



Jørgen Flor

*"De har i alle fall ikke blitt dårligere,  
har jeg trodd"* – en kvalitativ studie av  
psykologers perspektiv på forverring  
i terapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, april 2016

*“If you do not find adverse treatment effects, then ask yourself why  
and do not assume that there are no side effects.*

*The detection and management of adverse treatment effects is not a  
sign of bad but of good clinical practice”  
(Linden, 2013, s. 286)*



## FORORD

Det er snart fem år siden jeg begynte å forberede min hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi. Flere tema ble forkastet før jeg høsten 2013, etter inspirasjon fra et innlegg på en fagkonferanse, valgte temaet negative utfall i psykoterapi. Innen sommeren 2014 hadde jeg begynt en systematisk gjennomlesing av forskningslitteraturen, og i samråd med veileder konstaterte vi at den mest hensiktsmessige veien videre var gjennom en kvalitativ studie, som jeg utformet. Det var krevende å skaffe til veie nok informanter og datainnsamlingen tok fire måneder. Høsten 2015 ble resultatene analysert og i løpet av våren 2016 har jeg slutført diskusjon av resultater og metodisk kvalitet.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine ti informanter som har vært villig til å dele sine personlige tanker om et vanskelig tema. Takk også til alle som har engasjert seg i prosjektet, og særlig Sigrun Tømmerås som har tipset meg om flere viktige artikler jeg neppe ville funnet på egen hånd. En spesiell takk går også til de utenlandske fagekspertene Michael Lambert, Allen Frances og Scott Miller som har funnet tid og interesse til å diskutere med meg. Takk til min veileder i hovedpraksis Didrik Heggdal som bidro til intervjuguiden i en tidlig fase, og som har gitt meg tid og rom til å slutføre arbeidet i en hektisk hverdag i hovedpraksis. Takk også til Stian Hansen for tilbakemeldinger i innspurten.

To personer har vært avgjørende for at dette prosjektet skulle bli noe av. Min veileder Leif Edward Ottesen Kennair har siden 2012 hatt stor innflytelse på mitt faglige engasjement generelt, og overfor denne oppgaven spesielt. Leif er en tålmodig veileder som har gitt meg autonomi til å føle eierskap til prosjektet, samtidig som han har vært imponerende tilgjengelig for diskusjon underveis. Jeg setter umåtelig pris på de timene vi har brukt på å diskutere, og er både stolt og glad for at vi skal fortsette å samarbeide om temaet fremover. Min samboer Annelise Dyrli har vært en uvurderlig støttespiller. Hun har brukt utallige timer på å lytte til meg, utfordre meg og bidratt til at jeg har opplevd prosjektet som viktig og meningsfullt.

Jørgen Flor

Oslo, april 2016



## **SAMMENDRAG**

Behandlingsforskning har historisk sett vektlagt positive fremfor negative effekter i psykoterapi. Det er imidlertid nødvendig at også negative sider utforskes og gjøres kjent overfor pasienter, fagutøvere og myndigheter. Denne kvalitative studien utforsker 10 norske psykologers tanker om pasienters forverring i psykoterapi. Dataene er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering, og drøftet i lys av eksisterende forskningslitteratur. Resultatene viser manglende felles begrepsapparat, lite kunnskap og stor variasjon i hvordan informantene forstår pasienters forverring. Psykologene undervurderer trolig forekomst av forverring i egen praksis. De opplever i liten grad en kultur hvor disse spørsmålene kan diskuteres og flere forteller at tematikken er ubehagelig. Informantene har i liten eller ingen grad fått undervisning, veiledning eller kursing om temaet, selv om de uttrykker et ønske om dette.

Studien viser hvordan lite oppmerksomhet om pasienters forverring i utdanning og forskning forplanter seg til den praktiske fagutøvelsen hos informantene. Denne studien er imidlertid ikke egnet til å si noe om funnene er representative for psykologer generelt. Videre forskning bør innhente data om negative utfall fra både pasienter og terapeuter ved hjelp av kvantitative metoder.



# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>10</b>
1.1 Innledning .....	10
1.2 Hva er negative utfall i psykoterapi?.....	11
1.3 Hva vet vi om negative utfall i psykoterapi? .....	15
1.4 Hvorfor oppstår negative utfall i psykoterapi? .....	16
1.4.1 Kan terapimetodene føre til negative utfall? .....	16
1.4.2 Er enkelte pasienter mer utsatt for negative utfall enn andre? .....	17
1.4.2 Kan terapeutene gjøre pasienter dårligere? .....	17
1.5 Hva vet forskere og klinikere om negative utfall i psykoterapi?.....	18
1.5.1 Er forskere oppmerksomme på negative utfall? .....	18
1.5.2 Er klinikere oppmerksomme på negative utfall i psykoterapi?.....	19
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	20
<b>2. METODE</b> .....	<b>22</b>
2.1 Metodisk kvalitet .....	23
2.1.1 Refleksivitet og forforståelse. ....	24
2.1.2 Intervjuguide. ....	26
2.2 Deltakere og rekruttering.....	26
2.3 Datainnsamling.....	27
2.4 Etikk.....	27
2.5 Hvordan ble analysen gjennomført? .....	28
2.5.1 Transkribering og analyse .....	28
2.5.2 Helhetsinntrykk og preliminære tema .....	29
2.5.3 Koding .....	29
2.5.4 Abstrahering .....	30
2.5.5 Sammenfatning. ....	30
<b>3. RESULTATER OG ANALYSE</b> .....	<b>32</b>
3.1 Matrise .....	32
3.2 Kunnskap om negative utfall .....	33
3.2.1. Vanskelig å definere hva forverring er. ....	33
3.2.2 Få pasienter blir dårligere i terapi. ....	33
3.2.3 Forverring blant pasienter sjeldent et eksplisitt tema i utdanningen .....	34
3.3 Fra egen praksis .....	34
3.3.1 En håndfull pasienter kan ha blitt dårligere. ....	34
3.3.2 Få konkrete eksempler. ....	35
3.3.3. Få historier om forverring. ....	36
3.4 Hvorfor blir pasienter dårligere i terapi?.....	36
3.4.1 Noen pasienter får mindre positive utfall enn andre.....	36
3.4.2 Psykologer kan ha uheldige trekk, men det er vanskelig å vite hvem. ....	37
3.4.3 Terapeuten kan gjøre pasienten avhengig. ....	38
3.4.4 Potente verktøy kan være skumle i feil hender. ....	38
3.5 Om å vurdere terapiutfall .....	39
3.5.1 Det er vanskelig å vite om pasienter blir dårligere i terapi.....	39
3.5.2 Forbigående forverring er relativt vanlig. ....	40
3.5.3 Å måle symptomer er omstridt.....	40
3.5.4 Psykologene er opptatt å av spørre pasientene hvordan de har det. ....	41
3.6 Hvordan er det å være behandler til pasienter som forverres?.....	42
3.6.1 Krevende å innrømme egne feil. ....	42
3.6.2 Negative følelser knyttet til pasienters forverring. ....	42
3.6.3 At pasienter blir dårligere er en fremmed tanke hos mange. ....	43
3.6.4 Ingen systematisk tematisering av negative forløp.....	44



3.6.5 Hva gjør psykologene for å forhindre at pasienter blir dårligere .....	44
<b>4. DISKUSJON.....</b>	<b>46</b>
4.1 Mange har ikke en klar oppfatning av hva et negative utfall er, men fler ideer om hvordan det kan oppstå .....	46
4.1.1 Kvalifisert gjetning eller kunnskapsbasert praksis? .....	47
4.1.2 Er forverring et ikke-tema i den kliniske hverdagen? .....	47
4.2 Informantene gir lavere estimater på negative utfall i egen praksis enn forskningslitteraturen tilsier .....	48
4.2.1 Blir egentlig pasienter i psykisk helsevern i Norge dårligere? .....	49
4.2.2 Er informantene ute av stand til å identifisere negative utfall i egen praksis? .....	50
4.2.3 Stort ansvar for pasientene gir næring til personlig ubehag. ....	51
4.2.4 Er det sosial akseptert å snakke om pasienters forverring? .....	53
4.3 Dårligere i terapi eller dårligere av terapi? .....	53
4.4 Forbigående forverring forvirrer .....	55
4.5 Hva gjør psykologene når pasientene forverres? .....	56
4.6 Hvordan legge til rette for bedre identifisering av forverring? .....	57
4.6.1 Å måle effekt av psykologiske intervensjoner er helt nødvendig.....	57
4.6.2 Et presist begrepsapparat er en forutsetning for å snakke nøkternt om forverring .....	58
4.7 Fra forbigående til vedvarende forverring – terapeutens ansvar uansett? ..	59
4.8 Behandlingsindusert forverring inntil det motsatte er bevist? .....	60
<b>5. DISKUSJON AV METODISK KVALITET OG BEGRENSNINGER.....</b>	<b>62</b>
5.1 Kan vi stole på forskningsresultatene? .....	62
5.2 Står forskerens forforståelse i veien for studiens validitet? .....	62
5.3 Hva har vi <i>egentlig</i> funnet svar på? .....	63
5.4 Er kunnskapen nyttig og relevant for andre? .....	64
5.5 Etiske forhold .....	66
<b>6. ØVRIGE BEGRENSNINGER.....</b>	<b>68</b>
6.1 Terapeutens perspektiv alene er ikke tilstrekkelig .....	68
<b>7. KLINISKE IMPLIKASJONER.....</b>	<b>70</b>
<b>8. VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>71</b>
<b>9. KONKLUSJON .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>76</b>
<b>APPENDIKS A, Intervjuguide .....</b>	<b>86</b>
<b>APPENDIKS B, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste .....</b>	<b>88</b>
<b>APPENDIKS C, Samtykkeskjema.....</b>	<b>89</b>

# 1. INTRODUKSJON

## 1.1 Innledning

Psykoterapi virker. Mer enn 60 000 forskningspublikasjoner har de siste tiårene lagt et solid empirisk fundament for en slik konklusjon (Barlow, 2010; Lambert, 2013; Lilienfeld, 2007). Ulike teorier og forklaringsmodeller søker å forklare hvordan og hvorfor slik behandling er effektiv, store ressurser brukes til å forbedre eksisterende terapiformer, nye metoder utvikles i rasende tempo og spørsmålet om hva som virker best tar omfattende plass i vitenskapelige tidsskrifter og artikler (Kennair & Hagen, 2014). Samtidig har få vært opptatt av psykoterapi som ikke hjelper – eller til og med terapi hvor pasienten blir dårligere. Pasientsikkerhet har vært neglisjert i forskning på psykisk helsevern (Barlow, 2010; Parry, Crawford & Duggan, 2016). Dette til tross for at man helt siden Sigmund Freuds tid har vært kjent med samtaleterapiens negative effekter. Hvis pasienter kan bli dårligere i samtalebehandling er det viktig at behandlerne kjenner til det, vet hvordan det kan avdekkes og ikke minst har verktøy eller metoder for å håndtere det. Slik kunnskap er et sentralt moment ved enhver forsvarlig terapeutisk praksis.

Det er viktig at vi får vite hva klinikere vet om negative utfall. Pasientene må kunne stole på at deres behandlere er i stand til å informere om alle sider ved behandlingen, også de negative. Pårørende bør kunne ha tillit til at helsepersonell som tar vare på deres nærmeste har tilstrekkelig kompetanse til dette. Myndighetene, som har ansvaret for at helsetilbudet til befolkningen er forsvarlig, må kunne stole på at fagfolk er i stand til å rapportere inn uønskede hendelser.

For å avdekke hva klinikere vet om disse spørsmålene er det nødvendig å gjennomføre kvantitative spørreundersøkelser overfor et utvalg man kan generalisere fra. Slik det fremgår av denne studiens metodekapittel, er det tvilsomt om premissene for slike undersøkelser er oppfylt. Denne hovedoppgaven belyser derfor disse spørsmålene ved hjelp av en kvalitativ undersøkelse. Hensikten er å utforske hva et utvalg norske psykologer tenker om negative utfall i psykoterapi. Resultatene kan bidra til å avdekke om dette er et problem, i hvilken grad informantene kjenner til det som et problem og dessuten hvilket begrepsapparat de benytter for å fortelle om temaet. Formålet er å legge et bedre grunnlag for videre studier om klinikers holdninger til negative utfall i psykoterapi.

Først presenteres noe av det teoretiske og empiriske fundamentet som gir grunnlag for å hevde at pasienter kan bli dårligere i psykoterapi. De studiene som tidligere har undersøkt hva terapeuter tenker om temaet, blir også gjengitt. Etter en gjennomgang av denne studiens metodologi og fremgangsmåte, presenteres resultatene fra 10 intervjuer med norske psykologer. Avslutningsvis diskuteres disse funnene i lys av det forskningsmessige bakteppet. En slik diskusjon av klinikers tanker fordrer kjennskap til forskningslitteraturen. Dette skyldes at disse holdningene ikke oppstår i et personlig vakuum, men er resultatet av blant annet den utdanningen psykologene har fått. Denne utdanningen bør i utgangspunktet være fundert på den samme litteraturen. Eventuelle mangler, uenigheter eller uklårheter som eksisterer i forskningslitteraturen vil altså kunne forplante seg til den kliniske hverdagen. En skildring av forskningslitteraturen vil derfor danne et viktig sammenligningsgrunnlag når informantenes svar skal drøftes.

## **1.2 Hva er negative utfall i psykoterapi?**

På tross av lite forskning er ikke negative effekter i psykoterapi et nytt tema. Allerede Sigmund Freud og Joseph Breuer omtalte negative terapeutiske reaksjoner hos pasienter, og mente disse skyldtes pasientenes ugjennomtrengelige nevrotiske forsvar eller mangler ved terapeutene (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Femti år etter Freud og Breuer postulerte et knippe psykoterapiforskere, med Allen Bergin i spissen, at psykologiske intervensjoner kan gjøre pasienter bedre *eller* dårligere sammenliknet med de som ikke fikk slik behandling. Det empiriske grunnlaget for disse første konklusjonene er omstridt, men bidro like fullt til å plassere tematikken mer sentralt i behandlingsforskning (Mays & Franks, 1980; Mays & Franks, 1985; Mohr, 1995; Strupp et al., 1977). Forskningen på negative utfall var tett sammenvevd med forskningen på positive utfall (Lambert, Bergin & Collins, 1977; Strupp et al., 1977). Flere innvendte at negative behandlingsutfall ble maskert ved at forskerne kun så på gjennomsnittlige effekter (Barlow, Boswell & Thompson-Hollands, 2013; Bergin, 1966; Crown, 1983; Lilienfeld, 2007; Mechler & Holmqvist, 2015).

I dag er det ingen konsensus om hva et negativt utfall innebærer (Berk & Parker, 2009; Bystedt, Rozental, Andersson, Boettcher & Carlbring, 2014; Boisvert & Faust, 2003; Crawford, Thana, Farquaharson, Palmer, Hancock, Bassett ... & Parry, 2016; Dimidjian & Hollon, 2010; Kächele & Schachter, 2014; Lilienfeld, 2007;

Moritz, Fieker, Hottenrott, Seeralan, Cludius, Kolbeck ... & Nestoriuc, 2015; Nutt & Sharpe, 2008; Parry et al., 2016; Rozental, Andersson, Boettcher, Ebert, Cuijpers, Knaevelsrud ... & Carlbring, 2014; Strupp et al., 1977; Williams, Farquaharson, Palmer, Bassett, Clarke, Clark & Crawford, 2016). Varierende begrepsbruk og sprikende forståelse av begrepet vanskeliggjør utforming og tolkning av empiriske studier. I tillegg hindrer det implementering av nyttige verktøy i klinisk praksis som kunne redusert negative utfall (Kächele & Schachter, 2014; Lambert, Whipple, Vermeersch, Smart, Hawkins, Hielsen & Goates, 2002; Monsen, 2014). For å illustrere den store variasjonen i begrepsbruk og definisjoner presenteres noen eksempler herunder.

I en nylig gjennomført litteraturgjennomgang behøvde forfatterene 14 ulike søkebegrep for å dekke tematikken i tilstrekkelig grad (Parry et al., 2016). Bivirkninger, dårlige utfall, uønskede hendelser, iatrogene effekter, skadelig terapi og negative effekter er begrep som benyttes om hverandre innenfor samme artikkel eller publikasjon (Barlow, 2010; Denman, 2011; Roback, 2000). Selv om noen studier er tydeligere på å avklare hva de ulike begrepene betyr, innebærer ikke nødvendigvis samme begrep samme forståelse. For eksempel har ulike forfattere definert både negative effekter og negative utfall som en relativt vedvarende forverring av pasientens tilstand på grunn av en terapeutisk intervensjon (Linden, 2013; Mays & Franks, 1985, Mechler & Holmqvist, 2015; Monsen, 2014; Parry et al., 2016; Rozental et al., 2014; Strupp et al., 1977; Williams et al., 2016).

Et viktig spørsmål er hvor alvorlige de negative konsekvensene må være før de kan kalles et negativt utfall. Noen innlemmer alt fra psykotiske episoder og selvmord til det å gråte eller de økonomiske kostnadene ved å gå i terapi (Denman, 2011; Linden, 2013; Linden & Schermuly-Haput, 2014; Roback, 2000; Strupp & Hadley, 1985). Andre inkluderer pasienters frafall, manglende effekt eller til og med terapi som fungerer men kunne fungert enda bedre (Dimidjian & Hollon, 2010; Kächele & Schachter, 2014; Lambert et al., 1977; Lilienfeld, 2007; Monsen, 2014; Sachs, 1983; Werbart, Von Below, Brun & Gunnarsdottir, 2015). Slike vidtfavnende definisjoner blir ofte vanskelige å bruke i praktisk klinisk arbeid (Duggan, Parry, McMurrin, Davidson & Dennis, 2014). På den annen side vil en for snever operasjonalisering og tilhørende måling føre til at man overser potensielt negative effekter (Dimidjian & Hollon, 2010). For eksempel hevder noen at negative utfall først inntreffer når pasientenes forverring med sikkerhet kan attribueres til terapien

som er utført (Crown, 1983; Duggan et al., 2014; Mays & Franks, 1985; Strupp et al., 1977). Som vi skal se er slike antakelser om årsak en viktig bidragsyter til begrepsforvirring. Iatrogene effekter, skadelig terapi, behandlingssvikt og behandlingsindusert forverring er eksempel på begrep som bærer med seg slike antakelser om årsak til forverring (Boisvert & Faust, 2002; Lilienfeld, 2007). Det er imidlertid svært vanskelig, om ikke umulig, å vite noe sikkert om årsakssammenhengen mellom pasienters forverring og de psykoterapeutiske intervensjonene som har blitt brukt (Dimidjian & Hollon, 2010; Lambert, 2013). Psykiske lidelsers naturlige forløp, spontan remisjon og såkalt regresjon mot gjennomsnitt, tendensen pasienter har til å søke helsehjelp når en er på sitt dårligste, gjør det vanskelig å vite om en pasient ville blitt bedre eller verre uten behandling (Boisvert & Faust, 2002; Dimidjian & Hollon, 2010; Duggan et al., 2014; Hannan, Lambert, Harmon, Nielsen, Smart, Shimokawa & Sutton, 2005; Lilienfeld, 2007; Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman, 2014; Linden, 2014; Strupp et al., 1977). For å motvirke disse slutningsfeilene om at hendelser som inntreffer etter hverandre har kausale forbindelser, post hoc ergo propter hoc, anbefaler flere å benytte en definisjon på negative utfall som er uavhengig fra kausalitetsspørsmålet. Sammenblanding av disse spørsmålene kan være en viktig kilde til manglende konsensus på feltet (Mays & Franks, 1985).

Negative utfall betyr ikke nødvendigvis fravær av positive utfall. Terapi kan for eksempel inneholde både forverring og forbedring på samme tid (Dimidjian & Hollon, 2010). I tillegg kan et negativt utfall også ramme pasientens pårørende og nære relasjoner, slik en har dokumentert i blant annet familieterapi. Det behøver derfor ikke være pasienten som blir dårligere i forbindelse med et terapiforløp (Crown, 1983; Strupp & Hadley, 1977; Strupp & Hadley, 1985). Negative utfall kan være forverring av eksisterende symptomatologi og/eller oppblomstring av nye plager utenfor pasientens opprinnelige problematikk (Boisvert & Faust, 2002; Linden, 2013; Strupp et al., 1977; Strupp & Hadley, 1985; Swift, Callahan, Heath, Herbert & Levine, 2010).

Det er utviklet en taksonomi som forsøker å dekke de ulike aspektene ved negative utfall (Linden, 2013). Denne taksonomien er gjengitt og oversatt i tabell 1. Et grunnleggende premiss er at alle uønskede hendelser skal attribueres til behandlingen så fremt ingen annen forklaring er funnet. Ved hjelp av modellen bør man avklare i hvilken grad de uønskede hendelsene som observeres i behandlingen,

eller rapporteres av pasienten, kan knyttes til behandlingen eller til andre forhold (Linden, 2013). Modellen er allerede nyttiggjort i flere empiriske studier (Kächele & Schachter, 2014; Moritz et al., 2015; Rozental et al., 2014).

### Tabell 1

*Taksonomi over ulike typer negative utfall i psykoterapi (etter Linden, 2013).*

<i>Engelsk begrep</i>	<i>Forfatterenes oversettelse av begrep</i>	<i>Forfatterens oversettelse av beskrivelse</i>
Unwanted event	Uønskede hendelser	Alle negative hendelser som oppstår parallell til, eller i kjølvann av, behandling
Treatment-emergent reactions	Behandlingsindusert forverring	Uønsket hendelse som følge av behandling
Adverse treatment reactions	Uønskede behandlingsreaksjoner	Uønsket hendelse, <i>trolig</i> som følge av rett behandling
Malpractice reaction	Malpraksis	Uønsket hendelse, <i>trolig</i> som følge av feil behandling eller feil utført behandling
Deterioration of illness	Sykdomsforverring	Forverring av sykdom i løpet av behandling eller sykdomsforløpet.
Therapeutic risk	Terapirisiko	Uønskede hendelser som er kjent og skal opplyses pasienten i forbindelse med informert samtykke før behandling
Contraindications	Kontraindikasjoner	Betingelser i den spesifikke behandlingsrelasjonen som gjør forverring svært sannsynlig. Forverring som trolig skyldes behandlingsindusert forverring ved kjente kontraindikasjoner skal betraktes som malpraksis

Et viktig spørsmål er imidlertid hvem som skal vurdere hva et negativt utfall er. Begrepssystemer som dette er i praksis verdiladede vurderinger som varierer med hvilket perspektiv man besitter, enten man er pasient, terapeut eller andre. Der

terapeuten kan være mest opptatt av å forstå pasienten ut i fra sin teoretiske modell, er pasienten mer opptatt av bedring, og en evaluering av hva negative utfall er bør ta høyde for alle tre perspektiv (Strupp et al., 1977; Strupp & Hadley, 1985).

### **1.3 Hva vet vi om negative utfall i psykoterapi?**

Omfang, innhold og tilgjengelighet av forskning på negative utfall har betydning for hvilke forventninger vi bør ha til informantenes kunnskap. Hvis empiriske studier avslører negative utfall som et marginalt fenomen kan en forvente tilsvarende lite kunnskap om det hos informantene. Hvis forskningen oppleves uoversiktlig, lite tilgjengelig, omstridt eller med store metodiske svakheter kan dette svekke overgangen fra teori til klinisk praksis (Haynes & Haines, 2008; Michie, Johnston, Abraham, Lawton, Parker & Walker, 2005).

Mengden litteratur om negative utfall i psykoterapi er begrenset og det finnes få gode empiriske studier tilgjengelig i dag (Berk & Parker, 2009; Boettcher, Rozental, Andersson & Carlbring, 2014; Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010; Mohr, Beutler, Engle, Shoham-Salomon, Bergan, Kaszniak & Yost, 1990; Sachs, 1983). Det er ikke gjort noen systematisk kunnskapsoppsummering over forekomst av negative utfall i psykoterapi. Enkelte litteraturgjennomganger finnes riktignok, i bokform (Mays & Franks, 1985; Strupp et al., 1977), om gruppeterapi (Roback, 2000), i en kritisk gjennomlesning (Mohr, 1995) og i en upublisert hovedoppgave fra Universitetet i Bergen (Monsen, 2014). En fullstendig og kritisk gjennomgang av litteraturen er utenfor denne studiens formål og rammer. For at informantenes kunnskap skal kunne evalueres med utgangspunkt i litteraturen gis det imidlertid et utdrag fra noen utvalgte empiriske studier herunder.

Allen Bergin postulerte at omlag 10 % av pasienter opplever forverring i terapi, og at slik forverring er mer sannsynlig i et terapeutisk forløp enn utenfor (Bergin, 1966; Mays & Franks, 1980; Mohr, 1995). I en reevaluering av de studiene som var grunnlaget for Bergins antakelse, finner man imidlertid kun 1-3 % forverring i eksperimentgruppene og 7 % forverring hos kontrollgruppene. I dag fremstår mange av de første empiriske studiene på negative utfall som mangelfulle og metodisk lite stringente (Mays & Franks, 1980; Mohr et al., 1990). I en studie av 62 deprimerte pasienter ble 15 % dårligere, hvor dårligere ble operasjonalisert som et standardavviks forverring på Becks depresjonsskala BDI, eller vurdert som dårligere av terapeuten og en uavhengig kliniker (Mohr et al., 1990). I en annen studie av internettbehandling for

sosial angst, rapporterte 5 % av pasientene nye symptomer, 14,3 % rapporterte bivirkninger og 4 % rapporterte forverring av de eksisterende symptomene. Disse negative effektene ble vurdert som trolig eller helt sikkert relatert til behandlingen (Boettcher et al., 2014). I en studie av unge pasienter som fikk langvarig psykoanalytisk behandling, ble 4,5 % dårligere ved avslutning og 7,1 % var blitt dårligere ved tre års oppfølging (Werbart et al., 2014). Flere empiriske studier benytter spørreskjemapakken OQ-45 til å vurdere utfall. Dette er et selvutfyllingsskjema med 45 spørsmål hvor pasienten kan skåre 0-180 poeng. Skårer over 64 poeng tilhører klinisk populasjon og 14 poengs økning operasjonaliseres som en forverring (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen & Smart, 2003). I en studie av 1020 pasienter ved en universitetsklinikk ble 7 % dårligere, blant 6072 pasienter fra ulike klinikker opplevde 8,2 % reliabel forverring og fra et utvalg på 4253 studenter som oppsøkte en amerikanske universitetsklinikk ble 9 % verre i løpet av terapiforløpet. 4,4 % innenfor den samme gruppen opplevde en *stor* endring i symptomtrykk, operasjonalisert som minst 30 poengs økning på OQ-45 (Hatfield, McCullough, Frantz & Krieger, 2010; Hansen, Lambert & Forman, 2002; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002). OQ-45 er også benyttet i en studie av norske terapeuter hvor 8,7 % av pasientene ble dårligere når pasientforløpet ikke brukte tilbakemeldingssystemet, men kun målte symptomene. 5,6 % ble dårligere hos terapeutene som benyttet tilbakemeldingene i OQ-45 (Amble, Gude, Stubdal, Andersen & Wampold, 2015).

## **1.4 Hvorfor oppstår negative utfall i psykoterapi?**

Det er altså grunnlag for å hevde at pasienter kan bli dårligere i løpet av et psykoterapeutisk behandlingsforløp, selv om det er lite kunnskap om hvordan eller hvorfor pasienter opplever slik forverring (Barlow, 2010; Berk & Parker, 2009; Sachs, 1983; Strupp et al., 1977). Fordi denne studien søker svar på hva informantene tenker om hvorfor pasienter kan bli dårligere, er det nødvendig å gi et bilde av hva forskningslitteraturen sier om de samme spørsmålene. Derfor gjengis et utvalg fra denne litteraturen herunder.

### ***1.4.1 Kan terapimetodene føre til negative utfall?***

Flere empiriske studier og litteraturgjennomlesninger peker på at spesifikke metoder eller teknikker kan være årsak til at pasienter blir dårligere i et terapiforløp



(Berk & Parker; 2009; Lilienfeld, 2007; Mohr, 1995). Et eksempel på en potensielt skadelig terapimetode er Critical Incident Stress Debriefing; CISD. CISD er funnet i flere randomiserte kontrollerte studier å gi forverring hos pasientene over tid (Lilienfeld, 2007). Et annet eksempel på en potensielt skadelig terapimetode er sorgterapi. I en studie ble 38 % av pasientene som mottok slik terapi dårligere enn kontrollgruppen (Neimeyer, 2000). Noen påpeker at overføringstolkninger og en ikke-gratifiserende holdning i psykoanalytisk terapi kan bidra til negative utfall (Kächele & Schachter, 2014; Werbart et al., 2014). Også i gruppeterapi (Tuttman, 1982), hypnose (Lynn, Martin & Frauman, 1996), schizofrenibehandling (Drake & Sederer, 1986) og avspenning mot angst (Heide & Borkovec, 1983) er det funnet elementer som kan gi negative effekter.

#### ***1.4.2 Er enkelte pasienter mer utsatt for negative utfall enn andre?***

Det finnes ingen entydige forklaringer på hvorfor pasienter blir dårligere i terapi (Boisvert & Faust, 2002). Pasienter som preges av mistenksomhet, mistror terapeuten, er lite motiverte, har machokistiske trekk eller lave forventninger til terapi kan være i større risiko for negative utfall enn andre pasienter uten slike tendenser (Mohr, 1995; Strupp & Hadley, 1985). En utbredt antakelse er at sykere pasienter lettere opplever forverring i terapi. I en studie som undersøkte dette, fant man imidlertid ikke at alvorlighetsgraden ved oppstart forklarte hvem som fikk positive og hvem som fikk negative utfall (Swift et al., 2010). Andre har funnet at det er når pasienten vurderer sin problematikk som mild, og terapeutene problematikken som alvorlig, at risikoen for negative utfall er stor (Mohr et al., 1990; Mohr, 1995; Monsen, 2014).

#### ***1.4.2 Kan terapeutene gjøre pasienter dårligere?***

Enkelte hevder det kan være viktigere å identifisere potensielt skadelige terapeuter enn potensielt skadelige terapimetoder (Boisvert & Faust, 2006; Lilienfeld, 2007). Terapeutfaktorer har vært mye omtalt som årsak til negative utfall i psykoterapi (Strupp & Hadley, 1985). I enkelte studier finner man også svært stor variasjon i terapeuters effektivitet. I en studie som benyttet OQ-45 hadde en terapeut 19 % gjennomsnittlig forverring med sine 160 pasienter, mens en annen terapeut i samme utvalg hadde kun 1 % forverring med mer enn dobbelt så mange pasienter (Hansen et al., 2002). Lignende terapeutforskjeller er funnet blant klinikere under utdanning (Banham & Schweitzer, 2015). I en oppsummering av seks studier hadde

de dårligst rangerte terapeutene 11 % gjennomsnittlig forverring, målt med OQ-45, mot 5 % hos de best rangerte (Lambert, 2007). En mulig konklusjon er at alle terapeuter er dyktige med enkelte pasientgrupper, men at noen er ineffektive eller endog direkte skadelige overfor andre (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011).

Terapeuter kan påvirke behandlingen på ulikt vis. De kan velge feil metode, bruke teknikker på rigide måter, eller rett og slett mangle ferdigheter og kompetanse. Noen terapeuter kan være fiendtlige, manipulerende eller de kan mangle varme og genuinitet. Alle disse faktorene er funnet å bidra negativt til terapiutfall (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Banham & Schweitzer, 2015; Crown, 1983; Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Monsen, 2014; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Roback, 2000; Sachs, 1983; Strupp & Hadley, 1985; ).

## **1.5 Hva vet forskere og klinikere om negative utfall i psykoterapi?**

Denne studien har ikke til hensikt å undersøke forekomst av eller årsaker til negative utfall blant informantenes pasienter, men er orientert mot informantenes kunnskap og tanker om temaet. I det følgende gis et utdrag fra forskningslitteraturen om hva forskere og klinikere vet, tenker og gjør med negative utfall. Dette skal gi et grunnlag for å evaluere informantens svar om de samme spørsmålene.

### ***1.5.1 Er forskere oppmerksomme på negative utfall?***

Hvis forskning skal informere klinisk praksis, vil klinikere nødvendigvis bli påvirket dersom forskerne ikke er opptatt av et tema. Oppmerksomheten om negative utfall i psykoterapiforskning har alltid vært liten sammenlignet med interessen for å dokumentere positiv effekt (Lambert et al., 1977; Strupp et al., 1977; Moritz et al., 2015). Dette har ledet til beskyldninger om systematisk underrapportering og tilbakeholding av de resultatene som viser negative effekter (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007;). I den medisinske profesjonen monitoreres uønskede hendelser i langt større grad enn hva som er tilfelle for psykoterapi (Duggan et al., 2014; Kächele & Schachter, 2014, Jonsson, Alaie, Parling & Arnberg, 2014; Vaughan, Goldstein, Alikakos, Cohen & Serby, 2014). Psykoterapiforskning presenterer ofte resultater på gruppenivå, hvor enkelttilfeller av forverring forsvinner hvis en ikke har eksplisitt fokus på å fremheve de (Mechler & Holmqvist, 2015; Nutt & Sharpe, 2008; Strupp et al., 1977).

I en gjennomgang av 91 kliniske studier var det ingen som tematiserte uønskede hendelser i sine sluttrapporter (Duggan et al., 2014). I en annen gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier publisert i 2010, var 21 % av studiene oppmerksomme på negative utfall, men beskrivelsene var svært mangelfulle (Jonsson et al., 2014). Spørreundersøkelser rettet mot psykoterapiforskere avslører bred enighet om at negative effekter er et reelt problem, men viser ingen konsensus hva gjelder omfang og mekanismer som ligger til grunn for slik forverring (Boisvert & Faust, 2003; Strupp et al., 1977; Strupp & Hadley, 1985).

### ***1.5.2 Er klinikere oppmerksomme på negative utfall i psykoterapi?***

Det overordnede spørsmålet til utforskning i denne studien er hva et utvalg norske psykologer tenker om negative utfall i psykoterapi. Vi vet at kunnskap om negative utfall hos klinikere kan bidra til å redusere forekomsten av negative utfall (Boisvert & Faust, 2006; Lambert et al., 2001; Lambert, 2011; Walfish, McAlister, O'Donnell & Lambert, 2012). God nok kunnskap og kompetanse om et tema er også et viktig utgangspunkt når man skal evaluere egne ferdigheter på det samme temaet (Kruger & Dunning, 1999). To studier finner at terapeuter rangerer sannhetsgehalten i påstander om psykoterapiforskning annerledes enn det forskere gjør. For eksempel var forskerekspertene samstemte om at cirka 10 % av pasienter blir verre som følge av terapi, men psykologene var ikke enige i dette. Nesten en tredel av terapeutene visste ikke om påstanden er riktig eller gal, og en tredel svarte feil jamfør de data forfatterne la til grunn (Boisvert & Faust, 2003; Boisvert & Faust, 2006).

En rekke studier har undersøkt hvordan terapeuter forholder seg til pasienters forverring (Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010; Kendall, Kipnis & Otto-Salaj, 1992; Kächele & Schachter, 2014; Lilienfeld et al., 2014; Sarkozy 2010; Walfish et al., 2012). I en svensk undersøkelse oppgav 75 % av terapeutene at de hadde klinisk erfaring med negative effekter (Bystedt et al., 2014). I mange studier hevder et mindretall av informantene at det ikke er noe problem med negative utfall i psykoterapi, og noen vurderer sannsynligheten for negative utfall som svært lav eller ikke-eksisterende (Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Markowitz & Milrod, 2015; Mohr et al., 1990; Moritz et al., 2015; Vaughan et al., 2014). Mange terapeuter hevder de er i stand til å gjenkjenne forverring hos sine pasienter, selv om det er kjent at en rekke kognitive skjevheter gir overdreven tro på egen kompetanse og klinisk erfaring (Hatfield et al., 2010; Lilienfeld et al., 2014; Walfish et al., 2012).

I hvilken grad terapeutene evner å gjenkjenne forverring ble undersøkt i en studie hvor man gjennomgikk journalnotatene til de pasientene som hadde blitt åpenbart dårligere. Pasientene viste en symptomøkning fra time til time på minst 30 poeng, målt med OQ-45. Kun en tredel av journalene inneholdt antydninger fra terapeuten om pasientenes forverring (Hatfield et al., 2010). Selv om flere slike studier er nødvendig før en kan konkludere, er det altså grunn til å tvile på terapeutenes tro på egen evne til å identifisere forverring. I en annen studie ble privatpraktiserende terapeuter bedt om rangere sin egen kompetanse. Her svarte 92 % av terapeutene at de var blant de 15 % mest kompetente av alle terapeuter, og to tredeler mente at 80 % av pasientene deres ble bedre på grunn av terapien de gav. Halvparten av informantene mente at ingen av deres pasienter ble dårligere i terapi (Walfish et al., 2012).

## **1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Med utgangspunkt i det overnevnte kan en fastslå følgende; det er ingen konsensus verken blant forskere eller klinikere om hva negative utfall innebærer, vi vet lite om hvor ofte, under hvilke betingelser og hos hvilke terapeuter pasienter blir dårligere, vi vet lite om hva klinikere vet om negative utfall, og de undersøkelsene som er gjort har metodiske svakheter (Boisvert & Faust, 2003; Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010; Sarkozy, 2010; Stewart & Champless, 2008; Rozental et al., 2015; Strupp et al., 1977; Werbart et al., 2014).

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan klinikere tenker om negative utfall i psykoterapi, både i egen praksis og for øvrig. Det er den første studien som benytter en kvalitativ tilnærming med muntlige intervju til å besvare disse spørsmålene. Det overordnede spørsmålet til utforskning er:

***”Hvordan ser psykologen på fenomenet negative utfall i psykoterapi generelt og i egen praksis spesielt?”***

En rekke underspørsmål følger av dette hovedspørsmålet. Et av formålene er å finne ut hva psykologen kjenner til av litteratur, mulige årsaker til negative utfall, hvor hyppig det forekommer og hvilke kilder psykologen har til denne kunnskapen. Dernest er det et mål å finne ut hvordan psykologen går frem for å avklare om negative utfall oppstår hos pasienter. I tillegg etterspørres egne erfaringer med pasienter.



## 2. METODE

I utgangspunktet var ønsket med dette prosjektet å si noe om norske psykologers holdninger til negative utfall i terapi. En slik tilnærming fordrer en kvantitativ metode slik at en kan generalisere fra et utvalg psykologer til populasjonen norske psykologer. Dette krever operasjonaliserte variabler med tydelig avklarte begrep. Den manglende konsensus om hva et negativt utfall er, slik avdekket i litteraturen herover, problematiserer validiteten til kvantitative undersøkelser.

Problemstillingen og underspørsmålene i denne studien kjennetegnes i stedet av et ønske om å beskrive virkeligheten slik den oppleves av psykologene. For å undersøke dette er det valgt en kvalitativ tilnærming med et muntlig semistrukturert intervju som metode.

Først må en ha nærmere kjennskap til hvordan informantene forholder seg til begrepene, slik kvalitative metoder er godt egnet til å avdekke (Barlow, 2010). En kvalitativ tilnærming er også anbefalt når det er lite empirisk kunnskap i et felt, slik tilfellet er her (Dimidijan & Hollon, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). I tillegg kan resultater fra eksplorerende studier være godt egnet til å utforme presise hypoteser og kvantifiserbare spørreskjema, slik tematikken behøver (Kächele & Schachter, 2014; Malterud, 2013).

Kvalitative metoder er godt egnet til forskningsspørsmål som omhandler menneskers forståelse av fenomener, hvordan de tenker samt hvilke erfaringer og holdninger de har. En slik tilnærming søker mot forståelse og beskrivelse, fremfor forklaring eller prediksjon (Malterud, 2012; Malterud, 2013). Forskeren er orientert mot den menneskelige opplevelse og ønsker å beskrive denne opplevelsen ut i fra perspektivet til den som opplever. Ofte benyttes det semistrukturerte intervjuet for å samle inn spesifikke beskrivelser av aktuelle fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det finnes studier som har søkt å besvare tilsvarende forskningsspørsmål som denne. I en svensk kvalitativ studie var formålet å undersøke klinikers oppfatning om negative utfall i klinisk praksis ved hjelp av tekstlige svar på en rekke åpne spørsmål (Bystedt et al., 2014). Andre studier har innhentet såkalte ekspertmeninger om samme tematikk, men uten en systematisk analyse av svarene (Boisvert & Faust, 2003; Strupp et al., 1977). I disse studiene har man gått glipp av muligheten til oppfølgingsspørsmål og til å gi informantene anledning til å utdype svarene sine.

Muntlig intervju, som er valgt i denne studien, adresserer disse begrensningene (Bystedt et al., 2014).

## **2.1 Metodisk kvalitet**

Det finnes ulike kvalitetsparameter, sjekklister og fremgangsmåter for å evaluere kvaliteten på kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2001; Malterud, 2013). Her fremheves særlig tre begrep i vurderingen av studiens metodiske kvalitet; intern validitet, ekstern validitet og refleksivitet (Malterud, 2013). Disse beskrives kort her og drøftes nærmere i diskusjonen.

Intern validitet, ofte kalt kredibilitet eller gyldighet, handler om at studien sier noe om det den er ment å si noe om. I en studie med god indre validitet skal utvalg, design og teori bidra til å besvare forskningsspørsmålene. Studiens resultater bør tilføre noe mer enn forskerens forforståelse og det teoretiske materialet som presenteres; de skal være forankret i de empiriske funnene (Malterud, 2001; Malterud, 2013). God indre validitet forutsetter også at resultatene er til å stole på; at de er troverdige eller reliable (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2001; Malterud, 2013; Thagaard, 2003). Å vurdere prosjektets troverdighet krever at en kjenner til hvordan kunnskapen har oppstått. Slik kan de ulike delene av prosessen utfordres med hensyn til om de er relevante for problemstillingen (Thagaard, 2003; Malterud, 2013). Ved hjelp av ulike trianguleringsstrategier kan en forsøke å heve prosjektets indre validitet. For eksempel kan informantene eller andre forskere få mulighet til å lese gjennom transkripsjonen for å gi tilbakemelding på forskerens vurderinger. En kan også triangulere i forhold til metode, for eksempel ved at ulike datakilder benyttes for å belyse det samme fenomenet (Malterud, 2013).

Ekstern validitet, ofte kalt overførbarhet eller generaliserbarhet, handler om i hvilken grad resultatene kan og blir kommunisert til andre (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2013). Slik blir språklig formidling overfor riktig målgruppe et viktig kvalitetsparameter (Malterud, 2013). Høy ekstern validitet innebærer at resultatene kan brukes og anvendes i andre kontekster (Thagaard, 2003; Rozental et al., 2014). På et vis vil evalueringen av den eksterne validiteten først være mulig når studien er distribuert og lest. Likevel kan en på forhånd ta stilling til om studien tar for seg lite utforskede tema, om studiens resultater kan ha konsekvenser, hvem som kan ha nytte av resultatene og videre (Malterud, 2012).

Det tredje aspektet ved metodisk kvalitet handler om forskerens subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2013). Dette er ikke atskilt fra validitetsparametrene overfor, men er av en slik betydning at det bør fremheves som en egen del av kvalitetssikringen. Sentralt står premisset om at forskeren ikke er nøytral, men vil gjennom sin egen historie, personlighet og utdanning påvirke forskningsprosessen. Denne subjektiviteten kan bli en utfordring for studiens indre validitet og derfor er det viktig å vite hvordan forskeren påvirker hele forskningsprosessen (Thagaard, 2003; Malterud, 2013).

Å validere et forskningsprosjekt krever at forskeren kontinuerlig retter sitt kritiske blikk mot potensielle feilkilder og skjevheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Dersom forskeren har et sterkt engasjement for fagfeltet eller er overdrevent tydelig til stede i intervjuprosessen vil dataenes validitet kunne bli stilt i tvil (Malterud, 2013). I tilfellet med dette prosjektet er nettopp et slikt personlig engasjement en sentral del av drivkraften for gjennomføring. Studiens metodiske kvalitet avhenger derfor av at dette utdypes noe.

### ***2.1.1 Refleksivitet og forforståelse.***

Refleksivitet handler først og fremst om at forskeren adopterer en kritisk holdning til egen rolle, egne hypoteser og fremgangsmåten man velger for å gjennomføre studien (Malterud, 2012). Målet er ikke å eliminere forforståelsen, men å unngå at den overdøver de empiriske dataene. Dette kan en motvirke ved å arbeide kritisk med hvordan egne bidrag påvirker forskningsprosessen.

Forfatteren av denne studien er sistårs psykologstudent ved NTNU. En del av forforståelsen er derfor de forelesninger, pensumbøker og fagfolk som studiet har inneholdt. Det er nettopp manglende tematisering av negative utfall som har motivert denne studiens forskningsspørsmål. Forfatteren har derfor et kritisk utgangspunkt motivert av en opplevd mangel i pensum og undervisning.

Denne hovedoppgaven er en del av et større prosjekt med flere skriftlige arbeider i forkant og andre under utarbeidelse. I 2014 skrev jeg om negative utfall og hvilken forskning som var gjort på området. I konklusjonen står det blant annet: *”Den hippokratiske ed om å først og fremst ikke gjøre skade, ”primum non nocere”, står tilsynelatende ikke på agendaen hos psykologer. Bevissthet, kompetanse og vilje til å undersøke negative utfall er skremmende lav”* (Flor, 2014). Formuleringen er preget av undertegnedes nesten desillusjonerte opplevelse av eget fagfelt, og en i overkant



ukritisk holdning til de mange kommentarartiklene som preger litteraturen om negative utfall. Egne opplevelser med manglende kvalitetssikring i private helsetjenester gav ytterligere næring til et slikt fokus. En slik holdning vil kunne stå i veien for en nysgjerrig undersøkelse av norske psykologers opplevelse av de samme fenomenene. Jeg hadde investert mye for å komme inn på psykologstudiet, og var overrasket over det jeg opplevde som manglende etisk bevissthet, faglighet og pasientsikkerhet. Ved hjelp av veiledning og kritisk egenevaluering ble det gradvis et fokus å bevare en nøkternhet i omtale av temaet, frem mot en mer nysgjerrig og åpen holdning. Ved inngangen til 2015 så jeg i større grad negative utfall i terapi som et uttrykk for at enkelte terapeuter ikke var skikket eller kvalifisert nok til pasientarbeid enn hva som er tilfelle i skrivende stund. I en engelsk bloggtekst er budskapet blitt noe mer nøkternt, selv om det kritiske blikket fremdeles er tydelig: *"In the world of psychotherapy, however, harms have not been subject to much interest"* (Frances, 2015).

Den holdningen som til dels skinner gjennom i de innledende tekstene kan minne om det noen kaller en personrettet tilnærming i forståelsen av feil og menneskelig svikt (Reason, 2000). Å betrakte negative utfall som unngåelige menneskelige feil kan være emosjonelt mer tilfredsstillende; enkelte terapeuter blir syndebukker som må stilles til ansvar slik at fagfeltet opprettholder sin integritet. Med begrenset erfaring fra klinisk pasientarbeid kan det synes å ha vært lettere å heve en moralsk pekefinger da, enn nå. Forskningslitteraturen som var grunnlaget for oppgaven i 2014 er i større grad preget av kommentarer og debattartikler enn hva som er tilfellet i denne studien. Den teoretiske referanserammen var derfor mer snever. Etter flere gjennomlesninger av litteraturen ble det gradvis lettere å anta et kritisk forskerblikk og slik ble egne standpunkt noe mer nøkterne. I løpet av prosessen har det kommet til flere empiriske studier som bidrar til å holde fokus mer fundert i data fremfor i kommentarer og meninger.

Utformingen av intervjuguiden har også vært en viktig bevisstgjøringsprosess. I samarbeid med veileder, andre fagpersoner og medstudenter ble intervju spørsmålene utprøvd og revidert i flere omganger. To år etter de første ideene begynte å ta form har min holdning til tematikken beveget seg mye. Det kritiske blikket er fremdeles en viktig drivkraft i møte med dette kontroversielle temaet, men fokuset har gått fra å være personrettet til mer overordnet og systemisk orientert. Det har vært en viktig erkjennelse at det er for enkelt å peke på syndebukker blant terapeutene.

Det er ikke et mål å eliminere enhver personlig mening hos forskeren i et kvalitativt arbeid som dette. En fruktbar håndtering innebærer i stedet at forskeren adopterer en refleksiv holdning med et aktivt og avklart forhold til egen forforståelse og synspunkt (Malterud, 2003). Kritisk selvrefleksjon og kontinuerlig drøfting av aktuelle problemstillinger med andre er viktige metoder for å fremme dette. Ved å sette til side forutinntakelser og få tak i opplevelsen av objektet, søker en mot fenomenologisk reduksjon. Dette kan også beskrives som å sette egne antakelser ”i parentes”, gjennom undring og nysgjerrighet (Malterud, 2013).

### **2.1.2 Intervjuguide.**

Intervjuguiden ble utformet medio mai 2015 og har vært gjenstand for kontinuerlig revidering i perioden før datainnsamling tok til høsten 2015. Guiden er intervjuladd fremfor intervjustyrt, ved at den ikke har noen overordnet teoretisk forståelse som spørsmålene utledes fra (Malterud, 2013). Den er likevel preget av et forskningsmessig utgangspunkt og henter inspirasjon til spørsmålene fra en rekke sammenlignbare studier. Enkelte spørsmålsformuleringer er lånt og modifisert med utgangspunkt i disse (Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009; Rozental et al., 2014; Strupp et al., 1977;). Guiden skiller videre mellom forskningsspørsmål og intervjustørsmål (Malterud, 2013). Strukturen er tredelt, hvor den første delen omhandler negative utfall i egen praksis, den neste delen handler om kunnskapen til negative utfall og den siste delen handler om psykologens håndtering av negative utfall. Intervjuguidens spørsmål fremgår av appendiks A og et utvalg av disse er gjenstand for kritisk drøfting i oppgavens diskusjon.

## **2.2 Deltakere og rekruttering**

Et rikt og variert datagrunnlag i denne studien krever at de som blir intervjuet har et tilsvarende rikt og variert datagrunnlag. I et norsk distriktpsikiatrisk senter (DPS) møter behandleren mange ulike pasienter med varierte lidelser. Dette er tenkt å gi et bedre grunnlag når informantene blir bedt om å reflektere om sine erfaringer med pasienter i terapi, sammenliknet med de tradisjonelt mer homogene pasientgruppene i den mer spesialiserte tredjelinjetjenesten kan gjøre. Mange norske psykologer jobber dessuten på DPS i landets helseforetak, hvilket kan bidra til å heve resultatenes overførbarhet. Rekrutteringen ble rettet mot DPSer i Sør- og Midt-Norge. Totalt ble 11 sentre kontaktet hvorav 6 gav samtykke til å kontakte psykologene

direkte. Det er vanskelig å anslå en responsrate siden det er ukjent hvor mange psykologer som har fått informasjon fra sine ledere eller kolleger om studien, men det er det verdt å merke seg 5 – 36 % responsrate i sammenlignbare studier (Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010). Totalt 14 deltakere gav samtykke til intervju, hvorav fire avlyste i forkant av opptak på grunn av sykdom eller andre avtaler som kom i veien. Utvalget består derfor av ti psykologer fra fem ulike DPS, hvor den yngste er 33 år og den eldste er 57 år. Utvalget har 13 års gjennomsnittlig klinisk erfaring, fra 4 år hos den minst erfarne til 26 år hos den mest erfarne. Samtlige intervjukandidater har ferdigstilt eller er i slutfasen av å ferdigstille sin spesialistutdanning. 60 % er kvinner. Med unntak av Universitet i Tromsø er alle norske studiesteder representert; 3 fra Universitetet i Bergen, 3 fra Universitetet i Oslo, 3 fra NTNU og en fra Danmark. Den brede variasjonen i alder, arbeidsplass, utdanningssted og klinisk erfaring bidrar til resultatenes overførbarhet.

### **2.3 Datainnsamling**

Alle intervju ble gjennomført på kontoret til de respektive psykologene og varte i en knapp time. De ble gitt en kort orientering om studiens formål og oppfordret til å utdype sine svar og gi eksempler fra egen praksis der det er mulig. Intervjuet ble tatt opp på en digital båndopptaker. Intervjuguiden fungerte veiledende fremfor styrende. Deltakerne ble orientert om prosjektets fremdriftsplan og tilbudt en presentasjon av resultatene etter avslutning. Det er verdt å fremheve at mange ønsket dette, og ved intervjuets slutt opplyste samtlige at deltakelsen hadde vært nyttig og interessant.

### **2.4 Etikk**

Studien er meldt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, slik det fremgår av appendiks B. Terapeutene som intervjues kan avsløre pasientinformasjon og derfor ble regional etisk komite forespurt om studien var søknadspliktig, noe de avkreftet. I rekrutteringen ble samtykkeskjema og beskrivelse av studiens formål distribuert til informantene, dette er også vedlagt i appendiks C. I forkant av intervjuene ble denne informasjonen fremlagt på ny og signert av samtlige deltakere. Informantene er anonymisert ved at deres navn aldri er knyttet til dataene. Arbeidssted beskrives ut i fra regionnivå, da enkelte av informantene er ansatt ved relativt små DPS hvor en lettere kan bli identifisert.

Ved sensitive tema er det særlig viktig å ta høyde for belastninger informantene

kan bli utsatt for. I denne studien kan noen av spørsmålene, for eksempel om pasienters forverring i egen praksis, oppleves både nærgående og ubehagelige. En opplevelse av å bli testet eller evaluert kan forsterkes av at intervjuer tilhører ens egen faggruppe (Coar & Sim, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012). For best mulig ivaretagelse av informantene har de fått informasjon om anonymiserende tiltak. De få som ytret bekymring om hvor gjenkjennelige de kom til å være, fikk tilbud om gjennomlesing.

## **2.5 Hvordan ble analysen gjennomført?**

Det finnes en rekke analysemetoder for kvalitative data som kunne vært aktuelle i dette prosjektet. Når systematisk tekstkondensering er valgt, skyldes dette først og fremst at dette er en metode utviklet spesifikt for studenter med liten erfaring fra kvalitative analyser (Malterud, 2012). Det er en pragmatisk metode basert som følger de fire viktigste stegene fra Giorgis fenomenologiske analyse. Beskrivelsene av systematisk tekstkondensering er kortfattet og orientert mot den praktiske fremgangsmåten. En uerfaren forsker kan derfor nyttiggjøre seg av systematisk tekstkondensering uten å måtte lese omfattende bakgrunns litteratur om kvalitative metoder eller fenomenologi (Malterud, 2001; Malterud, 2012; Malterud, 2013).

### ***2.5.1 Transkribering og analyse***

Transkriberingen ble gjort fortløpende ettersom intervjuene ble gjennomført. All muntlig dialog ble transkribert i et tekstbehandlingsprogram og det transkriberte materialet utgjorde til sammen 119 sider. Med bakgrunn i prosjektets omfang og valg av analysemetode ble verken støtteord, ansiktsuttrykk, toneleie, kroppsspråk eller omgivelser transkribert. Navn, arbeidsplass, steder eller karakteristika som kan identifisere pasienter ble anonymisert eller fjernet fra transkripsjonen. Transkriptet ble deretter analysert i fire suksessive steg etter retningslinjer for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012). Det overordnede formål med denne tilnærmingen er å presentere deltakernes opplevelse gjennom beskrivelse, fremfor fortolkning av underliggende mening. Analysen involverer spesifikke teknikker for dekontekstualisering og rekonstualisering av data. Dekontekstualisering innebærer at teksten fra transkripsjonen blir klippet midlertidig ut og kodet, mens rekontekstualisering er sammenfatningen til slutt. Prosessen ble dokumentert i en prosjektlogg, et tekstdokument som inneholder tanker og vurderinger underveis. En

slik uredigert, usystematisk logg hjelper valideringen av sluttproduktets nærhet til dataene. I det følgende utdypes gjennomføringen av de respektive stegene for å sikre gjennomsiktighet i prosessen (Malterud, 2012).

### ***2.5.2 Helhetsinntrykk og preliminaire tema***

Alle intervjuene ble gjennomlest med sikte på å finne preliminaire tema. I slikt arbeid tilstrebes et ateoretisk blikk, men uten at det går på bekostning av forskerens fortolkende posisjon og kjennskap til forskningsspørsmålene. De preliminaire temaene skal være startpunkter for organiseringen av data og gir grunnlag for å utarbeide sorteringsprinsipper. Det anbefales at dette analysesteget gjennomføres av flere forskere for å legge til rette for diskusjon av tema man er uenig om (Malterud, 2012). Arbeidets selvstendige natur og prosjektets begrensede omfang har ført til at dette ikke ble gjort. De foreløpige preliminaire temaene ble ”uklar definisjon”, ”forbigående forverring”, ”ubehag ved egen tilkortkommenhet”, ”vansker med å huske egne eksempler”, ”vansker med å vurdere terapiutfall”, ”utsatte pasientgrupper” og ”kollegers ferdighetsnivå”. Disse temaene er imidlertid ikke resultater (Malterud, 2013).

### ***2.5.3 Koding***

Andre trinn i systematisk tekstkondensering innebærer en mer systematisk bearbeidelse av transkripsjonen. Ved hjelp av linje-for-linje-koding leter en etter meningsbærende enheter. En slik enhet skal kunne relateres til forskningsspørsmålene. Når disse meningsbærende tekstenhetene tildeles en merkelapp basert på det de inneholder, kalles det koding. Tekst som ikke er relevant for forskningsspørsmålene er heller ikke meningsbærende og utelukkes fra kodingen. Systematisk tekstkondensering skiller seg fra den klassiske og mer krevende metoden Giorgi beskriver ved at man velger ut deler av transkripsjonen for analyse (Malterud, 2012). Utvelgelsen bør foregå slik at den dekker de preliminaire temaene som ble valgt ut i første steg. Prosessen er induktiv i den forstand at kodegruppene ikke er forhåndsbestemt men i stedet fremkommer i løpet av kodingen. Samtidig erkjenner forskeren at forutinntakelser og preliminaire tema vil påvirke kodingen, og slik ligner det deduktiv metode i noe grad. De preliminaire temaene som vekket forskerens interesse ble kodet først. I et tekstbehandlingsprogram ble tekst som ikke var knyttet til meningsbærende enheter fjernet. Dette kalles systematisk dekontekstualisering. Selve kodingen foregikk i en regnearkapplikasjon for å lette den påfølgende

grupperingen av koder i tredje steg. Etter førstegangs koding ble tilgrensende koder gruppert sammen og kodene revidert på ny. For å illustrere kodearbeidets dynamiske forløp følger et eksempel på arbeidet, med utgangspunktet i det preliminare temaet ”ubehag ved egen tilkortkommenhet”. Underveis i koding fremgikk det at informantene kan erkjenne egen tilkortkommenhet uten at det nødvendigvis er ubehagelig. Det er for eksempel mulig å erkjenne slagsider ved terapien, ved psykologifaget eller hos andre behandlere. Disse ble derfor tre ny koder. Slik kan en se hvordan kodeprosessen tillater gjentatte revisjoner.

#### **2.5.4 Abstrahering**

Tredje trinn i systematisk tekstkondensering innebærer abstrahering fra de respektive kodegruppene. Formålet er å lage et kondensat hvor alle meningsbærende enheter er inkludert. Eventuelle subgrupper fra de ulike kodegruppene sorteres i avsnitt. Dette er et dynamisk arbeid med stadig omorganisering av kodegruppene og flytting av de meningsbærende enhetene ettersom analysen skrider frem. Teksten er uendret og fremstår som direkte sitat, såkalte artefakter (Malterud, 2013). Kondensatet er en sammenfatning skrevet i førsteperson, hvor formålet er å sikre at analysen formidler det som fortelles, fremfor det forskeren tror blir fortalt.

#### **2.5.5 Sammenfatning.**

I siste analysesteg er hensikten å gjenfortelle informantenes beskrivelser uten å miste nærhet til dataene. Prosessen kalles rekontekstualisering. Hver enkelt kodegruppe får hver sin tekstlige sammenfatning som oppsummerer kunnskapen fra alle kodene. Sammenfatningen skrives i tredjeperson og språket skal være formidlingsvennlig. Her valideres funnene ved at man leter i den originale transkripsjonen etter data som er inkongruente med rekontekstualiseringen og på det viset tilstreber høy validitet. Kodegrupper uten god nok forankring i datamaterialet ble slettet. Avslutningsvis velges direkte sitat fra originalmaterialet til å underbygge de respektive sammenfatningene (Malterud, 2013).



### 3. RESULTATER OG ANALYSE

#### 3.1 Matrise

**Tabell 2**

*Matrise som viser kode- og subgrupper fra analysen*

<b>Kodegruppe</b>	<b>Subgruppe</b>
Kunnskap om negative utfall	Vanskelig å definere hva forverring er Få pasienter blir dårligere i terapi Forverring blant pasienter sjeldent et eksplisitt tema i utdanningen
Fra egen praksis	En håndfull pasienter kan ha blitt dårligere Få konkrete eksempler Noen deltakere har historier
Hvorfor blir pasienter dårligere i terapi	Noen pasienter får mindre positive utfall enn andre Psykologer kan ha uheldige trekk, men det er vanskelig å vite hvem Terapeuten kan gjøre pasienten avhengig Potente verktøy kan være skumle i feil hender
Om å vurdere terapiutfall	Det er vanskelig å vite om pasienter blir dårligere i terapi Forbigående forverring er relativt vanlig Å måle symptomer er omstridt Psykologene er opptatt å av spørre pasientene hvordan de har det
Hvordan er det å være behandler til pasienter som forverres?	Krevende å innrømme <u>egne</u> feil Negative følelser knyttet til pasienters forverring At pasienter blir dårligere er en fremmed tanke hos mange Ingen systematisk tematisering av negative forløp Hva gjør psykologene for å forhindre at pasienter blir dårligere



## 3.2 Kunnskap om negative utfall

### 3.2.1. Vanskelig å definere hva forverring er.

Alle informantene blir spurt om hva det betyr at pasienter blir dårligere i terapi, men utvalget viser ingen felles konsensus om hva dette innebærer. Flertallet har store vansker med å lande på en tydelig definisjon, slik en psykolog beskriver: *”Jeg tenker det er kjempeviktig tematikk. Veldig interessant. Og veldig vanskelig og ullent å få tak i”*. En annen sier det slik: *”Det er et veldig stort spørsmål. Så det er litt vanskelig å besvare med få ord. Altså, så jeg vet ikke hvor mye jeg skal...si at det er ulike sider ved det spørsmålet der”*. En av informantene tenker at bedring og forverring kan ha ulike uttrykk: *”Jeg tenker forverringer må være litt mer dramatiske og tydeligere, mens bedringen skjer i veldig veldig små steg”*. Mange har vansker med å fastslå når forverring er vedvarende og når den er forbigående.

Enkelte beskriver uvirksom terapi som et negativt utfall. Andre forfekter en strengere definisjon hvor pasientene må bli mye dårligere før det kan kalles forverring. Noen kaller dette skadelig terapi.

I disse refleksjonene spør mange seg om *hvorfor* pasienter blir dårligere. En psykologspesialist skiller mellom det å bli dårligere i terapi og bli dårligere på grunn av terapi. Førstnevnte innebærer at årsaken kan ligge utenfor terapirommet.

### 3.2.2 Få pasienter blir dårligere i terapi.

*”Vi vet ikke hvorfor, men de blir dårligere. Ja det tror jeg skjer...kanskje jeg kan høyne det litt. 2 av 10 pasienter? En av fem? Nei, det hørtes veldig mye ut. Det høres veldig mye ut. Kanskje en av ti der også da. En av åtte! Hehe. Ja, huff. Det høres veldig ille ut”*. Denne psykologen er åpen for at det ikke er uvanlig at pasienter blir dårligere i et terapiforløp. Hun har likevel ingen konkret forskning å basere estimatene sine på, og det blir derfor vanskelig for henne å konkludere. Dette er typisk for alle informantene, og det er uvant for de å skulle estimere hvor ofte pasienter blir dårligere i psykoterapeutisk behandling. Utfordringene er knyttet til en manglende klar og tydelig definisjon av hva forverring innebærer og ikke minst mangelen på konkrete data fra egen praksis eller forskning.

Blant de som forsøker å anslå omfanget varierer estimatene mellom tre og tyve prosent. En psykologspesialist erkjenner at det skjer, men klarer ikke å svare på hvor ofte: *”Det skjer jo med jevne mellomrom, men vanskelig å tallfeste det altså”*. Mange

har tilsvarende vansker med å tallfeste, og flere forteller at det nok er sjeldent at pasienter blir dårligere i terapi. Samtlige deltakere opplyser at manglende effekt er et langt vanligere fenomen. En forteller: *”Jeg synes det er veldig sjeldent at pasienter bryter med behandling fordi de blir dårligere. Det er veldig sjeldent å høre om”*.

### **3.2.3 Forverring blant pasienter sjeldent et eksplisitt tema i utdanningen**

*”Nå er det lenge siden jeg studerte. Men jeg synes da at det jeg lærte var at det var viktig hva du gjorde, i forhold til hvem og når. At du brukte dine intervensjoner, du måtte forstå problematikk, og du måtte intervensjonere i forhold til det. Å bruke dette nennsomt. Det var, jeg ser at i hvert fall, man kan forverre en tilstand hvis man ikke bruker terapeutiske intervensjoner klokt”*. Denne erfarne psykologen minnes ikke negative utfall eller forverring som et eksplisitt tema fra utdanningen sin. Det typiske er at psykologene har fått undervisning om at psykoterapi ikke alltid fungerer, og i den forbindelse berørt noe som kan minne om negative utfall.

En som ble uteksaminert fra Universitet i Bergen for fem år siden beskriver det slik: *”Jeg husker vi var innom det i den kliniske undervisningen vi hadde. Vi var innom at det kan...det er ikke alltid det fører til bedring. Dette med viktigheten av allianse og relasjon og kjemi. At det er ikke alle det matcher med. Hvor det egentlig kan stagnere og i noen tilfeller også bli verre”*. Noen av intervjupersonene reflekterer om slik undervisning kunne vært nyttig, og en er litt usikker: *”Hvis man hadde hatt spesielt fokus på at det vi gjør kan skade, så..jeg vet ikke. Om det, om det hadde skapt, om det kan skape frykt på et vis”*. To psykologer husker at pasienters forverring ble gjort til et eksplisitt tema i utdanningen gjennom to kursmoduler ledet av henholdsvis Helge Rønnestad og Per-Einar Binder. De øvrige deltakerne beskriver at det har vært snakk om pasienter som ikke får utbytte av behandling, men husker ikke å ha fått spesifikk undervisning om dette. Enkelte har tatt opp pasienter som har blitt dårligere i veiledning. En typisk respons er slik: *”Det er ikke et tema som er voldsomt mye fokus på, verken i utdanning eller i arbeidslivet. Samtidig så er det jo det også. Man diskuterer jo pasienter og snakker om at de blir dårligere.*

## **3.3 Fra egen praksis**

### **3.3.1 En håndfull pasienter kan ha blitt dårligere.**

De fleste deltakerne vurderer at mellom to og fem av deres pasienter kan ha blitt dårligere i løpet av tiden de har arbeidet klinisk. En av utvalgets mest erfarne

klinikere opplever at pasienter slutter hvis terapien går dårlig: *”Jeg vet ikke om jeg kjenner at pasienter har blitt værende i dårlige terapeutforhold. Man vet jo aldri hva som...jeg opplever jo at pasienter klikker på meg og, selv om jeg synes jeg har strukket meg langt i å være hjelpsom og forståelsesfull og empatisk. Jeg husker det var en ung mann her, meg kunne han ikke gå til, for jeg minnet ham om morra hans. Men okei, så fikk han en annen behandling og jeg tenkte at det ikke hadde med meg å gjøre. Av og til skjer det jo ting og pasienter klager. Men jeg synes vi er veldig flinke til å håndtere det. Unnskyld at jeg sier det, det høres ut som selvskryt. Men ofte finner vi løsninger altså”.*

En erfaren psykologspesialist vet ikke av noen pasienter som kan ha blitt dårligere i løpet av det siste året, mens to kjenner ikke til at noen av deres pasienter har blitt verre i løpet av deres til sammen 36 år lange praksistid. Her forklarer hvorfor det er slik: *”Hvorfor er det ingen som har blitt skrevet ut med en forverring. Jeg tenker mye av forklaringen ligger der: jeg vil ikke skrive ut noen før vi har kommet over kneika. Det er klart at noen trekker du med deg litt for lenge, du skulle sagt at vi kommer så langt som vi har kommet, og vi kan ikke bidra med noe mer. Så det er jo at vi trekker litt for lenge og ikke innser at vi ikke klarer å få til ting godt nok”.*

Noen beskriver at de ikke kjenner til pasienter som ville hatt det bedre uten terapi. Det er gjengs oppfatning at manglende utbytte er et større problem enn forverring er.

### **3.3.2 Få konkrete eksempler.**

Flertallet av informantene har vansker med huske konkrete eksempler på pasienter de har hatt som ble dårligere. Det innebærer ikke nødvendigvis at de utelukker at det har skjedd, slik en psykolog forklarer: *”Nå skal ikke jeg, altså, det er vanskelig her på en måte å sitte her på en måte å si at det ikke har skjedd. Det er bare vanskelig å komme på eksempler her bare”.* En informant bekrefter at han har erfaring med pasienter som har blitt dårligere, men klarer ikke peke på konkrete saker. Det fremstår som mer en samlet erfaring og er lettere å fortelle om i generelle termer, mener han. Man har lite informasjon om hva som skjer med pasientene etter avsluttet behandling, foreslår en. Dette kan forklare vanskene med å huske eksempler: *”Ja....jeg tenker da. Jeg kan ikke...det er mer det at det stopper opp altså. Det blir...at man ikke kommer noen vei. Kan ikke komme på noen klare eksempler på at det har skjedd forverring. Nei”.*

### **3.3.3. Få historier om forverring.**

Få psykologer har eksempler på at deres pasienter har blitt dårligere. De som gir eksempler forklarer årsaken til forverringen med feil som ble gjort av behandleren selv. En psykologspesialist med fem års klinisk erfaring trekker frem to pasienter hvor hans egen manglende erfaring og kompetanse var utslagsgivende for at de ble dårligere. En av pasientene hadde en traumatisk oppvekst og dissosierte under behandling, noe psykologen ikke forstod på den tiden. Pasienten ble gradvis dårligere og inntok stadig mer rusmidler for å tåle samtalene, forteller han.

En annen psykolog forteller: *”Ja, jeg har opplevd ett eksempel. Som jeg husker en pasient gikk her i fire år og ikke ble bedre. Og opplevde selv at han fikk det dårligere. Da var ikke vi flinke nok til å diagnostisere en med Asperger. Så skjønte vi etter hvert at de skal ikke, vi skjønte at da skal ikke de gå i slike grupper, de har egne grupper. Det lærte vi mye av. Det var en feildiagnostisering”*. En tredje deltaker forteller om en pasient hun aldri fikk en god behandlingsallianse med. I perioden pasienten gikk i terapi hos henne gjorde hun svært mange selvmordsforsøk og ble hyppig innlagt på akuttavdelinger. Når pasienten fikk en ny behandler ble tilstanden mer stabil. I dag tenker hun at behandlingen gjorde pasienten verre, noe som var en fremmed tanke da det skjedde.

## **3.4 Hvorfor blir pasienter dårligere i terapi?**

### **3.4.1 Noen pasienter får mindre positive utfall enn andre.**

Alle deltakerne har utfyllende eksempler på pasientgrupper som er vanskeligere å hjelpe enn andre. Det er særlig personlighetsforstyrrelser, traumer og rusproblematikk som trekkes frem. En psykolog beskriver hvordan enkelte pasienter kan oppleve at terapi aktiverer følelser og tidligere erfaringer: *”Folk med personlighetsproblematikk og emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk er det jo en kjent sak at de reagerer dårligere på tett behandling og at folk kommer tett på livet deres fordi det aktualiserer hele problematikken. Og som er gjort at det finnes nasjonale retningslinjer på at du ikke skal prøve å ikke legge de inn så langt det går”*. Mange beskriver at pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er spesielt utsatt for å bli dårligere i behandling. En psykologspesialist beskriver hvordan dette er en gruppe som har vansker med å være i behandlingsrelasjon til terapeuten.

Terapi med lite struktur og rammer kan gjøre disse pasientene dårligere, fremhever en annen.

Traumeutsatte pasienter er en annen gruppe som har fått mye dårlig behandling, forteller en av informantene. Hun mener de har vært misforstått: *”Og man har ikke helt skjønt at omsorgssvikt, neglekt, er like belastende og ille som overgrep for eksempel. Men nyere forskning viser jo slike ting. Slik at det tenker nok jeg er en gruppe som kanskje har blitt dårligere i alle fall”*.

Til sammen fremheves mange ulike pasientgrupper av de respektive psykologene. Spiseforstyrrelser, ADHD, psykoser og angstpasienter trekkes frem av noen, mens andre er mer opptatt av den konkrete problematikken enn av de diagnostiske kategoriene. Eksempler på dette er relasjonelle plager eller manglende mestringsstrategier.

#### **3.4.2 Psykologer kan ha uheldige trekk, men det er vanskelig å vite hvem.**

Det er stor bevissthet i utvalget på hva som kan være uheldig trekk ved behandlere. Mange kjenner til enkeltpsykologer de vil fraråde andre å gå i behandling hos: *”Ja, det er nok noen jeg ikke ville anbefalt andre å gå til. Også er det noen som jeg ville...altså, hvis en nær venn trengte hjelp så har jeg ganske klart for meg hvem jeg ville anbefalt de å gå til og hvem jeg ikke ville anbefalt de å gå til. Det har jeg jo. Men jeg opplever ikke at det er sånn svarteper i kollege-gruppa liksom”*. Flertallet er enige om at mangel på empati og forståelse hos terapeuten er skadelig for pasientene. Noen trekker frem manglende sensitivitet eller en argumenterende, påståelig ovenfra-og-ned-holdning.

I tillegg kan personlige problemer eller livskriser være et problem. En utdyper det slik: *”Personlighetstrekk. I og for seg. Kanskje også terapeuter i livskriser vil være dårligere i en periode. De fleste vil jo være våkne nok til å skjønne det. Men de som ikke skjønner det. De terapeutene som tror de er fortreffelige i det de gjør. Og ikke skjønner at de faktisk overkjører pasientene, eller utagerer på et eller annet vis. De tror jeg kan gjøre skade”*. Ikke alle informantene kjenner til skadelige terapeuter. Utfordringen er at man mangler innsyn i forhold til hva andre foretar seg, poengterer en mannlig psykologspesialist.

En terapeut med femten års erfaring har vansker med å se for seg at en av hennes kolleger skal være dårlige psykologer: *”Det er vanskelig...det har jeg aldri for så vidt tenkt så mye på altså. At det er noen av mine gode kolleger som jeg tenker...du*

er vanskelig, umulig. Jeg har ikke det altså. Nei, men jeg tenker at det er vel noen som er sterkere relasjonelt av oss psykologer. Som har lettere for å få kontakt med pasienter...og jeg tenker at noen er jo musikalsk. Noen er flinke i matematikk. Noen får lett kontakt med folk". Samtidig forteller hun at det nok er kvalitetsforskjell blant terapeuter, slik det er i alle yrkesgrupper.

### **3.4.3 Terapeuten kan gjøre pasienten avhengig.**

Noen beskriver hvordan enkelte terapeuter kan fremprovosere uheldige effekter hos noen pasienter. Terapeuter kan få en sentral rolle i pasientens liv som terapeuter ikke bør ha. Dette gjelder særlig når terapeutene blir i overkant involvert i saker over lengre tid, påpeker flere. En ung psykologspesialist beskriver faren for å bli for velmenende, hvor man som terapeut ikke gir slipp. Nettopp fordi det er så godt ment er det vanskelig å ta tak i slike tilfeller, mener han: *"Hvis du ikke setter noen krav. Hvis du bare er der. Og begynner etter hvert å oppta en rolle i pasientens liv som en terapeut ikke skal ha. Det er på en måte noe med å...bli en slags krykke for noen som burde kunne gå selv. Og det med på en måte, hvor både terapeut og pasient sliter med å gi slipp på relasjonen"*. Pasienten kan også bli avhengig av noe annet enn terapeuten. En av deltakerne beskriver hvordan pasienten kan bli avhengig av å få noe, som en bok, en metode eller en app. Dette kan gå på bekostning av å ta ansvar for endring selv, forteller den kvinnelige deltakeren.

### **3.4.4 Potente verktøy kan være skumle i feil hender.**

Flertallet av informantene er mest opptatt av hvordan teknikker, metoder og psykologiske tilnærminger benyttes, fremfor verktøyene i seg selv. En ung psykologspesialist beskriver det slik: *"Jeg tror i den grad det går dårlig, eller blir forverring, så tror jeg mer det handler om relasjonen enn verktøyene. Det må jeg si. Jeg tror det handler mer om måten man inngår i allianse og relasjon på, som gjør at man kan opprettholde noe som blir verre. Jeg tror verktøyene i utgangspunktet er gode, men det kommer an på hvordan man anvender de"*.

Noen fremhever likevel enkelte metoder som mer potente enn andre og at de i større grad bringer pasienter inn i tilstander hvor de er mer emosjonelt aktiverte og sårbare. Eksempler som nevnes er eksponeringsterapi, EMDR eller intensive psykodynamiske behandlingsforløp. En erfaren terapeut ytrer skepsis overfor innsiktsorienterte metoder og mener slik terapi innebærer at pasienten kan gå for lenge i behandling: *"At det er metoder som på en måte kan...der det er mer*

*nærliggende å falle inn i den pasientrollen. Jeg vil jo kanskje tro det, men jeg skal være litt forsiktig med å...ulike tilnærminger kan jo brukes på ulike måter. Det kan jo kanskje være visse tilnærminger som kan litt mer tilrettelegge for det å ha en sykdomsidentitet”.*

På den annen side forteller to andre deltakere om hvordan korte, kognitivt orienterte behandlingsløp kan være mer risikable fordi man kun pirker borti problematikken og ikke jobber godt nok med det.

### **3.5 Om å vurdere terapiutfall**

#### **3.5.1 Det er vanskelig å vite om pasienter blir dårligere i terapi.**

Ingen informanter kjenner til sikre måter å finne ut om pasientene får utbytte av terapien de gir. Alle de ulike informasjonskildene psykologene kjenner til er preget av en viss usikkerhet. Dette gjelder også ved pasienters forverring. Mange av psykologene påpeker at det er krevende å vite om forverring skyldes sykdommens naturlige progresjon eller andre faktorer. En av de mannlige informantene svarer slik på spørsmål om hvordan en kan vite om pasienter blir dårligere: *”Vanskelig. Fordi du følger ikke hele løpet, du er bare innom en snartur. Men du kan jo...det er mange pasienter som forteller at etter de har vært på en time, så har de hatt det dårligere en del dager. Men vi kan jo tenke så forskjellig om det. Om vi tenker at det på litt lengre sikt er kurativt eller om de reelt har blitt dårligere da. Kan en jo mene så mangt om”.*

En annen psykolog med ti års erfaring fra psykisk helsevern foreslår ulike måter å undersøke effekt av behandlingen: *”Nei, må vel spørre pasienten? Det subjektive. Objektivt er jo det viktigste... så undersøke pasienten. Prøver jo å bruke mer standardiserte verktøy da, for å måle. På DPSen her så bruker vi, både ved utskrivning og innskrivning litt forskjellige verktøy. Bruker standardiserte verktøy da. Sjekkliste og sånne ting”.* En forteller at mangelen på måling av symptomer gjør det umulig å vite om folk blir verre. Han mener pasienter kan bli tilfredse med et forløp fordi det er hyggelig og man blir forstått, men at dette ikke nødvendigvis innebærer bedring. Slik kan det bli vanskeligere å oppdage uheldige effekter jo lengre behandlingen varer: *”Man kan gå gjennom et helt yrkesliv og bare gjøre skade og det fanges ikke opp. Man oppdager det ikke selv en gang”.*

### **3.5.2 Forbigående forverring er relativt vanlig.**

Mange av informantene synes det er vanskelig å vite om pasienters forverring er midlertid eller om den er av mer permanent karakter. Hos flere er det mer nærliggende å snakke om forbigående forverring enn permanent forverring: *”Slik at det skal være liksom en vedvarende oppadgående kurve tenker jeg er veldig urealistisk. Endring har en tendens, i alle fall min erfaring, er at noen ganger kan det være...symptomtrykk kan øke litt, før relasjonen organiserer seg, og da blir det bedre. Det kan noen ganger gå litt ned før det går opp. Men om det kan kalles en vedvarende forverring...det er kanskje noe annet. Jeg vet ikke hvordan du definerer forverring?”*.

Hele utvalget er kjent med ideen om at man ”må bli verre før man blir bedre”, men de har ulikt syn på om slik forbigående forverring er reelt eller nødvendig. Flere beskriver hvordan et behandlingsforløp kan være krevende for pasienten og at en opplevelse av å bli dårligere ikke nødvendigvis er et problem i seg selv: *”Ja, men de blir ikke dårligere. Det er bare at de føler seg dårligere. Det er ikke skadelig på et vis. Det er bare at de gir kanskje litt opp, eller”*. En psykologspesialist forteller at økt symptomtrykk er et uttrykk for at man berører noe følelsesmessig som har vært gjemt bort. To av deltakerne mener holdningen om at man må bli verre før man blir bedre kan knyttes til en psykodynamisk orientert behandlingssideologi. Enkelte mener også at slike ideer representerer en problematisk holdning, og at økt symptomtrykk i stedet bør føre til at terapeuten er ekstra påpasselig overfor pasientens utvikling. En informant sier det slik: *”Det kan være en midlertidighet, men hvis de faller ut midt i dette så er det jo kjørt da. Men hvis de ikke har falt ut så har det ofte gått veldig bra”*.

### **3.5.3 Å måle symptomer er omstridt.**

Det er stor variasjon i hvilke måleinstrumenter psykologene kjenner til og bruker i sin kliniske praksis. Holdningen til måling varierer. Mange nevner generelle symptom- eller funksjonsmål som SCL-90 og GAF, eller mer symptomspesifikke mål som BDI og BAI. To psykologer beskriver at de anvender eller i ferd med å bruke evalueringsmetoder som KOR og OQ-45.

Det er mange ulike måter å oppdage negative utfall på, forteller en: *”Kan bruke noen av disse målene selvfølgelig. Det gjør vi jo litt. Vi bruker noen av disse spørreskjemaene. SCL90 og de jeg nevnte for deg. Det er jo en måte, mer sånn stadfeste det slik. Også er det noe med å lytte til pasienten. Observere pasienten.*



*Hvordan fremtoning er, at man kan påpeke det litt...sjekke ut litt. Er det slik? At du nå føler deg litt verre?”*

En psykologspesialist forteller at standardiserte verktøy og god utredningskompetanse er helt avgjørende: *”I det øyeblikket man ikke er opptatt av monitorering blir forverring et kjempeullent begrep”*. Kun ved å måle symptomer ved oppstart, underveis og i avslutning kan man identifisere destruktive prosesser mener han. Andre er opptatt av begrensningene ved slike mål. Mangel på symptomer innebærer ikke nødvendigvis at pasienten er frisk, poengterer en. En annen forteller hvordan selvutfyllingsskjema kan gi et forhøyet bilde av symptomtrykket hos pasienten. En av utvalgets mest erfarne terapeuter sier det slik: *”Nå har du inne på min syke mor. Jeg misliker skjema veldig sterkt”*. Hun bruker noen instrument: *”Jeg bruker slike enkle ting, BDI, BAI – det bruker jeg veldig ofte. Som en utgang...eller inngang til meg da. Hvordan ligger det an, er du alvorlig deprimert eller du mer i moderat, mild ikke sant. Som en korrigerende til mitt kliniske inntrykk. Eller så bruker jeg veldig lite med hjelpemidler”*.

#### **3.5.4 Psykologene er opptatt å av spørre pasientene hvordan de har det.**

Flertallet av deltakerne er opptatt av å spørre hvordan pasientene de har det og fremhever pasientens egne opplysninger som svært verdifulle. Få bruker skjema eller verktøy til hjelp i en slik vurdering. En av informantene med lang erfaring mener skjønnsvurderinger er tilstrekkelig for å oppdage pasienter som blir dårligere: *”Jeg vil si at jeg merker det på hvordan pasientene fremstår. Og hva som skjer i livene deres. Pasienter forteller meg det. Og jeg kan også være veldig... jeg ser du ikke har en god dag. Av og til så blir jo folk dårligere”*.

En annen behandler beskriver hvordan hun etterspør både bedring og forverring i samtale med pasienten: *”Om jeg er flinkere til å etterspørre bedring enn forverring. Jeg tror veldig mange terapeuter er ganske opptatt av å spørre litt åpent, hvordan har du hatt det siste uke. Bedre eller verre. Vi vil gjerne ha frem begge deler. I alle fall tenker jeg det”*. Ved hjelp av åpne spørsmål om hverdagen utenfor terapirommet søker hun informasjon om pasientens fremgang.

En psykologspesialist mener derimot at terapeutens kliniske skjønn er et dårlig mål på fremdrift: *”Det tror jeg er det verste målet man kan bruke på det. For begge parter har investert såpass mye i det og man får en relasjon, det blir trygt og godt. Så jeg tenker ofte kan man bruke det at pasienten kommer, ønsker å komme tilbake som*

et mål på at man er inne i en god prosess. Jeg tror det er et virkelig dårlig mål”. Han mener tilstrekkelig vurdering av pasienters forverring avhenger av andres observasjoner og monitorering av symptomer.

### **3.6 Hvordan er det å være behandler til pasienter som forverres?**

#### **3.6.1 Krevende å innrømme egne feil.**

*”Man liker jo å tro at man er flink da. Men det er ikke alltid man er det tror jeg”.* Flere av deltakerene forteller om vansker med å tenke på sin egen rolle i forbindelse med pasienters forverring. Noen undrer seg over hvorfor dette er utfordrende og mange beskriver hvordan ens blinde flekker eller allergier gjør det vanskelig å se at man ikke er dyktig overfor enkelte pasienter eller pasientgrupper. Andre gir eksempler på fallgruver de kan gå i, som egen utålmodighet, manglende kompetanse eller det ”å ha et prosjekt”. En kvinnelig informant mener behovet for å tenke positivt om seg selv kan stå i veien for å se på de feil man gjør. Informantene forteller at det er krevende å utfordre disse tankene og akseptere hvordan en selv har stor betydning for dårlige utfall.

En av psykologene beskriver hvor utfordrende det er å forstå sin egen rolle i pasientenes forverring: *”Men jeg opplevde at den tanken ikke kommer lett. Den kommer ikke av seg selv. Og det er etter at jeg begynte å liksom lese meg opp på dette med negative utfall og begynte å...det tok meg lang tid å akseptere at det kunne ha noe med terapeuten å gjøre”.* Den samme intervjupersonen trekker frem ulike faktorer som bidrar til utfordringen med å se egne negative bidrag til pasientens forløp: *”Ja, det kan være vanskelig å ta innover seg den feedbacken. Det trenger jeg hjelp av andre til å gjøre. Man har investert mye i pasienten og man vil gjerne...vi blir lurt av våre egne tankefeil og inderlige ønske om å hjelpe”.* Andre fremhever hvor lett det kan være å skyld på andre forhold: *”Det er en motvilje mot å legge ansvaret på terapeuten. Veldig sånn sterk tendens til å bortforklare”.*

#### **3.6.2 Negative følelser knyttet til pasienters forverring.**

Halvparten av deltakerne beskriver negative, granskende følelser når de tenker på pasienter som kan ha blitt dårligere i egen praksis. En sier det slik: *”Føler seg både litt dum og tenker litt, granskende på hva jeg kunne gjort annerledes. (..) Jeg har kanskje vært litt for naiv”.* Det er flere som spør seg om de har vært naive. Hos noen vekker det ubehag og til dels skyldfølelse. En forteller om skam og flauhet ved å

tenke tilbake på pasienter som kan ha blitt dårligere av hennes behandling: *”Hvis ansvaret ligger på meg så bærer jeg et enormt ansvar, det er veldig tungt å bære det ansvaret der. Og det er helt forferdelig når det ikke går bra – å tenke at det er min skyld. Og det vekker utrolig mye skam, og det vekker utrolig mye skyldfølelse og angst...og prestasjonsangst”*.

Disse negative opplevelsene kan bidra til negative utfall som et ikke-tema blant psykologer, spekulerer en av informantene: *”Jeg føler mange er redde for å snakke om det som skjer i terapirommet. Eller, redde, men at man kanskje legger veldig mye på pasientene eller ytre forhold. At man selv er fortreffelig i det man holder på med: jeg er som en erfaren terapeut, vet hva jeg holder på med. Hvis det går galt så er det noe med...ikke sant. Kanskje det er et sårbart tema å ta opp. Kanskje det er lettere i veiledning en til en hvor man kan være mer ærlig på at man ikke strekker til”*.

### **3.6.3 At pasienter blir dårligere er en fremmed tanke hos mange.**

Flertallet av deltakerne er åpne for at de ikke har oversikt over utfallet av behandlingen de har gitt pasientene sine. Mange reflekterer rundt kompetansen de har om temaet, mulige skjevheter i tenkningen og hva man legger merke til. Noen peker på at det er uvant å tenke på forverring. Flere er nysgjerrige og interesserte i hva forskningen sier om fenomenet, og mange begynner å stille undrende spørsmål slik denne psykologen gjør: *”Nei jeg synes ikke det. Jeg bare hmmm, er det noe jeg overser? Jeg skal høre med han som sitter med dataene neste gang vi møtes. Hvordan er det med det? Hvor mange blir dårligere? Hvis folk blir dårligere, og slutter. I en dårlig fase, så ville det komme frem i alt dette datamaterialet vi har”*.

Når de får opplyst empiriske tall på hvor ofte pasienter blir verre reagerer flertallet med overraskelse. Sammenstilt med mangelen på egne eksempler gir dette næring til spørsmål om hva de har oversett. En ung mann regner seg frem til at ti av hans pasienter kanskje blir verre hvert år, og beskriver dette som tankevekkende. En av psykologene som tidligere i intervjuet ikke husket noen eksempler på pasienter som var blitt dårligere i hennes behandling, blir granskende overfor seg selv: *”Jeg tenker det er kjempeviktig tematikk. For meg er det slik: er det noe jeg...for jeg synes når du spør: er det noe...jeg har jo ikke mange eksempler. Jeg har ikke mye å komme med på det. Hva er det...lever jeg i benektning her? Er det noe jeg ikke har fått med meg? Jeg tenker at det skal jeg være mer oppmerksom på”*.

To deltakere er ikke overrasket over det angivelige omfanget av pasienter som blir dårligere, med tanke på hvor komplekst psykologisk behandling er. En av de beskriver sitt møte med de empiriske dataene slik: *”Egentlig så tenker jeg det er en realitetsorientering. Jeg synes det er...hvis åtte av ti blir bedre så tenker jeg det er å juble for. På veien så går det et par stykker som det ikke går så bra med. Og det må vi prøve å jobbe med og forstå og prøve å bedre. Men jeg tenker det er virkeligheten. Det tror jeg er virkelig”*.

#### **3.6.4 Ingen systematisk tematisering av negative forløp.**

Ingen av psykologene kan fortelle at negative forløp blir systematisk tematisert på arbeidsplassen. Selv der hvor informantene opplever en god kultur for å drøfte vanskelige saker er det opp til hver enkelt behandler om de kommer med eksempler. Etter femten år i psykisk helsevern har ikke denne informanten erfaring med at en snakker om negative utfall: *”Nei, det er ikke noe man snakker om. Derfor var jeg spent på hvilke spørsmål du kom med når det gjaldt dette. Det er ikke noe på systemnivå der”*.

Flere av deltakerne uttrykker et ønske om mer åpenhet om feil man gjør og om pasientforløp som går dårlig. En ung mann ser for seg at dette er viktig for å løfte frem temaet: *”Så skal vi være feilbarlige...vi får ikke lov til å være feilbarlig. Så jeg tenker det er noe med å...en tanke om at man...man snakker om at det ikke alltid går bra. Men uten å skamindusere det. At det er...folk prøver så godt de kan. Også tenker jeg at, det å ha systemer som nettopp fanger opp dette her. I veiledning. Ha strukturer som gjør at folk kan tørre å åpne opp om når ting ikke går bra”*. En psykologspesialist opplever at psykologer aldri tar opp problemer og utfordringer de har med sine pasienter. Dette vekker skepsis, mener hun.

Det å blottlegge sine svakheter må øves på forklarer en annen. For henne har det vært en krevende prosess å skulle fortelle om sine feil til kolleger. De første gangene var det veldig pinlig, men nå opplever hun at andre synes det er givende å høre på. I dag har denne treningen gjort henne i stand til å reflektere ydmykt og mer inngående om sin rolle og ansvar i terapiforløp.

#### **3.6.5 Hva gjør psykologene for å forhindre at pasienter blir dårligere**

Psykologene i utvalget har ulike metoder for å motvirke at pasienter blir dårligere i terapi. En psykologspesialist er opptatt av å identifisere fallgruver ved oppstart og tematisere dette sammen med pasienten. Hun mener man også bør man

unngå en for omfattende agenda. Flere er opptatt av å utfordre sine egne forutinntakelser underveis. Dette er krevende arbeid i en travel hverdag, sier en deltaker. Han påpeker også hvordan det er mulig å bli for selvkritisk og at dette må balanseres med selvmedfølelse.

To av utvalgets mest erfarne terapeuter er opptatt av tålmodighet og det å ha en trygg relasjon med pasienten. De forteller begge hvordan de beholder pasienter over tid og unngår utskrivning hvis pasienten blir dårligere, slik den ene beskriver slik: *”Men jeg tenker at, jeg liker jo å holde på med folk ei stund, slik at vi jobber oss gjennom de kneikene sammen. Jeg tenker at det ikke rett å skrive ut folk når de har det vanskelig, så da holder jeg på litt lengre”*. Betydningen av en god allianse, som gjør at man tåle forbigående forverring i større grad, trekkes også frem av en tredje deltaker.

## 4. DISKUSJON

### 4.1 Mange har ikke en klar oppfatning av hva et negative utfall er, men fler ideer om hvordan det kan oppstå

Flertallet av informantene har vansker med å konkretisere hva forverring er og beskrive hvordan en kan identifisere slik forverring. Få kjenner til fremgangsmetoder for å håndtere forverring som oppstår. Slik som i forskningslitteraturen er det særlig tidsaspektet (når kan man fastslå at et utfall er negativt?) og alvorlighetsgraden (er det tilstrekkelig at terapien ikke har effekt?) som ser ut til å vanskeliggjøre en tydelig respons fra psykologene i denne studien. Det er vanskelig å forstå når psykologene forteller om årsaker til at pasienter får lite nytte av behandling, og når de beskriver årsaker til at pasienter blir dårligere. Grensene mellom behandlingsindusert forverring og mer generelle uønskede hendelser er uklare (Linden, 2013).

Intervjupersonene har lettere for å snakke om mulige årsaker til pasienters forverring. De beskriver hvordan pasientgrupper, terapimetoder og enkelte psykologer kan føre til negative utfall. Pasienter med personlighetsforstyrrelser og traumer blir fremhevet, til tross for at det ikke er entydige funn som bekrefter en klar årsakssammenhenger mellom pasientens trekk, symptomtrykk eller diagnose og risikoen for negative utfall (Boisvert & Faust, 2002; Mohr, 1995; Strupp & Hadley, 1985; Swift et al., 2010). De fleste informantene har et bilde av hva som kjennetegner en dårlig terapeut og mener personlighetstrekk som fiendtlighet eller mangel på varme er særlig problematiske (Lafferty et al., 1989; Monsen, 2014; Roback, 2000; Strupp & Hadley, 1985). Mange kjenner til konkrete psykologer de vil fraråde andre å gå i behandling til.

Når det kommer til terapimetoder er noen opptatt av lengre psykodynamiske forløp og risikoen for avhengighet mellom terapeut og pasient, mens andre er mer bekymret for de kortere behandlingsformene (Kächele & Schachter, 2014; Werbart et al., 2014). Samtidig er det ingen som trekker frem noen av de potensielt skadelige metodene som er gjengitt tidligere, som CISD og sorgterapi (Berk & Parker, 2009; Lilienfeld, 2007; Neimeyer, 2000).

Til sammen gir psykologene i denne studien vage, omtrentlige og utydelige beskrivelser av hva forverring er og hvordan det kan identifiseres. Flere beskriver at tematikken har fått lite oppmerksomhet og at det er nytt eller uvant å tenke på. En av

de mest erfarne psykologene i utvalget ender opp med å spørre intervjuer: ”Jeg lurer på om det er folk som er blitt avsluttet og blitt verre når de er avsluttet? Eller er det en viss tid etter avslutning?”. Hvorfor er det slik? I hvilken grad kan de nyttiggjøre seg av egne hypoteser om hvordan og hvorfor forverring oppstår når selve definisjonen av fenomenet er uklart?

#### **4.1.1 Kvalifisert gjetning eller kunnskapsbasert praksis?**

Flere av informantene bekrefter at de i liten grad er kjent med forskning på dette området og at de sjeldent forholder seg til tematikken i daglig praksis. Et sentralt spørsmål blir da hvorfor de er så lite kjent med forskningen som kunne hjulpet informantene å svare tydeligere på spørsmålene i denne studien enn det de gjør (Boisvert & Faust, 2003; Boisvert & Faust, 2006; Linden, 2013).

Det kan være psykologene har liten eller ingen forutsetning for å svare på spørsmålene med referanse til litteraturen. Vi vet at temaet forverring i terapi har fått lite oppmerksomhet innenfor behandlingsforskning (Lambert et al., 1977; Moritz et al., 2015; Strupp et al., 1977). I tillegg vet vi at klinikere ikke alltid lar forskning styre kliniske praksis, en utfordring som neppe blir mindre hvis forskningen oppleves som dårlig (Stewart & Chambless, 2007). Litteraturen kan fremstå uoversiktlig, lite tilgjengelig, omstridt, preget av anekdoter, dårlig metodisk kvalitet og med lite empiri (Haynes & Haines, 2008; Mohr et al., 1990; Mitchie et al., 2005). Dette kan føre til at forskningen oppleves mindre aktuell og relevant for den enkelte kliniker. Å aktivt oppsøke forskningslitteratur som tar for seg et tema med negativt fortegn, er nok ingen ryggmargsrefleks. Alternativet blir en slags ”kvalifisert gjetning”. I andre studier hvor en har etterspurt fagfolks tanker om negative utfall, er det funnet lignende svar (Boisvert & Faust, 2003; Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Strupp & Hadley, 1985).

#### **4.1.2 Er forverring et ikke-tema i den kliniske hverdagen?**

Uten opplæring kan en ikke forvente oppdatert kunnskap. Svarene i denne studien kan tyde på at psykologene arbeider i miljø hvor det ikke finnes særlig bevissthet på hva forverring er, og hvor det ikke snakkes åpent om forverring. Informantene er uteksaminert fra tre norske og et dansk universitet over en periode på mer enn 20 år og arbeider ved fem ulike DPS, med arbeidserfaring fra ytterligere flere steder. Vi bør kunne forvente at systematisk undervisning om negative utfall i terapi ville vært synlig blant informantene i dette brede utvalget. Det er imidlertid ikke

tilfelle, og kun to psykologer minnes undervisning som har vært innom pasienters forverring i løpet av sin utdanning. Ingen beskriver erfaring med tiltak på arbeidsplassen som legger til rette for å dele eller lære av forløp som har gått i negativ retning. En forteller i stedet at det er et personlig valg hvis en terapeut drøfter pasienter som blir dårligere i terapi.

I hvilken grad bidrar arbeidsgiver, utdanningsstedene eller retningsgivende myndigheter til å sette temaet på dagsorden? Mange av psykologene i denne studien uttrykker et ønske om større åpenhet og mer kunnskap. En av psykologene beskriver det slik: *“Jeg tenker at løsningen ligger i å bygge opp gode kulturer hvor man kan få hjelp til å snakke om de her tingene.”*

## **4.2 Informantene gir lavere estimater på negative utfall i egen praksis enn forskningslitteraturen tilsier**

Når informantene blir bedt om å anslå hvor mange pasienter som blir dårligere i psykoterapi fremstår flertallet av svarene som ren gjetning. Noen svarer i tråd med forskning, men ingen viser til det empiriske grunnlaget for å hevde at omlag 5-15 % av pasienter blir dårligere i terapi (Amble et al., 2015; Bergin, 1996; Boettcher et al., 2014; Hannan et al., 2005; Hansen & Lambert, 2002; Hansen et al., 2002; Hatfield et al., 2010; Kraus et al., 2011; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2003; Lambert, 2007; Mays & Franks, 1980; Mohr et al., 1990; Neimeyer, 2000; Okiishi et al., 2003; Okiishi et al., 2006; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010; Walfish et al., 2012; Werbart et al., 2014).

I denne studien er spørsmålene om generell forekomst av negative utfall atskilt fra spørsmål om forekomst av negative utfall i informantenes egen kliniske praksis. To av psykologene i utvalget sier at de ikke kjenner til at pasienter har blitt dårligere i løpet av deres til sammen 46 år som terapeuter. Også i andre studier har man funnet enkeltterapeuter som mener at ingen av deres pasienter har blitt dårligere (Walfish et al., 2012). Flertallet anslår at 2-5 av deres pasienter kan ha blitt dårligere. Ut i fra en typisk poliklinikk i psykisk helsevern og de empiriske studiene på negative utfall, kan vi forvente at norske terapeuter har 5-10 pasienter årlig som blir dårligere i terapi (Helsedirektoratet, 2016). En av intervjupersonene regner seg frem til et slikt estimat selv, og blir overrasket over hvor høyt det er; *“Det er ganske mye da. Har du hundre pasienter da, så skal vi...det får man fort i løpet av et år. Da gjør du...vondt verre med ti”*.



Når informantene i denne studien beskriver andre terapeuter eller terapeuter generelt, uttrykker de seg annerledes enn når de forteller om egen praksis. De beskriver at psykologer kan ha uheldig personlighetstrekk, de kan gjøre pasienten avhengig av å få hjelp eller de kan bruke terapeutiske verktøy på feil vis. Flertallet mener at det finnes enkelte terapeuter med en høyere andel pasienter med negative utfall enn det som er vanlig. Denne tenkningen kan ligne den fundamentale attribusjonsskjevhet; tendensen vi har til å forklare atferd hos andre ut i fra disposisjonelle trekk, fremfor situasjonelle faktorer (Myers, 2007). I tillegg underbygger det antakelsen om at utenomterapeutiske endringsfaktorer undervurderes og terapeutens betydning overvurderes.

Det er viktig å understreke at ingen konkluderer bastant med at forverring aldri har forekommet i deres praksis, men at de ikke kjenner til at det har skjedd. På et vis kan en forstå dette som en ydmykhet overfor manglende innsikt i et komplekst spørsmål. Samtidig ville det vært mer naturlig å avstå fra å svare dersom man ikke opplever å ha noen forutsetning for å svare. I alle tilfelle er informantenes anslag for negative utfall i egen praksis langt unna den forekomsten vi kjenner fra forskningslitteraturen, som de synes å ha lettere for å akseptere. I det følgende drøftes mulige forklaringer på hvorfor det er slik.

#### ***4.2.1 Blir egentlig pasienter i psykisk helsevern i Norge dårligere?***

En mulighet er at de lave anslagene informantene gir faktisk reflekterer svært lave forverringsrater. Forskningslitteraturen er begrenset, og uten en systematisk kunnskapsoppsummering bør en være forsiktig med å konkludere om hvor ofte negative utfall i psykoterapi inntreffer. Flere av studiene som er grunnlaget til disse tallene inneholder for eksempel atypiske psykoterapeutiske intervensjoner eller de benytter andre enn psykologer som terapeuter (Berk & Parker, 2009;; Boettcher et al., 2014; Castonguay et al., 2010; Sachs, 1983; Strupp et al., 1977). Det kan derfor være at studiene overvurderer forekomst av negative utfall, eller at forekomsten ikke kan generaliseres til norske forhold.

Siden gjennomføringen av denne studien har data fra nesten 15 000 pasienter i England og Wales blitt publisert. Her rapporterer 1 av 20 pasienter at psykologisk behandling har gitt dem varig negativ effekt (Crawford et al., 2016). I en annen studie av kognitiv atferdsterapi i poliklinikk ble kun 3 % av pasientene verre ved utskrivning (Jacobi, Uhlmann & Hoyer, 2012). En undersøkelse i den svenske

primærhelsetjenesten fant enda lavere forverringsrater; kun 1,8 % av pasientene oppgav å bli dårligere her (Mechler & Holmqvist, 2015). Disse resultatene antyder at forverring ikke alltid er så vanlig som 10-15 %, slik man ofte legger til grunn i undersøkelser og intervju om temaet (Boisvert & Faust, 2003; Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Strupp et al., 1977).

En mulighet er derfor at informantene i denne studien har reell innsikt i hvor mange pasienter som blir dårligere i terapi hos dem, og at svarene deres gjenspeiler oppsiktsvekkende lave forverringsrater, også i norsk målestokk (Amble et al., 2014). På den annen side vil ikke kvaliteten på helsetilbudet og terapien i seg selv forhindre at pasienter blir dårligere i terapi – det kan i beste fall motvirke at pasienter blir dårligere av terapi. Her er det altså lett å begå en slutningsfeil hvor sykdomsforverring fortolkes som behandlingsindusert forverring (Lilienfeld, 2007; Linden, 2013). Vi bør med andre ord forvente at en viss andel pasienter blir dårligere, for eksempel som følge av sykdomsforverring, uavhengig av terapiforløpets innhold (Linden, 2013).

#### ***4.2.2 Er informantene ute av stand til å identifisere negative utfall i egen praksis?***

Den lave forekomsten av negative utfall psykologene gir kan skyldes manglende evne eller vilje til å gjenkjenne forverring blant egne pasienter. Uten klare begrep eller en grunnleggende forståelse av hva forverring er, slik denne studien indikerer at mangler, hvordan identifiserer de da pasienters forverring?

Tilstrekkelig kjennskap til negative behandlingsutfall hjelper en å forutsi negative utfall (Crown, 1983; Lambert, 2007; Lilienfeld, 2007). En kan se for seg at utilstrekkelig kjennskap svekker evnen til den samme prediksjonen. Disse vurderingene kan dessuten være krevende, for eksempel ved at virksom terapi også kan inneholde elementer av forverring (Dimidjian & Hollon, 2010). Manglende kunnskap om forverring kan bidra til lav sensitivitet for når forverring oppstår. Det kan være at informantene legger en høyere alvorlighetsgrad til grunn for hva som er et negativt utfall, for eksempel selvmord eller selvskading. Til sammen kan dette gi en underrapportering av forekomst. Det behøver med andre ord ikke være en bevisst tilbakeholdning av data, slik enkelte har foreslått (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007).

Fra tidligere studier vet vi at terapeuter kan ha overdreven tro på egen kompetanse og at de undervurderer hvor mange pasienter som blir dårligere i terapi. Det er altså grunn til å være skeptisk til terapeutenes evne til å estimere forekomst av negative utfall i egen praksis (Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Hatfield et

al., 2010; Lilienfeld et al., 2014; Markowitz & Milrod, 2015; Mohr et al., 1990; Moritz et al., 2015; Vaughan et al., 2014; Walfish et al., 2012). Informantene erkjenner selv at slike vurderinger er utfordrende, og særlig de yngre psykologene forteller at det kan være vanskelig å identifisere blinde flekker og egne begrensninger.

Ingen av deltakerne kjenner til sikre metoder for evaluering av psykoterapiutfall og det er stor variasjon i hvordan de tilstreber dette. Vi vet fra tidligere undersøkelser at det er større variasjon, feilmargin og usikkerhet når klinikere svarer enn når forskere gjør det (Boisvert & Faust, 2006; Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010; Kächele & Schachter, 2014; Lilienfeld et al., 2014; Markowitz & Milrod, 2015; Mohr et al., 1990; Moritz et al., 2015; Sarkozy 2010; Vaughan et al., 2014; Walfish 2012). Flere av informantene viser til symptom- og lidelsesspesifikke mål som kan være dårlig egnet til å fange ny symptomatologi (Lilienfeld, 2007; Strupp & Hadley, 1985). Noen av terapeutene er i lite grad opptatt av å måle symptomer overhodet, og legger stor vekt på egen subjektiv skjønnsvurdering. Tvetydige, lite umiddelbare og inkonsistente tilbakemeldinger fra pasientene og om pasientenes tilstand bidrar til at kliniske vurderinger har lav validitet.

Mye informasjon, stort ansvar og mange beslutninger i den kliniske hverdagen gjør at en ikke kan stole på subjektive vurderinger alene (Lilienfeld et al., 2014). Systematisk monitorering og innhenting av tilbakemeldinger er gode metoder for å identifisere og motvirke negative utfall, men kun en av psykologene i denne studien arbeider systematisk med dette (Hannan et al., 2005; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2003; Lambert, 2007; Shimokawa et al., 2010; Okiishi et al., 2003; Okiishi et al., 2006; Walfish et al., 2012). Flere av psykologene forteller at de har liten tiltro til at slike system kan hjelpe deres vurderinger. Noen poengterer at det allerede er for mange skjema og rapporteringssystemer, og at de ikke har tid til å benytte enda flere.

#### ***4.2.3 Stort ansvar for pasientene gir næring til personlig ubehag.***

Flere av psykologene beskriver negative og selvkritiske følelser som naivitet, ubehag, skyldfølelse og flauhet når de forteller om pasienter som har blitt dårligere i deres praksis. Andre studier har vist hvordan mange behandlere opplever et stort personlig ansvar for sine pasienters bedring og at dette er knyttet til terapeutenes selvfølelse og opplevelse av mestring på arbeidsplassen (Figley, 2002; Wallace, Lemaire & Ghali, 2009). Flere av psykologene i denne studien er svært bevisste om

egen tilkortkommenhet og forteller om hvordan de jobber med å identifisere fallgruver og utfordre egne forutinntakelser om pasientenes tilstand. Når de gir eksempler på pasienter som har blitt dårligere i terapi følger det ofte med en antakelse om at de selv har medvirkende årsak. Eksempelene ledsages også gjerne av en forklaring, eller i noen tilfeller en slags unnskyldning, om hvorfor det ble slik. I tillegg unnlater de å søke innspill fra kolleger og benytte standardiserte instrumenter. Resultatet er at ansvaret for pasientenes forverring bli sentrert om terapeuten, når det i realiteten skyldes en rekke ulike faktorer (Lilienfeld et al., 2014; Stewart & Champless, 2008). Dette inntrykket kan forsterkes av det er mange utenfor helsevesenet som attribuerer uønskede hendelser som feil begått av helsepersonell (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Psykologene i denne studien har mange eksempler på hva som kan gå galt i et terapiforløp, og hvordan terapeuten kan være ansvarlig for disse. De opplever et stort personlig ansvar for pasientenes fremdrift og bedring. I møte med pasienters forverring kan dette ansvaret bli så ubehagelig at det står i veien for gjenkjenning, undersøkelse og læringsatferd. Paradoksalt nok kan ønsket om en høy etisk standard, mye ansvar for pasientens helse og frykten for å gjøre feil skape en kultur hvor unngåelig forverring tolkes som forsømmelse (Leape, 1994).

Dette bildet minner om en kultur med lite psykologisk trygghet. I et slikt miljø blir feil sett i lys av en persons unngåelige handlinger fremfor som en del av et system hvor noe ikke fungerer godt nok, og kan forbedres (Edmondson, 1999; Reason, 2000; King, Holder & Ahmed, 2013). En begynnende mistanke om at en selv er ansvarlig for at pasienten blir dårligere kan på slik gå uavkrefte over lang tid, og gi næring til tvil om egen dyktighet. En psykologspesialist forklarer hvorfor pasienters forverring ikke er et mer fremtredende tema: *"Nei, det er kanskje for ubehagelig. Kanskje. Ubehagelig kanskje å tenke at det man gjør er..ikke sant, altså vi driver jo med fag som er veldig sånn..jeg vet ikke..sånn følelsesmessig. Det er slitsomt da. Så det å på en måte...så det er jo kanskje en sånn forsvarsmekanisme og. Kanskje. Også er det jo kanskje det kanskje er ....man får...eh, at det ikke har vært...eh...at det ikke at det ikke har vært noe fokus på det da. Rett og slett."*

Med et slik utgangspunkt er det ikke overraskende om terapeutene både underrapporterer og forskjøner omfanget av negative utfall i egen kliniske praksis (Kächele & Schachter, 2014; Moritz et al., 2015; Walfish et al., 2012;). Andre studier har spekulert i at mange behandlere frykter for å bli vurdert som terapeutisk

inkompetente. Konsekvensen er at de blir motvillige til å se etter pasienters forverring, for å opprettholde en positiv selvevaluering og motivasjon i en krevende arbeidshverdag (Kächele & Schachter, 2014; Moritz et al., 2015; Walfish et al., 2012).

#### ***4.2.4 Er det sosial akseptert å snakke om pasienters forverring?***

Psykologene i denne studien opplever at det snakkes lite eller ingenting om negative utfall på arbeidsplassen. En slik kultur kan virke hemmende på deres evne eller vilje til å gjenkjenne og rapportere tilfeller av forverring. I tillegg kan uønskede hendelser som negative utfall, spesielt der en opplever å være ansvarlig for å ha begått en feil, gi det betydelig emosjonelt ubehag. Manglende tilbakemeldinger, støtte og lite ivaretagende omgivelser vil forsterke dette ubehaget ytterligere (Christensen, Levinson & Dunn, 1992; Ullström, Sachs, Hansson, Øvretveit & Brommels, 2014; Wu, 2000).

Faren er at negative utfall betraktes som unngåelige og personavhengige. I slike psykologisk utrygge miljø er det ofte en redsel for fremstå som inkompetent, bli ydmyket eller disiplinert (Reason, 2000). I psykologisk trygge miljø vil en derimot ha fokus på gjenkjenning og håndtering av feil, søke tilbakemeldinger, snakke om feil og forsøke å identifisere uforutsigbarhet. I slike miljø er det høy trygghet og tillit mellom medlemmene slik at en kan se på ”feil”, for eksempel at pasienter blir dårligere, som en uunngåelig konsekvens av læring (Edmondson, 1999; Reason, 2000). Ingen av informantene beskriver et slikt psykologisk trygt miljø.

### **4.3 Dårligere i terapi eller dårligere av terapi?**

Flertallet av informantene skiller ikke mellom pasienter som blir dårligere *i* terapi og pasienter som blir dårligere *av* terapi. De beskriver behandlingsindusert forverring i tilfeller hvor det like gjerne kan være snakk om uønskede behandlingsreaksjoner (Linden, 2013). Denne sammenblandingen av beskrivelser (at pasienter blir verre) og forklaringer (hvorfor de blir verre) bidrar til at svarene ofte fremstår vage og uklare (Mays & Franks, 1985). Denne tenkningen kan forklares av en rekke slutningsfeil hos terapeutene.

Kognitive illusjoner om sammenheng og kontroll gjør at mennesker ser sine handlinger som en mer sannsynlig årsak til hendelser enn hva som er realiteten

(Myers, 2007). Dette er ikke terapeuter forskånet for, noe som illustreres i en undersøkelse hvor 80 % mente pasientene deres ble bedre *på grunn av* terapien de fikk. I samme undersøkelse vurderte ingen av terapeutene seg som under gjennomsnittet kompetente (Walfish et al., 2012). Slik tenkning styrker opplevelsen av å være i kontroll (Christensen et al., 1992; Myers, 2007). Terapeuter har i tillegg en tendens til å lete etter de faktorene hvor pasienten bedrer seg, overse forverring, og dermed gjøre en feilslutning om årsaker til positiv endring. Disse tendensene påvirker oppmerksomhet, hukommelse og fortolkning av pasientutfall (Lilienfeld et al., 2014).

Pasienters forverring tolkes ofte som konsekvens av noe som har foregått i terapirommet, selv om det like gjerne kan skyldes utenomterapeutiske forhold. Gjennom historien har en lagt mye vekt på terapeutfaktorer, selv om det nok er få tilfeller hvor terapeutene alene er årsak til pasienters forverring (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Banham & Schweitzer, 2015; Boisvert & Faust, 2006; Crown, 1983; Hansen & Lambert, 2002; Kraus et al., 2011; Lafferty et al., 1989; Lambert, 2007; Lilienfeld, 2007; Okiishi et al., 2003; Roback, 2000; Sachs, 1983; Strupp & Hadley, 1985).

Å sette likhetstegn mellom negative utfall og behandlingsindusert forverring reduserer spørsmålet om forverring til et spørsmål om skyld. Dette kan gjøre det vanskeligere for terapeutene å gjenkalle episoder hvor pasientene har blitt dårligere (Linden, 2013; Lilienfeld et al., 2014). Resultatet kan bli en generell underrapportering av *alle* uønskede hendelser, inkludert de hvor terapeuten ikke er ansvarlig. Disse feilslutningene om årsak gjelder naturligvis også for utfall hvor pasienten blir bedre; her er det trolig like mange utenomterapeutiske faktorer som bidrar (Lilienfeld et al., 2014).

Overdreven tro på egne ferdigheter kombinert med et for optimistisk syn på psykoterapeutisk effektivitet gir næring til en forskjøvnet tolkning av pasienters utfall. Dette kan bidra til å forklare hvorfor psykologene i denne studien undervurderer forekomst av forverring i egen praksis. Samtidig overvurderer de trolig sin kausale rolle i den samme forverringen, slik alle mennesker overvurderer sin påvirkningskraft på omgivelsene. Slike slutningsfeil kan trolig reduseres ved økt kunnskap, og bruk av en definisjon på forverring som er uavhengig av kausalitetsspørsmålet, for eksempel taksonomien som gjengis innledningsvis (Linden, 2013). Det er nok lettere å undersøke pasienters forverring uten en forutinntakelse om at forverringen skyldes noe en selv har gjort eller unnlatt å gjøre.

#### 4.4 Forbigående forverring forvirrer

Mange av psykologene forteller at forbigående forverring er vanlig, og kanskje nødvendig i enkelte pasientforløp. Økt symptomtrykk er et typisk tegn på slik forverring, sier flere. Forbigående forverring er nært forbundet med definisjonen av negative utfall, og berører både tidsaspektet (når er forverringen vedvarende?) og alvorlighetsgraden (er symptomøkning tilstrekkelig til å kalle noe forverring?). Dersom man antar at virksom terapi ofte inneholder forbigående forverring, blir det vanskeligere å vurdere når et negativt utfall har oppstått, enn hvis man legger til grunn at forverring aldri skal oppstå.

En rekke spørsmål melder seg i tilknytning til dette; Hvordan kan en vite om pasienten blir reelt og problematisk dårligere, eller om dette er et ledd i behandlingen? Bør forverring kun gjelde målsymptomene og være assosiert med lidelsen pasienten kommer i behandling for, eller kan en forvente at nye symptomer oppstår underveis i terapiforløpet, før de forsvinner? Dersom pasienten faller fra behandlingen i en fase med såkalt forbigående forverring, kan en risikere at forverringen vedvarer og ender som et negativt utfall? Verken i denne studien eller i forskningslitteraturen for øvrig har man utforsket disse spørsmålene i særlig grad. Noen finner at en liten andel pasienter kan oppleve mild forbigående symptomøkning, som angstplager i forbindelse med eksponeringsterapi, og likevel oppleve forbedring ved avslutning. Symptomøkning kan være en naturlig del av et forløp, for eksempel ved eksponering for fobi eller affekt (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002; Larsen, Stirman, Smith & Resick, 2016). Andre studier finner at pasienter som opplever forverring underveis i terapi har økt sannsynlighet for å ende opp med et negativt utfall ved avslutning og at det samlet sett er lite evidens for at symptomøkning oppstår i forkant av bedring hos polikliniske pasienter (Lambert & Ogles, 2004; Swift et al., 2010).

Disse spørsmålene understreker hvor viktig det er for terapeuter å ha et avklart forhold til definisjonen og begrepene rundt pasienters forverring. Hvordan en besvarer de vil være avhengig av hvilket informasjonsgrunnlag man har; forskere har tilgang på informasjon om hvordan et forløp *har* vært, men klinikeren må vurdere et forløp underveis og forutse hvordan den eventuelle forverringen kan komme til å utvikle seg. I tillegg antyder to av informantene i denne studien at ideen om at man blir dårligere før man blir bedre er knyttet til en psykodynamisk eller psykoanalytisk skolering. De

er på sin side svært skeptiske eller helt til midlertidig forverring som en naturlig del av et terapiforløp.

#### **4.5 Hva gjør psykologene når pasientene forverres?**

Alle psykologene i denne studien forteller at pasienter kan bli verre i terapi, og at det er vanskelig å vite hvem dette gjelder. Hva gjør de hvis forverring oppstår?

Fra tidligere studier vet vi at mange sier de henviser pasientene til medikamentell behandling, fortsetter med eller intensiverer behandlingen de har startet med, søker råd hos kolleger eller rådfører seg med psykoterapiforskning. Få oppgir at de avslutter behandling, rediagnostiserer eller henviser til andre (Hatfield et al., 2010; Kendall, et al., 1992; Stewart & Champless, 2008;). I denne studien forteller flere at de fortsetter med eller intensiverer terapien overfor pasienter som blir dårligere. Fåtallet velger å avslutte behandlingen.

Hvis terapeutene antar at pasientens forverring er forbigående og ikke skyldes skadelig behandling er det ikke overraskende at de fortsetter som før. En erfaren psykologspesialist beskriver hvordan det å fortsette med terapi kan løse den oppståtte forverringen; *"jeg vil ikke skrive ut noen før vi har kommet over kneika"*. Hos flere av terapeutene i denne studien beskrives imidlertid behandlingen som en typisk årsak til forverring. Samtidig forteller noen av de samme informantene at de fortsetter med terapi i møte med forverring. Umiddelbart fremstår dette inkonsistent og uforsvarlig. Dersom forverringen ikke er forbigående, men i stedet øker risikoen for negative utfall, vil det å fortsette med terapi være malpraksis (Lambert & Ogles, 2004; Linden, 2013; Swift et al., 2010;). Samtidig har denne studien vist hvordan psykologene ser ulikt på negative utfall i egen praksis og på generelt nivå. Hvis terapeuten ikke attribuerer forverringen til terapien blir det å fortsette med terapi et godt alternativ.

Nøkkelen til forsvarlig behandling blir å kunne skille forbigående forverring fra vedvarende forverring underveis i pasientforløpet. Å på forhånd nedtegne forventninger om behandlingens forløp og utfall kan hjelpe en slik vurdering (Lilienfeld et al., 2014).



## **4.6 Hvordan legge til rette for bedre identifisering av forverring?**

Terapeuter har, ulikt forskere, tilgang på ideografiske og opplevelsesnære data om pasientene sine. Forverring skjer på mange vis rett foran øynene deres, fremfor å ligge ”skjult” i data om gjennomsnitt på gruppenivå (Mechler & Holmqvist, 2015; Nutt & Sharpe, 2008; Strupp et al., 1977;). På tross av dette rapporterer de i liten grad at deres egne pasienter blir dårligere. Hvis vi legger til grunn at psykologene overser pasientene som blir dårlige i egen praksis, blir spørsmålet hvordan en kan legge til rette for at de kan oppdage flest mulig slike tilfeller i fremtiden. Her følger noen mulige svar på dette, med utgangspunkt i denne studiens funn og det empiriske grunnlaget som er fremstilt innledningsvis.

### ***4.6.1 Å måle effekt av psykologiske intervensjoner er helt nødvendig***

Når psykologene forteller at få eller ingen av deres pasienter har blitt dårligere, bygger de dette på egne kliniske skjønnsvurderinger. Ingen viser til data, statistikk eller andre kilder. Disse skjønnsvurderingene påvirkes av en rekke kognitive feilslutninger, som kompliserer arbeidet med å identifisere, forklare og håndtere pasienters forverring. Terapeuter gjør feilslutninger om terapeutisk endring når det ikke er noen endring og feilslutninger om endring som følge av terapi når endringen skyldes utenomterapeutiske faktorer (Lilienfeld et al., 2014). Når pasientens terapiforløp og utfall skal tolkes, bør en derfor unngå å stole helt og holdent på egne skjønnsvurderinger.

Først og fremst bør en bruke et mål på terapeutisk effekt, for eksempel en kombinasjon av generelle og spesifikke symptommål. Disse kan avdekke forverring av eksisterende symptomatologi i tillegg til fremvekst av ny problematikk (Lilienfeld, 2007; Strupp & Hadley, 1985). For å motvirke ensidig vektlegging av målsymptomer er det viktig å måle alle mulige negative eller uforventede hendelser, slik at en kan identifisere potensielt negative effekter (Lilienfeld, 2007; Strupp & Hadley, 1985). Pasientens innspill bør få stor betydning både gjennom selvrapporing av symptomer og i form av generelle tilbakemeldinger.

Terapeuter bør nyttiggjøre seg av systematiske metoder for å innhente slike tilbakemeldinger. Monitorering av terapiforløp og innhenting av systematisk feedback er vist å være gode tiltak for å motvirke negative utfall eller nonrespons, motvirke kognitive skjevheter og til å gi korrigerende tilbakemeldinger til terapeuten (Lambert et al., 2002; Lilienfeld et al., 2014; Shimokawa et al., 2010; Werbart et al., 2014). Det

finnes spesifikke systemer som kan indikere når pasienten ikke har tilstrekkelig fremdrift eller står i risiko for et negativt utfall (Hannan et al., 2005; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2003; Lambert, 2007; Okiishi et al., 2003; Shimokawa et al., 2010; Walfish et al., 2012). Eksempelvis ble 23,2 % av pasientene dårligere i grupper som ikke brukte et tilbakemeldingssystem, mot 15,2 % blant terapeuter som brukte et slikt system (Lambert et al., 2002).

En foreløpig konklusjon er at veiledere i utdanning og senere bør gjøre terapeuter oppmerksomme på alternative forklaringer til pasienters bedring, kognitive skjevheter som påvirker slutninger om pasientens tilstand og dessuten oppfordre til å bruke verktøy mot kliniske feilslutninger (Lilienfeld et al., 2014).

Komparentopplysninger fra pasientens pårørende, og vurderinger fra kolleger er andre perspektiv som kan være nyttig når terapeuten skal vurdere pasientens utbytte. I tillegg til denne generelle målingen av terapiutfall er det utviklet spesifikke instrumenter for å avdekke negative utfall i terapi. Disse kan brukes som generell screening eller ved mer spesifikk mistanke (Rosenqvist, Mechler & Holmqvist, 2015; flere).

Til sammen har terapeuten anledning til å innhente et bredt spekter av perspektiv som kan belyse om pasienten er blitt bedre, verre eller ikke har opplevd endring i løpet av terapi (Strupp & Hadley, 1977). Slikt arbeid er imidlertid tid- og ressurskrevende i en travel klinisk hverdag. Derfor bør et arbeid være tydelig forankret på ledelsesnivå, og en naturlig del av myndighetenes pasientsikkerhetsarbeid.

#### ***4.6.2 Et presist begrepsapparat er en forutsetning for å snakke nøkternt om forverring***

Denne studien avdekker stor variasjon og manglende presisjon i hvordan psykologene beskriver pasienters forverring. Hvis man skal bli i stand til å snakke om negative utfall, behøver vi et gjenkjennelig og forståelig begrepsapparat for det. Denne studien indikerer at et slikt begrepsapparat ikke er på plass hos informantene.

Et slikt begrepsapparat bør være forståelig for både terapeuter og pasienter, slik at det blir en naturlig del av det informert samtykke i forkant av terapi. De bør være presise nok til å kunne anvendes i forskning, samtidig som de er sensitive nok slik at terapeuten ikke overser pasienter som blir dårligere. For å unngå falske negative resultater og dekke alle negative hendelser som oppstår i forbindelse med behandling

kan en bruke det generelle begrepet ”uønskede hendelser” (Linden, 2013). Uønskede hendelser er imidlertid kun en inngangsport til å identifisere mulig pasientforverring, og etter å ha identifisert og rapportert disse må man arbeide videre med mulige årsaksforklaringer. Uønskede hendelser innebærer ikke nødvendigvis at noen har gjort noe galt, eller *at* noe er galt; det kan for eksempel være en ikke-forventet forbigående forverring som ender med et positivt utfall. Begrep som sykdomsforverring og behandlingsindusert forverring kan være nyttig i utforskingen av årsaken til uønskede hendelser (Linden, 2013).

Begrep som ”skadelig terapi” og ”skadelige terapeuter” impliserer at terapeuten har skylden for pasientenes forverring. Slik omtale kan stå i veien for en nøktern forståelse av negative utfall, hemme kartlegging av pasienters forverring og påvirke terapeutens vurdering av egen kompetanse. Det er viktig å fremheve at behandlingsindusert forverring er kun en av mange mulige årsaker, samtidig som en ikke overser at enkelte terapeuter gjør en større andel av sine pasienter dårligere enn det som er vanlig (Banham & Schweitzer, 2015; Kraus et al., 2011; Linden, 2013).

Hvis en taksonomi av begrep som gjengitt i tabell 1 skal være nyttig, krever det at de som skal bruke den har kunnskap om temaet. Den åpenbare kilden til ervervelse av slik kunnskap er gjennom utdanning, veiledning og videreutdanning. Slik kunnskap bør føre til at psykoterapeuter er klar over forskjellen på behandlingsindusert forverring, uønskede behandlingsreaksjoner, sykdomsforverring og grensene for hva som definerer malpraksis (Linden, 2013).

#### **4.7 Fra forbigående til vedvarende forverring – terapeutens ansvar uansett?**

Vanskene med å definere hva negative utfall er hyppig knyttet til antakelsen om at pasienter blir dårligere før de blir bedre. Begrepet forverring er beheftet med like mye utydighet når det brukes om noe forbigående som når det skal beskrive noe vedvarende. Spørsmålet om *når* en kan fastslå at en pasient har blitt dårligere blir enda vanskeligere. Denne uklarheten knyttet til forbigående forverring kan trolig oppklares ved hjelp av et tydeligere begrepsapparat om negative utfall.

Det helt overordnede premisset er at dersom pasienten blir dårligere i løpet av behandlingen, må terapeuten avklare hva dette skyldes. Antakelsen om forbigående forverring som en naturlig eller nødvendig del av terapi, bærer altså med seg et ansvar

hos terapeuten for å aktivt identifisere slik utvikling, informere pasienten om risikoen for dette i forkant og arbeide aktivt for å hindre at forverringen blir et negativt utfall.

Jamfør tabell 1 og den tilhørende taksonomien vil imidlertid terapeutens forventning om forbigående symptomøkning i praksis være en terapirisiko (Linden, 2013). Noen ganger vil en slik terapirisiko være en kontraindikasjon for behandling (Lambert & Ogles, 2004; Linden, 2013; Swift et al., 2010). Hvis pasientens forverring vedvarer på tross av kjente kontraindikasjoner, forverring oppstår på grunn av feilbehandling eller pasientens sykdom gjør pasienten dårligere uten at terapeuten foretar seg noe, kan det være terapeuten har begått malpraksis (Linden, 2013).

#### **4.8 Behandlingsindusert forverring inntil det motsatte er bevist?**

Ved å avlegge den hippokratiske ed forplikter leger seg til først og fremst å ikke gjøre skade på pasientene de behandler. Å opplyse om bivirkninger på legemidler er en naturlig del av medisinsk praksis. I psykologisk behandling har ikke negative utfall fått den samme oppmerksomheten, selv om dette også handler om pasientsikkerhet, etikk og jus (Parry et al., 2016; Vaughan et al., 2014; Williams et al., 2016). Når det verken er tema i utdanningsløp eller på arbeidsplassen blir det i praksis opp til hver enkelt behandler å velge hvordan en skal forholde seg til forverring hos pasientene. Psykologspesialisten som siteres i det følgende avsnittet, understreker hvordan en velger sin holdning til negative utfall. Hun forteller at pasienter som forverres i terapi, uavhengig av årsak, er terapeuten ansvar: *“Det er helt urettferdig at man skal legge ansvaret på terapeuten. Men det er en tanke som jeg har integrert mer og mer. Og jeg tenker at det er en holdning som jeg kan bestemme meg for å tro på (...) For eksempel når vi snakker om i og under, nei, av og under terapi...så tenker jeg først at hvis det er under terapi så skyldes det alle de andre, også snakker jeg meg frem til at; nei, terapeuten har kanskje noe han kan gjøre i forhold til det også. Slik at, den automatiske tenkning er at det ikke er terapeuten sin skyld, også må jeg bestemme meg for å tenke at det er terapeuten sin skyld, altså resonnerer meg frem til det”*. Hun beskriver videre hvordan erkjennelsen av at en selv har ansvaret, paradoksalt nok gjør det lettere å forholde seg til temaet.

Det er imidlertid en viktig forskjell mellom det å ha *ansvaret* for å oppdage og håndtere negative utfall, og det å få *skylden* for at det skjer. Resultatene i denne studien tyder på at for mange opplever det siste, og at dette kan gå på bekostning av arbeidet med det første. Både terapeuten og systemet terapeuten er en del av må ha

*ansvaret* for de tiltak som er nødvendige for at negative utfall skal identifiseres. Terapeuter bør også ha som utgangspunktet at enhver forverring skyldes behandlingen, og lete etter evidens for det motsatte. Slik blir terapien eller terapeuten ”skyldig” inntil det motsatte er bevist. At ansvaret og bevisbyrden ligger hos terapeuten, fremfor hos pasienten, er på mange vis helt naturlig gitt det assymetriske maktforholdet som er mellom dem i utgangspunktet (Linden, 2013; Monsen, 2014). Et slikt ansvar vil likevel være svært krevende å håndtere på egen hånd, uten en psykologisk trygg kultur, god kjennskap til et begrepsapparat og ikke minst et ivaretakende arbeidsmiljø. Den samme psykologspesialisten som overfor, reflekterer slik: *“Men ha noe litt mer objektivt å legge på bordet. Og få litt hjelp av andre til å reflektere rundt det. Å være i en kultur hvor vi liksom har en felles forståelse av at jeg er ikke den beste terapeuten for alle. Og det betyr ikke at jeg er helt rævva”*.

## **5. DISKUSJON AV METODISK KVALITET OG BEGRENSNINGER**

Det finnes en rekke anbefalinger for hvordan en kvalitativ studie skal oppnå høy metodisk kvalitet. I denne studien er særlig begrepene intern validitet, ekstern validitet og refleksivitet trukket frem som sentrale (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2001; Malterud, 2013; Thagaard, 2003).

### **5.1 Kan vi stole på forskningsresultatene?**

Studiens indre validitet avhenger av om metoden som er valgt er i stand til å belyse det vi ønsker den skal belyse, altså forskningsspørsmålene. Dette er igjen avhengig av at resultatene er til å stole på; at de har høy troverdighet (Malterud, 2013). Troverdige resultater fordrer en troverdig forsker. En åpenbar svakhet ved studien er forskerens manglende erfaring med å gjennomføre kvalitative studier. I systematisk tekstkondensering anbefales det at den første analysen gjøres av flere forskere (Malterud, 2012). For å kompensere for mangelen av flere forskere har hele prosessen blitt jevnlig diskutert med veileder.

Prosjektets omfang har ikke gitt anledning til metodisk triangulering, som kunne hevet resultatenes troverdighet. Det ville vært nyttig om flere forskere hadde transkribert og kodet intervjuene slik at en kunne belyst og løftet frem eventuelle uenigheter, før analysen tok til. Samtidig er det viktig å påpeke at målet ikke er enighet, men å belyse et ukjent fenomen (Malterud, 2013). Eventuell uenighet mellom forskeren og informantene, eller mellom kolleger, ugyldiggjør ikke forskningen. Ingen av deltakerene har fått studien til gjennomlesing, og en vil derfor ikke kunne ta full stilling til disse utfordringene før etter publisering. Det er verdt å merke seg at studien kan ha god troverdighet selv om informantene ikke kjenner seg igjen, fordi konklusjonene i en kvalitativ studie er forskerens konklusjoner om materialet og validiteten av disse avhenger av at forskeren i tilstrekkelig grad har vært bevisst egen forforståelse og perspektiv (Malterud, 2013).

### **5.2 Står forskerens forforståelse i veien for studiens validitet?**

Forskerens forforståelse inneholder personlige erfaringer, egne hypoteser, faglig perspektiv og en teoretisk referanseramme (Malterud, 2013). Gjennomsiktighet i arbeidet og selvavsløring av forforståelsen er tiltak for å heve studiens validitet. Et utdrag av forskerens ”selvangivelse” fremgår i studiens metodekapittel. Holdningen

som preget forfatteren i prosjektet startfase ville, dersom den forble uforandret, ha vanskeliggjort en nysgjerrig undersøkelse av temaet. Samtidig vil det være naivt å tro at det som gav næring, inspirasjon og motivasjon til gjennomføring av studien er nøytralisert. Forskerens forforståelse har utviklet seg gjennom prosessen, men ikke gjennomgått en full helomvending. En slik holdningsendring kan være ønsket i et kvalitativt prosjekt, da stor grad av enighet mellom prosjektbeskrivelse og resultater kan gi grunn til å stille spørsmål ved om forskeren har reflektert tilstrekkelig om sin egen forforståelse (Malterud, 2013).

Det vil og være naivt å tro at forskeren på egen hånd er i stand til å tilkjenne alle de tankene og ideene som kan ha preget forskningsprosessen. Slik kan samarbeid med andre forskere lette arbeidet med å identifisere de blinde flekkene forskeren selv har. Det viktigste er likevel at en *gjennomfører* og tilstreber kritiske vurderinger for å øke forskningens troverdighet (Malterud, 2013). Disse vurderingene ble gjort fortløpende, og prosjektloggen ble jevnlig gjennomgått for å stille spørsmål ved om prosjektet beveget seg i tråd med den opprinnelige problemstillingen.

Forskerens teoretiske referanseramme for temaet negative utfall kan fremstå noe homogen. Mange av de studiene som gjengis i denne oppgaven innleder eller konkluderer med påstander om at negative utfall ikke er tilstrekkelig belyst, underkommunisert eller på annet vis oversett. Denne litteraturen utgjør et kritisk blikk på den øvrige psykoterapiforskningen, men blir stående relativt uimotsagt. Det mangler altså en fruktbar, vitenskapelig dialog om hvorvidt fagfeltet mangler fokus på negative utfall. Denne studiens resultat og diskusjon tenderer i samme kritiske retning. I utgangspunktet vil funn som er i tråd med eksisterende forskning være konvergerende evidens som styrker funnene. Samtidig bør en i møte med slik enighet være spesielt påpasselig med at funnene er tydelig forankret i data.

### **5.3 Hva har vi *egentlig* funnet svar på?**

Dersom studien er troverdig ved at vi kan stole på resultatene og forskerens formidling av resultatene, blir det neste spørsmålet hva resultatene egentlig sier noe om. God indre validitet innebærer at resultatene er godt fundert i empiri og at alle delene av forskningsprosessen er orientert mot å besvare spørsmålene man har stilt (Malterud, 2013). Å validere et forskningsprosjekt krever at forskeren kontinuerlig retter sitt kritiske blikk mot potensielle feilkilder og skjevheter (Kvale & Brinkmann, 2009).

En av de viktigste kildene til slike skjevheter er spørsmålene som stilles til informantene. Transkripsjonen viser at majoriteten av spørsmålene som blir stilt er tilnærmet lik spørsmålene fra intervjuguiden. Slik blir en vurdering av intervjuguiden viktig for å evaluere studiens indre validitet. Siden utforming av intervjuguiden tok til for over ett år siden har den vært gjenstand for hyppig revidering. Informantenes perspektiv, ny forskning og forskerens erfaringer gjør at den i dag kan vurderes noe annerledes. Det første spørsmålet som blir stilt, *”Kan psykoterapi føre til at noen blir verre?”*, impliserer en kausalsammenheng mellom terapi og terapiens utfall. Informantenes sammenblanding av dette er gjort til et sentralt funn i denne studien, og det kan være påvirket av spørsmålets oppbygging. I ettertid er det tydeligere at spørsmålet burde vært formulert mer uavhengig av årsakssammenhenger. Dette kan være en begrensning ved studiens gyldighet, samtidig som erkjennelsen av dette viser hvordan studiens funn fører til ny kunnskap, også hos forskeren.

Mot avslutningen av intervjuguiden blir informantene bedt om å ta stilling til at *”opp til hver sjette pasient blir dårligere i psykoterapi”*. Denne påstanden kan forstås som at hver sjette pasient blir dårligere i terapi, noe som kan være uvanlig høyt (Jacobi et al., 2012; Mechler & Holmqvist, 2015; Williams et al., 2016). Andre studier har vist at så mange som hver fjerde pasient blir dårligere i løpet av et terapiforløp. Påstanden er derfor ikke uriktig (Lambert et al., 2002). Den kommer dessuten sent i intervjuet og de svarene som kommer etter dette spørsmålet er i liten grad en del av resultatene studiens analyser bygger på.

I denne studien er samtlige informanter representert med utsagn eller direkte sitat i studiens resultater, selv om anonymiseringen av deltakerne skjuler dette. De mange ulike og til dels motstridende perspektivene som kommer frem underbygger at utvalget har gitt tilstrekkelig bredde og dybde til å undersøke fenomenet negative utfall. Gjengivelsen av direkte sitat i resultatene gjør det tydeligere at studiens funn er forankret i datamaterialet. Dette er mulig fordi forskeren har søkt å være så nær dataene underveis i prosessen, ved hjelp av synlige påminnelser, som egne dokument og post-it-lapper på arbeidsstasjonen. Materialet ble hele tiden vurdert opp mot problemstillingen og forskningsspørsmålene.

#### **5.4 Er kunnskapen nyttig og relevant for andre?**

Et troverdig studie med høy indre validitet, forfattet av en refleksiv forsker, er lite verdt om ingen leser eller nyttiggjør seg av resultatene. Derfor hviler mye på



studiens relevans og eksterne validitet. På et vis vil en evaluering av ekstern validitet først være mulig når studien er distribuert og lest. Likevel bør en gjøre noen antakelser om de praktiske konsekvensene av studiens funn (Malterud, 2013). Denne studien er trolig den første empiriske studien i Norge som undersøker pasienters forverring fra terapeutens perspektiv. Den er trolig også den første som benytter et muntlig intervju som metode til å besvare disse forskningsspørsmålene. Slik vil studien kunne bidra med ny kunnskap til spørsmål som allerede er stilt, ved hjelp av andre format og tilnærminger (Boisvert & Faust, 2003; Bystedt et al., 2014; Strupp et al., 1977).

Tematikken er i seg selv relevant for alle som driver med samtaleterapi, og alle som får slik terapi. Det er nødvendig at politikere som bevilger midler til helsevesenet, helsevesenet som administrerer tilbudet og ikke minst tilsynsmyndighetene som skal sikre at disse tjenester er forsvarlige, kjenner til hva negative utfall i terapi innebærer. Denne studiens funn synliggjør mangelfull oppmerksomhet, konsensus og kompetanse om dette tema hos de som yter disse helsetilbudene. Dette vil være av interesse for alle de overnevnte aktørene, i tillegg til klinikerene selv. Studien har derfor potensielt stor praktisk betydning.

Det bredt sammensatte utvalget bidrar til å øke sannsynligheten for at resultatene gir mening også utenfor denne studien. Hvis leseren, og kanskje spesielt andre psykologer, gjenkjenner fenomenene som fremkommer i resultatene, vil dette indikere høy ekstern validitet (Malterud, 2013; Thagaard, 2003). Resultatene er også i tråd med sammenlignbare studier (Bystedt et al., 2014).

Flere av informantene i studien uttalte ved intervjuets avslutning at de skulle bli mer oppmerksomme eller undersøke tematikken nærmere. En psykolog fortalte avslutningsvis: *"Men samtidig så er det en vekker overfor seg selv. At de ikke har blitt friskere alle sammen, det kan jeg ikke påberope meg. Men at de har i alle fall ikke blitt dårligere, har jeg trodd"*. En slik effekt kan også oppstå hos andre terapeuter som blir gjort kjent med studiens resultater.

En hovedoppgave som denne kan imidlertid lett forbli ulest av andre enn de som har vært involvert i skrivearbeidet og sensorer. At studien har potensielle praktiske konsekvenser slik det skisseres over, er derfor ikke tilstrekkelig til å sikre ekstern validitet. Studien må gjøres relevant gjennom formidling. I dette tilfelle er noe av forskerens motivasjon for prosjektet nettopp formidling av og debatt om et lite kommunisert tema. Utgangspunktet for denne motivasjonen er lite undervisning på

psykologutdanningen om temaet. Slik ligger det allerede et ønske hos forfatteren om å skape oppmerksomhet om denne studien, men også om temaet generelt. Det er for eksempel gjort avtaler om å presentere resultatene på noen av informantenes arbeidsplasser.

## 5.5 Etske forhold

Et prosjekt som dette, hvor fokus er på uønskede hendelser i praksis, vil alltid kunne vekke negative reaksjoner hos lesere og hos deltakere (Malterud, 2013). I tillegg er det noen særlige utfordringer knyttet til å forske på helsepersonell generelt, og egne kolleger spesielt (Coar & Sim, 2006; Malterud, 2013). Slik blir det nødvendig med en kort drøfting av studiens etiske forhold herunder.

Å fortelle i fortrolighet til en fremmed student om egne pasienter som har blitt dårligere kan være utfordrende. Studiens funn understreker da også hvor belastende temaet er, hvor lett psykologene opplever seg personlig ansvarlige og ikke minst hvilke ubehagelige følelser som enkelte har knyttet til dette. At intervjuer tilhører samme kliniske profesjon som informantene kan forsterke en opplevelse av å bli testet eller evaluert (Coar & Sim, 2006). Slik det fremgår av intervjuguidens to avsluttende spørsmål (se appendiks A) har ivaretagelse av informantene vært viktig. Alle ble spurt om hvordan de opplevde intervjuet og minnet på at de kunne trekke seg når som helst, også i ettertid.

Ville informantene deltatt hvis de på forhånd hadde vist hvordan det endelige resultatet ville sett ut? Et slikt hypotetisk spørsmål kan være lakmustesten på om informantene er tilstrekkelig ivaretagt. Den umiddelbare responsen fra psykologene ved intervjuets slutt kan indikere at de har opplevd deltakelsen som nyttig. Mange fremhever at det er et viktig tema, men også spennende og interessant: *”Det var veldig interessant. Det var artig. Vet ikke om artig er rett begrep. Det er artig med nye tanker. Man sitter jo og surrer med ditt eget. Egne spor. Det synes jeg var spennende”*. En annen informant grubler om de svarene hun har gitt, men viser ingen anger for at hun deltok: *”Jeg tenker det er kjempeviktig tematikk. For meg er det slik: er det noe jeg...for jeg synes når du spør: er det noe...jeg har jo ikke mange eksempler. Jeg har ikke mye å komme med på det. Hva er det...lever jeg i benektning her? Er det noe jeg ikke har fått med meg? Jeg tenker at det skal jeg være mer oppmerksom på”*.

Foruten refleksjonen omkring egen praksis, kan det se ut til at informantene opplever å ha bidratt til forskning på et tema de opplever som viktig. En psykolog reflekterer slik: *”Flott hvis det blir løftet litt frem. Og at dette også kan bidra til en økt bevissthet og en større refleksjon, ikke bare blant psykologer, men blant helsepersonell generelt. At vi tør å ta tak i og snakke om akkurat det”*. I den grad resultatene fra denne studien kan få en slik oppmerksomhet at det fører til endringer, vil psykologenes bidrag umiddelbart få større verdi. I beste fall vil studien kunne føre til mer tematisering av negative utfall på arbeidsplassen, økt pasientsikkerhetsarbeid om pasienters forverring og kurs som hever bevisstheten om hvordan man kan arbeide med pasienter som blir dårligere. Slik denne studien viser, kan følgene av slike endringer bli et tryggere og mer ivaretagende arbeidsmiljø.

I hvilken grad blir informantene stilt i dårlig lys? En av studiens viktigste, og samtidig lite flatterende konklusjon er at mange av informantene driver med ”kvalifisert gjetning” om pasienters forverring. Mange lesere vil nok forvente at helsepersonell ikke gjetter om et så alvorlig tema. Samtidig fremhever studiens diskusjon at den manglende kunnskapen trolig skyldes en systemsvikt i utdanning og opplæring. På dette viset blir studiens kritiske blikk først og fremst rettet mot systemer, og i liten grad personer (Reason, 2000).

En rekke tiltak er gjort for å sikre deltakernes anonymitet. Allerede i transkripsjonen er informantenes arbeidssted, navn, alder, utdanningssted og øvrige demografiske markører fjernet. Det er kun deltakernes kjønn, arbeidserfaring og om de er psykologer eller psykologspesialister som er bevart. Det vil derfor kun være informantene selv som er i stand til å gjenkjenne egne sitat og meningsinnhold. Det kan likevel være etiske utfordringer knyttet til at informantene opplever at deres uttalelser er fordreid eller misforstått (Malterud, 2013). Her er det viktig å understreke at studien ikke forsøker å gjengi informantenes mening på objektivt vis, men at det i stedet er forskerens tolkning og forståelse av disse meningene som blir presentert. At deltakerne selv opplever seg å bli gjenkjent, er derfor ikke et etisk problem så lenge andre lesere ikke gjør det samme.

## 6. ØVRIGE BEGRENSNINGER

Valg av metode og transkripsjon har gjort at denne studien mangler informasjon om ansiktsuttrykk, toneleie og kroppsspråk hos informantene. Siden tematikken i denne studien har vist seg å være sensitiv, tabubelagt eller sårbar, kan en derfor innvende at viktig informasjon er valgt bort. Samtidig har intervjuers kliniske skolering gjort det mulig å identifisere viktige aspekter ved intervjusituasjonen, og har redusert disse svakhetene i noe grad (Malterud, 2012).

Intervjupersonene blir bedt om å reflektere over pasienter de kanskje har hatt for mange år siden. Slik gjenkalling av episoder og hendelser fra fortiden bærer med seg en viss risiko for skjevheter (Schachter & Addis, 2007). Det kan derfor være at mangelen på eksempler, eller de faktiske eksemplene som fortelles, er lite troverdige. Evnen til å gjengi presise opplysninger om egen praksis kan påvirkes av en rekke selvfremmende skjevheter i tenkningen (Myers, 2007). På den annen side er det nettopp risikoen for responsskjevhet og sosial ønskverdighet som er bakgrunnen for at denne studien er utformet som en kvalitativ undersøkelse. I en kvantitativ undersøkelse hvor målet er objektivitet ville slike faktorer vært betydelig mer begrensende (Malterud, 2013). Her blir informantenes vaghet og utydelighet inkorporert i studiens konklusjon, fremfor å svekke den metodiske kvaliteten.

### 6.1 Terapeutens perspektiv alene er ikke tilstrekkelig

Pasienten, terapeuten og samfunnet for øvrig kan ha ulike og til dels konfliktfylte interesser i definisjonen av både vellykkede og mislykkede terapiforløp (Strupp et al., 1977; Strupp & Hadley, 1985). Denne studien tar utgangspunkt i kun ett disse perspektivene. Pasientens stemme er fraværende, til tross for at den nok er den viktigste (Strupp & Hadley, 1977). Et slikt valg av tilnærming utgjør ingen begrensning i tradisjonell forstand siden det er konsekvensen av studiens helt nødvendig avgrensning. Samtidig er det nødvendig å presisere dette slik at leseren ikke sitter igjen med en antakelse av å ha det hele og fulle bildet av hvordan negative utfall blir forstått, kan forstås eller bør bli forstått. En rekke studier er gjennomført hvor pasientens perspektiv fremheves (Bowie, McLeod & McLeod, 2016; Crawford et al., 2016; Kane, 1998; Radcliffe, 2014; von Below & Werbart, 2012; Werbart et al., 2015; Williams et al., 2016).

Hva som defineres som forverring vil avhenge av hvem man spør. Pasienten kan for eksempel oppleve at all symptomøkning er uønsket, samtidig som terapeuten

vurderer det som en naturlig eller til og med nødvendig del av den terapeutiske prosessen. Stor avstand mellom pasienten og klinikerens oppfatning av pasientens tilstand kan i seg selv øke risikoen for negative utfall (Mohr et al., 1990; Mohr, 1995; Monsen, 2014). Det vil være naivt å tro at et godt integrert begrepsapparat og systematisk monitorering av terapiforløp alene vil bidra til at alle uønskede hendelser blir identifisert, forebygget eller håndtert. En viktig erkjennelse er derfor at pasienten alltid vil kunne oppleve negative effekter som er oversett i kliniske observasjoner og rapporter (Parry et al., 2016).

Slik blir det helt nødvendig å legge til rette for at pasienten og pasientenes pårørende kan rapportere sine opplevelser av uønskede hendelser, uavhengig av terapeutens initiativ (Duggan et al., 2014; Parry et al., 2016). Samtidig bør en ta høyde for at pasienten og terapeuten kan ha ulike perspektiv på hva som er god og dårlig behandling, uten at noen av disse diskrediteres (Strupp & Hadley, 1977).

## 7. KLINISKE IMPLIKASJONER

Studiens hensikt har ikke vært å evaluere klinisk praksis, utarbeide retningslinjer for psykologer eller på noe vis påvirke den psykologiske behandlingen som gis. Det kan likevel være nyttig å fremheve noen kliniske implikasjoner som følger av studiens viktigste funn.

En av hovedkonklusjonene i denne studien er at god kunnskap om negative utfall og dets begreper er nødvendig hvis klinikere skal kunne identifisere pasienters forverring. I dag ser dette ut til å være mangelvare, og en bør derfor sørge for at fremtidige psykologer får undervisning om negative utfall. I tillegg bør en oppdatere dagens psykologer ved hjelp av kurs og veiledning. Denne studien indikerer at opplevelsen av psykologisk trygghet er for dårlig på flere arbeidsplasser. At psykologene beskriver ubehag, skam, skyld og negative følelser i tilknytning til det kliniske arbeidet er alvorlig. I lys av dette bør en vurdere å gjennomføre arbeidsmiljøundersøkelser spesifikt rettet mot psykologenes opplevelse av å gjøre "feil" overfor sine pasienter. Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for å kunne snakke om de vanskelige spørsmålene knyttet til negative utfall.

Etter gjennomføringen av denne studien har en rekke artikler i *British Journal of Psychiatry* tematisert negative utfall i psykoterapi. Her tar forfatterene til orde for å etablere en felles konsensus om hva negative utfall er og ber om økt fokus på pasienters opplevelse av forverring. I tråd med denne studiens resultater og diskusjon, anbefaler de også at klinikere øker rapportering og identifisering av pasienters forverring (Parry et al., 2016; Scott & Young, 2016; Williams et al., 2016). Ansvaret for denne målingen ligger på flere nivå i helsetjenestene, men er til syvende og sist et personlig, fagetisk ansvar hos den respektive behandler.

## 8. VIDERE FORSKNING

Ulikt tidligere forskning har denne studien benyttet et kvalitativ design med muntlig intervju som lot klinikerene utdype hvordan de forholder seg til negative utfall i psykoterapi (Barlow, 2010; Bystedt et al., 2014). Denne tilnærmingen ble valgt fordi man mistenkte at negative utfall ikke er et avklart og tydelig begrep hos klinikere, og at det derfor var prematurt å gjennomføre kvantitative undersøkelser. Resultatene bekrefter langt på vei disse antakelsene, og understreker hvor problematiske spørreundersøkelser med forhåndsdefinerte begrep kan være. En risikerer at informantene ikke forstår spørsmålene og begrepene likt, noe som kompromitterer validiteten. Denne studiens funn underbygger de vurderingene som ble gjort i forkant av studien og som ledet til valg av metode.

En av studiens viktigste formål har vært å legge til rette for videre forskning og utforming av en kvantitativ studie som muliggjør generalisering om psykologers forhold til negative utfall. Det er i hovedsak to parallelle tilnærminger som kan forfølges i det videre arbeidet med å innhente empiriske data.

Først og fremst bør allerede eksisterende data synliggjøres. I praksis inneholder allerede all psykoterapiforskning data om negative utfall, men de er sjeldent en del av publiserte artikler (Duggan et al., 2014; Vaughan et al., 2014). Dataene bør rapporteres i fremtidige publikasjoner fra psykoterapiforskning og tillegg kan en benytte arkivmateriale til å ekstrahere allerede eksisterende data om pasienters forverring. Utfordringen er å stimulere forskere til å faktisk publisere disse dataene, med utgangspunkt i en felles konsensus og operasjonalisering av de relevante begrepene. Både den hyppig siterte taksonomien i denne studien og det mye anvendte feedbacksystemet OQ-45 kan være gode utgangspunkt for dette (Amble et al., 2014; Linden, 2013). Et viktig skritt videre vil være at all psykoterapiforskning, også i Norge, rapporterer uønskede hendelser innenfor et felles paradigme (Williams et al., 2016). I tillegg bør en utforme nye studier spesifikt rettet mot negative utfall. Dette kan være naturalistiske design utformet for å kartlegge forekomsten av negative utfall på tvers av ulike helsetilbud. Til sammen vil datamaterialet kunne benyttes til å undersøke variasjon mellom enkeltterapeuter, terapimetoder og pasientgrupper. Dette vil danne premissene for eventuelle forebyggende, opplærende og monitorerende tiltak.

Den andre tilnærmingen er å innhente data fra pasienter, terapeuter og eventuelt pårørende om hvilke opplevelser de har med negative utfall, og i hvilken grad disse opplevelsene blir rapportert. En rekke studier med ulik forskningsmetodikk fremhever både terapeuter og pasienters syn på negative utfall (Bowie, McLeod & McLeod, 2016; Bystedt et al., 2014; Hatfield et al., 2010; Kane, 1998; Rozental et al., 2015; Strupp et al., 1977; Sarkozy, 2010; Werbart et al., 2014; Williams et al., 2016).

Utgangspunktet for denne studien har vært at bruk av kvantitative undersøkelser til å besvare hvordan terapeuter forholder seg til negative utfall, er problematiske. I hvilken grad kan denne studiens funn bidra til å adressere dette spørsmålet? Generelle begrep som negative utfall, uønskede hendelser eller forverring forstås ikke likt blant informantene i denne studien. De presenterer ulike antakelser om hvor ofte og ikke minst hvorfor pasienter blir dårligere. Videre forskning må ta høyde for dette ved å inkludere en rekke underspørsmål eller begrep som kan fasilitere et høyere presisjonsnivå på svarene. Her kan en benytte taksonomien om årsaksforhold, gjengitt i tabell 1, til å undersøke klinikerenes antakelser om pasienters forverring (Linden, 2013). Spørsmålene i en slik undersøkelse bør være klinikknære og konkrete slik at en ikke overser perspektiv eller forståelsesrammer som informantene sitter inne med. En rekke spørreskjema er utviklet for å måle negative utfall ved hjelp av kvantitative data (Ladwig, Rief & Nestoriuc, 2014; Linden, 2013; Moritz et al., 2015; Parker, Fletcher, Berk & Paterson, 2013; Swift et al., 2010; Williams et al., 2016). Denne studiens funn kan være veiledende og nyanserende når slike skjema skal administreres og resultatene forstås.

Videre kan en kombinere spørreundersøkelser til pasienter, terapeuter og eventuelt pårørende, med empiriske data på symptomutvikling. Dette kan gi mye informasjon til videre utforskning av negative utfall. På den annen side kan det fortsatt være prematurt å undersøke negative utfall ved hjelp av kvantitative mål, gitt denne studiens konklusjon om at kunnskap er en forutsetning for at klinikere skal rapportere gyldige data. En annen tilnærming vil være å sørge for tilstrekkelig implementering av undersøkelsesmetodikk og opplæring av klinikerene slik at de blir i stand til å vurdere og rapportere om negative utfall i deres praksis. En slik implementering kan i seg selv være gjenstand for evaluering, ved at en måler kunnskap om og evne til å identifisere negative utfall i forkant og i etterkant.

Foruten videreutvikling av de forskningsspørsmålene som er fremhevet i denne oppgaven, er det nye momenter som kan undersøkes. Negative utfall er i varierende



grad et tema i psykologers arbeidsmiljø og dette ser ut til å henge sammen med en manglende psykologisk trygghet. Det kan være nyttig å undersøke i hvilken grad psykologer snakker om negative utfall på arbeidsplassen. En slik undersøkelse forutsetter ikke at informantene har kunnskap om negative utfall, men i stedet gi informasjon om dette. Et slikt arbeid vil kunne ha betydning for både pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Vi vet at mange pasienter avbryte psykoterapeutisk behandling og i flere av studiene på negative utfall faller mer enn hver fjerde pasient fra og blir utelukket fra resultatene (Jacobi et al., 2012; Kächele & Schachter, 2014; Strupp et al., 1977). Ved å unnlate å følge opp disse pasientene kan en risikere å undervurdere forekomsten av negative utfall. I tillegg er det i denne studien et spørsmål om frafall ved forbigående forverring kan ende som et negativt utfall. Videre forskning bør derfor undersøke om de pasientene som faller ut av behandling i større grad opplever negative utfall, og om det er en spesiell pasientgruppe som kan stå i fare for begge deler.

## 9. KONKLUSJON

Hensikten med dette arbeidet har vært å utforske hvordan psykologer tenker om negative utfall, og bidra til et bedre utgangspunkt for kvantitativt arbeid med de samme spørsmålene. Denne studien viser at kvantitative spørreundersøkelser, som forutsetter at begrep som negative utfall og forverring forstås likt hos informantene, har metodiske utfordringer med hensyn til validitet. En kan ikke legge til grunn at begrepene tolkes likt. Dette underbygger de vurderingene som ble gjort i forkant og som ledet til valg av metode og formulering av forskningsspørsmålene.

Informantene i denne studien har vansker med både å definere og identifisere pasienters forverring. Selv om alle erkjenner at forverring kan oppstå er deres forklaringer på hvorfor, hvordan og når dette inntreffer i liten grad sammenfallende med hverandre. Et hovedfunn er derfor *manglende felles begrepsapparat* om negative utfall. Dette kan skyldes at ingen av psykologene har fått tilstrekkelig undervisning eller veiledning om pasienters forverring, verken i løpet av utdanning, gjennom etterutdanning eller i arbeidslivet for øvrig. Konsekvensen er at svarene deres fremstår som kvalifisert gjetning uten grunnlag i evidensbasert kunnskap. De spekulerer i at pasienters forverring ofte er forbigående, at den skyldes terapeutene eller at det er et margintal fenomen i egen praksis. En slik varierende og tilfeldig forståelse forsterkes av at det ikke finnes en kultur på arbeidsplassen hvor disse spørsmålene er gjenstand for systematisk tematisering. Det mangler ivaretagende og psykologiske trygge omgivelser som muliggjør dette. Vanskelighetene med å innta en selvkritisk holdning til egen praksis forsterkes av personlig ubehag og negative følelser knyttet til pasienters forverring.

Lite kunnskap om negative utfall, stor variasjon i hvordan en måler behandlingsutfall, manglende kultur på arbeidsplassen for å adressere disse spørsmålene og et personlig ubehag knyttet til egen rolle skaper et stort hinder for tematisering av pasienters forverring. Dette studiet kan motvirke en slik tendens ved å skape mer bevissthet om negative utfall i psykoterapi.



## REFERANSELISTE

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J., & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, 25(6), 669-677.
- Banham, J. A., & Schweitzer, R. D. (2015). Trainee therapists are not all equal: Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- 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(1), 3-11.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American journal of psychotherapy*, 56(2), 244-259.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 508-513.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 708-716.

- Boswell, J. F., Thompson Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology, 69*(6), 630-645.
- Bowie, C., McLeod, J., & McLeod, J. (2016). 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research.*
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive behaviour therapy, 43*(4), 319-331.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist, 65*(1), 34-49.
- Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness. *Journal of General Internal Medicine, 7*(4), 424-431.
- Coar, L., & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian journal of primary health care, 24*(4), 251-256.
- 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. *The British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260-265.
- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry, 143*(5), 436-441.
- Denman, C. (2011). The place of psychotherapy in modern psychiatric practice. *Advances in psychiatric treatment, 17*(4), 243-249.
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist, 65*(1), 21-33.
- Drake, R. E., & Sederer, L. I. (1986). The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 27*(4), 313-326.
- Duggan, C., Parry, G., McMurrin, M., Davidson, K., & Dennis, J. (2014). The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. *Trials, 15*(1), 335.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly, 44*(2), 350-383.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Flor, J. A. (2014). *Negative utfall i psykoterapi - hva innebærer det og hvordan bør det undersøkes? (Upublisert oppgave, NTNU)*. Trondheim: Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 1022.
- Frances, A. (2015). *Psychotherapy Works, But Not For Everyone*. Hentet 3. februar 2015, fra [http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/psychotherapy-works-but-n\\_b\\_6509436.html](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/psychotherapy-works-but-n_b_6509436.html)
- 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.
- 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.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32.
- Haynes, B., & Haines, A. Barriers and Bridges to Evidence-Based Clinical Practice. *Getting Research Findings Into Practice, Second Edition*, 115-122.
- Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 171-182.
- Helsedirektoratet. (2016). *Samhandlingsstatistikk 2014-2015*. Hentet 2 mars 2016, fra [https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd\\_ContentId=f267a17d-eef1-4fd0-bf44-24bc318cce54](https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=f267a17d-eef1-4fd0-bf44-24bc318cce54)
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2012). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and

- behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), 1-8.
- Kane, J. M. (1998). *Client's self-reports of harmful psychotherapeutic experiences. (Doktorgradsavhandling, University of Columbia). Vancouver: University of Columbia.*
- Kächele, H., & Schachter, J. (2014). On Side Effects, Destructive Processes, and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies: Why Is It Difficult for Psychoanalysts to Acknowledge and Address Treatment Failures?. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 233-258.
- Kendall, P. C., Kipnis, D., & Otto-Salaj, L. (1992). When clients don't progress: Influences on and explanations for lack of therapeutic progress. *Cognitive Therapy and Research*, 16(3), 269-281.
- Kennair, L. E. O., & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: building a Safer Health System* (Vol. 6). National Academies Press.
- King, A., Holder, M. G., & Ahmed, R. A. (2013). Errors as allies: error management training in health professions education. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2012.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of personality and social psychology*, 77(6), 1121-1134.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*.(2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24, 252-263.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 76-80.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. *Effective psychotherapy: A handbook of research*, 452-481.

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(2), 159-172.
- 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 & Psychotherapy, 9*(2), 91-103.
- 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., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg.). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. (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. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 413-420.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51
- Larsen, S. E., Stirman, S. W., Smith, B. N., & Resick, P. A. (2016). Symptom exacerbations in trauma-focused treatments: Associations with treatment outcome and non-completion. *Behaviour research and therapy, 77*, 68-77.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Jama, 272*(23), 1851-1857.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science, 9*(4), 355-387.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science, 2*(1), 53-70.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work A Taxonomy of Causes of



- Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387.
- 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.
- Lynn, S. J., Martin, D. J., & Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? A master class commentary. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 7-19.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. L. (2015). What to do when a psychotherapy fails. *The Lancet Psychiatry*, 2(2), 186-190.
- Mays, D. T., & Franks, C. M. (1980). Getting worse: Psychotherapy or no treatment—the jury should still be out. *Professional Psychology*, 11(1), 78.
- Mays, D. T., & Franks, C. M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer Pub Co.
- Mechler, J., & Holmqvist, R. (2015). Deteriorated and unchanged patients in psychological treatment in Swedish primary care and psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, 70(1), 16-23.
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D., & Walker, A. (2005). Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and safety in health care*, 14(1), 26-33.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. B. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 622-628.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.

- Monsen, R. I. (2014). *Når psykoterapi feiler: funn og implikasjoner for forebygging av negative utfall*. (Hovedoppgave, Universitetet i Bergen). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., ... & Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66.
- Myers, D.G. (2007). *Social Psychology*. (9. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death studies*, 24(6), 541-558.
- Nutt, D. J., & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22(1), 3-6.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: the Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry research*, 206(2), 293-301.
- Parry, G. D., Crawford, M. J., & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies—time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 210-212.
- Radcliffe, K. S. (2014). *A qualitative analysis of clients' experience of non-response to psychological therapy* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Leeds). Leeds: Universitetet i Leeds.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- 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.
- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... & Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12-19.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 557-564.
- Sarkozy, N. (2010). *Addressing Negative Effects of Psychotherapy During the*

*Informed Consent Process: the Licensed Psychologists' Perspectives.*  
(Doktorgradsavhandling, *Philadelphia College of Osteopathic Medicine*).  
*Philadelphia: Philadelphia College.*

- Schacter, D. L., & Addis, D. R. (2007). The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 362(1481), 773-786.
- Scott, J., & Young, A. H. (2016). Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 208-209.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 298-311.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of clinical psychology*, 63(3), 267-281.
- 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.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects*. Lanham: Jason Aronson.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1985). Negative effects and their determinants. *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*, 20-55.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Heath, C. J., Herbert, G. L., & Levine, J. C. (2010). Applications of the psychotherapy phase model to clinically significant deterioration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 235-248.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse En innføring i kvalitativ metode* . (2.utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Tuttman, S. (1982). Failures in Group Therapy and the Potential for Growth through the Study of such Factors. *The Individual and the Group*, 511-517.
- Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ quality & safety*, 23(4), 325-331.

- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 849-855.
- von Below, C., & Werbart, A. (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants' view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 211-229.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological reports*, 110(2), 639-644.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714-1721.
- Werbart, A., Von Below, C., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2015). "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 546-564.
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, J., Clark, D. M., & Crawford, M. J. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC psychiatry*, 16(1), 1.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *Western journal of medicine*, 172(6), 358-359.



# APPENDIKS A, Intervjuguide

## Intervjuguide

Tid: 30-45 min.

### Introduksjon og begrepsavklaring

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Hvordan definerer klinikerer negative utfall i psykoterapi?	Kan psykoterapi føre til at noen blir verre?
I hvilken grad er kunnskap om negative utfall et ledd i utdanning eller veiledning?	Hva kjennetegner et slikt fenomen? Har du fått informasjon om dette i din utdanning eller veiledning?

### Om negative utfall, i din praksis

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Hvilket perspektiv har klinikerer på negative utfall i egen praksis?	Har du erfaring med at pasienter har blitt verre?
	Hvor ofte har du opplevd at pasienter har blitt verre?

### Om negative utfall i psykoterapi, generelt og "om andre"

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Hvilken kunnskap har klinikerer om mulige årsaker til negative utfall; terapimetode, terapeut, pasient?	Hvorfor blir noen pasienter dårligere av terapi?
Hvilken kunnskap har klinikerer om prevalens av negative utfall i psykoterapi?	Er det en spesiell pasientgruppe som oftere blir dårligere i terapi? Kjenner du til metoder som kan være årsak til at pasienter blir dårligere? Er det enkelte psykologer som har flere pasienter som blir dårligere enn gjennomsnittet? Hvor ofte blir pasienter dårligere av terapi?
Hvilke perspektiv har klinikerer om årsaker til negative utfall i egen praksis, eventuelt perspektiv på hvorfor det er fravær av negative utfall i egen praksis	Hvis noen ble dårligere; Hvorfor blir pasienter dårligere av terapi? Hvis ingen ble dårligere; Hvorfor blir ikke pasienter dårligere?

### Om å håndtere negative utfall, generelt og egen praksis

Forskningsspørsmål	Intervju spørsmål
Hvordan vurderer klinikerer sitt eget kunnskapsgrunnlag i vurdering av terapiutfall?	Hvordan kan vi vite om pasienter blir dårligere?
I hvilken grad er klinisk skjønn tilstrekkelig	Kjenner du til instrument, skjema eller metoder som kan hjelpe deg å vurdere terapiutfall?
Hva gjør klinikerer for å øke sin treffsikkerhet om utfall av psykoterapi?	Hva gjør du for å oppdage negative utfall?
Hvordan er kulturen ved arbeidsstedet for å avdekke negative utfall?	Hva gjøres ved din avdeling for å følge opp pasienter som blir dårligere?

### Avslutning

Forskningsspørsmål	Intervju spørsmål
Hvordan påvirkes klinikerer av kunnskap om empiriske data?	Empiriske studier viser at opptil hver sjettede pasient blir dårligere av å gå i psykoterapi. Hva tenker du om disse tallene?
	Hva tenker du om samtalen vi nå har hatt om negative utfall?
	Har ditt syn på negative utfall endret seg i løpet av denne samtalen?

# APPENDIKS B, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Leif Edward Ottesen Kennair  
Psykologisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 11.05.2015

Vår ref: 43211 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43211	<i>Negative utfall i psykoterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Leif Edward Ottesen Kennair</i>
<i>Student</i>	<i>Jørgen Flor</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 04.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svu.uit.no*



# APPENDIKS C, Samtykkeskjema

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

’Negative utfall i psykoterapi’

### Bakgrunn og formål

Hva vet norske psykologer om negative utfall i psykoterapi?  
Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU.  
Respondenter velges på bakgrunn av interesse og tilgjengelighet ved et utvalg norske distriktpsikiatriske senter.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer et semi-strukturert intervju på opptil 60 minutter med utgangspunkt i temaet ’Negative utfall i psykoterapi’. Intervjuet taes opp på lydbånd.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Student og veileder er de eneste som har tilgang til datamateriale. Opptak lagres kryptert og låst. Opplysninger om deltakerens navn, kjønn, alder og arbeidssted vil ikke lagres sammen med datamateriale, men oppbevares atskilt. Det vil ikke være mulig å knytte din identitet til datamaterialet i en publikasjon. Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2016. Datamateriale vil da bli anonymisert.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med professor Leif Edward Ottesen Kennair tlf 73591956 eller student Jørgen Flor tlf 977 39 610.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)