

Negativa effekter av psykologisk
behandling
- en deskriptiv enkätstudie

Angelica Norström

Handledare: Per Carlbring och Alexander Rozental

Examinator: Gunilla Berglund

PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET, 15 POÄNG, 2015

Stockholms Universitet

Psykologiska Institutionen

NEGATIVA EFFEKTER AV PSYKOLOGISK BEHANDLING – EN DESKRIPTIV STUDIE

Angelica Norström

Negativa effekter av psykologisk behandling är ett eftersatt kunskapsområde med få studier utifrån ett patientperspektiv. Syftet med denna deskriptiva studie var att belysa upplevelsen av negativa effekter hos de 464 respondenter som själva valt att besvara denna enkät och att undersöka om dessa negativa effekter ansågs orsakade av behandlingen eller andra omständigheter, i vilken grad de hade en negativ påverkan samt om de fanns någon koppling mellan upplevde negativa effekter och hur nöjda respondenterna var med behandlingen. Resultaten av de mest vanligt förekommande negativa effekterna av den psykologiska behandlingen visade att de flesta var behandlingsrelaterade medan försämring i psykiskt mående relaterades till andra omständigheter. Det förekom även en negativ korrelation mellan upplevelsen av negativa effekter av den psykologiska behandlingen och hur nöjda respondenterna var med behandlingen.

Traditionellt har forskningen kring effekter av psykologisk behandling fokuserat på de positiva behandlingseffekterna, det vill säga hurvida en given behandling antas kunna ge en önskvärd effekt vid behandling av en given patientgrupp, alternativt om en behandling är att föredra framför en annan (Berk & Parker, 2009). Forskningen kring negativa effekter av psykologisk behandling är däremot ett outforskat och i många avseenden eftersatt område (Barlow, 2010; Dimidjan & Hollon, 2010; Lilienfeld, 2007). Nutt och Sharpe (2008) har belyst att många forskningsstudier kring psykologisk behandling inte ens har övervägt möjligheten att den aktuella behandlingen skulle kunna ge upphov till negativa effekter. De flesta forskningsstudier har begränsat registreringen av negativa effekter till att enbart innefatta allvarliga händelser så som suicidförsök, genomförd suicid och slutenvårdsinläggningar. Andra möjliga negativa upplevelser, så som exempelvis temporär ökning av ångest, har ofta setts som en naturlig del av psykologisk behandling och har därmed inte dokumenterats som en möjlig negativ effekt (Peterson, Roache, Raj, & Young-McCaughan, 2012).

På senare år har dock intresset för en fördjupad förståelse inom ämnet vuxit sig allt starkare. I Sverige så gick Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, år 2012 ut med en uppmaning till forskarvärlden om en redovisning av negativa effekter av psykologisk behandling efter att de genomfört en genomgång av alla randomiserade kontrollerade studier av psykologiska interventioner som publicerades under år 2010. Bara i fåtalet fall gick det att se om forskarna undersökt eventuella biverkningar eller negativa effekter av behandlingen (SBU, 2012).

Även från vissa delar av forskarvärldens håll har detta kommit att belysas. Barlow publicerade år 2010 en sammanfattning av de senaste 40 årens forskning om samt kliniska erfarenheter av negativa effekter av psykologisk behandling, i vilken han lyfte att detta forskningsområde är förvånansvärt lite uppmärksammat och att det är hög tid att systematiskt samla in kunskaper och utveckla nya metoder i detta syfte. Han menade på att

ett fokus på negativa effekter på sikt skulle kunna leda till bättre patientinformation, finjustering av interventioner och bättre individanpassning vilket skulle gagna både patienter och kliniska utövare (Barlow, 2010).

En nyligen grundlig genomgång av genomförda randomiserade, kontrollerade studier kring psykologiska interventioner vid olika psykiatriska tillstånd fann totalt 132 kvalificerade studier. Vid enbart 21 procent av dessa fanns någon indikation på att någon form av monitorering av skada skett, och endast tre procent av studierna gav en beskrivning av negativa händelser eller vilka metoder för insamling av dessa som använts (Jonsson, Alaie, Parling, & Arnberg, 2014). Detta visar på svårigheterna att bedöma samt fastställa negativa effekter av psykologisk behandling. Särskilt svårt är det att bedöma om dessa effekter är relaterade till behandlingen eller till följd av andra omständigheter (Linden & Schermuly-Haupt, 2014).

Definition av negativa effekter

Försämringseffekten.

Risken för behandlingsorsakad försämring hos psykiatriska patienter observerades för första gången för nära fem decennier sedan och har sedan dess noterats av en rad forskare. Bergin (1966) anses vara en av de forskare som tidigt tog initiativ till att studera samt beskriva risken att en behandling kan leda till negativa konsekvenser i form av försämring. Bergin (1966) noterade, när han gick igenom sju psykoterapiforskningsstudier, att vid en första anblick påvisade deltagarna i experimentgruppen i dessa studier lite eller ingen förändring, vid jämförelse av skattningar före och efter behandling, jämfört med kontrollgruppen, men att vid en närmare granskning av dessa studier sågs en högre variabilitet inom experimentgrupperna. Denna variabilitet doldes dock av det faktum att utöver de som förbättrades signifikant av sin behandling, alternativt förbättrades eller försämrades spontant, så fanns ytterligare en grupp som försämrades signifikant av sin behandling. Bergin (1966) kallade detta fenomen för försämringseffekten. Det faktum att dessa data antydde att psykoterapi gav betydande effekt för vissa i experimentgruppen i jämförelse med de obehandlade personerna i kontrollgruppen var ett första objektivet bevis mot påståenden att alla effekter enbart kunde tillskrivas spontanförbättring och att även försämring kunde påvisas (Barlow, 2010). Försämringseffekten har varit ett betydande bidrag till forskningen kring negativa effekter av psykologisk behandling och i dagsläget är det mer eller mindre vedertaget att 5% till 10% av patienterna blir försämrade under tiden de genomgår sin behandling (Lambert, 2007). 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 finns även andra sätt att närma sig fenomenet.

Den tresidiga modellen.

Forskarna Strupp och Hadley (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. De belyste det faktum att försämring inte är den enda typen av negativt utfall som kan komma ur behandlingen utan att patienter kan uppleva negativa förändringar inom andra områden också. De menade på att själva definitionen av begreppet negativa effekter beror på vilket perspektiv som antas. De bidrog därför till att definiera negativa effekter genom presentation av en tresidig modell, i vilken de lyfte hur olika perspektiv på mental hälsa kan tas utifrån samhälle, professionella behandlare och individ. Utifrån denna modell bedöms det om en patient har erhållit positiva eller negativa effekter av behandlingen utifrån vems perspektiv som tas

för att besvara frågan. Strupp och Hadley (1977) lyfte även fram vikten av att skilja mellan patienter som försämras i form av ett återfall efter behandlingens avslut och de patienter som faktiskt försämras under terapins gång. Den tresidiga modellen har bidragit med en djupare förståelse för komplexiteten i forskning kring både mental hälsa och negativa effekter av psykologisk behandling.

Negativt utfall.

Ytterligare ett bidrag till arbetet med att definiera negativa effekter av psykologisk behandling gavs av Mays och Franks (1985) som skrev om negativt utfall. Denna definition handlar om en tillbakagång i fungerande inom olika områden från början till slutet av behandlingen. Denna tillbakagång kan eller kan inte vara kopplad till själva den psykologiska behandlingen då det är svårt att visa på ett tydligt kausalt samband. Termen negativt utfall är därmed inte begränsad till att enbart innefatta de negativa förändringar som skulle kunna anses vara orsakade av den psykologiska behandlingen utan kan även ha andra orsaker. Författarna lyfter en hypotes om att kanske vissa patienter genomgår en utveckling av försämring oavsett psykologisk behandling eller inte (Mays & Franks, 1980). Med andra ord blir patientens karaktärsdrag här av större betydelse. De menar även på att det är möjligt att en individ erhåller negativa utfall i en del av sitt psykiska fungerande samtidigt som denna erhåller ett positivt utfall inom en annan (Mays & Franks, 1985). Beroende på var orsaken bakom det negativa utfallet läggs, blir rekommendationerna för hur minska försämringsantalet väldigt olika.

Direkta och indirekta negativa effekter.

Frågan kring kausalitet har fortsatt att debatteras och för att kunna avgöra ifall att de negativa effekterna är en direkt konsekvens av den psykologiska behandlingen eller inte krävs en jämförelsegrupp för kontroll av det naturliga förloppet av det psykiatriska problem som är i fokus för behandlingen (Dimidjian & Hollon, 2010). Detta i sig väcker åter frågor kring definitionen av vad som menas med negativa effekter. Forskarna Dimidjian och Hollon (2010) lyfter att för att kunna skapa konsensus kring hur definiera negativa effekter så bör hänsyn tas till en rad olika faktorer. De menar på att begreppet bör bräddas ytterligare till att inte enbart innefatta mått på försämring utan att även andra negativa effekter kan förekomma under den psykologiska behandlingen, så som social stigmatisering, symtom som inte minskat under behandlingen, samt att utveckla ett beroende till behandlaren. De menar också att även icke-respons av behandlingen, det vill säga utebliven effekt, kan anses vara negativ då den skulle kunna ha hindrat patienten från att få en mer adekvat vård eller en upplevelse av spontan remission. I likhet med Strupp och Hadley (1977) lyfter här dessa forskare negativa effekters olika synvinklar.

Dimidjian och Hollon (2010) anser även att det är av betydelse att skilja på direkta samt indirekta negativa effekter. Patienter kan bli skadade av behandlingen i sig eller av besluten som görs kring dessa behandlingar. Med skadliga behandlingar menas här behandlingar som har en kausal effekt på så sätt att resultaten av behandlingen är sämre än de skulle ha varit utan behandling. En behandling kan förvärra problemområdet som är i fokus för behandlingen men kan också förvärra andra problemområden som inte var i fokus för interventionen. Med detta menas att behandlingen kan ha indirekta skadliga effekter i form av kostnader vad gäller tid, pengar samt andra resurser så väl som andra möjligheter som gått förlorade. Dessa negativa effekter kan inte sägas vara direkt kausala till behandlingen men bör trots detta lyftas vid diskussionen av skada (Dimidjian & Hollon, 2010).

Ytterligare en faktor som lyfts av Dimidjan och Hollon (2010) är att samma behandling kan ha både fördelaktiga och skadliga effekter. Behandlingen kan även anses vara allmänt skadlig, eller så kan dess skadliga effekter modereras av patientens karaktärsdrag och enbart vara skadlig för vissa. Här tar de vid kring det patientperspektiv som Mays och Franks (1985) tidigare belyst. Exempelvis finns det indikationer som visar på att avslappningsövningar kan framkalla panikattacker ibland en minoritet av patienter med ångestproblematik. Alltså kan sägas att avslappning generellt sett är fördelaktigt för de allra flesta patienter, men kan vara skadligt för vissa (Dimidjan & Hollon, 2010).

En annan viktig aspekt är att utfallets beskaffenhet kan förändras över tid. En intervention som kan verka skadlig inledningsvis kan visa sig vara verksam över tid och vice versa. En del behandlingar kan försämra patienten på kort sikt men ha en positiv effekt på lång sikt. Exempelvis tycks cirka 10-20% av alla patienter med PTSD uppleva en övergående försämring av symtom i samband med introduktionen av exponering i behandlingen. Dessa individer går dock sedan över till att förbättras i samma takt som de som inte upplevt någon sådan försämring (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002).

Rozental et al. (2014) har skapat en översikt över resultat av forskningen kring innebörden av potentiella negativa effekter av internetbaserad psykologisk behandling genom vilken de vill försöka bidra till en gemensam terminologi samt konsensus kring begreppet. Denna översikt innefattar sju klassificeringar med tillhörande definitioner som exempelvis att huvudsymtom i fokus för behandlingen förvärras, ökad ångest under introceptiv exponering, självskada, ökad suicidalitet, insomni, minskat självförtroende och stigmatisering. Även avhopp från behandlingen samt frånvaro av gynnande behandlingseffekter nämns. Författarna (Rozental et al., 2014) belyser här negativa effekter som kan ses som orsakade av den psykologiska behandlingen och/eller av andra omständigheter. De ger även rekommendationer kring hur monitoreringen av dessa negativa händelser skulle kunna gå till både i den kliniska vardagen samt i forskningssammanhang.

För att kunna slå fast vad som utgör och definierar innebörden av begreppet negativa effekter av psykologisk behandling så måste hänsyn tas till ur vilket perspektiv behandlingen utvärderas (till exempel patienten, terapeuten, signifikanta andra och samhället) och vad vi menar med ett önskat resultat av behandlingen (Mays & Franks, 1980). Dimidjan och Hollon (2010) skrev att alla ansatser att definiera negativa effekter av psykologisk behandling har många olika aspekter att ta hänsyn till och det är även av betydelse att väga in i vilken mån förekomst av negativa effekter är direkt orsakade av behandlaren eller inte.

Strukturerad bedömning av negativa effekter

Terapeutens val kring och i behandlingen som respons till de patienter som försämras är beroende av terapeutens förmåga att upptäcka eventuell försämring hos patienten när den sker. Forskning har visat på att terapeuter troligen kämpar med detta mer än vad vi tidigare har kunnat ana. Hannan et al. (2005) har i sin forskning funnit att terapeuterna nästan helt misslyckades att förutse klientens försämring samt upptäckte inte försämring när den höll på att ske. Även de två studier som genomförts av Hatfield, McCullough, Frantz och Krieger (2009) visar på dessa svårigheter och belyser det behov av stöd terapeuterna kan behöva i form av feedbacksystem, exempelvis regelbundna enkäter, för att upptäcka försämring samt övriga negativa effekter. Flera studier har visat att systema-

tisk feedback från riskutsatta patienter kan användas för att vända trenden i behandlingar som är på väg att ge upphov till ett negativt resultat (Lambert et al., 2002; Kazdin, 2008). Feedback genom ett strukturerat feedbacksystem har visat sig i högre utsträckning leda till ändringar av behandlingsplanen än enbart patientens verbala feedback (Hatfield & Ogles, 2006). Feedback har även visat sig kunna påverka längden av en behandling och dess utfall för patienter identifierade som försämrade under pågående behandling (Lambert et al., 2002).

Ett antal förslag som handlar om att hjälpa forskare samt kliniker i undersökandet samt klassificeringen av händelser som upplevs som negativa av patienterna har under de senaste åren presenterats (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007). Dimidjan och Hollon (2010) argumenterar för att såväl kvalitativa som kvantitativa metoder bör användas. Öppna frågor likväl som patienters självrapportering kan ge värdefull, narrativ information om relationen mellan en behandlingsintervention och en viss typ av negativ effekt. En rad olika frågeformulär samt checklistor har skapats utifrån detta syfte. Två exempel är the Unwanted Event and Adverse Treatment Reaction Checklist (UEATR-checklist) och the Experience of Therapy Questionnaire (ETQ).

UEATR-Checklist är konstruerad för att hjälpa forskare och kliniker att samla in och kategorisera data kring oönskade händelser och negativa effekter av psykologisk behandling. Checklistan försöker även särskilja den troliga orsaken bakom eventuell försämring samt gradera denna. Den lyfter även in utebliven behandlingseffekt samt eventuell försämring av sjukdomstillstånd och är baserad på behandlarens bedömning av detta (Linden, 2012). Även ETQ syftar främst till att fungera som mätinstrument, utifrån patientskattningar, vid behandlingsstudier, gällande såväl negativa som positiva effekter av behandlingen (Parker et al., 2012).

I en studie kring klinikers kunskaper om negativa effekter (Bystedt, Rozental, Andersson, Boettcher, & Carlbring, 2014). framkom att kliniker har upplevelser av negativa effekter av den psykologiska behandling de erbjuder, här främst kognitiv beteendeterapi (KBT), men att det finns brister i kunskaper kring hur kliniker ska upptäcka samt förebygga dessa effekter. Bristen i konsensus kring vilka kriterier som skall ligga till grund för innebörden av begreppet blir här återigen tydligt (Bystedt et al., 2014).

Kvalitativ bedömning av negativa effekter

De flesta studier som beskriver negativa effekter 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 negativa effekter. Det finns även få studier som utgår från patienternas egna upplevelser (Barlow, 2010). Ett undantag är den kvalitativa studie som genomförts av Boettcher et al. (2014) med fokus på upplevda negativa effekter under pågående internetbehandling för social fobi. Författarna fann att fjorton procent av de totalt 133 deltagarna upplevde negativa effekter under pågående behandling som de uppfattade som orsakade av behandlingen. Det kunde handla om uppkomst av nya symtom, exempelvis insomni, men även upplevelse av sorg kopplat till insikten om hur stor påverkan huvudproblematiken fått på livet i stort. Även förvärrad ångest förekom i samband med ett ökat fokus på tankarna och känslorna kopplade till den sociala fobin. Majoriteten av de som rapporterade negativa effekter fann dock att dessa var tämligen kortvariga och inte påverkade deras välbefinnande negativt på lång sikt (Boettcher et al., 2014).

I en annan studie av internetbehandling genomförd av Rozentel et al. (2015) rapporterade 9,3 procent av totalt 558 respondenter någon form av upplevd negativ effekt. Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i två huvudkategorier: patientrelaterade negativa effekter, exempelvis ökad ångest eller nedstämdhet kopplat till ökad insikt i sin egen problematik samt även upplevelse av stress och insomni, och behandlingsrelaterade negativa effekter, exempelvis svårigheter att förstå behandlingsrationalen (Rozental et al., 2015).

Syfte

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka klienters upplevelse av och syn på negativa effekter av psykologisk behandling som de genomgått under de senaste två åren, det vill säga år 2013 och/eller 2014. Studien är av en deskriptiv karaktär och del av ett större forskningsprojekt som bedrivs vid Stockholms Universitet.

Frågeställningen är tredelad:

1. Vilka negativa effekter av psykologisk behandling förekommer bland den grupp av klienter som själva valt att besvara denna enkät och av de mest förekommande av dessa i vilken grad anser de att dessa negativa effekter påverkat dem?
2. Vilka negativa effekter orsakade av andra omständigheter förekommer bland den grupp av klienter som själva valt att besvara denna enkät och av de mest förekommande av dessa i vilken grad anser de att dessa negativa effekter påverkat dem?
3. Finns det ett samband mellan rapporterade negativa effekter och hur nöjd klienten är med den erhållna psykologiska behandlingen?

Metod

Undersökningsgrupp

Ett bekvämlighetsurval har använts till den här uppsatsen och inbjudan till att delta i undersökningen, här att anonymt besvara en enkät om negativa effekter av psykologisk behandling, skickades ut via sociala medier, radio samt publicering i dagspress. Totalt påbörjade 939 personer att besvara enkäten varav 404 gav ofullständiga svar och 535 fullständiga. Av dessa exkluderades dock 71 stycken då de svarat att de inte gått i behandling under åren 2013 och/eller 2014. Med andra ord blev det slutgiltiga antalet godkända enkäter 464 stycken. För undersökningsgruppens demografiska data se Tabell 1 nedan. Av dessa uppgav 57,3 procent ($n = 266$) att de inte stod på någon medicinsk behandling under tiden för pågående terapi, medan 42,2 procent ($n = 196$) svarade att de var insatta på medicin. Två personer uppgav att de inte mindes detta.

Bortfall

De 404 ofullständiga enkätsvaren kan förklaras med att personer öppnat enkäten men sedan inte valt att besvara den fullständigt. Detta hänger troligen ihop med att det funnits ett intresse av att titta på enkäten innan personen valde att besvara den eller inte. Det kan också hänga ihop med att vissa respondenter reagerat på frågornas karaktär eller ansett att det tog för lång tid att genomföra hela enkäten. Valet av inklusionskriterier, att som respondent ha genomgått den psykologiska behandlingen för inte mer än två år sedan, hänger ihop med syftet att fånga in upplevelser av negativa effekter av den psy-

kologiska behandlingen vilka bedöms bli svårare att minnas ju längre tid efter behandlingen som gått.

Tabell 1. Demografisk data över respondenter som besvarat enkäten presenterat i antal samt procentuell andel.

Demografiska variabler	Respondenter (n = 464)
Kön: n (%)	
Kvinna	354 (76,3)
Man	105 (22,6)
Annat	5 (1,1)
Ålder (år): M (SD)	38,04 (12,33)
Civilstatus: n (%)	
Gift/sambo/motsvarande	270 (58,2)
Singel/ensamstående	194 (41,8)
Utbildningsnivå: n (%)	
Grundskoleutbildning	18 (3,9)
Gymnasialutbildning	119 (25,6)
Högskola/universitet	287 (61,9)
Yrkesutbildning	28 (6,0)
Forskarutbildning	12 (2,6)
Sysselsättning: n (%)	
Jobbar	225 (48,5)
Studerar	119 (25,6)
Arbetssökande	28 (6,0)
Pensionär	22 (4,7)
Föräldraledig	11 (2,4)

De 464 respondenterna uppgav olika huvudproblemområden som de sökt psykologisk behandling för, främst inom ångest- och depressionsområdet. Under övrigt kategoriserades här angivna problemområden som inte angås tydligt tillhöra några av de psykiatriska områdena, exempelvis självreflektion, hantering av känslor samt anhörigas sjukdom. Data presenteras nedan i Tabell 2.

Tabell 2. Data över vilket problemområde respondenterna själva angett att de sökt psykologisk behandling för presenterad i antal samt procentuell andel.

Typ av terapifokus: n (%)	Respondenter (n = 464)
Ångest	101 (21,8)
Blandat ångest/depression	92 (19,8)
Depression	66 (14,2)
Relationsproblem	65 (14,0)
Utmattnings/stress	62 (13,4)
PTSD/trauma/kris	26 (5,6)
Emotionell instabilitet	8 (1,7)
Smärta/sömnproblem	7 (1,5)
Utbildningsterapi	6 (1,3)
Prokrastinering	3 (0,6)
Övrigt	28 (6,0)

Vad gäller vilken typ av psykologisk behandling klienterna erhållit, det vill säga huvudsaklig teoretisk orientering, angav den största andelen kognitiv beteendeterapi (KBT) alternativt psykodynamisk terapi (PDT). En tämligen stor andel, 82 personer (17,7%), angav att de inte visste eller inte hade blivit informerade om utifrån vilken teoretisk inriktning deras behandlare arbetade. Med övrigt menas här gruppterapi, familjeterapi samt gestaltterapi. För fullständig information se Tabell 3 nedan. Längden på den psykologiska behandlingen sträckte sig från någon vecka, det vill säga ett enskilt stödjande samtal, till flertalet år med den genomsnittliga längden $M = 34,18$ veckor ($SD = 28,80$), $min = 1$ vecka - $max = 100$ veckor. Den största andel av klienterna, 40,5 %, erhöll sin psykologiska behandling inom privat regi ($n = 188$), medan 39,5 procent angav att behandlingen skett inom den offentliga vården, det vill säga psykiatri ($n = 107$) respektive vårdcentral ($n = 76$).

Tabell 3. Data över typ av psykologisk behandling presenterad i antal samt procentuell andel.

Typ av psykologisk behandling	Respondenter ($n = 464$)
KBT / ACT	186 (40,1)
PDT	112 (24,1)
Oklart / Vet inte / Samtalsterapi	82 (17,7)
Blandat / Integrativ	30 (6,5)
MBT / DBT	9 (1,9)
KT / Schematerapi	8 (1,7)
Internet (KBT)	8 (1,7)
Relationell / Existentiell	6 (1,3)
Övrigt	23 (5,0)

Material

Enkät kring negativa effekter av psykologisk behandling.

Som beskrivit ovan (under avsnittet om mätinstrument) finns idag ett antal frågeformulär samt checklistor till hjälp för forskare att särskilja samt kategorisera olika typer av negativa effekter (Lambert, 2003; Linden, 2012; Parker et al., 2012). Även om dessa mätinstrument är användbara så är ingen av dem validerade och har inte heller kommit att börja användas i det dagliga kliniska arbetet, varför det är svårt att uttala sig om dess nytta för att upptäcka negativa effekter under pågående behandling (Rozenal et al., 2014). Att definiera negativa effekter enbart utifrån mått på försämring kan även innebära att andra typer av negativa effekter förbises under behandlingen (Dimidjan & Hollon, 2010). Utifrån bristen på konsensus i definitionen av innebörden av negativa effekter (Rozenal et al., 2014) ämnar denna enkät till att ge en fördjupad förståelse för patienternas egna upplevelser och därmed bidra till fördjupningen av detta forskningsområde. Enkäten är framtagen av forskarlaget runt Rozenal et al. (2014) vid Stockholms Universitet. Enkäten ämnar försöka fånga in aspekter så som försämring, negativa händelser (exempelvis ökad ångest), allvarliga negativa händelser (exempelvis ökade suicidtankar) samt nya symtom (exempelvis insomni) (Rozenal et al., 2014). Enkäten bygger på en litteraturoversikt, liknande instrument för att mäta negativa effekter, samt kvalitativ data (Rozenal et al., 2015), i syfte att skapa en teoretisk utgångspunkt som sedan testas empiriskt (Cronbach & Meehl, 1955). Antalet frågor är i nuläget 60, och innehåller även en öppen fråga där individen själv kan beskriva negativa effekter

som inte har tagits upp av instrumentet. Resultaten av denna öppna fråga inryms inte inom ramen för denna studie. Eftersom instrumentet ännu är i utveckling saknas information om dess psykometriska egenskaper, och likaså innehåller instrumentet för närvarande fler frågor än vad den slutgiltiga versionen kommer att innefatta, så kallat överinclusiveness (Clark & Watson, 1995).

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8).

CSQ-8 (Attkisson & Greenfield, 2004) användes för att utvärdera hur nöjda patienterna var med den psykologiska behandlingen de erhållit. Formuläret består av 8 frågor om uppfattningen av behandlingen skattat på en fyrgradig skala och är framtaget ur behovet att skapa ett lättadministrerat, standardiserat instrument som kan användas inom olika typer av vårdanordningar. Skalan är utgiven på flertalet språk och uppskattas ta mellan 1-5 minuter att fylla i. Den sammanlagda poängen erhålls genom att räkna ihop svaren på de enskilda frågorna. Poängen summeras från 8 till 32, där höga poäng indikerar större tillfredsställelse. Skalan har hög intern konsistens, Cronbachs alfa = .83 till .93, och god reliabilitet (Attkisson & Greenfield, 2004).

Procedur

En länk till den anonyma internetbaserade enkäten om negativa effekter av psykologisk behandling (se Bilaga 1) skickades ut av professor Per Carlbring till ett antal respondenter i en pilottestning. Efter denna gjordes några mindre korrigeringar av enkäten tills dess att den bedömdes vara lämplig att användas till tilltänkt syfte. Därefter lade professor Per Carlbring ut länken till enkäten (www.psykoterapiforskning.nu) tillsammans med frågor rörande demografi, erfarenheter av psykologisk behandling samt CSQ-8 (se Bilaga 2) i sociala medier, samt Beteendeterapeutiska föreningens hemsida, www.kbt.nu. En hänvisning till enkäten gavs även i dagstidningen Dagens Nyheter den 06-03-2015 i samband med publiceringen av en artikel i ämnet. Professor Per Carlbring deltog även den 23-02-2015 i radioprogrammet "Vetenskapsradion Forum" där han också tipsade om enkäten. Ingen ersättning utbetalades för att besvara enkäten, som uppskattades ta cirka 10 minuter att besvara. Länken till enkäten var öppen mellan den 11 januari – 3 mars 2015, det vill säga i 8 veckor.

Databearbetning

Samtliga statistiska analyser genomfördes i IBM SPSS Statistics (version 22). Kvalitativ data omkodades till siffror i syfte att möjliggöra nödvändiga beräkningar. Frekvenser, medelvärden och standardavvikelse togs fram för alla demografiska variabler, exempelvis ålder och terapilängd, liksom vilka frågor i enkäten kring negativa effekter som förekom mest, samt graden av deras påverkan (se Bilaga 1). Korrelationer beräknades med hjälp av Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient, tvåsidig, och där $r = .1$, $.3$, och $.5$ ofta används som gränsvärden för liten, måttlig och stor korrelation. De variabler som användes vid beräkningen av korrelationer fastställdes på förhand utifrån uppsatsens frågeställningar och teoretisk relevans: frekvensen av biverkningar, påverkansgraden av biverkningar, samt CSQ-8. En korrelation behövde dessutom vara $p < .05$ för att betraktas som signifikant, och en Bonferroni-korrigerad utfördes för att ta hänsyn till multipla jämförelser av variabler och risken att begå typ-1-fel, det vill säga experiment-wise error rate. Enligt detta kriterium dividerades signifikansnivån med antalet korrelationsanalyser, i detta fall sju, vilket resulterade i $p = .05/7 = .007143$, det vill säga gränsen för om en korrelation var att betrakta som signifikant. För att beräkna andelen förklarad varians kvadrerades även korrelationen, exempelvis $r = (-.684)^2 = 46.79\%$.

Etiska överväganden

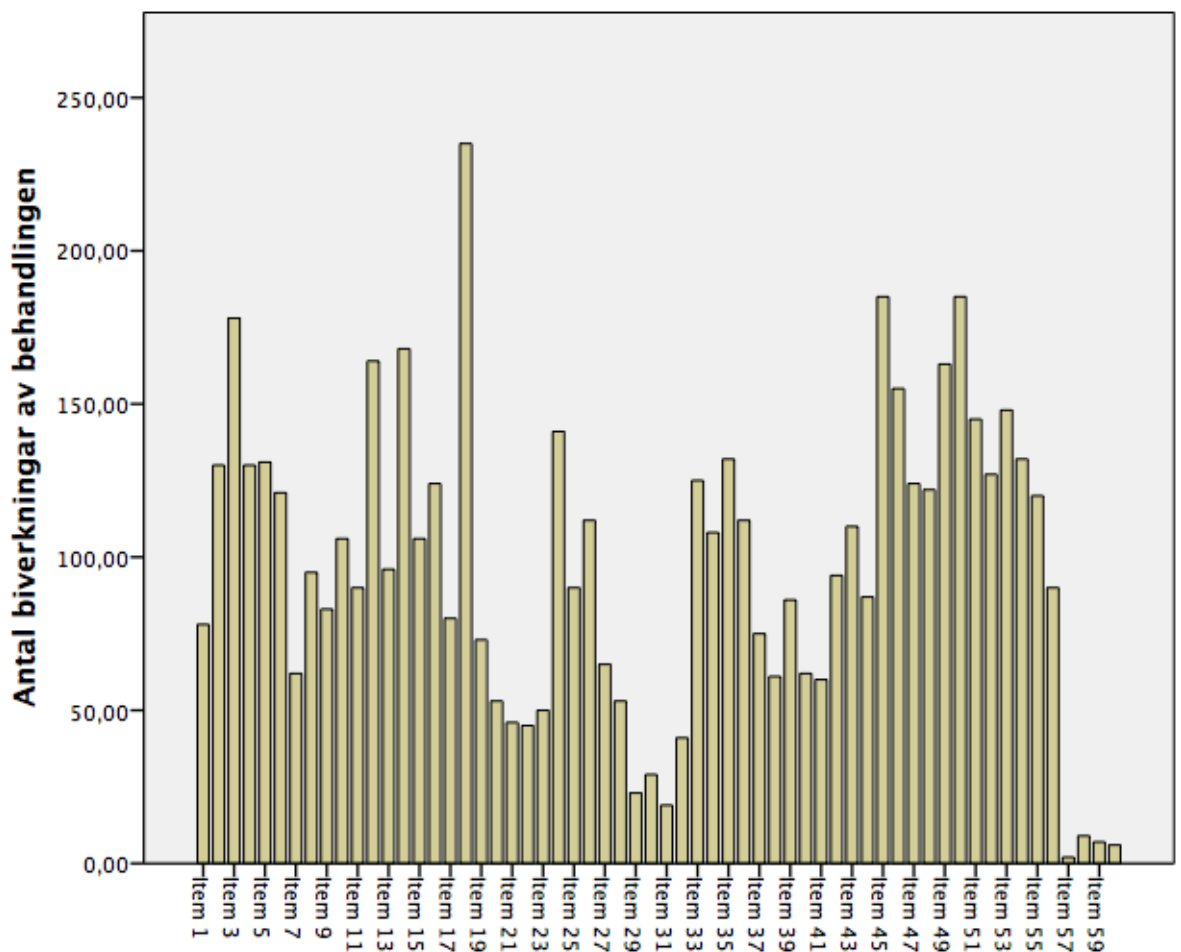
Datansamlingen skedde helt anonymt och frivilligt via en internetbaserad enkät. Resultatet gick inte att härleda till någon identifierbar person. Det kan dock i vissa fall anses känsligt att tala om negativa effekter och om det framkommit att vissa patienter lidit av sin behandling, men detta anses samtidigt vara den enskilde behandlarens ansvar att följa upp vid avslutandet av behandling. Därav väger nyttan av denna typ av undersökning tyngre än risken att någon enskild respondent upplevt visst obehag av ämnet. Samtliga respondenter har erbjudits att ta del av den färdiga studien om så skulle önskas.

Resultat

Negativa effekter av den psykologiska behandlingen

Data för samtliga respondenter ($n = 464$) har analyserats. Antal angivna negativa effekter av den psykologiska behandlingen går att avläsa i Figur 1, uppdelat per fråga. 433 respondenter har uppgivit att de erhållit någon form av negativ effekt kopplat till behandlingen. Vanligast förekommande negativa effekterna var ”Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv” (fråga 18), ”Jag förstod inte alltid min behandling” (fråga 45) samt ”Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades” (fråga 50).

Av det totala antalet respondenter så svarade 25 procent ($n = 116$) att de i början av terapin hade blivit informerade om att den psykologiska behandlingen de skulle genomgå kunde medföra negativa effekter. 42,9 procent ($n = 199$) hade även fått information om de förväntade positiva effekterna.



Figur 1. Antal respondenter som uppgivit att de upplevt negativa effekter av den psykologiska behandlingen uppdelat per fråga.

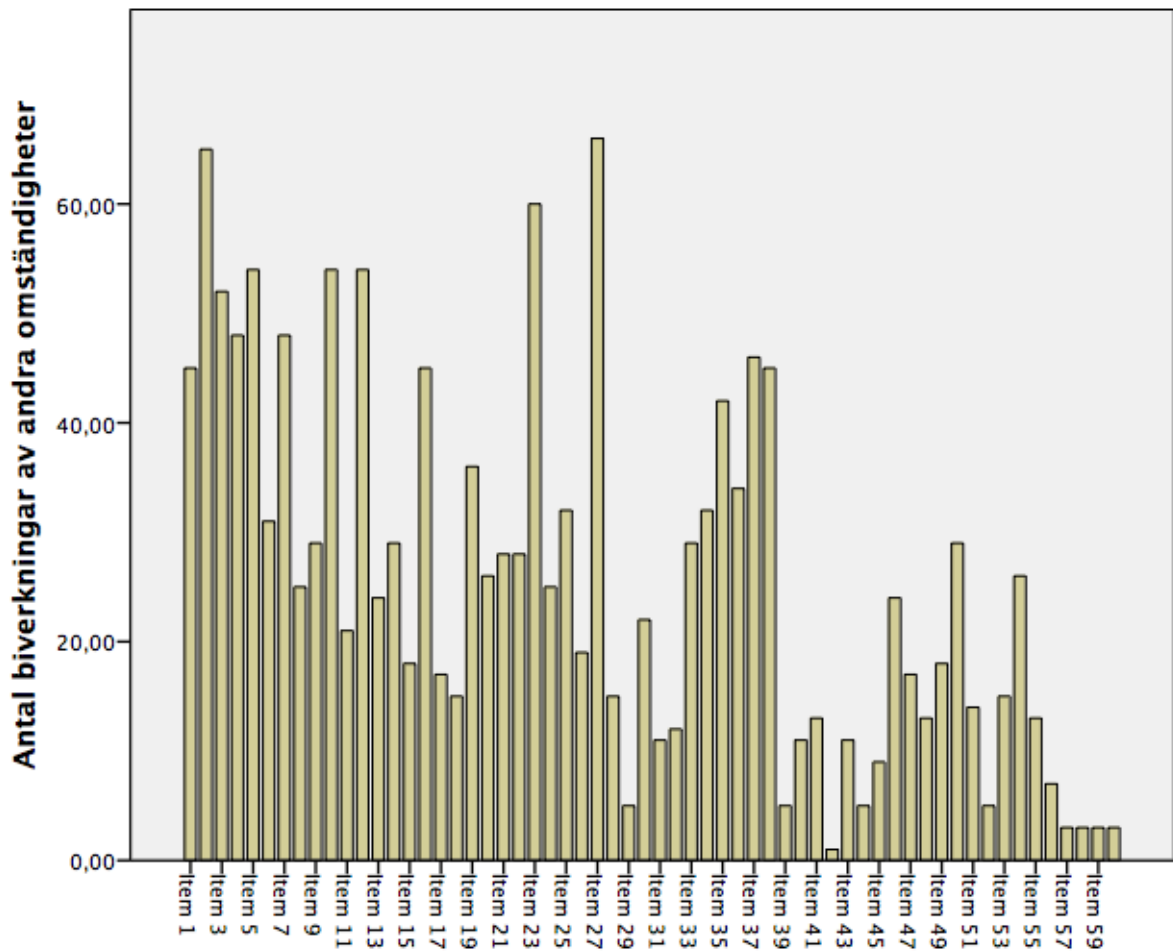
Vad gäller grad av påverkan på skalan 0-5 av de tio negativa effekterna som angivits som mest förekommande så rör de allra flesta behandlingsrelaterade negativa effekter (se Tabell 4).

Tabell 4: Medelvärden samt standardavvikelse kring grad av påverkan på de 10 mest förekommande negativa effekterna kopplat till den psykologiska behandlingen

Fråga	M	SD
49: "Jag kände att behandlingen inte gav något resultat"	3,49	1,08
53: "Jag upplevde att behandlingen inte passade mig"	3,30	1,14
3: "Jag upplevde mer ångest"	3,29	1,01
50: "Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades"	3,27	1,08
51: "Jag upplevde inte att mina förväntningar på terapeuten infriades"	3,21	1,12
14: "Jag upplevde fler obehagliga känslor"	3,19	1,09
18: "Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv"	3,16	1,14
12: "Jag kände mig mer sorgsen"	2,98	1,04
46: "Jag förstod inte alltid min terapeut"	2,76	1,12
45: "Jag förstod inte alltid min behandling"	2,66	1,14

Negativa effekter orsakade av andra omständigheter

Vad gäller resultatet kring antal angivna negativa effekter som respondenterna härleder till andra omständigheter så presenteras de i Figur 2 nedan. I genomsnitt har 317 av respondenter uppgivit att de erhållit någon form av negativ effekt kopplat till andra omständigheter. Där de vanligast förekommande negativa effekterna var ”Jag upplevde mig missförstådd av andra” (fråga 27), ”Jag kände mig mer stressad” (fråga 2) samt ”Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv” (fråga 23).



Figur 2. Antal respondenter som uppgivit att de upplevt negativa effekter orsakade av andra omständigheter uppdelat per fråga.

Vad gäller grad av påverkan av de tio mest förekommande negativa effekterna orsakade av andra omständigheter redovisas de i Tabell 5 nedan. Tydligt är att de negativa effekter som respondenterna ansåg orsakade av andra omständigheter i stort lyfte olika psykiatriska tillstånd så som ökad ångest, nedstämdhet samt oro.

Tabell 5: Medelvärden samt standardavvikelse kring grad av påverkan på de 10 mest förekommande negativa effekterna orsakade av andra omständigheter.

Fråga	M	SD
37: ”Jag fick större problem i utförandet av mitt arbete, studier eller fritid”	3,63	1,04
23: ”Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv”	3,53	1,03
5: ”Jag kände mig mer nedstämd”	3,53	0,92
3: ”Jag upplevde mer ångest”	3,23	0,98
27: ”Jag upplevde mig missförstådd av andra”	3,19	1,08
4: ”Jag blev mer orolig”	3,16	1,02
10: ”Jag kände mig mer ensam”	3,14	1,01
12: ”Jag kände mig mer sorgsen”	3,07	0,95
7: ”Jag fick kroppsliga besvär t ex huvudvärk”	3,06	1,01
2: ”Jag kände mig mer stressad”	2,66	0,89

Skillnader och likheter i resultat vad gäller negativa effekter

Av de negativa effekterna orsakade av den psykologiska behandlingen går att finna framför allt effekter som handlar om själva behandlingen samt terapeuten, medan effekterna orsakade av andra omständigheter tydligare innefattar försämring i psykiatriskt mående samt förekomst av nya symtom. Enbart en fråga ”Jag upplevde mer ångest” (fråga 3) förekommer både bland de tio vanligast angivna negativa effekterna orsakade av den psykologiska behandlingen liksom andra omständigheter. Vad gäller de frågor som var minst förekommande bland de negativa effekterna handlade de om internetbaserad psykologisk behandling (fråga 57, 60, 59).

Negativa effekter i relation till nöjdhet med behandlingen

Det fanns ett starkt, signifikant negativt samband mellan hur påverkade deltagarna blev av de negativa effekter som attribuerades till behandlingen och hur nöjda deltagarna var med sin behandling enligt CSQ-8, $r = -.677$, $n = 464$, $p < .0001$. För att beräkna andelen förklarad varians kvadrerades även korrelationen, $r = (-.668)^2 = 44,62\%$. Det kan här inte uteslutas att sambandet var åt det andra hållet, det vill säga att ju mindre nöjd respondenterna var med sin behandling desto större påverkan av de negativa effekterna kopplade till behandlingen. Det fanns även ett signifikant samband mellan antal angivna negativa effekter totalt sett och hur nöjda deltagarna var med sin behandling, $r = -.694$, $n = 464$, $p < .0001$. För att beräkna andelen förklarad varians kvadrerades även korrelationen, $r = (-.682)^2 = 46,51\%$. Samtliga korrelationer var signifikanta även efter Bonferroni-korrigerig, där gränser för signifikans satts till $p < .007143$.

Diskussion

Syftet med den här uppsatsen var att undersöka klienters upplevelse av och syn på negativa effekter av psykologisk behandling som de genomgått under de senaste två åren, det vill säga år 2013 och/eller 2014. Studien var av en deskriptiv karaktär. Frågeställningarna handlade om att se i vilken grad dessa negativa effekter påverkade respondenterna och om det även förekom negativa effekter som respondenterna istället ansåg orsakade av andra omständigheter än den psykologiska behandlingen. Ett tredje syfte var att se om det fanns något samband mellan förekomst samt grad av påverkan av de negativa effekterna orsakade av den psykologiska behandlingen och hur nöjda respondenterna var med behandlingen. En förhoppning var att resultaten av studien skulle kunna ge värdefull information inom detta ännu tämligen utforskade område och därmed generera hypoteser inför framtida forskning.

Resultatsammanfattning

Resultaten visar på att 433 av totalt 464 respondenter uppgav att de upplevt någon form av negativa effekter kopplat till den psykologiska behandlingen. Att denna siffra är tämligen hög hänger troligen ihop med enkätens uttalade syfte att fånga in upplevelser av just negativa effekter vilket framgick i enkätbeskrivningen. Sett till de tio mest förekommande negativa effekterna orsakade av behandlingen så handlar de allra flesta om missnöje med själva behandlingen eller med terapeuten. Till skillnad från de mest vanligt förekommande negativa effekterna orsakade av andra omständigheter som framför allt handlar om försämring i psykiskt mående. Resultaten tyder även på att det finns en negativ korrelation mellan antal angivna negativa effekter samt dess grad av påverkan och hur nöjda respondenterna varit med behandlingen. Det vill säga ju fler negativa effekter och ju mer respondenten blivit påverkad av den, desto mindre nöjd är han/hon med den behandling som har erhållits.

Metoddiskussion

Då studien saknade kontrollgrupp innebär det att den interna validiteten försvagats på flera sätt samt att resultaten inte kan generaliseras. Dock kan denna deskriptiva studies fynd leda till hypoteser som kan ligga till grund för vidare forskning. Urvalet har dock inte valts ut slumpmässigt utan har bestått av ett bekvämlighetsurval. Respondenterna har varit en till störst del högutbildad grupp, främst bestående av kvinnor, vilket gör att detta homogena urval också bör anses vara en begränsning med studien. Att demografin sett ut som den gjort kan tänkas höra samman med att rekryteringen skett i bland annat Dagens Nyheter samt via sociala medier. Fördelningen mellan terapiinriktningar på behandlingen har även den varit ojämn med 40,1 procent som angett att de erhållit KBT medan 24,1 procent angett PDT. Även detta kan tänkas hänga ihop med hur rekryteringen gått till.

Det är även troligt att det förkommit responsbias då de som svarat på denna enkät förmodligen är de klienter som erfarit negativa effekter då detta varit det uttalade syftet med enkäten. Resultat kring förekomst av negativa effekter bör därför ses utifrån detta. Även själva materialet, här i form av enkäten kring negativa effekter, bör ses som ett försök att få en fördjupad förståelse för klienternas egna upplevelser av negativa effekter av face-to-face behandling. Enkäten är ännu under utveckling, saknar därmed psykometriska underlag, och förändringar av den kan tänkas komma att göras. Att som respondent själv avgöra vilka negativa effekter som varit orsakade av behandlingen re-

spektive andra omständigheter kan här ha påverkat resultatet och lett till fel då bedömningen här blir retrospektiv. Trots att inklusionskriteriet i denna studie haft som mest två års förfluten tid sedan genomgången behandling kan reliabiliteten av resultaten ifrågasättas i form av att efterkonstruktioner och bias i att minnas fel kan förekomma bland svaren. Här anses dock att det finns ett värde i att fånga just dessa upplevelser.

Denna studie omfattade inte heller en analys av den öppna fråga som avslutade enkäten. Fördjupad kvalitativ analys av svaren på denna skulle kunna ge nya uppslag kring de negativa effekter som inte fångades av de frågor som ingick i enkäten samt fungera som underlag för en vidareutveckling av denna.

Studiens resultat i relation till tidigare forskning

Negativa effekter av den psykologiska behandlingen.

Resultaten kring de mest vanligt förekommande negativa effekterna orsakade av den psykologiska behandlingen skulle kunna delas in i två kategorier: patientrelaterade negativa effekter samt behandlingsrelaterade negativa effekter. Bland den förstnämnda kategorin går att finna frågor som ”Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv” (fråga 18) samt ”Jag upplevde mer ångest” (fråga 3) medan den andra kategorin innefattar frågor som ”Jag förstod inte alltid min behandling” (fråga 45) och ”Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades” (fråga 50). Detta går i linje med tidigare forskning av Rozental et al. (2015) vars kvalitativa analys av de öppna frågor kring negativa effekter av internetbehandling som respondenterna fått svara på kunde grupperas inom liknande kategorier.

Sett till den första kategorin så är det idag ett välkänt fenomen att psykologisk behandling kan ge ökad ångest (Dimidjan och Hollon, 2010; Rozental et al., 2014). Foa et al., 2002, beskriver exempelvis ökad ångest vid exponering under PTSD-behandling. Ångest som dock har visat sig vara övergående och inte haft negativ påverkan på utfall av behandlingen eller avhopp. Även i denna studie finns en stor förekomst av den negativa effekten ”Jag upplevde mer ångest” (fråga 3). Resultaten säger dock inget om ångesten varit övergående eller bestående. Det kan också vara troligt att den stora förekomsten av ”Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv” (fråga 18) kopplat till behandlingen även hänger ihop med den angivna förekomsten av ökad ångest.

Vad gäller den andra kategorin, behandlingsrelaterade negativa effekter, så är det dessa negativa effekter orsakade av den psykologiska behandlingen som är mest förekommande. Av de tio mest vanliga negativa effekterna vid psykologisk behandling handlar så många som sex stycken av dem om upplevelser kopplade till själva behandlingen alternativt om den som utfört behandlingen. Det är även dessa negativa effekter som respondenterna anser har haft störst negativ påverkan på dem. Till exempel skattas de två högst graderade till 3,49: ”Jag kände att behandlingen inte gav något resultat” (fråga 49) respektive 3,30: ”Jag upplevde att behandlingen inte passade mig” (fråga 53) på den femgradiga skalan, där 3 innebär måttlig negativ påverkan.

Med andra ord så har respondenterna här graderat att de tio mest förekommande negativa effekterna av den psykologiska behandlingen har haft en viss negativ påverkan, om än en måttlig sådan. Tidigare forskning (vid internetbehandling) har kunnat visa på att graden av påverkan av de negativa effekterna har en tendens att minska mellan pågående behandling och i slutet av den (Lindner et al., 2013; Rozental et al., 2015; Rozental & Carlbring, 2013). Om så varit fallet i denna studie går inte att riktigt svara på

då tidsintervallet för den psykologiska behandlingen här spänner sig från år 2013 fram till och med idag och bygger på retrospektiva skattningar.

Att den negativa effekt, kopplat till den psykologiska behandlingen, som graderats ha haft allra störst påverkan på respondenterna handlar om en känsla av att behandlingen inte gav något resultat är intressant. Med andra ord verkar det inom detta urval av respondenter ha funnits en känsla av att behandlingen inte gav den effekt som de hade hoppats på och ett ifrågasättande av om behandlingen verkligen passade dem. Forskning visar här att upplevelse av behandlingen som ineffektiv, missnöje med terapeuten och att terapin är allt för tidskrävande och kostsam, är vanliga anledningar till avbrott av behandling (Parker et al., 2013). Vad missnöjet i denna studie kring behandlingen har för orsaker kan det enbart spekuleras i. En möjlig hypotes skulle kunna vara att respondenterna haft för höga förväntningar på sin behandling, alternativt att behandlaren ingett för höga förväntningar. Detta väcker frågor kring vilken information som givits om behandlingen, hur behandlingsalliansen sett ut samt hur utformandet av behandlingsmål skett. En meta-analys över studier publicerade mellan åren 2000 och 2009 (Tryon & Winograd, 2011) visar på att ett förbättrat utfall av behandlingen kan förväntas om patient och terapeut är överens om behandlingsmål samt processen för att nå dessa mål. Utfallet av den psykologiska behandlingen verkar också bli tydligt förstärkt när patient och psykoterapeut båda är lika involverade i att skapa en relation som utgörs av samarbetet. Arbetet med att skapa ett gemensamt behandlingsmål definieras i forskningen av bland annat den utsträckning i vilken terapeuten förklarar terapiupplägg samt förmodade förväntningar på terapin, samt patienten förståelse för denna information (Tryon & Winograd, 2011). Parker et al. (2013) påpekar att den terapeutiska alliansens är en avgörande variabel kring förståelse av behandlingsutfall. I denna studie svarade 17,7 procent av respondenterna att de inte visste eller hade blivit informerade om vilken typ av behandling, här menat utifrån vilken teoretisk inriktning behandlaren utgått ifrån, de erhållit.

En annan möjlig tolkning av detta resultat skulle kunna vara att upplevelsen av negativa effekter av behandlingen gjort att respondenterna i större utsträckning upplevt missnöje med terapin. Detta stärks av denna studies tydliga negativa korrelation mellan antal samt grad av påverkan av negativa effekter och utfallet på CSQ-enkäten, det vill säga nöjdhet med terapin. Här kan även lyftas in att en så stor andel som 75 procent av respondenterna i denna studie inte hade blivit informerade om att den psykologiska behandlingen de skulle genomgå kunde innebära vissa negativa effekter. Med andra ord verkar det vara av betydelse att i början av behandlingen informera patienten om behandlingens både förväntade positiva resultat men även dess eventuella negativa effekter. Detta skulle kunna bidra till minskat missnöje med behandlingen, och därmed minskad grad av negativa effekter.

Traditionellt har forskning om negativa effekter till stor del handlat om mått på försämring (Dimidjian & Hollon, 2010). Att upptäcka försämring i mående hos patienten har dock visat sig vara svårt för många terapeuter (Hannan et al., 2005). Många terapeuter har även svårt att upptäcka andra former av försämring hos patienten än enbart tydlig förvärring av symtom (Hatfield et al., 2010). Resultaten av denna studie antyder att även upplevelsen hos patienterna av och tankar om själva behandlingen skulle behöva läggas till tecknen på negativa effekter, vid sidan av terapeutens uppmärksamhet på eventuella förvärrade symtom. Resultat av tidigare studier har kunnat visa på att användandet av regelbunden uppföljning samt analys av hur patienterna upplever och svarar på behand-

lingen inom den dagliga hälso- och sjukvården kan förbättra antalet positiva behandlingsutfall samt minska de negativa sådana (Lambert, 2007).

Negativa effekter orsakade av andra omständigheter.

Vad gäller resultaten kring negativa effekter som respondenterna uppgivit som orsakade av andra omständigheter så är de två mest förekommande ”Jag upplevde mig missförstådd av andra” (fråga 27) samt ”Jag kände mig mer stressad” (fråga 2). Att den psykologiska behandlingen kan ha negativ inverkan på en rad olika livsområden är något som belysts i forskningen. Dimidjian och Hollon (2010) skriver att en behandling kan försämra det problem, det vill säga de symtom, som patienten sökt hjälp för. En behandling kan dock också försämra andra domäner i patientens liv som initialt inte var i fokus för behandlingen. Vad som anses som positivt utfall av en behandling beror också på vems perspektiv som tas för att besvara den frågan (Strupp & Hadley, 1977). Vad som menas med ett lyckat behandlingsresultat kan skilja sig åt om frågan ges till patienten eller dennes anhöriga (Dimidjian & Hollon, 2010). Möjligen kan detta vara en förklaring till att många av respondenterna i denna studie uppgivit en känsla av att bli missförstådda av andra, då perspektivet dem och andra emellan sett olika ut. Respondenterna har upplevt sin behandling på ett sätt. Det sociala nätverket runt dem på ett annat. Förekomsten av ökad stress relaterar respondenterna här som orsakad av andra livsomständigheter. Vilka dessa är framkommer inte inom ramen för denna studie. En möjlig tolkning av detta resultat skulle kunna vara att upplevelsen av den ökade stressen är indirekt orsakad av själva behandlingen men attribuerad till andra omständigheter. Den kvalitativa innehållsanalysen av de enkätsvar som ingick i studien av Rozental et al. (2015) visade på att ökad stress hos patienterna förekom ofta i relation till behandlingsupplägg samt format, här internetbehandling. Möjligen skulle så även kunna vara fallet i denna studie, även om det här handlar om face-to-face behandling. Resultaten tyder dock på att upplevelsen av stress kan ha en rad olika orsaker.

Påpekas bör också att de negativa effekter orsakade av andra omständigheter, beskrivna ovan, som var mest vanligt förekommande i denna studie dock inte var de som respondenterna skattade hade påverkat dem i störst grad. Dessa var istället ”Jag fick större problem i utförandet av mitt arbete, studier eller fritid” (fråga 37), ”Jag kände mig mer nedstämd” (fråga 5) samt ” Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv” (fråga 23). Här återses negativa effekter på andra livsområden så som arbete och fritid. Något som även från terapeuthåll uppgetts som en negativ effekt i form av att patienten kan behöva ta ledigt från sitt arbete för att gå i behandlingen (Bystedt et al., 2014). Även förekomsten av ökad nedstämdhet samt suicidtankar har beskrivits i tidigare forskning (Boettcher et al, 2014; Rozental et al., 2014) då ofta i relation till ökad insikt hos patienten om orsakerna bakom de svårigheter de upplever och vilken inverkan problemen fått i deras liv (Rozental et al., 2015). I denna studie relaterar dock respondenterna inte den ökade nedstämdheten samt de destruktiva tankarna som orsakade av behandlingen utan orsakade av andra omständigheter. Vad detta beror på besvaras inte inom ramen för denna studie men en möjlig hypotes skulle kunna vara att behandlingen givit upphov till nya insikter hos klienterna, vilka de dock relaterat till andra omständigheter. Tanken väcks även i vilken utsträckning klienterna ges möjlighet att diskutera dessa destruktiva tankar under pågående behandling. Möjligen skulle en tydligare, öppen diskussion kring förekomsten av dessa negativa effekter under behandlingen minska graden av negativ påverkan av dem vilket även resultatet av denna studie stödjer.

Att några av de vanligast förekommande negativa effekterna orsakade av behandlingen respektive andra omständigheter överlappar varandra, exempelvis ”Jag upplevde mer ångest” (fråga 3), skulle kunna förklaras med att det ofta är svårt att diskriminera behandlingsrelaterade negativa effekter med andra omständigheter som kan ha haft en negativ inverkan (Linden, 2014). Med andra ord verkar ökad ångest vara en vanligt förekommande upplevd negativ effekt, som dock inte alltid behöver ha ett direkt kausalt samband med själva behandlingen eller vara relaterat till utfallet. Både Dimidjan och Hollon (2010) samt föregångarna Mays och Franks (1985) påpekar att patientens egna karaktärsdrag kan spela en roll här. Olika patienter kan uppleva negativa effekter på olika sätt samt också uppleva olika grad av påverkan olika stort. Även svårighetsgrad av symtom kan spela en roll (Mohr, 1995).

Tidigare studier har lyft att en vanligt förekommande negativa effekt har handlat om att utveckla ett beroende gentemot sin terapeut (Leitner et al., 2013; Parker et al., 2013) samt de risker detta kan innebära (Linden, 2013). Något som även terapeuter kunnat vittna om särskilt vid behandlingar som pågår under en längre tid (Bystedt et al., 2014). Dessa frågor ”Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min behandling” (fråga 40) samt ”Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min terapeut” (fråga 41) fanns med även i denna studie men angavs inte här i lika stor utsträckning trots att den genomsnittliga längden på behandlingen bland dessa respondenter var 34,18 veckor.

Förslag på vidare forskning

Vi vet idag att cirka 5-10 % av klienterna försämras under pågående behandling (Lambert, 2007). Trots detta är forskningen om negativa effekter ett eftersatt område (Barlow, 2010). Denna studie har ämnat att bidra till den ökade förståelsen av negativa effekter sett ur ett patientperspektiv och vidare forskning inom ämnet behövs. Utifrån försöken att skapa konsensus kring begreppet negativa effekter (Rozenal et al., 2014) behövs en fördjupad förståelse för begreppets innebörd i face-to-face behandling. Genom denna studie har det framkommit att även negativa effekter orsakade av andra omständigheter kan förekomma. Vidare forskning behövs för att kunna diskriminera mellan dessa olika typer av negativa effekter för att på så sätt tydligare kunna tala om kausala samband mellan behandling och dess tillhörande negativa effekter. Fler studier som även diskriminerar mellan olika behandlingsformer, olika teoretiska inriktningar, samt eventuella tillhörande skillnader i typ av negativa effekter skulle kunna bidra med värdefull information. Behov finns också av större kunskap inom ämnet hos behandlarna (Bystedt et al., 2014). I takt med att behandlingsutbuden ökar inom vården, ökar också behovet av fortsatt kontroll av de behandlingar som erbjuds för att på så sätt kunna säkerställa en hög kvalitativ vård. För att göra detta behövs förfinade metoder och konsensus kring begreppet negativa effekter (Barlow, 2010). Det har också påpekats att utan fördjupad förståelse för innebörden samt prevalensen av negativa effekter och händelser, kan patienter inte på ett adekvat sätt informeras om möjliga risker och nytta av behandlingsinterventionerna innan de påbörjar behandlingen (Peterson et al., 2012).

Sammanfattande reflektion

Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten av denna studie ger deskriptiv data över vilka negativa effekter orsakade av behandling respektive andra omständigheter som varit vanligt förekommande bland de respondenter som själva valt att besvara denna enkät. Tydligt är att både patient- samt behandlingsrelaterade negativa effekter ansågs orsakade av behandlingen i form av förekomst av ökad ångest men även svårigheter att

förstå behandlingen samt upplevelse av att denna inte gav någon effekt. Förekomsten av symtom i form av ökad nedstämdhet samt destruktiva tankar relaterat till andra omständigheter framkom också av resultaten. Om detta skulle kunna ses som indirekta negativa effekter av behandlingen eller enbart orsakade av andra livshändelser är svårt att svara på. Betydelsen av regelbunden monitorering av nya symtom samt eventuell försämring blir här tydligt. Även behovet av fortsatt forskning för fördjupad kunskap kring förståelsen för samt orsakerna bakom dessa negativa effekter sett ur ett patientperspektiv.

Referenslista

- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, *65*(1), 13-20.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, *71*(4), 235-246.
- 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.
- Boettcher, J., Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in internet-based interventions for Social anxiety disorder. *Internet Interventions*, *1*, 3-11.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behavior Therapy*. Doi.org./10.1080/16506073.2014.939593
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, *65*(1), 21-33.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Consult Clinical Psychology*, *70* (4), 1022-1028.
- Greenfield, T.K., & Attkisson, C.C. (2004). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Mahwa, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- 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 and Psychotherapy*, *17*(1), 25-32.
- Hatfield, D.R., & Ogles, B.M. (2006). The influence of outcome measures in assessing client change and treatment decisions. *Journal of Clinical Psychology*, *62* (3), 325-337.
- Jacobson, N. S., & Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F.K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioural disorders: a review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, *38* (1), 1-8.
- Karyotaki, E., et al. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an individual patient data meta-analysis. *Psychological medicine*, 1-10.
- 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.

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- 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.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 91-103.
- Leitner, A. et al. (2012). Patients perceptions of risky developments during psychotherapy. *Contemporary Psychotherapy, 43*, 95-105.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(1), 53-70.
- 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.
- Linden, M., & Schermuly-Haupt, M-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*:3, 306-309.
- Lindner, P., Ivanova, E., Ly, K.H., Andersson, G., & Carlbring, P. (2013). Guided and unguided CBT for social anxiety disorder and/or panic disorder via the internet and a smartphone application: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 14*, 437.
- Mays, D.T., & Franks, C.M. (1980). Getting worse: psychotherapy or no treatment – the jury should still be out. *American Psychological Association*.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *American Psychological Association, 2, 1*.
- Nutt, D. J., & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology, 22*(1), 3-6.
- 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*, 293–301.
- Peterson, A.L., Roache, J.D., Raj, J., & Young-McCaughan, S. (2012). The need for expanded monitoring of adverse events in behavioural health clinical trials. *Contemporary Clinical Trials, 32*, 152-154.
- Rozental, A. et al. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of internet interventions. *Internet Interventions, 1*, 12-19.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015) Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behavior Therapy*. [Doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033](https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033).
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2013). Internetbased cognitive behaviour therapy for procrastination: study protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols, 2*, e46. [doi:10.2196/resprot.2801](https://doi.org/10.2196/resprot.2801)

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.

Tryon, G. S., & Winogard, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, *48*, 50-57.

Bilaga 1 : Enkät negativa effekter av psykologisk behandling:

		Nej	Ja	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt	Behandlingen jag genomgick	Andra omständigheter
55.	Jag kände mig utelämnad åt mig själv i behandlingen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Jag tyckte att behandlingen var omotiverande	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	Jag blev försiktig i användandet av min dator, smartphone eller surfplatta för att andra inte skulle veta att jag gick i behandling	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Jag kände mig missnöjd med gränssnittet inom vilket behandlingen genomfördes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Jag blev irriterad över att tekniken inte fungerade som den skulle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	Jag blev frustrerad över att svaren från min terapeut dröjde	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	Övrigt – beskriv med egna ord om det förekom några andra negativa händelser och effekter, samt vad som kännetecknade dessa									

Bakgrundsinformation:

* Hur gammal är du?

* Kön? Kvinna
Man
Annan

* Vilket är ditt civilstånd? Välj ett av följande svar:
Singel/ensamstående
Gift/ Sambo eller motsvarande
Annat:

* Vilken är din högsta avslutade utbildningsnivå? Välj ett av följande alternativ:
Grundskoleutbildning
Gymnasial utbildning
Yrkesutbildning
Högskola/Universitet
Forskarutbildning

* Nuvarande sysselsättning ut? Välj ett av följande svar:
Jobbar
Föräldraledig
Studerar
Arbetssökande
Sjukskriven
Pensionär
Annat: _____

* Har du under de senaste två åren
(dvs 2013 och/eller 2014) gått
i psykologisk behandling? **Ja** **Nej**

* Om ja, hur länge pågick denna behandling? (fritext)

* Vad var huvudfokus i behandlingen (t ex depression, ångest, relationsproblem,
stress)? (fritext)

* Vilken typ av psykologisk behandling/psykoterapi var det (t ex psykodynamisk, KBT,
kognitiv terapi)? (fritext)

* Inom vilken regi gavs den psykologiska behandlingen/psykoterapin?
Välj ett av följande svar:

Privat
Vårdcentral
Psykiatri
Utbildningsverksamhet t ex psykolog under utbildning
Annat:

- * Innan påbörjan av den psykologiska behandlingen/psykoterapin blev du informerad om dess eventuella positiva effekter? Ja Nej Minns ej
- * Innan påbörjan av den psykologiska behandlingen/psykoterapin blev du informerad om dess eventuella negativa effekter? Ja Nej Minns ej
- * Hur tänker du kring eventuella negativa effekter av att genomgå psykologisk behandling? (fritext)
- * Under tiden för den psykologiska behandlingen åt du även medicin för dina psykiska besvär? Ja Nej Minns ej

I syfte att förbättra vårt arbete är vi mycket tacksamma för dina kommentarer på den behandling du fått vid XXX. **Ringa in det svarsalternativ du tycker passar bäst på varje fråga.** Om du vill kan du även lämna kommentarer i fri text på varje fråga.

1. Hur vill du bedöma kvalitén på din behandling?

Utmärkt (4)

Bra (3)

Hyfsad (2)

Dålig (1)

Kommentar:

2. Fick du den form av behandling som du hade önskat?

Nej, absolut inte (1)

Nej, inte riktigt (2)

Ja, i stort sett (3)

Ja, absolut (4)

Kommentar:

3. I vilken utsträckning motsvarade behandlingen dina behov?

Den motsvarade nästan alla mina behov (4)

Den motsvarade de flesta av mina behov (3)

Den motsvarade bara få av mina behov (2)

Den motsvarade överhuvudtaget inte mina behov (1)

Kommentar:

4. **Om en god vän till dig skulle behöva liknande hjälp, skulle du då rekommendera honom/henne samma sorts behandling som du själv fick?**

Nej, absolut inte (1)

Nej, det tror jag inte (2)

Ja, det tror jag (3)

Ja, absolut (4)

Kommentar:

5. **Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du har fått av oss?**

Ganska missnöjd (1)

Likgiltig eller lätt missnöjd (2)

Övervägande nöjd (3)

Mycket nöjd (4)

Kommentar:

6. Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?

Ja, den har hjälpt mig väldigt mycket (4)

Ja, den har hjälpt mig något (3)

Nej, den har inte riktigt hjälpt mig (2)

Nej, den verkar snarare ha förvärrat situationen (1)

Kommentar:

7. Hur nöjd är du TOTALT SETT med din behandling?

Mycket nöjd (4)

Huvudsakligen nöjd (3)

Likgiltig eller lätt missnöjd (2)

Riktigt missnöjd (1)

Kommentar:

8. Om du skulle behöva hjälp i framtiden, skulle du då söka igen till oss?

Nej, absolut inte (1)

Nej, jag tror inte det (2)

Ja, jag tror det (3)

Ja, absolut (4)

.
Kommentar: