följa uppmaningen som ges av Lambert et al. (2003) att monitorera patientens utveckling löpande under behandlingens gång. Flera av de tillfrågade klinikerna lyfte fram patientens utsaga, i kombination med andra mått, som både mätmetod av och kriterier för huruvida negativa effekter har erfårits eller inte. En respondent sammanfattade frågans komplexitet i sitt svar:

”Jag skulle nog framförallt bedöma vad personen berättade att de upplevt och hur det påverkat dem. Jag vet inte riktigt hur jag ska tolka 'kriterier'. Dessa måste ju i så fall baseras på att pat blivit sämre, eller möjligen att förbättring (som kunde getts av annan behandling) uteblivit, där behandlingen dessutom orsakat detta.”

Många av respondenterna beskrev hur en negativ effekt kan definieras utifrån försämring av sjukdomstillstånd och symtomökning på lång sikt. Vidare rapporterade

flera respondenter att de bedriver systematiska uppföljningar i kombination med kliniska bedömningar för att följa patientens utveckling och behandlingens effekter på de tillstånd och symtom som varit föremål för förändringsarbetet. Hur frekvent dessa uppföljningar är, om de görs efter avslutad behandling eller om detta sker mer kontinuerligt framgår inte i enkätsvaren. Vidare görs dessa uppföljningar utan en koherent begreppsapparat för att tala om och utvärdera negativa effekter specifikt. En respondent beskrev hur dennes utvärderingar görs med en samling olika instrument och metoder men alltså utan att direkt adressera potentiella negativa effekter:

”Jag brukar utvärdera behandlingar med mått på symtom, exempelvis olika skattningsskalor och ofta mått på beteendeförändring t.ex. utifrån registrering av målbeteenden. Utvärdering sker även muntligt i frågor om hur klienten upplevt behandlingen och om framsteg gjorts. En klinisk bedömning av hur klienten mår efter avslutad behandling. Jag saknar specifika mått på negativa effekter men tänker att om en signifikant försämring uppstår borde det märkas genom ovanstående metoder.”

En annan respondent beskrev hur svårt det kan vara att veta säkert om en patient erfarit negativa effekter av psykologisk behandling eller om det är andra orsaker som ligger bakom patientens försämring eller utebliven effekt av behandling:

”Säg att en person fått PDT mot OCD och försämrats. Då skulle jag inte per automatik anse att patienten blivit sämre på grund av terapin, men att det faktum att en oftast verkningslös behandling utförts istället för en evidensbaserad sådan ändå gjort att symtomförbättring ganska sannolikt fördröjts. I någon mening har behandlingen då kanske varit skadlig. Jämför somatik, homeopati v/s traditionell medicin. Å andra sidan kanske denna patient inte hade hjälpts av exponering med responsprevention heller? Jag har och har haft flera patienter med bipolärt syndrom som fått sina symtom tolkade som väldigt mycket annat än regelbundna depressioner och manier. De har ändå gått i någon form av stödsamtal. Jag anser att de lidit av att deras behandlande läkare och psykologer inte haft den kunskap som krävts.”

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med den här uppsatsen var att undersöka vilka kunskaper kliniker har om negativa effekter av psykologisk behandling. Vidare var syftet att undersöka om kliniker bär på egna erfarenheter av negativa effekter. Det sammantagna resultatet visar tydligt att nästan alla av de tillfrågade klinikerna anser att negativa effekter av psykologisk behandling existerar. Däremot verkar klinikerna i stort sett sakna kännedom om den forskning som finns inom området, både vad gäller förekomst av negativa effekter och hur man kan motverka negativ utveckling i en behandling. På gruppnivå beskriver respondenterna med tydlighet ett flertal olika negativa effekter som en patient kan tänkas erfara av psykologisk behandling och endast ett fåtal respondenter hade svårt att se några möjliga negativa effekter över huvud taget. Respondenternas beskrivningar genomsyras av egna kliniska erfarenheter och många av de tillfrågade klinikerna

rapporterar uttalat att de besitter egna erfarenheter av negativa effekter av psykologisk behandling. Två av de vanligast beskrivna fenomenen var kortsiktiga negativa effekter och utebliven effekt av behandling. Vad gäller orsaksfaktorer så rådde det en generell samstämmighet även där och många av respondenterna rapporterade kring ett flertal möjliga orsaker till negativa effekter. Merparten betonar i huvudsak terapeutens bristande kompetens att välja och utöva relevanta metoder och dennes oförmåga att etablera och upprätthålla en god allians med sina patienter, som potentiella riskfaktorer. Även vissa patientvariabler och yttre faktorer lyfts fram i någon mån. Vad gäller frågan om kriterier för att bedöma huruvida en patient erfarit negativa effekter av psykologisk behandling så svarade flera respondenter istället kring metoder för att mäta dessa negativa effekter, även om en del respondenter föreslog specifika kriterier eller skrev om både kriterier och mätmetoder sammanflätat.

Karaktäristika hos negativa effekter av psykologisk behandling

Kortsiktiga negativa effekter

Kortsiktiga negativa effekter är en ofrånkomlig del av t.ex. exponeringsbaserade behandlingar eftersom dessa baserar sig på principen att patienten går in i och möter en fruktad situation eller ett fruktat stimuli under kontrollerade former för att få en möjlighet till nyinlärning, dessa negativa effekter är dock oftast inte bestående (Foa, 2002; Dimidjan & Hollon, 2010). Att kortsiktig symtomökning på gruppnivå inte påverkar behandlingsutfall negativt vid exponeringsbaserad behandling innebär inte att det inte kan ha negativa effekter på individnivå, vilket flera respondenter beskriver att de upplever vara en riskfaktor för avhopp och långsiktiga negativa effekter som följd.

Utebliven effekt

Utebliven effekt är ett tämligen vanligt förekommande problem då detta uppskattningsvis drabbar 30% av de som erhåller psykologisk behandling (Lambert, 2013a). Att inte erhålla någon effekt eller förändring av behandling kan vara att betrakta som en negativ effekt eftersom detta är tätt förknippat med känslor av hopplöshet och upplevelser av att vara bortom hjälp hos de patienter som drabbas av detta. Vidare utgör en verkningslös behandling en förlorad möjlighet till hjälp och en förlust av tid, energi och pengar (Castonguay et al., 2010). Berk och Parker (2009) skriver att vissa patienter mycket väl kan ingå i en behandling som de egentligen anser saknar trovärdighet, eller bli kvar i en behandling som de upplever vara verkningslös, eftersom de står i så pass stor nöd på grund av djupt psykologiskt lidande, att de helt enkelt inte förmår hoppa av eller tacka nej till erbjuden behandling. Många respondenter lyfte fram problem med utebliven effekt och efterföljande hopplöshet i sina svar vilket tyder på att detta är en del av många behandlares kliniska vardag.

Försämring

Enda sedan Bergin (1966) beskrev försämringseffekten i sin inflytelserika artikel *Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice* har försämring varit ett omtalat begrepp inom psykoterapiforskning (Barlow, 2010). Att vissa patienter blir sämre, inte enbart på grund av naturligt sjukdomsförlopp, utan även till följd av

psykologisk behandling är ett problem som återfinns i flera studier (Lambert, 2013b; Mohr, 1995). Detta reflekteras även av flera respondenters svar kring försämring som bland annat beskriver symtomökning, ökat undvikande och förstärkt sjukdomsidentitet. Ökat undvikandebeteende kan vara en typ av försämring som har kopplingar till i förtid avbrutna exponeringsbehandlingar (Castonguay et al., 2010) vilket i sin tur är relaterat till de kortsiktiga negativa effekter som flera respondenter rapporterat om i sina svar på enkäten. Vidare har förstärkt sjukdomsidentitet en koppling till den negativa effekten beroende. Berk och Parker (2009) skriver att beroendeeffekter kan vara relaterade till om sekundärvinster patienten eller terapeuten erhåller genom att inte avsluta en behandling när den har uttjänat sitt syfte eller inte får effekt. Exempel på detta är hur det kan vara bekvämt för en terapeut att inte vidtala att en patient inte fullföljer sina åtaganden i behandlingen eftersom denne då slipper obehaget som man riskerar möta om patienten blir arg eller ledsen (Waller, 2009). Detta kan i sin tur leda till att behandlingen inte får effekt, eller att behandlingen pågår under mycket längre tid än vad som borde vara nödvändigt. Negativa effekter kan med andra ord vara sammanflätade eller stå i nära relation till varandra. Nutt och Sharpe (2008) skriver att en vanlig föreställning bland doktorer och patienter kring beroende av behandling är att det uteslutande gäller medicinska insatser vilket inte är fallet. Vidare skriver Nutt och Sharpe (2008) att psykoterapeuter däremot är väl medvetna om att beroende förekommer och att detta förekommer i så pass stor utsträckning att ett vanligt inslag i psykologisk behandling är att förbereda patienten inför avslutet för att undvika negativa konsekvenser. Berk och Parker (2009) lyfter fram tidsaspekten när de skriver att ju längre en patient går i behandling, oavsett hur effektiv den än må vara, desto större är risken att denne överlämnar sin självständighet i terapeutens händer genom att t.ex. filtrera sina beslut genom terapeutens beslutsfattningsmodell. Beroende är dock ett dilemma inom psykologisk behandling eftersom ett visst mått av beroende är nödvändigt för att etablera en positiv arbetsallians, dock kan beroende och en tillitsfull relation t.ex. missbrukas av en oempatisk eller omdömeslös terapeut (Berk & Parker, 2009).

Inskränkning

Flera respondenter skriver om hur psykologisk behandling kan vara inskränkande på andra livsområden och aktiviteter och att i vissa mer extrema fall behöver patienten sjukskriva sig för att kunna delta fullt ut i behandlingen. Huruvida detta är att betrakta som en negativ effekt eller om det är ett rimligt pris att betala beror säkerligen på vad inskränkningen innebär för en specifik patient men det kan också bero på vilka andra effekter behandlingen har. En behandling som kräver väldigt mycket av en patient måste också rimligtvis kunna ge mycket tillbaka för att motivera sitt existensberättigande och leva upp till den mest grundläggande av de etiska riktlinjer som fastställts av American Psychological Association (2010) "First do no harm" (Castonguay et al., 2010). Att patienter avbryter behandlingar på grund av att dessa är för inskränkande eller tidskrävande har konstaterats i forskning (Parker, Fletcher, Berk, & Paterson, 2013). En behandling som avbryts på grund av att den är för inskränkande kan vara en effektlös behandling i det enskilda fallet, även om den i andra fall mycket väl kan vara väl så effektiv.

Orsaksfaktorer

Bristande kompetens

Ett tydligt resultat av enkätundersökningen var att många av de tillfrågade klinikerna ser terapeuten själv som en potentiell riskfaktor. Bristande kompetens att välja och utöva relevanta evidensbaserade metoder återkommer som möjlig orsaksfaktor till negativa effekter. Terapeuten har ett stort ansvar för utfall och effekt, vilket flera respondenter förmedlar i sina svar gällande såväl generell kompetens kring psykopatologi och behandling, medvetenhet om vilka metoder som inte bara är ineffektiva utan även riskabla och vikten av hög professionalitet och gott etiskt omdöme. Lambert (2013b) skriver:

”It is our duty to be sensitive to both the positive and negative effects of therapy and to base our treatment efforts on a broad empirical foundation as we routinely monitor the effects of our ongoing efforts with each person we see.” (sid 207).

Att säkerställa behandlingens effekt och effektivitet genom systematisk utvärdering och uppföljning har lyfts fram i flera studier (Hannan et al., 2005; Lambert, 2007; Anker, Duncan, & Sparks, 2009) vilka dock inte vidtalas i någon större utsträckning av respondenterna i den här undersökningen även om flera respondenter talar om systematiska mätmetoders förtjänster generellt. Flera respondenter lyfter även fram behovet av kompetens att ställa träffsäkra diagnoser och att göra samvetsgranna bedömningar innan terapin tar sin början. Castonguay et al. (2010) skriver att det gång på gång har konstaterats inom forskning att för att förhindra utebliven effekt, återfall eller negativa effekter generellt behövs det genomgripande och heltäckande bedömningar av patientens brister, funktionshinder, resurser och copingrepertoar inför en åstundande behandling.

Kompetens är en grundpelare vid effektiva behandlingar, men om behandlaren besitter rätt kompetens och ändå inte nyttjar den är den inte mycket värd för patienten i fråga. Flera respondenter nämner fenomenet therapist drift vilket innebär att terapeuten driver iväg från de aktiva och verksamma komponenterna i behandlingen och detta som Waller (2009) skriver ”is a shift from doing therapies to talking therapies” (sid. 119). Waller (2009) beskriver hur denna skiftning i terapeutbeteenden kan bero på de känslor av obehag som väcks hos terapeuten när patienten uppvisar motstånd mot behandlingsteknikerna eller uppvisar låg motivation generellt. På så vis kan detta vara en form av undvikande hos terapeuten. Olyckligtvis för patienter som drabbas av en undvikande terapeut så kan detta t.ex. leda till att behandlingens förväntade effekt uteblir eller att patientens problem förvärras (Waller, 2009). En ytterligare aspekt på behandlares kompetens är betydelsen av att känna sina egna styrkor och svagheter, Kraus et al. (2011) konstaterar att det inte verkar existera någon enskild kärnkompetens som skulle kunna ge en enskild terapeut förmågan att prestera goda resultat inom de flesta behandlingsdomäner, med andra ord kan ingen terapeut vara bäst på allt utan olika terapeuter behandlar olika problem och patientgrupper med olika framgång.

Dimidjan och Hollon (2010) skriver att en aspekt är att en given metod kan utövas på ett otal olika vis beroende på t.ex. behandlaren skicklighet eller den specifika interventionens specifika innehåll, på så vis kan två behandlingar som utifrån sett består av samma terapiform i själva verket besitta olika innehåll och vara olika verksamma. Än värre är det kanske när behandlare inte bara är okunniga vad gäller vilka metoder som är mer effektiva än andra, utan även är okunniga om vilka metoder som riskerar att vara skadliga. Några respondenter nämner exempel på metoder som återfinns bland Lilienfelds (2007) potentiellt skadliga behandlingsmetoder som beskrivits i inledningen. Endast en respondent nämner dock Lilienfelds (2007) artikel som lyfter fram kriterier för att klassa dessa som potentiellt skadliga.

Bristande etiskt omdöme och professionalitet

Det ultimata beviset på bristande professionalitet och svagt etiskt omdöme är kanske när en behandlare medvetet utnyttjar eller gör en patient illa i någon bemärkelse. Mindre dramatiska uttryck för bristande omdöme kan dock vara att man t.ex. etablerar en privat relation eller inte upprätthåller sekretessen kring en patient. Flera respondenter ser risker med behandlingar där endast patienten och terapeuten har insyn i vad som faktiskt sker dem emellan och detta kan vara en riskfaktor för att patienten ska drabbas av antingen en inkompetent terapeut, en ineffektiv eller inadekvat metod, eller ännu värre en terapeut med bristande etiskt omdöme. Moyers och Miller (2013) skriver att empati hos terapeuten i fråga kan vara av stor betydelse vid psykologisk behandling. Vidare skriver Moyers & Miller (2013) att en empatisk terapeut har förmågan att åta sig uppgiften att försöka förstå patientens referensram och att förmedla detta genom ett reflekterande lyssnande. Att misslyckas med detta, eller inte ens ha för avsikt att göra detta från början kan i vissa fall vara förödande för behandlingens utfall (Moyers & Miller, 2013). Okiishi, Lambert, Nielsen, och Ogles (2003) har visat att vissa terapeuter tycks vara betydligt skickligare än andra och att de mest skickliga terapeuternas patienter erhåller resultat av behandling mycket snabbare än de patienter som behandlas av de minst skickliga terapeuterna. Enligt författarna (Okiishi et al., 2003) bör skillnader i skicklighet utvärderas rutinmässigt och exempelvis vägas in när olika terapeuter tilldelas arbetsuppgifter i den kliniska vardagen. Detta skulle t.ex. kunna få konsekvensen att de mest skickliga terapeuterna kan ägna sig mer åt renodlat behandlingsarbete om kringgårdande uppgifter tilldelas de terapeuter som håller avsevärt lägre kvalitet i sina behandlingar. Ett annat perspektiv på enskilda terapeuters skicklighet lyfts av Kraus et al., (2011) som pekar på det faktum att ingen terapeut kan behandla alla diagnoser och patientgrupper lika framgångsrikt. Författarna (Kraus et al., 2011) menar att det är terapeutens ansvar att monitorera sin egen kompetens och dess yttre gränser för att vara medveten om vilka patienter som det är rimligt att behandla själv och vilka som bör remitteras vidare. Ultimat är detta en etisk fråga eftersom terapeuters kompetens och effektivitet får avgörande konsekvenser för de patienter som sätter sin tillit till dem.

Bristande arbetsallians

Bordin (1979) som formulerat arbetsalliansbegreppet i dess moderna treenighet, bond, task och goals, citerar Horwitz som konstaterar att "[...]alliance is not only a prerequisite for therapeutic work, but often may be the main vehicle of change." (sid. 255). Flera

respondenter skriver att bristande allians eller bristande samförstånd kring behandlingens syfte, metod och mål är en riskfaktor för negativa effekter vars ansvar åligger behandlaren ifråga. Arbetsalliansen mellan terapeut och patient kan i vissa fall vara avgörande för om en behandling har effekt eller inte eftersom alliansen baseras på en gemensam överenskommelse kring vad terapin syftar till, vilka mål den har och hur dessa ska uppnås. Utan allians förstår inte patienten varför den ombeds att utföra vissa handlingar eller möta obehagliga stimuli och riskerar därför att helt enkelt inte genomföra det som terapeuten ber om. Dessa faktorer omnämns av flera av de tillfrågade klinikerna i relation till negativa effekter av psykologisk behandling.

Avbrott och avhopp

Avbrott eller avhopp i behandlingen kan både utgöra en negativ effekt i sig och vara en faktor som maskerar andra negativa effekter, det är därför av största vikt att söka anledningen bakom varje avbruten behandling (Dimidjian & Hollon, 2010). Avbrutna behandlingar, både initierade av patienten och terapeuten, omnämns av flera respondenter som en möjlig negativ effekt, särskilt i kombination med en i förtid avbruten exponeringsbehandling som lämnat patienten i ett uppbragt tillstånd och som således kanske gått ifrån terapin med primärt negativa erfarenheter.

Yttre faktorer

Ett av de återkommande ämnena i respondenternas enkätsvar handlade om yttre faktorer och t.ex. svårigheten att bedriva evidensbaserad behandling när organisationen ifråga inte har ekonomiska förutsättningar att betala för det antal sessioner som är rekommenderat i manualen. Harnett, O'Donovan och Lambert (2010) genomförde en studie som undersökte hur många sessioner som krävs för att patienter ska uppnå kliniskt signifikant förbättring, en så kallad dos-respons studie. Resultatet pekar på att ungefär 50% av de som genomgår psykologisk behandling blir kliniskt signifikant förbättrade efter ungefär 14 sessioner och författarna konstaterar att detta är i linje med tidigare forskning (Harnett, O'Donovan & Lambert, 2010). Rehabiliteringsgarantin i Sverige ger patienter rätt att gå i KBT-behandling men med en ekonomisk begränsning som generellt sett ger utrymme för ca tio sessioner (SKL, 2014), vilket förmodligen inte alltid är tillräckligt för att bedriva evidensbaserad behandling (Harnett, O'Donovan & Lambert, 2010). En annan sida av dos-respons dilemmat är att vissa patienter tycks löpa risk att utveckla beroende om de erhåller psykologisk behandling under för lång tid (Berk & Parker, 2009). Ibland är det med andra ord av godo att begränsa dosen terapi, medan det i andra fall kan vara problematiskt med generella begränsningar av antal givna sessioner. Andra yttre faktorer som flera respondenter nämner är t.ex. patientens arbetssituation eller huruvida patienten har ett socialt nätverk som kan stötta denne vid ett förändringsarbete. Avsaknad av socialt nätverk kan ha kopplingar till exempelvis ett utvecklat terapiberoende hos patienten (Berk & Parker, 2009).

Särskilt riskutsatta patienter

Negativa effekter till följd av psykologisk behandling kan vara relaterade till en mängd olika orsaksfaktorer, det är dock aldrig patienten som bär ansvaret fånga upp och motverka dessa effekter. Dimidjian och Hollon (2010) fångar in denna distinktion väl när de skriver ”we operate from the basic assumption that treatments fail patients, not that

patients fail treatments” (sid. 29) Vissa patienter kan dock vara utsatta för större risk än andra att drabbas av negativa effekter, avbrott i behandlingen eller utebliven effekt. Flera respondenter skriver om olika patienter med särskilt svåra tillstånd som personlighetsstörningar, psykotiska tillstånd eller neuropsykiatriska funktionshinder med t.ex. komorbida ångeststörningar och hur dessa ofta karaktäriseras av hög initial symtomsvårighet, obefintligt socialt nätverk eller bristande förmåga att ta till sig och följa en behandlingsplan. Att patienter med komplex psykiatrisk problematik är utsatta för högre risk att drabbas av negativa effekter reflekteras av respondenternas svar och stämmer överens med forskningsindikationer (Bohart & Greaves Wade, 2013). En respondent skriver även att det kan ibland vara adekvat att avstå från att ge en behandling då det är rimligt att befara att patienten ifråga löper risk att erfara negativa effekter. Detta är också ett syfte med Lindens (2013) checklista (the UE-ATR-checklist) som beskrivits i inledningen; att estimeras särskilt hög risk för negativa effekter av en given behandling i relation till specifika patientgrupper, så att behandlare och patienter kan värdera risk mot förväntad effekt på ett mer informerat vis.

Kriterier och metoder för bedömning av negativa effekter

Flera respondenter gav uttryck för att det var svårt att ange kriterier för huruvida en patient erfarit negativa effekter till följd av psykologisk behandling eller inte. Detta reflekterar kanske i viss mån den brist på konsensus kring definitioner av negativa effekter som råder inom området (Dimidjan & Hollon, 2010; Linden, 2013). Kriterier för att bedöma negativa effekter är beroende av tydliga definitioner av fenomenet som skall bedömas och ett bidrag har givits av Linden (2013) med sin UE-ATR-checklista som åtföljs av förslag på kategorisering av negativa effekter. Flera respondenter svarade kring olika metoder som kan användas för att skapa en bild av de effekter en patient erhåller av given behandling, dessa inkluderade terapeutkattningar och patientskattningar, kvalitativa data i form av patientens utsagor och klinikerns sammantagna bedömning av patientens tillstånd och utveckling. Systematisk monitorering och utvärdering genom patientfeedback ställd i relation till initial status har lyfts fram som en effektiv metod att motverka negativ utveckling i behandlingar (Lambert 2003; Anker, Duncan, & Sparks, 2009) och detta har beskrivits närmare i inledningen. En respondent nämner även detta specifikt. Endast en respondent skrev att denne i huvudsak använder sin kliniska bedömning för att monitorera behandlingsförlopp, vilket är en optimistisk indikation eftersom klinikers omdömen visats besitta en mycket svag träffsäkerhet jämfört med systematiska mätmetoder generellt (Hannan et al., 2005; Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010).

Metoddiskussion

Att som forskare uppvisa transparens gällande den metod man använt, de beslut som fattats längs vägen och de teoretiska förutsättningar som legat till grund för produktionen av slutresultatet är av stor vikt eftersom detta ger läsaren en inblick i forskarens subjektivitet och skänker forskningen en större ärlighet (Auerbach & Silverstein, 2003; Braun & Clarke, 2006). Den här uppsatsen bygger på en tematisk analys enligt de sex steg som Braun och Clarke (2006) föreslagit, men uppsatsförfattarens oerfarenhet inom kvalitativ metod har inneburit att analysens stringens påverkats negativt. Ett exempel på detta är att Braun och Clarke (2006)

föreslår att den som genomför analysen lyfter ut delar av kodning och tematiskt formulering under arbetets gång och visar upp dessa delar för annan inom området kunnig individ för att validera analysens slutsatser och metodologiska förfarande. Detta har inte gjorts i det här fallet vilket ger anledning att betrakta resultatet med viss försiktighet. Uppsatsen handledare och biträdande handledare har genomfört ett antal genomläsningar av uppsatsen som helhet under arbetets gång vilket föranlett justeringar av innehållet, denna granskning har dock inte varit specifikt inriktad på den tematiska analysen, vilket är att betrakta som en begränsning hos uppsatsen som sådan. Analysen har haft en induktiv och datadriven ansats. Ett medvetet val gjordes kring att lyfta fram teman utifrån det semantiska innehåll som har funnits tillgängligt i data utan djupare tolkning. Ofrånkomligen har dock påverkan av uppsatsförfattarens förförståelse genomsyrat arbetet hela vägen från kodning till slutförandet av uppsatsen. Både de specifika litteraturstudierna jag som författare gjort i ämnet negativa effekter av psykologisk behandling och min övriga förförståelse som inlärningsteoretiskt orienterad psykologstudent har haft betydelse för hur jag identifierat teman, och vilka teman jag identifierat i datasetet.

Metoden har beskrivits ingående i syfte att möjliggöra en replikering av undersökningen, men en annan individ skulle möjligen lyfta fram andra teman än de som den här författaren funnit mest relevanta och intressanta. Eftersom data samlades in med en enkät, och det inte var möjligt att ställa följdfrågor, så inkom det svar på en del frågor angående ämnen som egentligen berördes av andra frågor. Analysen har dock inneburit att det semantiska innehållet har fått allokeras olika delsvår från olika respondenter till de teman där de innehållsmässigt hörde hemma. Datainsamlingsmetoden har också inneburit att deltagarna inte haft möjlighet att korrigera sina svar efter att de väl lämnats in, dock har de erbjudits att få sina frågor eller synpunkter bemötta av författaren om så skulle önskas. En begränsning hos uppsatsen i sig är själva enkätmetoden eftersom denna inte tillåter följdfrågor eller att respondenterna på eget initiativ utvecklar sina svar i efterhand. Detta kan i värsta fall få effekten att avgörande information går förlorad och att innebörden i vissa svar inte kommer fram till fullo. Respondenterna har dock erbjudits att ta del av och kommentera resultatet av undersökningen om så önskas, men den metodologiska begränsningen hos enkäten i sig kvarstår oavsett detta.

Koherensbegreppet inom kvalitativ forskning innebär att resultatet, både som helhet och i detalj, bedöms utefter dess inre logik (Auerbach & Silverstein, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009). Ett koherent resultat sprunget ur t.ex. en tematisk analys berättar en sammanhängande historia som hjälper till att organisera data till en meningsfull helhet (Auerbach & Silverstein, 2003). Det finns en inre logik i de olika underteman som lyfts fram i den här uppsatsen och dessa berättar sammantaget en historia om hur eklektiskt och komplicerat ämnet negativa effekter av psykologisk behandling är. Det är dock inte bara analysarbetet som bär ansvaret för koherensen i det här fallet utan detta har säkerligen påverkats av det tämligen homogena urvalet. Eftersom analysen i den här uppsatsen inte ägnats åt djupare tolkning utan begränsats till det semantiska innehållet så är de teman som lyfts fram starkt färgade av respondenternas gemensamma teoretiska grund. Data har samlats in från ett homogent urval med individer som i många

avseenden delar begreppsapparat och förförståelse gällande ämnet som diskuteras, förmodligen är detta en bidragande orsak till att det övergripande resultatet är tämligen koherent.

Kommunicerbarhet talar för forskningsresultatens begriplighet för dess tilltänkta läsare (Auerbach & Silverstein, 2003). Detta avser med andra ord hur väl resultaten går att förmedla till andra än författaren själv. Auerbach och Silverstein (2003) föreslår ett test av kommunikerbarheten där man som författare skall pröva att förklara sina olika teman för olika tilltänkta läsare, om detta misslyckas har formuleringarna av fynden inte uppnått kommunikerbarhet och tvärt om. Den här uppsatsen har inte genomgått detta test specifikt, men som beskrivet i metoddiskussionens inledande del så har begripligheten i resultatet och kommunikerbarheten hos framlyfta teman granskats implicit i och med att uppsatsens handledare och biträdande handledare utfört flera genomläsningar och därpå gett feedback kring utvecklingsbehov hos uppsatsen. Att kommunikerbarheten inte testats explicit är dock en metodologisk begränsning hos uppsatsen och det hade varit till fördel om detta genomförts helt i enlighet med Braun och Clarkes (2006) uppmaning.

Auerbach och Silverstein (2003) skriver att inom kvalitativ forskning kan det vara fruktbart att ersätta begreppet generaliserbarhet med begreppet överförbarhet eftersom det förgående är oskiljaktigt förknippat med statistiska antaganden vilka saknar relevans vid kvalitativ forskning. Författarna (Auerbach & Silverstein, 2003) menar att resultat av kvalitativ forskning lämpar sig bättre för att bedömas enligt dess överförbarhet från det aktuella stickprovet till potentiella framtida stickprov med relevanta gemensamma nämnare. De fynd som lyfts fram i den här uppsatsen talar för de kliniker som valt att besvara enkäten och det är möjligt att andra kliniker skulle rapportera andra fenomen eller ge andra perspektiv på de fenomen som framkommit i den här studien. Det finns dock en tydlig trend i datasetet gällande att många av respondenterna rapporterar gemensamma upplevelser vilka i aggregerad tematisk form återspeglar ämnen som tidigare behandlats i befintlig forskning. På så vis kan man skönja stöd för viss allmängiltighet i de teman som lyfts fram och det är inte orimligt att tillskriva resultatet en potentiell överförbarhet till ett annat stickprov med liknande yrkesroller och arbetsuppgifter.

Slutsatser

Den här uppsatsens syfte var att undersöka klinikers kunskaper om och egna erfarenheter av negativa effekter av psykologisk behandling. Resultatet visar att nästan alla kliniker anser att det existerar ett problem med negativa effekter och kan därtill beskriva detta i ett flertal olika former. Negativa effekter av psykologisk behandling erkänns med andra ord av de tillfrågade respondenterna som ett reellt problem vilket många också har kliniska erfarenheter av. Däremot saknas gemensamma definitioner av och kriterier för att bedöma negativa effekter, vilket även reflekteras i tidigare forskning. De tillfrågade klinikererna lyfter i stor utsträckning fram terapeuters ansvar och kompetens vilket är hoppfullt eftersom det är upp till dem att lyfta frågan kring negativa effekter och att ta initiativ till att dessa hanteras systematiskt i den kliniska vardagen. Att tillerkänna behandlare ansvaret är dock inte tillräckligt om det fortfarande inte

existerar etablerade metoder för att fånga upp och motverka negativa effekter. En intervention vars effektivitet har evidens är Lamberts (2013b) metod med kontinuerlig utvärdering av behandlingsutveckling genom systematisk patientfeedback med utgångspunkt i förmätning och veckomätning genom utfallsformuläret OQ-45. Denna åtgärd verkar dock mer eller mindre vara helt okänd bland respondenterna. Endast en respondent nämnde relevant forskning över huvud taget och då i korthet angående Lilienfelds (2007) artikel om potentiellt skadliga behandlingsmetoder samt Lamberts (2013b) ovan nämnda alarmsystem. En respondent nämnde klinisk bedömning som huvudsaklig mätmetod för att avgöra huruvida en patient erfarit negativa effekter. Att inte fler respondenter betonade klinisk bedömning får anses vara ett positivt resultat eftersom detta saknar vetenskapligt stöd och eftersom det är rekommenderat att underbygga alla bedömningar med systematiska och validerade mätmetoder (Hannan et al., 2005; Dawes, 1989). En respondent skrev att beteendemått är att föredra framför självskattningsskalor då det senare är att betrakta som sekundära mått och därför inte kan anses vara lika vetenskapligt pålitliga. Denna inställning har viss grund i ett inlärningsteoretiskt perspektiv på vetenskap där primära mått alltid är att föredra eftersom alla slutsatser baserade på andrahandskällor är mer eller mindre kvalificerade gissningar (Cooper, Heron, & Heward, 2013). Huruvida detta är sant eller inte är inte ämne för den här uppsatsen, men inställningen i sig kan vara missvisande och skulle kunna leda till att t.ex. Lamberts (2013b) alarmsystem avfärdas eftersom det bygger på mätinstrumentet OQ-45 som är en självskattningsskala. Alarmsystemet med OQ-45 som utgångspunkt är dock i dagsläget den enda metoden för att fånga upp negativ behandlingsutveckling som har evidens (Lambert, 2013b). Nästan ingen av respondenterna rapporterade att de träffat på litteratur eller artiklar i ämnet under sin utbildning, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att urvalet bestod av tämligen högutbildade behandlare. Negativa effekter verkar inte ges någon större uppmärksamhet på psykolog- eller psykoterapeutprogram i dagsläget. Detta borde vara föremål för diskussion och förändringsarbete inom olika lärosäten då forskning tydligt visat att negativa effekter av psykologisk behandling är ett reellt problem. För att kliniker ska kunna hantera och minska negativa effekter av psykologisk behandling krävs det kunskaper om problemen i sig och kunskaper om hur man kan fånga upp och hantera dessa på bästa sätt.

Resultatet lyfter i stora delar fram samma eller liknande aspekter av ämnet negativa effekter av psykologisk behandling som framkommit i Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz (1977) undersökning, vilken beskrivits i inledningen. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att det har gått mer än 35 år sedan dess och att urvalet i den här undersökningen var långt mer homogent gällande teoretisk orientering än urvalet i Strupp, Hadley och Gomes-Schwartz undersökning. Detta talar för en åtminstone delvis bestående och allmän giltighet i resultaten.

Slutligen går det att konstatera att negativa effekter, och patienters lidande till följd av dessa, är kännbart för många kliniker. Det är knappast kontroversiellt att påstå att de som ägnar sina yrkesliv åt att bota och lindra psykiskt lidande tar illa vid sig när patienters tillstånd förvärras eller när förväntade effekter uteblir och patienters hopplöshet växer. Castonguay et al. (2010) skriver att "however painful it may be, it is

important for those of us who are psychotherapists to recognize that we have all likely harmed one or more of our clients.” (s. 34). Det kan kanske vara lättare att uppmärksamma andra behandlares beteenden eller metoder i relation till negativa utfall, vilket en del respondenter gjort i sina enkätsvar. Forskningen visar dock tydligt att alla behandlare, med någotsånär lång klinisk erfarenhet, vid ett eller flera tillfällen har medverkat till att patienter farit illa till följd av psykologisk behandling.

Förslag till fortsatt forskning

Eftersom ämnet negativa effekter av psykologisk behandling fortfarande är tämligen outforskat så är egentligen all forskning som bidrar till ökad kunskap om detta av värde. Men med den kliniska vardagen i åtanke vore det synnerligen nyttigt om framtida forskning kunde föra fram fler metoder för att hantera, mäta och klassificera negativa effekter samt bidra med kunskap kring hur kunskaper inom ämnet kan överföras från forskning till klinisk praktik. Ett förslag till en studie skulle kunna vara att undersöka hur kliniker kan uppmuntras och bemedlas att tillämpa t.ex. Lamberts (2003) metod med patientfeedback, alltså hur man kan få så många kliniker som möjligt att integrera detta system i sin praktik och vilka hinder som kan tänkas finnas för detta. Vidare vore det intressant att undersöka klinikers kunskaper men med ett bredare urval av behandlare från mer skilda teoretiska utgångspunkter och med mer blandad utbildningsnivå. Ett annat forskningsuppslag gäller mer specifika faktorer och mekanismer bakom negativa effekter av psykologisk behandling, i dagsläget saknas det substantiell forskning kring detta. Det vore också intressant att undersöka varför så få tycks ha erhållit utbildning inom ämnet och vad som kan bidra till att fler blivande kliniker och forskare får tillräcklig kännedom om detta under sin grundutbildning. Sist men inte minst vore det väldigt intressant att undersöka hur man bäst kan stärka patienters, eller varför inte allmänhetens, kunskaper kring negativa effekter av psykologisk behandling, ju fler som redan från början har en rättvisande bild av psykologisk behandling, dess potentiella möjligheter och begränsningar, desto färre riskerar att gå in i ett behandlingsarbete med orealistiska förväntningar. Detta sistnämnda är förvisso alltid terapeutens ansvar att följa upp och korrigera genom psykoedukation, men en generell ökning av allmänbildning kring ämnet torde ändå alltid vara av godo, och skulle kunna bidra till att minska glappet mellan allmänhetens perspektiv på medicinsk och psykologisk behandling.

Referenser

American Psychological Association (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington: American Psychological Association.

Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 693-704. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016062>

Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data: An introduction to coding and analysis*. New York University Press, New York, NY. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620221036?accountid=38978>

Barlow, D. H., & Nock, M. K. (2009). Why can't we be more idiographic in our research? *Perspectives on Psychological Science, 4*(1), 19-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01088.x>

Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist, 65*(1), 13-20. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0015643>

Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology, 71*(4), 235-246. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0023577>

Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(9), 787-794. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00048670903107559>

Boisvert, C. M., & Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(5), 508-513. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.508>

Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(6), 708-716. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.37.6.708>

Bohart, A. C., & Greaves Wade, A. (2013). *The Client in Psychotherapy*. I M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (sid. 219–257). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi:<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 18*(3), 299-305. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0088377>

Böttcher, Andersson, Rozental & Carlbring. (2014). Side Effects in Internet-based Interventions for Social Anxiety Disorder. Opublicerat manuskript.

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist, 65*(1), 34-49. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0017330>

Cooper, J.O., Heron, T.E., Heward, W.L. 2013. *Applied Behavior Analysis*. Pearson, Merrill Hall, New Jersey Columbus, Ohio.

Dawes, R. M. (1989). Experience and validity of clinical judgment: The illusory correlation. *Behavioral Sciences & the Law*, 7(4), 457-467. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617722618?accountid=38978>

Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21-33. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0017299>

Eysenck, H. J. (1967). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>

Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022-1028. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.1022>

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620676736?accountid=38978>

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>

Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13284207.2010.500309>

Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/742979503?accountid=38978>

Helsingforsdeklarationen. (2013). Besökt den 020114 på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

Irving, P., & Long, A. (2001). Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 307-314. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1351-0126.2000.00388.x>

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>

Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.563249>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg025>

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (sid. 139–193). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10503300601032506>

Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (sid. 169-218). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.

Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030682>

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>

Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1765>

Lynn, S. J., Lock, T., Loftus, E. F., Krackow, E., & Lilienfeld, S. O. (2003). The remembrance of things past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy Guilford Press, New York, NY. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620063238?accountid=38978>

Lohr, J. M., Hooke, W., Gist, R., & Tolin, D. F. (2003). Novel and controversial treatments for trauma-related stress disorders Guilford Press, New York, NY. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620063927?accountid=38978>

Mays, D., & Frank, C. (Eds.). (1985). Negative outcome in psychotherapy. New York: Springer.

Mercer, J., Sarner, L., & Rosa, L. (2003). Attachment therapy on trial: The torture and death of candace newmaker Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Westport, CT. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620108798?accountid=38978>

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/618660972?accountid=38978>

Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 878-884. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030274>

Nutt, D. J., & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22(1), 3-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0269881107086283>

Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.383>

Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry research*, 206(2-3), 293–301. doi:[10.1016/j.psychres.2012.11.026](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.026)

- Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention, and research directions. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9(3), 113-122. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619445098?accountid=38978>
- Rhule, D. M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 618-625. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.618>
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R., Beekman, A., van Marwijk, H., & van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351-361. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712000670>
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioural Psychotherapy*, 10(1), 4-25.
- SKL. (2014). Information om överenskommelse rehabiliteringsgarantin 2014. Besökt den 020114 på http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/overenskommelser-med-staten-sjukskrivningar/mer-information-om-overenskommelse-rehabiliteringsgarantin
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-196. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.3.187>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. doi:<http://dx.doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119-127. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>

Bilaga 1.

Enkätfrågor:

- A När jag bedriver psykologisk behandling gör jag det i egenskap av... [vilket yrke?]
- B Beskriv din utbildning i psykoterapi!
- C Min huvudsakliga terapeutiska inriktning, alltså den teoretiska orientering som jag huvudsakligen utgår ifrån när jag bedriver psykologisk behandling, är...
- D Hur många år har du arbetat med psykologisk behandling?
- E Existerar det ett problem med negativa effekter, alltså kan vi på goda grunder tala om att patienter blir sämre eller upplever aversiva och oönskade händelser som en konsekvens av psykologisk behandling?
- F Om du svarat ja ovan; vad skulle i så fall utgöra/känneteckna en negativ effekt av psykologisk behandling?
- G Enligt vilka kriterier skulle du välja att bedöma huruvida en patient har erfårit negativa effekter till följd av psykologisk behandling?
- H Resultat av psykologisk behandling är självklart en funktion av många faktorer, men vilka faktorer skulle du associera med, eller anse vara orsak till negativa effekter?
- I I din mening, finns det någon specifik patientgrupp som särskiljer sig vad gäller förekomst av negativa effekter?
- J Fick du kunskap om, eller kom du i kontakt med, litteratur eller forskning som berör ämnet biverkningar under din grundutbildning?
- K Har du egna kliniska erfarenheter av negativa effekter till följd av psykologisk behandling? Beskriv!
- L Hur gammal är du?
- M Kön?
- N Det var den sista frågan. Är det något du vill lägga till?

Frågorna fem till och med åtta är tagna från Strupp, Hadley och Gomes-Schwartzs (1977) enkätundersökning, dock utgör frågorna sex och sju en sammanhållen fråga i dess ursprungliga form.