

# Negativa effekter av psykologisk behandling

## – vilka är de och hur kan de mätas?

Text: Alexander Rozental, Per Carlbring, Gerhard Andersson och Kristoffer Magnusson  
Foto: Alexander Rozental

Psykologisk behandling har visat sig ge god effekt vid många psykiatriska diagnoser. Socialstyrelsens nyligen utgivna nationella riktlinjer rekommenderar exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) ”vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av egentlig depression och ångestsyndrom” (sid. 8) [1]. Det finns följaktligen mycket som talar för att människor som lider av psykisk ohälsa kan bli bättre och uppnå ett högre välbefinnande tack vare sin behandling. Trots detta är det en del som inte blir tillräckligt förbättrade vad gäller sina symptom, så kallade *non-responders*. I en översiktsartikel [2] för KBT klassificeras i genomsnitt hälften som *responders*; 49,5 % vid eftermätning respektive 53,6 % vid uppföljning. Även om de förekommer viss variation beroende på tillstånd och hur förbättringen avgörs betyder det att många inte blir tillräckligt hjälpta av sin behandling. Samtidigt finns det också forskning som pekar på att somliga till och med kan bli sämre eller erfara andra typer av negativa effekter – aspekter som tidigare inte har rönt särskilt mycket uppmärksamhet.

### Försämringseffekten

Att försämring faktiskt kan äga rum upptäcktes tidigt av forskaren Allen Bergin [3] genom en undersökning av data från sju kliniska studier. Det visade sig då att förutom de som blev bättre eller kvarstod på samma symtomnivå försämrades en del patienter så mycket att det gick att tala om en försämrings-effekt, *deterioration effect*. Detta fynd replikerades sedan i en rad undersökningar under påföljande decennier med en uppskattning om att ungefär 5-10 % blir sämre under tiden de genomgår

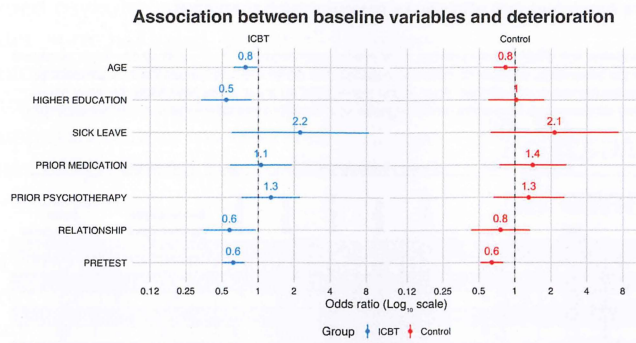


*Centrala Chicago – staden där skyskrapan ursprungligen utvecklades*

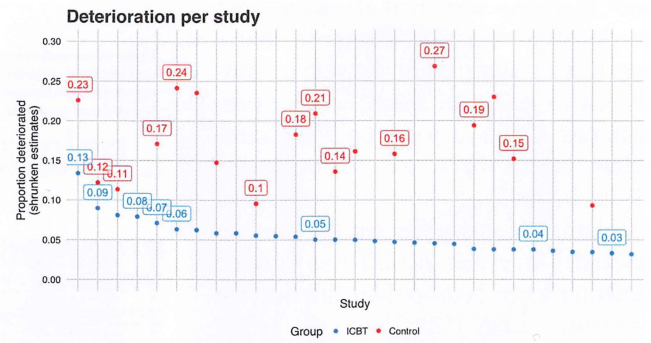
behandling. Att mäta försämring är dock komplicerat eftersom det kräver statistiska och metodologiska överväganden – räknas alla fall där symptomen blir värre eller enbart då avsevärd försämring uppstår? Oftast avgörs detta genom användandet av ett gränsvärde som tar hänsyn till det mätfel som ett självskattningsformulär kan ha, så kallat Reliable Change Index (RCI), ursprungligen tillämpat för att avgöra förbättring [4]. Patienter som försämrats så många poäng att det överstiger detta gränsvärde kan alltså sägas uppnå en reliabel försämring där det, statistiskt sett, är att betrakta som ovanligt med poäng över gränsvärdet om vi antar att ingen riktig försämring har ägt rum. I den största översiktsstudie som har gjorts på området av Hansen, Lambert och Forman [5] har RCI använts för att avgöra förekomsten av försämring hos 6072 patienter som har fått psykologisk behandling på en rad platser i USA, företrädesvis med KBT och framförallt för egentlig depression och ångestsyndrom. Totalt hade 8,2 % försämrats,

vilket alltså stämmer väl överens med tidigare fynd. Samtidigt har det visat sig att siffran är betydligt högre bland barn och ungdomar, uppemot 24,1 % [6], samt i gruppbehandling, 16 % [7], vilket innebär att andelen försämrade troligen varierar beroende på patientgrupp.

I en nyligen publicerad avhandling från psykologiska institutionen vid Stockholms universitet har författarna till denna artikel studerat försämring bland patienter som har erhållit internetbaserad KBT för olika tillstånd [8]. Resultatet visade att bland 2866 patienter som ingick i 29 olika kliniska studier för en rad olika tillstånd uppnådde 5,8 % försämring under sin behandling, mätt enligt RCI. Desto mer intressant var emellertid det faktum att en så stor andel som 17,4 % försämrades hos kontrollgruppen, i detta fall kännetecknat av framförallt väntelista. Denna jämförelse är relativt unik då tidigare antagande har varit att patienter som väntar på behandling kan förbättras, men troligen inte försämrats. Det finns



Figur 1 – Prediktorer för försämring i internetbaserad kognitiv beteendeterapi. Pretest = Självs kattade symptom vid förmätning enligt primärt utfallsmått; ICBT = Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. Figur framtagen av Kristoffer Magnusson.



Figur 2 – Andel försämrade i procent i olika kliniska studier. ICBT = Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. Figur framtagen av Kristoffer Magnusson.

med andra ord anledning att inte bara följa de patienter som får behandling, utan även att regelbundet undersöka måendet bland de i väntelista. Dessutom pekade resultatet på att vissa aspekter tycks vara förknippade med

## Att mäta försämring är dock komplicerat eftersom det kräver statistiska och metodologiska överväganden.

lägre odds för försämring för de i behandling, däribland att befinna sig i en relation, ha en universitetsutbildning samt vara äldre – tidigare kända skyddsfaktorer för bland annat psykisk ohälsa (se Figur 1). Vidare var även högre grad av symptom vid förmätningen förknippat med lägre odds för försämring, både för behandlings- och kontrollgruppen, något som dock kanske kan förklaras av att utrymmet för förbättring var större för dessa patienter. Någon skillnad mellan de övergripande kategorier av psykiatriska diagnoser som användes i undersökningen; depression, ångestsyndrom och övrigt (exempelvis hasardspelsyndrom) gick emellertid inte att uttröna. Däremot fanns det stor variation mellan de olika kliniska studierna, i somliga fall med nästan en tredjedel försämrade patienter (se Figur 2).

**Försämring behöver** däremot inte vara bestående eller särskilt negativ utifrån ett långsiktigt perspektiv, vilket framfördes som kritik redan tidigt i forskningen [9]. Argumenten brukar lyda att det är svårt att veta hur många och hur mycket människor försämrar över tid utan att gå i behandling, detta eftersom måendet kan antas fluktuera.

Dessutom kanske viss försämring behövs för att må bättre, exempelvis vid exponering för ångestväckande stimuli, liksom när en patient konfronterar tankar, känslor eller mönster i livet som den tidigare har valt att undvika. Likaså

är det oerhört svårt att veta om försämring, så som den har mätts hittills, kvarstår eller återgår över tid, något som kräver uppföljningsmätningar vilka ofta saknas. Det kan även lyftas fram att försämring i symptom inte

måste innebära försämring av till exempel välmående eller livskvalitet, liksom att det ännu är oklart om den uppmätta försämringen påverkar patientens egen upplevelse negativt. Fortsatt forskning är följaktligen viktigt, bland annat genom att samla in data från fler mätpunkter för att se hur den förändras över tid, men även att intervjua patienter kring deras egna erfarenheter av att ha försämrats – vilken är deras uppfattning och vad tillskriver de denna försämring? Avgörande för forskning på området är om försämringen beror på den psykologiska behandling som har getts eller om det har orsakats av andra omständigheter i patientens liv, exempelvis en kris, separation eller problem på jobbet.

### Andra negativa effekter

Försämring är emellertid inte den enda typen av negativa effekter som skulle kunna uppstå i psykologisk behandling. Detta lyftes tidigt [10] och en rad försök har sedan dess gjorts för att

undersöka det mer ingående. Några aspekter som har tagits upp är till exempel det stigma som en del kan uppleva av att gå i behandling, liksom försämrade relationer till andra, minskat självförtroende och hopplöshet av att inte kunna bli bättre. Att ta reda på deras förekomst är dock mer komplex än att studera försämring rent statistiskt eftersom det påverkas av vem som bedömer om de har ägt rum. För en patient krävs det att hen faktiskt kan avgöra och minnas saker som kan ha varit negativa i behandlingen. Likaså är det avhängigt att patienten kan särskilja sådant som kan tänkas bero på dess psykologiska behandling och det som har orsakats av annat i livet. För en behandlare gäller det att differentiera mellan vad som anses vara en nödvändig del av interventionerna, till exempel ökad ångest vid exponering, samt vad som är oväntat och kanske till och med skadligt. Dessutom går det att argumentera för att närstående till patienten kan bidra med ytterligare ett perspektiv – vad som anses vara bra för personen i behandling kanske inte ses som positivt av omgivningen, till exempel ökad självhävande i en parrelation.

**Tidiga studier** fann dock att det inte var ovanligt med negativa effekter i behandling, exempelvis Foa och Steketee [11] som fann att nya symptom kunde uppstå bland vissa patienter med svårt tvångssyndrom. Liknande fynd visade också att en del patienter kunde reagera väldigt negativt och med ökad ångest i relation till tillämpad avslappning, något som sedan har blivit viktigt att förmedla för patienter som går i behandling. Systematiska undersökningar på området har emellertid

varit få, men i takt med att olika typer av självskattningsformulär som mäter negativa effekter tagits fram har kunskapen ökat. Några saker som har presenterats i senare forskning är exempelvis utvecklingen av ett beroende till sin behandlare samt interpersonella problem. I den hittills största studien skickades en enkät ut till ett stort antal patienter inom National Health Service i Storbritannien [12]. Bland de 14587 respondenter som svarade uppgav 5,2 % att de hade upplevt händelser i sin psykologiska behandling som de tyckte hade gett dem långvariga negativa effekter. Vidare fanns det en rad aspekter som gav ökade odds att patienter svarade jakande på dessa frågor, däribland ifall de var osäkra på vilken form av behandling de egentligen hade fått, om de hade gått i längre behandlingar (> 26 sessioner) samt om de tillhörde någon minoritetsgrupp.

### Negative Effects Questionnaire

En stor brist med den forskning som hittills har bedrivits vad gäller andra negativa effekter än försämring är att olika självskattningsformulär har mätt olika saker. En del kan även kritiseras för att de innehåller påståenden som snarare handlar om oetiskt beteende från behandlaren sida, till exempel att inleda en relation med sin patient, vilket inte är detsamma som negativa effekter av väl utförd evidensbaserad behandling som ges av utbildad personal. Likaså har vissa påståenden varit väldigt beroende av en specifik kontext, däribland rådande lagstiftning eller försäkringsvillkor i ett visst land. För att råda bot på detta genomfördes därför ett mer genomgripande försök att ta fram ett självskattningsformulär som är tänkt att vara mer generellt, även detta inom ramen för den avhandling som nyligen har publicerats [8]. Med hjälp av en litteraturöversikt, en konsensus bland forskare samt kvalitativa studier av patienters egna svar på öppna frågor utvecklades Negative Effects Questionnaire (NEQ) – gratis att ladda ner och använda av behandlare och forskare via [www.neqscale.com](http://www.neqscale.com).

**En explorativ faktoranalys** på data från 653 patienter som fick fylla i NEQ resulterade i ett självskattningsformulär som består av 32 påståenden kring negativa effekter av psykologisk behandling. Sex faktorer bedömdes relevanta och teoretiskt intressanta; symptom, kvalitet, beroende, stigma, hopplöshet och misslyckande, vilka är i linje med

### Negativa händelser och effekter av psykologisk behandling

Under en behandling kan det äga rum händelser och effekter som uppfattas såväl positiva som negativa. Vi vill nu att du ska tänka på sådant som inträffade under tiden du genomgick din behandling, och som du anser var negativa eller oönskade. Läs igenom följande påståenden och markera om du upplevde någon av dessa händelser och effekter. Ange sedan hur negativt du anser att de påverkade dig, samt om du tror att dessa orsakades av den behandling du genomgick eller andra omständigheter som skedde under samma period som behandlingen.

Händelser och effekter:	Upplevde detta?		Om ja – så negativt påverkade det mig:					Orsakades troligen av:	
	Nej	Ja	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt	Behandlingen jag genomgick	Andra omständigheter
1. Jag fick större problem med min sömn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jag kände mig mer stressad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jag upplevde mer ångest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jag blev mer orolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jag kände mig mer nedstämd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jag upplevde större hopplöshet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jag fick sämre självkänsla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jag tappade tilltron till mig själv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Jag kände mig mer sorgsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jag upplattade mig som mindre kompetent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jag upplevde fler obehagliga känslor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jag upplevde att det jag sökte hjälp för förvärrades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jag blev rädd för att andra människor skulle förstå att jag gick i en behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Jag började skämmas inför andra att jag gick i behandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figur 3 – Första sidan av självskattningsformuläret Negative Effects Questionnaire (NEQ) – kan laddas ner gratis på [www.neqscale.com](http://www.neqscale.com)

vad som tidigare har lyfts fram i forskningen som negativt i behandlingssammanhang. Framförallt verkar symptom vara mest framträdande och förklarar störst andel av den totala variansen, i det ingår till exempel ”Jag fick större problem med min sömn” (påstående 1; för en översikt av NEQ se Figur 3). En av slutsatserna från studien är att ökade och nya symptom är en form av negativ effekt som är vanligt förekommande och även skattas som särskilt negativt av patienter [13]. Påståenden som rörde att återuppleva gamla obehagliga minnen, ökad stress samt mer ångest förekom till exempel bland fler än en tredjedel av patienterna. Samtidigt skattades bristande kvalitet på behandlingen som något vilket hade störst negativ påverkan, vilket skulle kunna tyda på att förväntningar som inte infrias, problem i den terapeutiska relationen eller ett bristfälligt utförande från behandlaren sida kan uppfattas som negativt av patienten. Detta skulle möjligen påverka dess tilltro till att faktiskt bli bättre och likaså följsamhet att genomföra behandlingens olika delar, vilket en behandlare behöver vara mycket uppmärksam kring. Påståenden som rör övriga faktorer var mindre framträdande i studien men är av sådan karaktär att deras förekomst är viktig att fånga, exempelvis om en patient upplever sig ha utvecklat ett beroende till sin behandlare eller känner ett stigma av att söka hjälp för sina besvär.

**Huruvida dessa typer** av negativa effekter har ett samband med utfallet

i en behandling återstår att se. Det är möjligt att vissa saker är ofrånkomliga för att patienten ska bli bra, framförallt ökad ångest vid exponering. Andra delar kan dock hjälpa forskare och behandlare att identifiera problem i behandlingen som annars kanske leder till att patienter hoppar av och inte förbättras. Fördelen med ett självskattningsformulär är att det är enkelt att distribuera under pågående behandling och gör det lättare att fundera över saker som kan ha varit negativa, vilket kanske inte är fallet om frågor ställs direkt till patienten. Något som är särskilt positivt med NEQ är dessutom det faktum att det ber patienten särskilja mellan vad den själv tycker har orsakats av behandlingen respektive andra omständigheter, vilket kan öka förståelsen för vad som faktiskt beror på det som görs i behandlingssammanhang. Nackdelen är samtidigt att färdiga svarsalternativ kanske får vissa att markera händelser som de inte tidigare hade reflekterat över som särskilt negativa. Beroende på när självskattningsformuläret delas ut kan det också vara mer eller mindre påverkat av minnesbias, i synnerhet sådant som innebär att vi har lättare att minnas det som hände tidigt eller vid slutet av en behandling. Dessutom finns risken att patienter som är missnöjda med resultatet hos en behandlare väljer att kryssa i många negativa händelser, alternativt att de som är nöjda bortser från sådant som har varit negativt av ren tacksamhet. Trots detta är NEQ ändå ett användbart instrument för att utvärdera inte bara de positiva sidorna

med psykologisk behandling, utan även det som har varit negativt. Förhoppningen är att det ska kunna hjälpa såväl forskare som behandlare att bli mer uppmärksamma på när behandlingar går dåligt, liksom för att lättare kunna vända en negativ trend.

**Fortsatt forskning på området** är viktigt och fler studier behöver göras för att minska risken för negativa effekter i psykologisk behandling. Under våren 2016 erhöll därför en av författarna till denna artikel, Alexander Rozental, ett stipendium av Beteendeterapeutiska föreningen för att kunna besöka professor Anders Kottorp vid University of Illinois at Chicago för att dels presentera resultatet från sin avhandling för amerikanska doktorander, dels vidareutveckla NEQ med hjälp av mer avancerade metoder för psykometri. Resultatet från detta samarbete är ännu inte klart, förhoppningen är emellertid att skapa ett så lättadministrerat självskattningsformulär som möjligt, säkerställa att de faktorer som tidigare framkommit är giltiga i fler kontext samt att undersöka hur patienternas svar hänger samman med utfallet i behandling. Forskning kring negativa effekter är ett nytt och spännande område som kommer att kunna hjälpa till att förbättra de behandlingar som ges till patienter. I ett inlägg från British Journal of Psychiatry sammanfattar Scott och Young [12] det på följande sätt: "...given the unrelenting popularity of therapies as a treatment for common mental disorders in primary and secondary care, it is important to develop a strategy for examining failed psychotherapy interventions. This is not an attempt to undermine therapies, but is likely to be beneficial. First, because it is likely to lead to improvements in techniques and practice, and second, because every branch of medicine learns from its mistakes; it is inconceivable that the same is not true for psychotherapies." (sid. 209).

## Fortsatt forskning på området är viktigt och fler studier behöver göras för att minska risken för negativa effekter i psykologisk behandling.



*Alexander Rozental disputerar den 3 februari med sin avhandling om negativa effekter av internetbaserad kognitiv beteendeterapi.*



*På väg till University of Illinois at Chicago med tunnelbanan en regnig dag i oktober 2016*

## Sammanfattning

- Negativa effekter av psykologisk behandling är ett relativt outforskat område men kan definieras som försämring liksom andra typer av oväntade eller oönskade händelser, exempelvis nya symptom.
- Försämring äger rum hos i genomsnitt 5-10 % av alla patienter, något fler bland de som är i väntelista.
- Negativa effekter utöver försämring förekommer, bland annat stigma, interpersonella svårigheter och beroende av sin behandlare.
- Negative Effects Questionnaire är ett nyutvecklat självskattningsformulär som består av 32 påstående och är gratis att använda, [www.neqscales.com](http://www.neqscales.com)

## Referenser

- [1] Socialstyrelsen (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning (Remissversion)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- [2] Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review, 42*, 72-82.
- [3] Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology, 71*(4), 235-246.
- [4] Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- [5] 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.
- [6] Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144-155.
- [7] Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention, and research directions. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*(3), 113-122.
- [8] Rozental, A. (2016). *Negative effects of Internet-based cognitive behavior therapy – Monitoring and reporting deterioration and adverse and unwanted events*. Stockholm: Stockholms universitet.
- [9] Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Oxford, UK: Pergamon.
- [10] Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. With special reference to negative effects in psychotherapy. *The American Psychologist, 32*(3), 187-196.
- [11] Foa, E. B., & Steketee, G. (1977). Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: Symptom substitution or deconditioning? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8*(4), 353-358.
- [12] Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., . . . Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260-265.
- [13] Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of an instrument measuring adverse and unwanted events. *Plos One, 11*(6), e0157503.