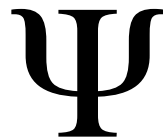




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Når psykoterapi feiler: funn og implikasjoner for forebygging av negative utfall*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Robin Ingebrigtsen Monsen**

Høst 2014

Veileder:

Helge Holgersen

### Abstract

This article explores treatment-related negative effects and their implications for research and clinical practice. Research has documented that between 5-10 % of adult and 14-24 % of child and adolescent clients are worse following treatment. Despite its commonness, psychotherapy research has not paid the same degree of attention to negative outcome as compared to positive psychotherapy effects. Reasons for studying negative outcome are discussed. The field lacks consensus with regard to the definition and measurement of negative effects. Accordingly, this article focuses on defining the concept of negative effects and investigates field-specific methodological issues. Significant findings regarding treatment related negative effects are presented and discussed. This investigation indicates that specific therapist-, client- and process-factors are associated with negative outcome. Evidence points to the potential harm of specific treatments for the majority of clients. In contrast, other treatments only produce negative outcome in a few clients. Finally, several preventive measures are discussed, encompassing the integration of research and clinical practice; education and selection of therapists; and the importance of psychotherapists taking steps to reduce the risk of future negative outcomes.

*Keywords:* Negative effects, deterioration, psychotherapy, outcome.

## Sammendrag

Denne artikkelen utforsker behandlingsrelaterte negative effekter og implikasjonene dette fenomenet har for psykologisk forskning og praksis. Psykoterapiforskning har dokumentert at 5-10 % av voksne og 14-24 % av barn og unge klienter avslutter behandlingen med negativt utfall. Til tross for omfanget har ikke negative klientutfall mottatt samme oppmerksomhet og interesse som studiet av positive psykoterapieffekter. Grunner til å studere negative klientutfall vil bli drøftet. Forskningsfeltet mangler også konsensus om hvordan negative effekter skal defineres og måles. Et fokus rettes derfor på definisjon av negative effekter, og på spesifikke metodologiske utfordringer som er knyttet til feltet. Sentrale forskningsfunn med hensyn til behandlingsrelaterte negative effekter blir presentert og drøftet. Denne undersøkelsen indikerer at bestemte terapeut-, klient-, og prosessfaktorer er assosiert med negative klientutfall. Evidens peker videre mot spesifikke terapiformer som potensielt er skadelig for majoriteten av sine klienter, i kontrast til terapiformer som produserer negative klientutfall for et fåtall. Avslutningsvis drøftes flere forebyggende tiltak med tanke på integrasjon av forskning og klinisk praksis, og utdanning og seleksjon av psykoterapeuter; og betydningen av at psykologprofesjonen tar et ansvar for å redusere risikoen for negative klientutfall.

*Nøkkelord:* Negative effekter, forverring, psykoterapi, utfall

*Don't be discouraged by a failure. It can be a positive experience. Failure is, in a sense, the highway to success, inasmuch as every discovery of what is false leads us to seek earnestly after what is true, and every fresh experience points out some form of error, which we shall afterwards carefully avoid. —John Keats*

## Innholdsfortegnelse

<b>Abstract.....</b>	<b>i</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>ii</b>
<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
<b>Hva menes med negative effekter av psykoterapi?.....</b>	<b>3</b>
<b>Metodologiske utfordringer i forskningen på negative effekter.....</b>	<b>6</b>
Ulike perspektiver på negative utfall .....	6
Psykoterapi kan ha negative og positive effekter samtidig.....	7
Lidelsens naturlige forløp .....	8
Tidsaspektet i psykoterapi.....	9
Manglende standardisering av terapi .....	11
Statistiske gjennomsnitt kan skjule negative effekter.....	12
Arkivskuffproblemet.....	13
Oppsummering: Hvordan bli bedre til å detektere negative effekter?.....	14
<b>Sentrale funn i forskningen på negative effekter av psykoterapi.....</b>	<b>15</b>
Terapeutfaktorer.....	16
Personlighetstrekk.....	16
Manglende empati.....	17
Terapeuter i egenerapi .....	18
Rigiditet.....	20
Feil i teknisk utførelse.....	21
Manglende struktur og mål .....	24
Manglende faglig oppdatering .....	25
Terapeutens sensitivitet for negativ endring.....	26

Seksuell utnyttelse av klienter .....	27
Oppsummering.....	29
Klientfaktorer.....	30
Interpersonlig fungering.....	31
Forventninger og motivasjon .....	32
Lidelsens alvorlighetsgrad og kontekst.....	33
Oppsummering.....	35
Prosessfaktorer.....	35
Negativ komplementaritet og motoverføring.....	36
Interpersonlig kompatibilitet og seksuell legning.....	38
Prosess og beslutninger.....	39
Dose-respons.....	41
Oppsummering.....	42
Terapiform og negative utfall .....	43
Critical Incident Stress Debriefing.....	43
Dissosiativ identitetsforstyrrelsesorientert psykoterapi.....	45
Sorgterapi.....	46
Skadelige intervensjoner for barn og unge .....	46
Negative utfall i spesifikke terapeutiske skoleretninger .....	49
Oppsummering.....	53
<b>Forebygging av negative effekter: implikasjoner for forskning og praksis .....</b>	<b>54</b>
Å integrere forskning og klinisk praksis.....	56
Kunnskap om forverring som følge av behandlingsform og teknikk .....	58
Forverring knyttet til den terapeutiske relasjon: utdanning og seleksjon .....	60
Utvikling av terapeutens sensitivitet for negative effekter .....	62

NÅR PSYKOTERAPI FEILER: FUNN OG IMPLIKASJONER FOR FOREBYGGING vi  
AV NEGATIVE UTFALL

Sensitivitet og adekvate beslutninger.....	63
Ansvars plassering og utvikling av psykologisk praksis .....	65
Burde vi advare klientene om potensialet for behandlingsrelatert forverring?.....	66
Implikasjoner av dose-respons-effekten .....	67
<b>Avsluttende tanker.....</b>	<b>69</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>71</b>



Psykoterapiforskningen har gjennom de siste 40 årene levnet liten tvil om at psykologisk behandling har positiv effekt for flertallet av sine klienter (Lambert & Ogles, 2004). Det samme forskningsfeltet har imidlertid også dokumentert at 5-10 % av voksne klienter avslutter behandlingen med negativt utfall (Mohr, 1995) og dersom en klient i tillegg har rusproblemer, stiger prevalensen ytterligere til mellom 7 % og 15 % (Ilgen & Moos, 2006). Mye tyder på at andelen negative utfall er enda høyere for barn og unge (Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). I tråd med dette fant Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin og Burlingame (2010) forverringsrater på mellom 14 % og 24 % for barn innen primærhelsetjenesten. Mye tyder altså på at psykoterapi har potensial for å øve skadevirkninger på sine klienter.

Til tross for sitt omfang har ikke negative utfall av psykoterapi blitt gitt samme oppmerksomhet og interesse som studiet av positive effekter. Forverringseffekter av psykoterapi har imidlertid vært kjent i lang tid. Allerede i 1963 foreslo Bergin at psykoterapi generelt var virkningsfull ved at den kunne produsere forverring så vel som bedring. Noen år tidligere hadde Eysenck (1952) satt psykologprofesjonen på prøve ved å hevde at psykoterapi ikke hadde større virkning enn spontan bedring uten terapi. Resultatene fra Bergins (1963) systematiske analyser av psykoterapiens virkning ble dermed tatt som et motbevis på Eysencks (1952) kontroversielle konklusjon. Behovet for å rettferdiggjøre psykoterapeutisk praksis later til å ha overskygget forverringseffekten, for temaet ble først tatt opp igjen over et tiår senere (Lambert, Bergin, & Collins, 1977). Forskningen har siden dette vært sparsom. Som Lilienfield (2007) påpeker inneholder den betydningsfulle og omfattende *Garfield & Bergins' Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (eks. Lambert, 2013; Lambert & Ogles, 2004) bare 2.5 av 821 sider om temaet negative effekter av psykoterapi.

Det er flere grunner til at det kan være viktig å studere negative effekter av psykoterapi. For det første står funnet om at psykoterapi potensielt kan skade sine klienter i sterk kontrast til psykologprofesjonens etiske prinsipper om å fremme helse og minimere skade (APA, 2002). Med slike idealer er det sentralt at klinikere og forskere både utvikler sensitivitet til potensielle risikofaktorer for negative utfall, og definerer steg for å forhindre og respondere på forverring (Rhule, 2005). Studiet av negative effekter kan på denne måten bidra til å videreutvikle og bedre psykoterapi som tilbud til våre klienter. For det andre passer slike studier inn i et samfunnsperspektiv der et sentralt mål er å forbedre helsetilbudet fremfor å rettferdiggjøre eksisterende praksis (Bootzin & Bailey, 2005). Dette målet henger sammen med økte helsekostnader i offentlig sektor og krav til kostnadseffektivitet. Økt forståelse for negative utfall kan tenkes å redusere helsekostnadene ved å effektivisere psykologisk behandling (Persons & Mikami, 2002). For det tredje kan funn fra forskning på negative effekter bidra til en bedre forståelse av virkningsmekanismene i psykoterapi. I følge Kazdin (2007) kan vi ikke gi en evidensbasert forklaring på hvordan og hvorfor psykoterapi virker, og han hevder at identifisering av mediatorer og moderatorer er viktig for å oppnå dette. Studier av bona fide-behandlinger med uventede negative effekter kan stimulere til utforskning av aktuelle mediatorer og moderatorer som har påvirket utfallet i negativ retning, samt interaksjonen mellom dem (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007). Uventede negative effekter av psykofarmaka blir i analogi til ovennevnte ansett som en kilde til kunnskap om de aktive ingrediensene og virkningsmekanismene i ulike medikamenter (Dimidjian & Hollon, 2010). For det fjerde kan større åpenhet om negative utfall av psykoterapi bidra til å skape en kultur som kan forebygge det såkalte *arkivskuffproblemet* som handler om at nullfunn og negative resultater av studier ikke blir publisert (Dishion, McCord, & Poulin, 1999; Rosenthal, 1979). Dermed blir viktig informasjon gjort utilgjengelig for offentligheten, og vår oppfatning av psykoterapeutiske effekter og prosesser kan bli skjev (eng. biased). Feiling

er imidlertid en naturlig og uunngåelig del av virksomheter som involverer mennesker, og det å mestre en profesjon krever en konstruktiv prosessering også av de negative hendelsene (Kottler & Carlson, 2003).

Overordnet kan inngående kjennskap til risikofaktorer for negative utfall bidra til å maksimere fordeler og å redusere ulemper av psykologisk behandling (Dimidjian & Hollon, 2010; Lambert, 2011). Dette aktualiserer en gjennomgang av funn fra forskningsfeltet knyttet til potensielt negative utfall av psykoterapi. Med utgangspunkt i problemstillingen: *Hvilke faktorer er involvert i negative utfall av psykoterapi og hvordan kan vi forebygge behandlingsrelatert forverring?* vil relevante forskningsfunn bli gjennomgått systematisk. I denne sammenhengen er det relevant å undersøke hvordan negative effekter defineres og å se på hvilke spesifikke metodologiske utfordringer som er knyttet til feltet. Det vil samtidig være av interesse å gjennomgå sentrale forskningsfunn som kan gi innblikk i for hvem, hvorfor og hvordan negative effekter oppstår. Videre vil det være viktig å utforske potensielle måter å forebygge negative effekter på for å bidra til en konstruktiv utvikling for faget. Jeg vil derfor avslutningsvis drøfte hvilke implikasjoner de nevnte forskningsfunnene har for forebygging av negative effekter i psykoterapi.

### **Hva menes med negative effekter av psykoterapi?**

I psykoterapiforskningen er det er mange måter å konseptualisere *negative effekter* på, og dette kan ha bidratt til at forskningsfeltet er preget av tilstøtende, dog ikke direkte sammenliknbare, forskningsfunn (Linden, 2013). En rekke studier bruker eksempelvis begrepet *mislykket behandling* (eng. "treatment failure") (eks. Lambert, 2011; Persons & Mikami, 2002; Rizvi, 2011) som inkluderer både *forverring* og *nonrespons* (Lambert, 2013). *Forverring* kan bety styrking av symptomer, økt bekymring knyttet til disse symptomene,

nye symptomer, overdreven avhengighet av terapeuten, tap av tillit til terapien og motstand mot å søke fremtidig behandling m.m. (Boisvert & Faust, 2003). Andre tilstøtende begreper til forverring er *iatrogene effekter* og *bi-effekter* (eng. side-effects). *Iatrogen* betyr doktorindusert forverring, og impliserer således at den negative effekten tilskrives behandleren (Boisvert & Faust, 2003). Til sammenlikning brukes ofte *bi-effekter* synonymt med de egenskaper med behandlingsmetoden i seg selv som kan være skadelig for klienten (Linden, 2013), dog unntak forekommer (eks. Berk & Parker, 2009; Foulkes, 2010).

*Nonrespons* referer i kontrast til fravær av effekt.

Divergerende begrepsbruk kan skyldes at fenomenet er lite studert, og at man ikke har kommet til en felles formålstjenlig konseptualisering. Ulike konseptualiseringer av negative effekter kan føre til både sprikende og overlappende empiri, avhengig av grenseoppgangene mellom de ulike studienes definisjon og operasjonalisering. Videre kan divergerende begrepsbruk henge sammen med at multiple faktorer kan føre til negative utfall av psykoterapi. Dette er i tråd med prinsippet om ekvifinalitet som peker på at forskjelligartede og uavhengige variabler kan føre til samme resultat (Sroufe & Rutter, 1984). Negative utfall kan skyldes faktorer både utenfor og innenfor rammen av psykoterapi (Linden, 2013). Variabler utenfor terapi kan eksempelvis handle om at klienten er i en progressiv svekkelse som psykoterapi ikke kan forhindre, eller at eksterne livshendelser er av en slik karakter at psykoterapi ikke kan beskytte sine klienter (Lambert, 2013). Alternativt kan variabler innen terapiprosessen utøve en kausal negativ effekt som gjør klientene verre enn de ville ha vært i fravær av behandling (Dimidjian & Hollon, 2010). Egenskaper ved klienten og/eller terapeuten, interpersonlig komplementaritet og trekk ved behandlingsmetoden er eksempler på behandlingsrelaterte faktorer som kan bidra til at psykoterapi får negativt utfall (Mohr, 1995).

Linden (2013) har som følge av behovet for en begrepsavklaring utviklet en modell for definisjon, klassifikasjon og måling av bi-effekter i psykoterapi. I tråd med modellen kan *uønskede hendelser* (eng. unwanted events, heretter omtalt UE) brukes som en samlebetegnelse for ”alle negative hendelser som inntreffer parallelt til behandlingen i relasjon til klienten [med biopsykososiale konsekvenser]” (fritt oversatt, Linden, 2013, s. 287). Dette impliserer at UE kan være forårsaket av behandlingen så vel som av faktorer uavhengig av den psykoterapeutiske prosessen. Linden (2013) påpeker at det er viktig for en konstruktiv utvikling av psykoterapi å identifisere de UE som er behandlingsrelaterte (eng. ”treatment emergent reactions”, TER). Forfatteren deler så TER i henholdsvis *iatrogen praksis* (”malpractice reactions”, MPR): som innebærer at intervensjoner ikke blir adekvat eller korrekt applisert av terapeuten; og *negative effekter av behandlingsformen* (”adverse treatment reactions” (ATR)) som referer til egenskaper ved behandlingsmetoden i seg selv som kan være skadelig for klienten. Negative effekter kan altså være resultatet av korrekt behandling. Kjente ATR kalles i følge modellen *terapeutisk risiko* (eng. ”therapeutic risks”, TR). Individuer som har høy risiko for negative utfall i møte med en spesifikk behandlingsform (ATR) er kontraindisert for denne behandlingen. En terapeut som appliserer en behandlingsform til tross for kjente kontraindikasjoner representerer dermed en type iatrogen praksis (MPR) (Linden, 2013).

Jeg vil i denne sammenhengen konseptualisere *negative effekter* som et fenomen som overlapper helt eller delvis med de ovennevnte begrepene. For det første overlapper negative effekter fullstendig med TER ved at de negative hendelsene må kunne attribueres til egenskaper ved psykoterapi. For det andre overlapper negative effekter med både ATR og MPR ved at behandlingsformen så vel som terapeuten kan føre til skadevirkninger for klientene. For det tredje overlapper negative effekter delvis med nonrespons dersom det handler om fravær av vesentlige positive forandringer som ut fra problemenes art og/eller

dokumentert behandling ville være realistisk å oppnå (Lambert et al., 1977). Klienten har da et negativt utfall i kraft av at ATR og MPR medfører en alternativkostnad. Et utfall kan altså etter denne definisjonen være negativt selv om klienten ikke utviser forverring relativt til sine ubehandlede likemenn. På bakgrunn av de nevnte punktene defineres *negative effekter* som tilstedeværelsen av-, og i bestemte tilfeller også mangelen på, betydningsfulle forandringer hos klienten som er forårsaket av prosesser innen terapien, som manifesterer seg i klientens daglige livsførsel og som vurderes som negative (Hougaard, 2012).

### **Metodologiske utfordringer i forskningen på negative effekter**

Negative effekter kan være vanskelig å studere. I det følgende vil jeg diskutere noen av de mest sentrale utfordringene.

### **Ulike perspektiver på negative utfall**

En enhetlig definisjon og konseptualisering av empiriske fenomener kan sies å være en grunnstein i vitenskapelig forskning. Som nevnt innledningsvis har forskningen på negative effekter lenge manglet dette. Lindens (2013) klassifikasjonssystem kan således representere et godt bidrag til en enhetlig og systematisk kunnskapsinnhenting på området. Hougaards (2012) definisjon impliserer imidlertid at konseptet negative effekter innebærer en vurdering, uten at det er klart *hvem* som vurderer. Dette leder til et *sier hvem?*-problem (Mohr, 1995), der utfallets valens kan variere avhengig av den som gjør vurderingen. Strupp og Hadleys (1977) trepartsmodell skiller således mellom samfunnets, klientens og profesjonens perspektiv på psykisk helse. *Samfunnet* referer her til alle parter utenfor psykoterapi som kan påvirkes av utfallet. Modellen postulerer at ulike parter kan oppfatte utfallet av psykoterapi på ulike måter. Eksempelvis kan psykoterapi som bidrar til at klienten vil skilles fra ektepartneren vurderes som fordelaktig for klienten, og ufordelaktig for partneren. Ulik vurdering av utfallet kan tenkes å bli mer komplisert med klienter som har

personlighetsforstyrrelser. Klienter med personlighetsforstyrrelser har gjerne vansker med å se sin egen rolle i de relasjonelle og emosjonelle problemene de er involvert i (Videbech, Kjølbjerg, Sørensen, & Vestergaard, 2011). Dette står gjerne i kontrast til symptomtilstander som er av mer egodyston karakter. Forskjeller i bedømmelser om valens kommer tydelig frem i sammenlikninger av klienter og terapeuters vurdering av psykoterapiprosessen. Eksempelvis er terapeuters vurdering av alliansens kvalitet er generelt en dårlig prognostisk indikator for terapiens resultat (Mohr, 1995). Til kontrast gir ofte klienter og uavhengige observatørens rangeringer av alliansen et mer nøyaktig bilde på sannsynligheten for negative utfall (Horvath & Luborsky, 1993). Dette innebærer at terapeuten har en tendens til å vurdere den terapeutiske relasjonen og fremgang i terapi mer positivt enn klientene selv.

Mash og Hunsley (1993) har på bakgrunn av sier hvem? - problemet foreslått at klinikere bør overvåke en bred rekke utfallsmål gjennom terapiforløpet. Med bredde menes at klinikerens reflekterer om hvordan klientens endring kan forstås i et samfunns-, psykoterapi- og klientperspektiv.

### **Psykoterapi kan ha negative og positive effekter samtidig**

Psykologisk behandling har potensial for å gjøre noen symptomer bedre og andre symptomer verre på samme tid (Lilienfeld, 2007). Eksempelvis er ungdommers bruk av noen former for SSRI-antidepressiver både assosiert med redusert depresjon og økt risiko for selvmord. Tilsvarende er elektrokonvulsiv terapi (ECT) assosiert med rask bedring for alvorlig deprimerte (Kellner, 2007), samtidig som metoden kan ha permanent skadevirkning på kognitive funksjoner som eksempelvis hukommelse (Breggin, 2007). Til tross for at dette ikke er eksempler på psykoterapi kan en likevel tenke seg at den samme logikken kan appliseres på psykologiske behandlingsformer (Dimidjian & Hollon, 2010). Det at psykoterapi samtidig kan ha positiv og negativ effekt har implikasjoner for valg av utfallsmål

for behandlingen. Utfallsmål fasiliterer deteksjon av effekter innenfor sitt fokusområde på bekostning av effekter som faller utenfor. Dersom terapeuten overvåker klientens utvikling gjennom begrensede utfallsmål, kan en risikere at negative effekter av behandlingen forblir skjulte. Ved å bruke utvidede utfallsmål fant Szapocznik og Prado (2007) at bona fide-behandlinger for ungdommer med problematferd ledet til negative bi-effekter for klientens familie. Forfatterne foreslår at utfallsmålene derfor bør utvides til også å gjelde klientens øvrige sosiale systemer.

Det er i forlengelsen av ovennevnte viktig å ha et deteksjonssystem som kan oppdage negative effekter som ikke er forventet, ettersom det ikke vil være mulig for klinikerens å vurdere alle mulige kontingenser a priori (Shimokawa et al., 2010).

### **Lidelsens naturlige forløp**

Det å oppdage klienter med negative utfall kompliseres av at vi ofte ikke kjenner den naturlige utviklingen til den ubehandlede lidelsen (Lambert, 2013). I følge Dimidjian og Hollon (2010) kan ubehandlede lidelser forløpe på en av tre måter: konstant og uforandret; forverret; eller forbedret. Et konstant uforandret lidelsesforløp gir et klarere bakteppe enn de øvrige forløpene for å oppdage negative effekter. Et naturlig forverret lidelsesforløp gjør det til sammenlikning utilstrekkelig å alene peke på at klientens tilstand er blitt verre ved avsluttet terapi. Der lidelsen har et naturlig forverrende forløp må det derfor etableres hvorvidt klienten har blitt verre enn han/hun ville ha blitt uten behandling. Det er imidlertid mest utfordrende å detektere skadelige effekter når lidelsen spontant bedres over tid (Dimidjian & Hollon, 2010). I verste fall kan dette medføre at skadelige effekter blir maskert av den naturlig positive utviklingen. Eksempelvis har det blitt foreslått at *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) kan svekke prosessen av naturlig bedring for mange traumeklienter (McNally, Bryant, & Ehlers, 2003). Dette står i kontrast til behandlingens formål om å støtte



klientens prosessering av traumatiske opplevelser. Klienter som mottar CISD kan dermed ha positive utfall til tross for behandlingen. De skadelige effektene av CISD maskeres dermed av lidelsens naturlige utvikling.

Ikke alle lidelser har lineære forløp som vist til ovenfor. Barlow (2010) tillegger at noen lidelser fluktuerer i betydelig grad, som for eksempel alvorlig depresjon og bipolar lidelse. Sistnevnte tenderer til å være karakterisert av skifter mellom episoder av mani, depresjon og stabilitet. Ukjente og fluktuerende sykdomsforløp gjør det vanskelig å tilskrive negative utfall til psykoterapien *per se*. Barlow (2010) påpeker at den beste informasjonskilden om lidelsens naturlige forløp vil være en kontrollgruppe som ikke mottar behandling. Slik forskning er imidlertid etisk problematisk ettersom det i mange tilfeller finnes evidensbaserte terapiformer for aktuelle lidelser. Dette gjør det vanskelig å rettferdiggjøre forsinket behandling til lidende klienter.

### **Tidsaspektet i psykoterapi**

Klientens endringsprosesser i psykoterapi følger ikke nødvendigvis en lineær utvikling. Endringsprosessen kan fluktuere over tid både i positiv og negativ retning. Dette medfører at tidspunktet for måling kan ha betydning for hvilken effekt en finner. En intervensjon som først virker fordelaktig kan være skadelig over tid, og motsatt (Dimidjian & Hollon, 2010; Lilienfeld, 2007). Et eksempel på førstnevnte ble rapportert i Neimeyer (2000) sin gjennomgang av RCT-studier på sorgterapi (eng. Grief therapy). Klienter som deltok i sorgtimer rapporterte en midlertidig symptomlettelse i starten, etterfulgt av økende vansker med å akseptere deres signifikante andres bortgang. På bakgrunn av omfattende analyser av de respektive klientenes negative utvikling konkluderte Neimeyer (2000) at sorgterapi trolig forstyrret normale helbredende prosesser etter tap av signifikante andre. Til tross for at dette ikke er ukontroversielle slutninger (eks. Larson & Hoyt, 2007 i Dimidjian & Hollon, 2010),

innebærer det en anerkjennelse av muligheten for at behandlinger som i utgangspunktet ser ut til å ha positiv effekt kan forårsake negative endringer over tid. Videre kan en intervensjon som først virker skadelig ha positiv effekt på lang sikt. Eksempelvis utviser en minoritet (10-20%) av PTSD-klienter midlertidig symptomøkning i startfasen av eksponeringstrening. Denne gruppen forbedres imidlertid i like stor grad som klienter som ikke opplever symptomøkning (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002). Dette funnet indikerer at egenskaper med bestemte klienter kan moderere effekten av psykoterapi, og det er mulig at terapiformer som er fordelaktig for noen grupper klienter kan være ufordelaktig for andre. Dette innebærer at klinikerer bør velge terapiformer som klienten er indikert for (Linehan, 1993).

Fluktuerer i lidelsesforløpet over tid kan gjøre det vanskelig å avgjøre når klienten er i ferd med å bli verre. Empirisk utledede, fasespesifikke modeller for terapeutisk endring kan imidlertid tjene som en bakgrunn som klientens utvikling kan måles mot. Dette kan gjøre det lettere å detektere negativ endring når dette forekommer. Hollon, Thase og Markowitz (2002) har i tråd med dette utviklet en fasemodell som skiller mellom *de fem R-ene*. I følge modellen referer *respons* til en betydelig reduksjon i symptomenes alvorlighetsgrad (rundt 50 %); 2) *remisjon* (eng. remission) reflekterer at klienten har returnert til en normaltilstand; 3) *full rekonvalesens* (eng. recovery) er oppnådd dersom klienten har vært i remisjon i over seks måneder; 4) *regresjon/tilbakefall* (eng. relapse) er returnering av symptomer før seks månedersperioden er løpt; og 5) *repetisjon/gjentakelse* (eng. recurrence) er kjennetegnet av at symptomer returnerer etter seks måneders symptomfrihet. Når en ser etter negative behandlingseffekter i fluktuerende sykdomsforløp, kan man dermed se etter saktere respons, mindre grad av remisjon, og høyere regresjon- eller repetisjonsrate. De fem R-ene er primært en fasemodell for å beskrive et psykoterapeutisk bedringsmønster (Hollon et al., 2002). Swift, Callahan, Heath, Herbert, og Levine (2010) har derfor utviklet en modell for basert på

empirisk utledede faser i negativ utvikling. Forfatterne har i tråd med dette funnet at *symptomforverring* (eng. demediation), *nedsatt fungering* (eng. dehabilitation), og *senket velvære* (eng. demoralization) er indikatorer for forverring som følger hverandre suksessivt. Dersom en kjenner til hvordan mønstre av forverring i terapi forløper, kan det tenkes at det er lettere å detektere negativ utvikling når dette inntreffer både i psykoterapi og i forskning.

Det er ifølge Swift et al. (2010) viktig at en ikke konkluderer med at klienter må bli verre før de blir bedre. Et slikt resonnement kan bidra til at en feilaktig rettferdiggjør bruk av skadelige intervensjoner. Dersom en detekterer negativ endring i psykoterapi bør en derfor overvåke denne utviklingen nøye, og skifte tilnærming der dette trengs. Forskning peker i tråd med dette på at klienter som utviser negativ endring i løpet av psykoterapi har en økt sannsynlighet for negative utfall (Lambert, Hansen, & Finch, 2001).

### **Manglende standardisering av psykoterapi**

Psykologisk behandling forekommer i mange ulike former, og selv en bestemt form for psykoterapi kan appliseres på forskjellige måter avhengig av intervensjonens hensikt og klinikerens ferdigheter (Dimidjian & Hollon, 2010). Manglende standardisering av psykoterapiens utførelse utgjør imidlertid et problem for psykoterapiforskningen med hensyn til å etablere intern validitet (Hougaard, 2012). Det er foreslått at manglende standardisering kan være en av flere feilkilder som bidrar til Dodo-kjennelsens og nonspesifisitetsantagelsens dominans innen forskningsfeltet (Lambert & Ogles, 2004). Dodo-kjennelsen refererer i korthet til det funn at veletablerte og forskjelligartede psykoterapiformer er omtrent like effektive (Luborsky, 1975). Dette funnet underbygger antagelsen om nonspesifisitet som hevder at de aktive ingrediensene i psykoterapi er felles og teoretisk uspesifikke (Frank & Frank, 1991; Rosenzweig, 1936). Strengere krav for evaluering av effekt har imidlertid bidratt til en mer standardisert bruk av psykoterapiformer i randomiserte kontrollerte studier

(Lambert, 2013). Dette kan gjøre det lettere å skille mellom negative effekter som skyldes terapeutisk mal-praksis (MPR) og negative effekter som kan tilskrives egenskaper ved terapiformen i seg selv (ATR) (Lilienfield, 2007; Linden, 2013). Det er altså mulig at den samme formen for psykoterapi kan ha negativ og positiv effekt avhengig av hvordan den blir utøvd, og at noen former for psykoterapi kan ha negative effekter uavhengig av utøveren. Standardisering fasiliterer altså forståelse for aktive ingredienser og mekanismer knyttet til psykoterapiutfall (Kazdin, 2007). En bør imidlertid utvise en viss forsiktighet; en for sterk standardisering og kontroll kan bidra til at funnene ikke lar seg generalisere til den reelle kliniske hverdagen.

### **Statistiske gjennomsnitt kan skjule negative effekter**

Bergin (1963, 1966) postulerte tidlig på 60-tallet *forverringseffekten* (eng. "deterioration-effect") som et motsvar på Eysencks (1952) tese om at psykoterapi ikke var mer virkningsfull enn spontan forbedring. Forverringseffekten ble identifisert ved at Bergin (1963) så på variansen bak gjennomsnittet til henholdsvis kontroll- og eksperimentgruppene i syv ulike studier. Til tross for at gjennomsnittsendringen ikke divergerte mellom de to ulike betingelsene, viste deltakerne i eksperimentgruppen enten større forbedring eller større forverring sammenliknet med kontrollgruppen. I følge Bergin (1966) utliknet de negative og positive ekstremvariantene hverandre slik at gjennomsnittet ble likt for begge betingelsene. Altså kan analyser som ikke tar hensyn til variansen skjule tilstedeværelsen av skadelige effekter (Barlow, 2010). Dette kan forebygges ved å representere data på såkalte *spredningsdiagrammer* (les: eng. scatter-plot) slik at ekstremvarianter kan bli identifisert. En bør også undersøke om det finnes personer i kontrollbetingelsen med tilsvarende karakteristikk som i eksperimentbetingelsen og se om disse til kontrast er fri for skade. Dersom dette er tilfellet kan det være plausibelt å attribuere

negative utfall til behandlingen. Lilienfeld (2007) peker på at det også er viktig å følge opp personer som har droppet ut fra undersøkelsen for å lære om dette kan skyldes aspekter ved behandlingen.

Barlow og Nock (2009) oppsummerer at en bør supplere nomotetiske funn med ideografiske studier av de individuelle tilfeller som forverres. I følge Barlow (2010) er eksperimentelle kassustudier spesielt gode til å identifisere inter- og intraindividuell variabilitet, og kan raskt identifisere potensielle kilder til negative prosesser i psykoterapi. En balanse mellom nomotetiske og ideografiske studier kan i forlengelsen av dette bidra til identifisering av aktive ingredienser og mekanismer som produserer negative effekter.

### **Arkivskuffproblemet**

Klinikere og forskere vegrer seg gjerne for å publisere nullfunn og negative funn (Dishion et al., 1999). Dette kalles arkivskuffproblemet (Rosenthal, 1979) og er et bidrag til at det er vanskelig å avdekke negative effekter av psykoterapi. I følge Hatfield, McCullough, Frantz, and Krieger (2010) har klinikere problemer med å detektere forverring. I tillegg er det en tendens til at klinikerer undertrykker anerkjennelsen av terapeutindusert forverring og attribuerer dette til klienten i stedet (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1993). Denne prosessen kan være mer eller mindre ubevisst. I alvorlige tilfeller kan feil i utøvelse av behandling (MPR) få juridiske konsekvenser for klinikerer, og dette kan medføre at klinikerer bevisst unngår å rapportere disse hendelsene (Linden, 2013). Det er også et problem at forskere holder tilbake negative funn. Dette kan henge sammen med at de som forsker på bestemte psykoterapiretninger ofte er tilhengere, og derfor er uvillig til å sette sine terapiformer under granskning i frykt for å bli diskreditert (Hougaard, 2012). En bør i følge Hougaard (2012) kreve at forkjempere for ulike psykoterapiretninger sørger for å stille med dokumentasjon på deres virkning (enten denne er positiv eller negativ). Tilsvarende etterlyser Linden (2013) at

klirikere motvirker arkivskuffproblemet ved å gjøre en innsats for å bevise at uønskede hendelser (UE) ikke skyldes behandlingen.

Det amerikanske *Food and Drug Administration* (FDA) overvåker uventede hendelser ved å oppfordre leger til å rapportere negative effekter av foreskrevet medisin. Dette fasiliterer systematisk kunnskapsinnhenting knyttet til negative effekter av farmakologi, uten stigmatisering av legen. Psykiske helsetjenester mangler et tilsvarende system for å overvåke om psykoterapi har uventede negative effekter. Den mest nærliggende organisasjonen i Norge er Helsetilsynet, hvis hensikt er å besørge at rettsikkerheten til brukerne av helsetjenestene blir ivaretatt (Helsetilsynet, 2014). Dette impliserer at psykiske helsetjenester og utøvere av disse tjenestene er underlagt Helsetilsynets sanksjonsmyndighet. Det kan imidlertid tenkes at arkivskuffproblemet bedre kan forebygges gjennom et nøytralt system som ikke sanksjonerer utøvere av helsetjenestene (Dimidjian & Hollon, 2010). Data kan bli innsamlet ved at klienten besvarer standardiserte spørreskjema ved starten av timen. Spørreskjemaet kan måle klientens utvikling på en bred rekke målvariabler som indikerer i hvilken retning klienten utvikler seg. Innhenting av slike tilbakemeldinger vil være spesielt godt egnet til å fange opp klientforverring, og det er også vist at overvåkning av klientens status i seg selv er assosiert med positive effekter (Lambert et al., 2001; Simon, Lambert, Harris, Busath, & Vazquez, 2012). Avslutningsvis er det foreslått at dataene fra ulike former for psykoterapi samles i en sentral databank hvis innhold gjøres tilgjengelig for statistisk analyse og psykoterapiforskning (McCord, 2003; Rhule, 2005). Resultatene kan bidra til økt og spesifikk forståelse for hvilke klienter, med hvilke tilstandsbilder, i hvilke terapiformer som produserer hvilke effekter.

**Oppsummering: Hvordan bli bedre til å detekttere negative effekter?**

Å øke klinikere og forskeres sensitivitet for negative effekter kan kort oppsummert støttes av følgende tiltak: 1) en enhetlig konseptualisering av negative effekter; 2) forståelse for normalutviklingen til ulike lidelsesforløp; 3) bruk av brede utfallsmål som dekker flere perspektiver på negativ endring; 4) gjentatte målinger for å kompensere for tidsavhengig fluktuering i psykoterapiprosessen; 5) bruk av empirisk utledede faser i henholdsvis forbedring og forverring som bakgrunn for gjentatte målinger; 6) en kombinasjon av nomotetiske og ideografiske studier for å identifisere negative utfall, samt vurdere prosessen som ledet til utfallet; og 7) utvikling av et sanksjonsfritt system for innhenting av data om uønskede hendelser i psykoterapi. Det kan tenkes at disse virkemidlene også kan bidra til økt forståelse for psykoterapiens mekanismer ved å øke sensitiviteten for potensielle moderatorer og mediatorer for negativ endring (Kazdin, 2007).

### **Sentrale funn i forskningen på negative effekter av psykoterapi**

”Enhver potent intervensjon har både kapasiteten til å kurere og til å skade” (Berk & Parker, 2009, s. 787). Hensikten i det følgende er å gi en oversikt over forskning som har dokumentert tilfeller der psykoterapi har hatt en negativ effekt. På bakgrunn av dette ble det gjennomført et søk i databasene PsycINFO og Web of Science (WoS) ved hjelp av termene *psychotherapy* og *psychological treatments/interventions* på en side; og *harmful*, *deterioration*, *iatrogenic*, *nocebo*, *worse*, *side effect*, *negative outcome/effect*, *suboptimal outcome*, *unanticipated effect/outcome* på den andre (Se vedlegg 1 for utfyllende søkestrategi). Referanselistene til sentrale gjennomganger av forskningen på negative effekter i psykoterapi ble også konsultert, for å finne relevante artikler som ikke ble inkludert i søket (eks. Barlow, 2010; Berk & Parker, 2009; Lilienfield, 2007; Mohr, 1995). Søketreffene ble inkludert i den grad de samsvarte med den innledende definisjonen av negative effekter som

behandlingsrelaterte uønskede hendelser. Funnene ble så kategorisert i henholdsvis terapeutfaktorer, klientfaktorer, prosessfaktorer og egenskaper ved terapiformen.

### **Terapeutfaktorer**

Det har lenge vært kjent at det kan være signifikante forskjeller mellom terapeuter med hensyn til klientens utbytte av psykoterapi (Orlinsky & Howard, 1980), og funn indikerer at det er større forskjeller i utfall innen bestemte psykoterapitradisjoner enn på tvers av dem (Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985). I tråd med dette kan terapeutfaktorer sies å forklare en større andel av utfallsvariansen enn behandlingsmetoden *per se* (Ravitz, McBride, & Maunder, 2011). Videre fant Okiishi, Lambert, Nielsen og Ogles (2003) betydelig variabilitet mellom ulike terapeuter i en studie som undersøkte utfallet for 7628 psykoterapiklienter i primærhelsetjenesten. Effektive terapeuter hadde klienter som viste rask og betydelig bedring. Til kontrast ble klientene til de minst effektive terapeutene verre. Hva skiller effektive og ineffektive terapeuter? Forskningsfeltet har avdekket en rekke forskjellige terapeutfaktorer som kan være involvert i denne variabiliteten, og de mest sentrale funnene vil bli presentert nedenfor. Terapeutfaktorer referer her til egenskaper ved terapeuten som er relatert til terapiens utfall. Dette kan dreie seg om relasjonelle egenskaper knyttet til personlighet, empati, og holdninger; tekniske aspekter knyttet til utførelse og struktur; eller egenskaper ved terapeutens kompetanse som faglig oppdatering og ferdigheter som støtter deteksjon av negativ endring.

**Personlighetstrekk.** Bestemte trekk ved terapeutens personlighet kan påvirke utfallet av psykoterapi negativt, uavhengig av den psykoterapeutiske behandlingsformen (Berk & Parker, 2009). Yalom og Lieberman (1971) dokumenterte tidlig negative effekter av autoritære, aggressive, utålmodige, karismatiske og invaderende terapeuter. Disse terapeutene utviste liten sensitivitet for klientenes sårbarhet og presset dem til endring og komplians med



hensyn til terapeutens agenda. Samstag et al. (2008) fant til kontrast at effektive terapeuter demonstrerte mer positiv adferd som varme, forståelse og hjelpevillighet, og de var mindre nedsettende, ignorerende og angripende enn sine motparter.

Negativ terapeutadferd kan indikere at terapeuten har betydelige personlige vanskeligheter. Dette støttes av at terapeuter som utøver hard selvkritikk også tenderer til å være mer fiendtlig og utålmodig mot sine klienter (Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993). I samsvar med dette har korrelasjonsstudier pekt på at terapeuter med engstelig-unnvikende tilknytningsstil, lav selvtillit; samt høye nivåer av emosjonell ekspressivitet, bekymring, og impulsivitet i deres relasjoner, har høyere sannsynlighet for mindre empatisk utveksling med sine klienter (Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy & Angtuaco, 2006, i Castonguay et al., 2010). Det er også funnet en sammenheng mellom terapeuter som har en negativ oppfatning av sine foreldre i barndommen, og negativt behandlingsutfall (Hilliard, Henry, & Strupp, 2000). Henry og Strupp (1994) forklarer de nevnte funnene med at "(...) det er en teoretisk koherent kobling mellom foreldres tidlige handlinger mot terapeuten, den voksne terapeutens ubevisste internalisering av handlingene, sårbarhet for kontraterapeutiske prosesser med deres pasienter, og divergerende utfall [av psykoterapi]" (fritt oversatt, s. 66). Denne sammenhengen innebærer at noen terapeuter er bedre til å fasilitere positiv endring der andre har høyere risiko for å produsere negative utfall. Wampold (2006) hevder samtidig at terapeuteffekter er en bedre prediktor for behandlingsutfall enn alliansen.

**Manglende empati.** I Mohrs (1995) gjennomgang av negative effekter konkluderer han med at "den terapeutiske karakteristikken som mest konsistent er assosiert med negative utfall er manglende empati eller varme" (fritt oversatt, s. 14). Betydningen av manglende empati for negative utfall er også bekreftet i andre studier (Foa & Emmelkamp, 1983; Lieberman, Yalom, & Miles, 1973). Truax et al. (1966, i Mohr, 1995) fant at terapeutene som

utviste empati, varme og autensitet produserte positiv utvikling hos 90 % av klientene sine, mens de som demonstrerte lave nivåer av disse egenskapene bare oppnådde bedring hos halvparten. Resten av klientgruppen responderte ikke, eller de hadde negative utfall. Det går imidlertid ikke frem av studien hvilken andel klienter som ble verre. Videre kan effekten av empati på psykoterapiens utfall kan være moderert av egenskaper ved klienten. Det er foreslått at høye nivåer av empati kan trigge mistenksomhet hos klienter med tilbøyelighet for paranoia (Kolb, Beutler, Davis, Crago, & Shanfield, 1985 i Mohr, 1995). Slike interaksjonseffekter er imidlertid sjeldne. Nylige gjennomganger av litteraturen på feltet har funnet få tilfeller av negative korrelasjoner mellom terapeutens empati og klient-rangerte utfall (Norcross, 2011).

Manglende empati kan tenkes å utøve en indirekte negativ effekt ved at den kan bidra til fravær av vesentlige positive forandringer hos klientgrupper som normalt er dokumentert å ha godt utbytte av terapi (Dimidjian & Hollon, 2010; Lambert et al., 1977). Som et eksempel tyder funn på at den klassiske psykoanalytiske holdningen om *nøytralitet* og *abstinens* vil kunne ha en negativ innflytelse på alliansen, og at tendensen øker med lidelsens alvorlighetsgrad (Hougaard, 2012). Selv om manglende allianse ikke er ensbetydende med negative utfall kan den i mange tilfeller være en forutsetning for fasilitering av klientens selvrealisering eller involvering i psykoterapiprosessen (Luborsky et al., 1985). I følge Orlinsky, Grawe og Parks (1994) er klientens involvering og selvrelatering de viktigste klientrelaterte prediktorene for positiv effekt. Manglende empati kan i så fall kategoriseres som en form for relasjonell terapeutisk mal-praksis (MPR) som øver sin negative effekt ved at det terapeutiske potensial i behandlingen ikke blir realisert.

**Terapeuter i egenerapi.** Det er fremmet flere argumenter for at egenerapi har verdi for terapeutens kliniske praksis. Den klassiske psykoanalytiske begrunnelsen for å gå i

egenterapi som fremført av Freud (1950/1937 i Hougaard, 2012), handler om at denne prosessen vil gi terapeuten større selvinnsikt som garderer mot å blande egne uløste konflikter inn i terapien i form av motoverføring. Andre argumenterer for at egenterapi gir terapeuten mulighet for å sette seg inn i klientrollen og dermed bli mer empatisk og responsiv overfor klientenes behov. Disse antagelsene har vært under granskning. Eldre selvrapporteringsstudier har generelt bekreftet at mellom 66 % og 94 % av respondentene opplevde tilfredshet med egenterapi (eks. Buckley, Karasu, & Charles, 1981; Henry, Sims, & Spray, 1971; Norcross, Strausser-Kirtland, & Missar, 1988) men samtidig oppgav mellom 8 % og 33 % utilfredsstillende terapiforløp eller negative ettervirkninger. Norcross' (1988) studie som er den nyeste blant de ovennevnte, rapporterte lavest prevalens (8 %) av negative utfall. Ekteskapelige problemer, destruktiv utagering og sosial isolasjon er eksempler på ettervirkninger som ble rapportert.

Nyere studier har funnet en negativ korrelasjon mellom omfanget av terapeutens egenterapi og klientens utbytte, spesielt for psykoanalytisk psykoterapi (Sandell, Blomberg, & Lazar, 2000). Forfatterne mener at det var en tendens til at de som hadde den mest omfattende formen for egenterapi også omfavnet klassisk psykoanalytiske holdninger som nøytralitet og abstinens, og at de som terapeuter utviste mindre grad av støtte, varme og åpenhet overfor sine klienter. Egenterapi kan dermed tenkes å ha fungert som modell med betydning for terapeutens holdninger og deres psykoterapeutiske praksis.

Det er ikke bare de personlige og relasjonelle aspektene ved terapeuten som er assosiert med negative utfall. En stor del av psykoterapiforskningen på negative effekter fokuserer også på hvordan feil teknikk, og manglende kompetanse kan påvirke utfall (Lambert, 2011).

**Rigiditet.** Et sentralt funn er at rigiditet i teknikk kan føre til negative utfall av psykoterapi. Havik (2000) undersøkte forholdet mellom manualetterlevelse og behandlingsresultat i en oversiktsstudie. Blant 16 studier var det åtte som talte for positiv sammenheng mellom manualetterlevelse og effekt; i tre tilfeller var det ingen sammenheng; og i fem tilfeller ble det funnet en negativ sammenheng. I fire av de fem sistnevnte tilfellene var det tale om psykodynamisk behandling med vekt på overføringstolkninger (eks. Crits-Christoph & Gibbons, 2002; Schut et al., 2005). Den femte studien involverte kognitiv adferdsterapi (KAT), der terapeuten holdt et betydelig fokus på terapiens rasjonale og metodikk (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996). Innholdsanalyser av nevnte studier har i ettertid påpekt at det ikke er teknikkene i seg selv som var skadelige, men den rigide bruken av teknikkene i møte med alliansebrudd (Havik, 2000). I KAT-studien ble det identifisert en ond sirkel der terapeuten i økende grad vektla teknikk som reaksjon på alliansebrudd, hvorpå klienten svarte med motvilje mot å akseptere det kognitive terapi-rasjonalet. Økt fokus på teknikk kan ha eskalert de relasjonelle problemene i terapien og bidratt til et negativt utfall (Castonguay et al., 2010). Den samme interaksjonen mellom teknikk og relasjon kan også knyttes til rigid bruk av overføringstolkninger i psykodynamisk terapi. Schut et al. (2005) fant at frekvensen av overføringstolkninger var negativt assosiert med utfall, samt at rigid bruk av denne teknikken var forbundet med høy grad av fiendtlighet gjennom terapiprosessen. Piper et al. (1999) fant i tillegg at psykoterapi oftere førte til negative utfall der terapeuten tolket klientens uttrykk for frustrasjon med terapien som overføringsreaksjoner.

De ovennevnte funn bør altså ikke tas til inntekt for at sentrale teknikker innenfor KAT og psykodynamisk terapi er skadelige i seg selv. I følge Castonguay et al. (2010) bør terapeuter heller trenes i å bruke disse potensielt hjelpsomme intervensjonene på en fleksibel og balansert måte, i passende kontekster og med passende presisjon.

**Feil i teknisk utførelse.** Dimidjian og Hollon (2011) inviterte klinikere og forskere til å diskutere erfaringer med mislykket behandling knyttet til spesifikke lidelser og spesifikke behandlingsmetoder. En serie bidrag ble publisert i tidsskriftet *Cognitive and Behavioral Practice* (eks. Rizvi, 2011; Schulte & Eifert, 2002; Watson, 2011). De fleste forfatterne trakk frem feil i teknisk utførelse som den viktigste terapeutinduserte kilden til negative klientutfall. Diskusjonen bar imidlertid preg av manglende konsensus om hva som konstituerte behandlingsfeil, og mange fokuserte på nonrespons fremfor forverring. Validiteten til de ulike funnene i serien er dermed usikker og blir ikke presentert her.

**Suggesjon og sensitivisering.** Det er imidlertid noen eksempler på at negative effekter av psykoterapi delvis kan tilskrives til ”måten den individuelle terapeuten implementerer terapiformen overfor den individuelle klienten på et gitt punkt i behandlingsforløpet” (Schulte & Eifert, 2002, fritt oversatt, s.313). Det er funnet at manglende kompetanse i utførelsen av psykoterapimetoder kan medføre at klienten sensitiviseres til eksisterende så vel som nye problemer (Castonguay et al., 2010; Linden, 2013). Sensitivisering innebærer at klientens symptombilde intensiveres eller økes i omfang. Negative utfall for klienten med dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) har i flere tilfeller blitt tilskrevet sensitivisering som følge av at terapeuten spiller på klientens mottakelighet for suggesjon (Lilienfield et al., 1999; Spanos, 1994; Weissberg, 1993). DID defineres i DSM-IV som ”tilstedeværelsen av to eller flere distinkte identiteter som gjentatte ganger tar kontroll over adferd” (fritt oversatt, APA, 1994, s. 484). Det er to ulike perspektiver på hvordan DID oppstår. Den posttraumatiske modellen (Gleaves, 1996) hevder at separate identiteter oppstår som en forsvarsmekanisme mot ekstreme traumer, og at de respektive identitetene har tilgang til ulike minner. Til kontrast postulerer den sosiokognitive modellen (Lilienfield et al., 1999; Spanos, 1994) at forstyrrelsen er et resultat av rolleinnlevelsen til klienten i respons til terapeutens krav, mediepåvirkning og sosiokulturelle standarder. Den sistnevnte hypotesen

støttes av at terapeuter som er opptatt av DID finner høyere rater av forstyrrelsen i befolkningen sammenliknet med andre som knapt finner DID i det hele tatt (Spanos, 1994; Lilienfield et al. 1999). Videre er det funnet at DID er langt mer frekvent i USA enn i Frankrike, India, Japan, Russland og Storbritannia, noe som underbygger diagnosens kulturelle forankring (Spanos, 1994). Bootzin og Bailey (2005) antar at nonspesifikke faktorer kan forklare hvorfor DID-symptomer kan forverres som følge av behandling. De postulerer at klienten både kan være motivert for bedring og til å fortsette terapi for å tilfredsstille terapeuten. Sistnevnte er blant annet tenkt å skyldes sekundærgvinsten av økt oppmerksomhet og interesse for klienten fra terapeutens side (Weissberg, 1993). Dette til tross for lidelsen klienten opplever ved i økende grad å opptre i henhold til subtile hint fra terapeuten om passende patologisk adferd. Altså fører terapien til sensitivisering ved at terapeuten skaper et klima som klienten responderer til, og som produserer negative reaksjoner i samsvar med dette klimaet (Bootzin & Bailey, 2005). Ovennevnte peker imidlertid også på muligheten for at intervensjonene som benyttes i DID-orientert terapi kan være skadelig i seg selv. Dette blir drøftet senere.

Noen ganger kan forskjellen mellom korrekt og feil utførelse av psykoterapeutiske prosedyrer være liten (Linden, 2013). I tråd med dette er eksponeringsterapi vidt akseptert som en av de mest effektive behandlingsformene for en rekke angstlidelser, dog noen klienter opplever symptomforverring som følge av mindre feil i utførelsen (Bonchek, 2009; Nutt & Sharpe, 2008; Pence, Sulkowski, Jordan, & Storch, 2010). I følge Pence et al. (2010) kan sensitivisering til angst oppstå som følge av for kort eksponeringsvarighet, at oppgaven genererer mer angst enn terapeuten og klienten er forberedt på, eller at klienten anvender unnvikelsesstrategier som bryter med eksponeringseffekten. Resultatet kan bli at klienten går ut av intervensjonen med forhøyet angst og symptomtrykk, samt lavere mestringsforventning. Terapeuter bør derfor gjennom trening og faglig oppdatering bli bevisst på korrekt utførelse

av spesifikke metoder (Castonguay et al., 2010). Dette kan forebygge at bona-fide intervensjoner får negativt utfall.

**Skyldplassering.** Negative klientutfall kan være en følge av måten terapeuten fremstiller klientens signifikante andre på, og denne fremstillingen er delvis avhengig av terapeutens forhåndsantagelser (Campbell, 1992). I følge Cushman (1990) antar mange terapeuter at psykologisk lidelse oppstår i interpersonlige omgivelser som er respektløse, psykologisk unnvikende, apatisk og/eller autoritær. Dette er antagelser som ofte støttes av psykoterapiens teoretiske fundament (Hilliard et al., 2000; Hougaard, 2012; Strupp, 1998). Terapeuter som er influert av slike antagelser kan i følge Campbell (1992) bli predisponert for slutninger som er negative i utgangspunktet. Han hevder videre at terapeuter, gjennom negative slutninger om klientens tidlige relasjoner, signaliserer at klienten må anklage sine signifikante andre for å bli bedre. Campbell (1992) betegner denne prosessen som en *blame and shame* manøver. Samtidig peker Spence (1984 sitert i Campbell, 1999) på at psykoterapi ikke handler om å oppdage den historiske sannheten om klientens liv, men at terapeuten og klienten konstruerer en narrativ sannhet. Dette narrative blir i følge forfatteren fininnstilt til en versjon begge finner gjensidig akseptabel. Klientens perspektiv på sin utviklingshistorie er imidlertid under påvirkning av terapeutens a priori-antagelser, og dersom disse tilbyr et ensidig perspektiv på klientens relasjonelle omgivelser kan det føre til forverring (Campbell, 1992).

Campbell (1992) fant støtte for de ovennevnte antagelsene i en gjennomgang av alle kasusillustrasjoner i tidsskriftet *Psychotherapy of the Year* i 1990. Han fant at terapeuter ensidig vektla negativ påvirkning fra signifikante andre i 38 av 42 tilfeller. Effektiv behandling bør imidlertid også identifisere styrker og ressurser i deres interpersonlige omgivelser (Luborsky et al., 1985). Motsatt kan terapeuten bidra til å initiere eller eskalere

relasjonelle konflikter: ”applauded by their therapists for diligently responding to the working-through-process, clients find more examples of apparent betrayal and further arouse their anger (...) and a vicious circle ensues” (Campbell, 1992, s. 477). Terapeuter bør derfor adressere den versjonen av realiteten som hjelper klienten til mest effektivt å løse sine problemer.

**Manglende struktur og mål.** Mangel på struktur og mål har blitt assosiert med forverring. Dette ble konstatert ved *the Menninger Psychotherapy Research Project* i 1985, der det ble funnet at terapeuter med høyere frekvens av negative klientutfall oftere undervurderte klientens grad av patologi, tilbydde mer ustrukturerte behandlingsformer, og var tregere med å endre denne til en mer strukturert og støttende tilnærming der klienten var indikert for dette (Colson, Lewis, & Horwitz, 1985). Mohr (1995) tillegger at de samme terapeutene oftere tolererte at klienter brøt terapikontrakten, utagerte, viste inkonsistent oppmøte, forsinkelser, betalingsløshet, og vedvarende verbal fiendtlighet mot terapeuten. Behovet for struktur kan være moderert av funksjonsnivå. Annen forskning understreker i tråd med dette at psykologer med en laissez-faire-stil overfor klienter med alvorlige forstyrrelser som borderline, dyssosial, og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, produserte høye antall negative klientutfall (Lieberman et al., 1973). Betydningen av struktur og målsetting er også funnet i nyere studier. Klienter som forverrer seg rapporterer i tråd med dette manglende klarhet i organiseringen av psykoterapisesjoner, samt mangel på mål som støtter autonomi, uavhengighet, og selvforståelse (Ilgen & Moos, 2006; Moos, 2012). Dette kan indikere at klienten ikke har en adekvat forståelse av hensikten med behandlingen eller at terapeut og klient ikke har en felles forståelse for behandlingens mål og metode. Enighet om mål og metode representerer to av tre essensielle faktorer i arbeidsalliansen ved siden av det terapeutiske båndet (Bordin, 1979) og som nevnt er alliansen antatt å være en viktig forutsetning for klientens involvering i terapi (Luborsky et al., 1985).



**Manglende faglig oppdatering.** Det er en grunnleggende antagelse og et mantra innen psykologifeltet at psykologisk praksis må integreres med vitenskapelige funn (APA, 2002). Målet er at akkumuleringen av vitenskapelig kunnskap skal øke vår forståelse av mental fungering og dermed også styrke de psykologiske intervensjonenes effektivitet og verdi (Boisvert & Faust, 2006; Schulte & Eifert, 2002). Klinikeres kjennskap til risikofaktorer for negative effekter av psykoterapi kan også bidra til å redusere sannsynligheten for psykoterapi-indusert skade (Lambert, 2011; Lambert et al., 2001; Lutz et al., 2006). Dermed melder følgende spørsmål seg: i hvilken grad lar terapeuter psykoterapiforskningen informere sin praksis? Noen studier indikerer at klinikere i større grad vektlegger egen og kollegers erfaringsbaserte kunnskap fremfor vitenskapelige teorier og forskningsfunn (Hougaard, 2012). Andre studier finner i varierende grad at terapeuter verdsetter og oppdaterer seg på psykoterapiforskning (Beutler, Williams, & Wakefield, 1993). Boisvert og Faust (2006) har imidlertid undersøkt klinikeres faktiske kunnskap om utfall i psykoterapiforskningen. Resultatene viste at majoriteten av psykologene hadde moderat kjennskap til psykoterapifunnene som ble presentert, men det ble også registrert systematiske feiloppfatninger knyttet til betydningen av terapiens varighet for klientutfall, og betydningen av spesifikke vs. nonspesifikke virkemidler. Forfatterne understreker at kun et knippe forskningsfunn ble inkludert i studien, og at det derfor er usikkert hvor stort omfanget av systematiske feiloppfatninger og manglende kunnskap i virkeligheten er (Boisvert & Faust, 2006). Det ble ikke funnet forskjeller i grad av faglig oppdatering på tvers av alder, teoretisk orientering eller erfaring.

Hvilken betydning har korrekt kunnskap, feil kunnskap og mangel på kunnskap for terapiens utfall? Boisvert og Faust (2006) påpeker at de nevnte funnene ikke kan brukes for å predikere terapeutens kompetanse eller terapiens utfall. I stedet tilbyr forfatterne en a priori utforskning av potensielle konsekvenser av å vite, ikke vite eller ha feil kunnskap med

hensyn til psykoterapiforskning. Kort sagt vil korrekt kunnskap ikke garantere integrasjon av forskning til praksis, men feil kunnskap eller det å ikke vite vil utelukke denne muligheten og skape høyere risiko for at skade skjer. I en studie tok 30 % psykologene feil angående prevalensen av negative utfall i psykoterapi, og 28 % oppga at de ikke visste om forskning knyttet til fenomenet (Boisvert & Faust, 2006). Manglende eller feil kunnskap kan altså tenkes å medføre at terapeuter ikke er åpne for at klienters lidelse kan skyldes psykoterapi i seg selv, og dette kan redusere sannsynligheten for adekvate beslutninger for å snu den negative utviklingen.

**Terapeutens sensitivitet for negativ endring.** Terapeuters evne til å respondere adekvat til klientforverring kan tenkes å være avhengig av at terapeuten gjenkjenner forverring når det forekommer. I Mohrs (1995) oversiktsartikkel ble det konkludert med at terapeuter som hadde ikke-responderende eller negative klientutfall, ofte undervurderte klientens grad av negative utvikling – herunder motstand, ulykkelighet, aggressivitet, og fiendtlighet. Samtidig tenderte denne terapeutgruppen til å se sine klienter som mer involvert i behandlingen og at de hadde mer fremgang i terapi, sammenliknet med sine mer effektive kolleger (Truax et al., 1966 i Mohr, 1995). Nyere forskning bekrefter at manglende sensitivitet for negative effekter er et generelt fenomen blant terapeuter. Hatfield, McCullough, Plucinski og Krieger (2010) fant at terapeuter sjeldent rapporterte om forverring selv når deres klienter rapporterte ekstrem negativ endring på selvrapporteringsskjema. I tråd med dette ble tilfeller av ekstrem forverring bare rapportert av terapeutene i 30 % av tilfellene. Det er imidlertid vanskelig å si ut i fra dette funnet hvorvidt det handler om terapeuters manglende sensitivitet for negative effekter, eller om det kan skyldes andre faktorer som eksempelvis kan relateres til systematiske skjevheter i menneskelig resonnering. Hannan et al. (2005) har imidlertid replisert nevnte funn gjennom andre metoder. Hypotesen om terapeuters manglende sensitivitet for negativ endring støttes av at terapeuter generelt

tenderer til å se seg selv som bedre enn sine kolleger i å produsere positive utfall. Wallfish, McAlister, O'Donnell og Lambert (2010) fant i tråd med dette at hele 90 % av terapeutene vurderte seg som 25 % bedre enn gjennomsnittet.

Nylig utvikling innen kvalitetssikring for psykoterapi anbefaler at terapeuter kontinuerlig overvåker klienters utvikling for å kunne avgjøre om behandlingen er adekvat (Eks. Lambert et al., 2001). Som nevnt ovenfor er terapeutens evne til å gjøre nøyaktige vurderinger av klientens utvikling trukket i tvil, og da spesielt i forbindelse med deteksjon av negativ endring. Flere har dokumentert at feedbacksystemer kan øke terapeutens bevissthet om negativ endring og dermed lede til betydningsfull bedring i klientutfall (Lambert et al., 2002; Simon et al., 2012). Finch, Lambert og Schaalje (2001) viste i tråd med dette at empiri-utledede modeller, basert på klientens alvorlighetsgrad ved oppstart og klientens utvikling i psykoterapi, klarte å identifisere negative klientutfall i 100% av tilfellene. Empiriske modeller utkonkurrerte også rasjonelle modeller som var basert på kliniske ekspertbedømmelser av nonrespons og negative utfall (Lambert et al., 2002). En oppsummering av seks studier som testet effekten av varierende feedbacksystemer, viste at feedback med alarmsignaler ved negativ utvikling senket klientenes forverringsrater fra 20 % til 5.5 % (Shimokawa et al., 2010). I korthet innebærer dette at terapeutens sensitivitet for negative endringer er et sterkt virkemiddel for å motvirke negative klientutfall. Motsatt kan det tenkes at en betydelig andel negative utfall kunne blitt forhindredd dersom klinikere ikke utelukkende stolte på sin egen vurdering av klientens utvikling.

**Seksuell utnyttelse av klienter.** Privatisering og seksualisering av den terapeutiske relasjonen er sterkt assosiert med negative utfall for klienter, og sanksjonene fra helsetilsynet er derfor strenge. I følge Johansen og Cord-Hansen (2006) er etablering av seksuelle relasjoner mellom behandler og klienten den nest største gruppen av saker som fører til at

helsetilsynet trekker tilbake psykologautorisasjonen. I perioden 2001 til 2003 mistet 17 norske psykologer autorisasjonen som følge av ovennevnte, og samtlige var menn. En amerikansk undersøkelse fant at 6,8 % av de de mannlige og 1,6 % av de kvinnelige terapeutene hadde innledet seksuelle relasjoner til sine klienter (Pope & Vasques, 2001). Terapeutene bestod av psykologer, psykiatere og sosionomer. Den samme studien indikerer at seksuelle overgrep utført av helsepersonell kan medføre betydelig økning av klientenes psykiske og interpersonlige vansker. I tråd med dette rapporterer 90-95 % av klientene skadevirkninger som tap av tillit til terapeuten, avsluttet behandling, tap av selvfølelse, identitetsusikkerhet, konsentrasjonsvansker, depresjon, og generelt økt symptomtrykk (Disch & Avery, 2001; Svartberg, 1992). Majoriteten på 85 % hadde til tross for disse virkningene ambivalente følelser for terapeuten:

On one hand I feel deep in me that the therapist is the only true lover I'll ever have, the only one who has ever truly known me. On the other hand, I am deeply repulsed and angry at his use and misuse of me. I feel I'll never be able to reconcile those points of view (Disch & Avery, 2001, s. 213).

Denne ambivalensen bekrefter at klienten står i et avhengighetsforhold til terapeuten, som impliserer at det å innlede en seksuell relasjon representerer et maktmisbruk og et alvorlig tillitsbrudd fra terapeutens side. Psykoterapi innebærer ofte at klienter kjenner seg bekreftet og nært et annet menneske på en måte som de ellers har problemer med, og som de er i terapi for å få hjelp til å mestre. Å etablere et forhold til terapeuten kan for klienten virke som en nærliggende måte å løse disse problemene på, og terapeuten må reflektere over ” (...) at klienten i mange tilfeller ikke er i besittelse av sin vanlige dømmekraft” (Johansen & Cordt-Hansen, 2006 s. 2). Når terapeuten tillater eller inviterer til en privat eller seksuell relasjon til

klienten, hindres klienten i å skaffe seg helsefremmende opplevelser og erfaringer innen sin egen livsarena.

Johansen og Cordt-Hansen (2006) anbefaler terapeuter å ta initiativ til å avbryte terapien dersom de opplever at de ikke klarer å skille mellom private og profesjonelle følelser overfor sine klienter. Terapeuten bør samtidig sørge for at klienten får tilbud om å starte i terapi hos en kvalifisert kollega. Denne prosessen bør videre skje i tett samarbeid med en veileder og kommuniseres mest mulig ryddig og skånsomt overfor klienten.

**Oppsummering.** En rekke terapeutfaktorer er assosiert med negative utfall. Bestemte aspekter ved terapeutens personlighet, tilknytning, holdninger og empatisk kapasitet synes å svekke grunnlaget for en konstruktiv relasjon til klienten. Det kan tenkes at noen terapeuter er bedre til å fasilitere positiv endring der andre har høyere risiko for å produsere negative utfall. Dette kan ha implikasjoner for seleksjon og utdanning av psykologer. Videre kan negative utfall også knyttes til tekniske aspekter ved terapeutens utøvelse. Forskningen peker på at rigiditet, sensitivisering og manglende struktur er forbundet med høyere risiko for forverring. Samtidig virker tekniske aspekter å være tett knyttet til kvaliteten i relasjonen mellom terapeuten og klienten. En svak allianse kan i tråd med dette forklare og forklares av kvaliteten i teknisk utførelse. Begrensinger i psykologens kompetanse kan også være implisert i psykoterapiens utfall. Det er usikkert i hvilken grad oppdatert faglig kunnskap integreres i terapeuters virksomhet, men det er rimelig å anta at kjennskap til risikofaktorer for negative utfall kan bidra til en redusert risiko for forverring. Videre kan seksualisering og privatisering av den terapeutiske relasjonen få betydelige negative konsekvenser for klientene. Mer spesifikt rapporterer klienter skadevirkninger som tap av tillit til terapeuten, avsluttet behandling, tap av selvfølelse, identitetsusikkerhet, konsentrasjonsvansker, depresjon, og generelt økt symptomtrykk (Disch & Avery, 2001). Til slutt har det blitt pekt

på funn som indikerer begrensninger i terapeutens sensitivitet til negativ endring. Dette har implikasjoner for utvikling og bruk av metoder som kan støtte adekvate tiltak for klienter i forverring.

### **Klientfaktorer**

I kontrast til det tradisjonelle heliosentriske bildet av terapeuten som *helten* i terapi, er det mye som tyder på at klientenes bidrag til terapien spiller en rolle for behandlingens resultat (Talman & Bohart, 1999; Yalom, 1995). Talmann og Bohart (1999) har beregnet at 70 % av variansen i det psykoterapeutiske resultat kan tilskrives klienten. Uavhengig av om prosentandelen er reell, kan man rimelig anta at det er klienten som må gjøre arbeidet med å realisere det som terapeuten og terapien stiller til rådighet. Realisering og involvering i psykoterapi kan medieres av klientens interpersonlige fungering, forventninger til terapien, oppfatninger av terapeuten, samt motivasjon og lidelsens alvorlighetsgrad. Klientens *interpersonlige fungering* har betydning for alliansedannelsen, som i seg selv er en sentral virkningsfaktor og prediktor for terapiens resultat (Orlinsky et al., 1994). *Forventninger og oppfatninger* kan tjene som et "(...) selektivt filter som utvelger og konstruerer meningen med de terapeutiske begivenhetene, kanskje uavhengig av terapeuten faktiske adferd" (Hougaard, 2012, s. 219-220). Videre kan klientens *motivasjon* i varierende grad fasilitere klientens involvering og selvrelatering med hensyn til psykoterapiens målsetting og innhold. Som nevnt tidligere er involvering og selvrelatering de klientvariablene som er sterkest assosiert med et positivt klientutfall (Orlinsky et al., 1994). En tredje klientfaktor som virker å ha relevans for utfallet er *lidelsens alvorlighetsgrad*. De mest alvorlige lidelsene kan medføre at klientene ikke klarer å nyttiggjøre seg psykoterapi, i kontrast til de mildere tilstandene som kan oppnå bedring uavhengig av det spesifikke bidraget fra terapeuten (Hougaard, 2012).

Det kan tenkes at psykoterapi vil kunne ha et bedre utgangspunkt for videreutvikling dersom klinikere og forskere tar ansvar for psykoterapiens utfall fremfor å attribuere mislykkede resultater til klienten. Dette perspektivet har gjenklang i prinsipper for dialektisk adferdsterapi som postulerer at det ikke er klienten som feiler terapien, men terapien som feiler klientene (Linehan, 1993). Psykoterapeuters ferdigheter med hensyn til å forebygge negative utfall kan imidlertid også tenkes å dra fordeler av kjennskap til klientrelaterte risikofaktorer, dog hensikten bør være å bruke denne kunnskapen til å gi klientene et bedre terapeutisk tilbud.

**Interpersonlig fungering.** Klienter har egenskaper som er uavhengig av terapien, men som like fullt kan ha innvirkning på hvordan den terapeutiske prosessen utarter seg. I en studie av Mohr et al. (1990) ble *interpersonlig fungering* og *subjektiv lidelse* trukket frem som sentrale klientrelaterte prediktorer for terapiens utfall. Det ble funnet at positive-, negative- og non-respondere skilte seg fra hverandre på de to nevnte dimensjonene. Klientene som responderte positivt oppga både høy subjektiv lidelse og problemer med interpersonlig intimitet. Non-respondere rapporterte imidlertid moderate nivåer på begge dimensjonene. Klientene som forverret seg i terapi var oftere karakterisert av mistenksomhet eller manglende interpersonlig tillit, og skjulte også ting for terapeuten eller var mer usikker på terapeutens følelser (Mohr, 1995). Denne gruppen rapporterte også lavere grad av subjektiv lidelse sammenliknet med de andre. Forfatterne hevder at subjektiv lidelse kan fungere som drivkraft eller motivasjon for endring i psykoterapi, og at det er et skille mellom klienter som anerkjenner sine interpersonlige problemer (positive respondere), og klienter som attribuerer vanskene til andre rundt seg (negative respondere) (Mohr et al., 1990). Denne studien indikerer altså at klienter med manglende innsikt i egne problemer og vansker med å relatere seg til terapeuten har høyere risiko for negative utfall.

Det virker å være en konsistent sammenheng mellom kvaliteten på alliansen; og klientens interpersonlige historie, objektrelasjoner og tilknytningskapasitet (Horvath & Luborsky, 1993). Videre er alliansen den sterkeste og mest robuste prediktoren for behandlingssuksess ved siden av terapeutvariabler (Orlinsky et al., 1994). Utviklingen av alliansen kan sies å være en essensiell og uatskillelig del av alt som skjer i terapi, og den fungerer som en indeks på begge parters etterlevelse og samarbeid (Hougaard, 2012). Dermed kan det tenkes at mål på aspekter ved klientens tilknytningsstil og interpersonlig fungering kan predikere utfall av psykoterapi. En metaanalyse viser i tråd med dette at klienters grad av tilknytningsangst, lav selvtillit, negative holdninger mot andre, og interpersonlige problemer med hensyn til intimitet og sosiabilitet er negativt assosiert med utfall (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011 i Norcross, 2011). Den unnvikende tilknytningsstilen kan altså gjøre det vanskelig å etablere et terapeutisk bånd. På den andre siden kan båndet fra klient til terapeut bli så sterkt at det er uhensiktsmessig for klienten. Dette kan kalles avhengighet. Avhengighet av terapeuten innebærer at "(...) klienten binder deres uavhengige beslutningstakingskapasitet til terapeuten, og at de mister muligheten til autonomi, agens og å lære av egen erfaring" (Berk & Parker, 2009, s. 769). Chiesa, Fonagy og Holmes (2007) fant at døgnbehandling oftere førte til negative utfall for klienter med borderline personlighetsorganisering. Forfatterne spekulerer i at denne klientgruppen er disponert for å utvikle betydelig avhengighet av behandlingsinstitusjonen, samt at de er sårbare for å oppleve utskrivning som et traumatisk brudd på tilknytningen til behandlerne. Eldre funn bekrefter at høye nivåer av avhengighet er assosiert med negative utfall (Colson et al., 1985). Forholdet mellom avhengighet og autonomi kan dermed karakteriseres som et såkalt *Scylla-Charybdis-dilemma*: "en viss grad av avhengighet er en nødvendig del av den terapeutiske alliansen (...) men dens potensial for å underminere klientens autonomi er



betydelig, inntreffer tidlig og kan risikere å øke gjennom terapiforløpet” (Fritt oversatt, Berk & Parker, 2009, s. 790).

**Forventninger og motivasjon.** Klienter med lave forventninger til terapi utviser størst grad av negativ utvikling, sammen med dem som urealistisk ikke forventer at smerte eller ydmykelse kan være en del av den terapeutiske prosessen (Mohr, 1995). Nyere forskning adresserer i større grad klientens motivasjon, dog motivasjon og forventninger er antatt å være nært relaterte konstrukter (Bandura, 1977). Lav motivasjon virker imidlertid i større grad å være forbundet med nonrespons enn negative utfall. Dette er støttet av de mange tilfellene av lav motivasjon og nonrespons som ble presentert i serien om mislykket behandling i tidsskriftet *Cognitive and Behavioral Practice* (Dimidjian & Hollon, 2011; Lambert, 2011). McCauley, Schloredt, Gudmundsen, Martell og Dimidjian (2011) illustrerte betydningen av lave forventninger og motivasjon gjennom en deprimert og ung klient som var enig i at han trengte hjelp, men som ikke trodde psykoterapi kunne være til nytte for ham. Cooper og Fairburn (2011) fant tilsvarende at noen klienter foretrakk mal-adaptive strategier fremfor psykoterapeutiske løsninger som middel til å takle vanskelig affekt. Mange av funnene på området er av kasuistisk karakterer. Dette impliserer et behov for en mer systematisk tilnærming, som kan avdekke hvorvidt det er et forhold mellom lav motivasjon, lave forventninger og negative utfall av psykoterapi.

**Lidelsens alvorlighetsgrad og kontekst.** Mye tyder på at risikoen for klientforverring øker med komorbide og komplekse tilstander, samt bestemte kontekstuelle/sosiale faktorer. Dette kan forstås i et utviklingspsykopatologisk perspektiv som postulerer at jo flere risikofaktorer som er assosiert med klienten, desto større sannsynlighet for at klienten vil ha en negativ utvikling både i og utenfor psykoterapi (Sroufe & Rutter, 1984). Slike risikofaktorer kan forenklet kategoriseres som individuelle eller

kontekstuelle. Eksempler på førstnevnte er komorbiditet mellom rusmisbruk/avhengighet, symptomlidelser, psykose, personlighetsforstyrrelser og interpersonlige problemer; og demografiske egenskaper som manglende boligstabilitet, ugift status, og ung alder (Bergslien & Ottesen, 2006; Moos, 2012). Individuer som forverres i terapi tenderer også til å rapportere høyere gjennomsnitt av negative livshendelser enn sine motparter; mangler arbeid og nære venner; står i konflikter med familiemedlemmer; og har partnere med psykiske- og/eller rusrelaterte problemer (Bergslien & Ottesen, 2006; Moos, 2012). Dette er eksempler på kontekstuelle risikofaktorer. De nevnte faktorene fører ikke nødvendigvis direkte til behandlingsrelaterte negative utfall i seg selv (TER), men det kan tenkes at de øker risikoen for at TER vil oppstå ved at de blant annet stiller økte krav til alliansedannelse, og ved at klienten har flere hindre for å nyttiggjøre seg terapeutiske intervensjoner. I tråd med førstnevnte er det funnet at det er vanskeligere å etablere en konstruktiv allianse med klienter karakterisert av markante interpersonlige problemer, manglende tilknytningskapasitet og problemer med affektregulering (Hougaard, 2012; Rey, Marin, & Silverman, 2011; Watson, Goldman, & Greenberg, 2007). Videre kan egenskaper ved klienten hindre nyttiggjørelse av terapeutiske intervensjoner:

Clients who are avoidant in terms of their experience and personal relationships (...) usually cope using denial and suppression, they tend to have few memories of their early history, and they are usually focused outside on the world at large. They are often reluctant to turn their attention inward to process and reflect on their inner experience. These clients often see psychotherapy as a waste of time, and even when they do attempt it, they might be disappointed that it is unstructured and slow to produce an effect (Watson, 2011, s. 1121).

Forholdet mellom lidelsens alvorlighetsgrad og risiko for negative klientutfall er avhengig av den som vurderer. Når terapeuter eller tredjeparter vurderer er alvorlighetsgrad konsistent funnet å være relatert til negative utfall (eks. Rey et al., 2011; Rizvi, 2011; Stern, 2011). Det motsatte er tilfellet når klientene selv vurderer alvorlighetsgraden ved at høyere opplevelse av subjektiv lidelse er relatert til positive utfall, mens lavere rangeringer er relatert til negativt utfall (Mohr, 1995). Dette kan i følge Mohr (1995) indikere at terapeutvurderinger gir et mer realistisk bilde på global fungering og at klienters rangering er et uttrykk for motivasjon. Diskrepansen mellom vurderingene kan i så måte anvendes som en risikoindikator: en klient som bedømmer sine problemer som lave, der terapeuten opplever problemene som alvorlig, løper en risiko for forverring i psykoterapi (Mohr, 1990).

**Oppsummering.** Klientfaktorer kan være implisert i negative utfall av psykoterapi. Klientens interpersonlige fungering har betydning for alliansedannelsen, som i seg selv er en sentral virkningsfaktor og prediktor for terapiens resultat (Mohr et al., 1990). Videre henger motivasjon og forventninger sammen med klientens involvering i terapiprosessen. Som nevnt tidligere er klientens involvering og selvrelatering i psykoterapi antatt å være en forutsetning for endring (Orlinsky et al., 1994). Det kreves imidlertid mer forskning for å etablere i hvilken grad manglende motivasjon kan bidra til forverring utover ren nonrespons. Lidelsens alvorlighetsgrad som evaluert av terapeuten og tredjeparter er til sammenlikning konsistent funnet å være relatert til negative utfall (Mohr, 1995). Dette kan blant annet skyldes at økt alvorlighetsgrad kompliserer en konstruktiv alliansedannelse og reduserer klientens evne til nyttiggjørelse av terapeutiske intervensjoner. Men det kan også tenkes at de nevnte klientfaktorene interagerer med terapeutfaktorer på en slik måte at de øker sannsynligheten for negative utfall. Denne muligheten utforskes i det påfølgende avsnittet.

### **Prosessfaktorer**

Til nå har fokuset hvilt på individuelle bidrag til negative utfall i psykoterapi. Det kan imidlertid hevdes at disse bidragene oppstår, påvirker og påvirkes av det som foregår mellom klienten og terapeuten i terapirommet (Wampold, 2001); klienten og terapeutens relasjonelle historie; og det som foregår i partenes ekstraterapeutiske relasjonelle kontekst (Wachtel, 2008). Terapeut- og klientfaktorer øver på denne måten sin virkning igjennom en dynamisk og mellomutvekslende terapeutisk prosess. Prosessforskning retter seg mot slike terapiprosesser for å avdekke hva som skjer mellom terapeut og klient i terapi, og tilstreber å finne frem til hvordan psykoterapi virker (Hougaard, 2012). Det er med dette utgangspunktet jeg nå vil trekke frem forskning som belyser hvordan terapiprosesser kan være implisert i negative utfall.

**Negativ komplementaritet og motoverføring.** En god allianse har vist seg å være en sentral faktor i psykoterapi med positive utfall. Det er også en antagelse at etablering og opprettholdelse av en positiv terapeutisk relasjon er en nødvendig kontekst for terapeutisk endring (Binder & Strupp, 1997). Terapeuten bidrar til dette gjennom en holdning preget av empati, respekt, varme og interesse (Rogers, 1957). Forskning har imidlertid funnet at gjentatte brudd i alliansen er et unngåelig aspekt ved psykoterapi, og at terapeutens sensitivitet for å oppdage og reparere disse bruddene er ansett som viktig for å opprettholde en konstruktiv allianse (Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990). Strupp (1998) stiller seg imidlertid kritisk til terapeutenes evne til å etablere og opprettholde en god terapeutisk relasjon. Han hevder at mennesker generelt har betydelige vansker med å takle interpersonlige konflikter som de selv er en del av, og at denne vansken kan lede til negative prosesser og negative utfall i psykoterapi. I psykoterapi tar slike konflikter gjerne form av direkte eller indirekte, og åpne eller skjulte følelser og atferd, som er assosiert med klientens og terapeutens personlige problemer. Konflikter kan også utløses og opprettholdes av terapeutens umiddelbare reaksjon på klientens provokative atferd (Binder & Strupp, 1997;

Hilliard et al., 2000; Samstag et al., 2008). Forskning har i forlengelsen av dette vist at terapeuter har mer positive holdninger mot klienter som viser motivasjon og som har liten grad av interpersonlige problemer (Binder & Strupp, 1997), samt at terapeuter har en tendens til å bli irritert på klienter som er avhengige, krevende, fiendtlige negativistiske og avvisende (Freemont & Anderson, 1988). Det er også funnet at terapeuter som rapporterer sinne, skuffelse, og fiendtlige holdninger overfor sine klienter oftere har negative klientutfall (Mohr, 1995).

I følge interpersonlig teori kan de ovennevnte negative prosessene skyldes negativ komplementaritet (Von Der Lippe, Monsen, Rønnestad, & Eilertsen, 2008). Individuer internaliserer måten signifikante andre har behandlet dem på, og forventer og inviterer andre til å behandle dem på tilsvarende måte. Individuer tenderer videre til å agere og reagere komplementært slik at vennlighet reproducerer vennlighet, fiendtlighet inviterer til fiendtlighet og dominans inviterer til underkastelse eller det motsatte (Henry & Strupp, 1994). Negativ komplementaritet innebærer til kontrast en slags asynkronitet ved at vennlighet ikke møtes med vennlighet, men eksempelvis av skeptisisme, defensivitet og avvisning som ofte kan relateres til individenes internaliserte erfaringer med signifikante andre. Terapeutens forsøk på å skape en god allianse kan eksempelvis bli møtt med defensive og avvisende klientresponser, som igjen kan trigge motoverføring i form av fiendtlige responser fra terapeuten. Negativ komplementaritet kan dermed ende i en ond sirkel som potensielt kan utvikle seg til mønstre av fiendtlig interaksjon. Generelt er det funnet at fiendtlig interaksjon er vanlig i psykoterapeutiske prosesser og at både terapeuter og klienter initierer fiendtlighet (Von Der Lippe et al., 2008). Høye nivåer av negativ komplementaritet er videre assosiert med negative utfall uavhengig av terapiform og diagnose (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Svartberg & Stiles, 1992; Von Der Lippe et al., 2008).

Det er et bemerkelsesverdig funn at fiendtlig interaksjon forekommer like ofte i terapiprosesser med positive utfall som ved negative utfall (Von Der Lippe et al., 2008). Klienter inviterer imidlertid mer enn dobbelt så mange ganger til fiendtlighet i sistnevnte gruppe, noe som kan indikere større interpersonlige problemer hos disse klientene og en større sårbarhet/mottakelighet for kritikk/avvisning hos terapeutene. I følge Von Der Lippe et al. (2008) kan terapeutens sårbarhet knyttes til og aktiveres av: 1) personlighet, manglende selvtillit og sterkere emosjonelle reaksjoner på å kjenne seg avvist og mislykket; 2) at klientene stabilt avviser terapeutens forsøk på å være til hjelp; 3) samt grunnleggende mistillit og defensivitet fra klientens side. I sum kan disse faktorene hindre terapeuten i å reparere alliansebruddene og redusere graden av fiendtlige interaksjoner i psykoterapi (Nelson, 2002). Konsekvensen kan dermed bli vedvarende negative prosesser som bidrar til negative klientutfall.

**Interpersonlig kompatibilitet og seksuell legning.** Tidlige rangeringer av kvaliteten på den terapeutiske alliansen er sterkt assosiert med terapiens utfall (Horvath & Greenberg, 1994; Samstag et al., 1998). I følge Sexton, Hembre og Kvarme (1996) impliserer dette at alliansedannelsen er influert av ekstraterapeutiske variabler som terapeutens og klientens personlighet og graden av partenes interpersonlige kompatibilitet. I korthet betyr dette at jo bedre klienten og terapeuten opplever at de passer sammen, desto sterkere allianse og høyere sannsynlighet for positive utfall av psykoterapi. I tråd med dette er det funnet at likheter i partenes alder, kjønn, religiøsitet og seksuell orientering er positivt assosiert med utfall (Cooper, 2008; Morrow, 2000). Motsatt er betydelige forskjeller på disse dimensjonene negativt assosiert med kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Lesbiske, homofile og biseksuelle klienter (LGB) rapporterer i noen tilfeller at de har ingen eller negativt utbytte av terapi når de arbeider med mannlige, heteroseksuelle terapeuter i kontrast til kvinnelige heteroseksuelle terapeuter, eller homofile/biseksuelle terapeuter (Cooper, 2008; Castonguay

et al., 2010). Tilsvarende har andre funnet at aldersforskjeller og ulik religiøs overbevisning er negativt assosiert med utfall (se Constantino, Castonguay & Schut, 2002). Slike funn understreker at graden av interpersonlig kompatibilitet på en rekke dimensjoner har betydning for det terapeutiske resultatet.

Morrow (2000) hevder at negative utfall i terapi med LGB-individer kan skyldes at terapeuter fremdeles opererer under antagelsen om at LGB-individer er patologiske, forstyrrede og/eller avvikende. Dette til tross for at seksuell orientering ble fjernet fra listen over mentale lidelser i 1975 av APA. Forfatteren betrakter religiøs bias, samfunnsnormer, ignoranse, kjønnsdeling og frykt knyttet til seksualitet som kilder til homo/bi-negativisme, fordommer, heterosexisme, stigmatisering og diskriminering mot LGB-individer, også fra terapeutens side. McHenry og Johnson (1993) postulerer at negative utfall av psykoterapi for LGB-individer er kjennetegnet av at klienten fremdeles lever i frykt, ignoranse eller selvhat knyttet til sin seksuelle orientering. Terapeuter risikerer å produsere negative utfall der han/hun projiserer homo/-bi-negativisme til sine klienter; unngår tema som er essensiell for vekst og helse; attribuerer alle klientens problemer til seksuell orientering; eller antar at alle klienter er heteroseksuelle i utgangspunktet (Morrow, 2000). Arbeid med LGB-individer stiller derfor store krav til terapeutens selvrefleksjon, etterutdanning og bevissthet. Selvrefleksjon og bevissthetsstyrking hos terapeuter kan tenkes å gjøre det lettere for terapeuten å kompensere for implisitte eller eksplisitte mangler i likhetstrekk. Den bevisste terapeuten kan tematisere og utforske hvordan manglende interpersonlig kompatibilitet påvirker den terapeutiske relasjonen. Gjennom denne prosessen er det mulig at terapeuten og klienten kan overkomme både uttalte og uttalte forskjeller på en konstruktiv måte.

**Prosess og beslutninger.** Den innledende definisjonen av negative effekter inkluderer nonrespons i de tilfeller der klienten med rimelighet kunne forventes å ha blitt bedre som

følge av psykoterapi (Lieberman et al., 1973). Generelt er det rapportert at 60-70 % av klientene som fullfører psykoterapi blir bedre enn kontrollgruppen, men disse suksessratene impliserer fremdeles at 30-40% ikke blir bedre. Nonrespons kan skyldes en uheldig interaksjon mellom ulike variabler som behandlingsmetode, egenskaper ved klientens problemer, terapeutfaktorer og terapiens lengde. Likevel er det eksempler på at selv de mest effektive, evidensbaserte behandlingsformene for spesifikke problemstillinger (som eksempelvis manualbasert KAT for panikkangst) har klienter som ikke responderer positivt (Zayfert & DeViva, 2010).

Schulte og Eifert (2002) hevder at redusert behandlingssuksess kan skyldes de beslutningene terapeuten gjør underveis knyttet til implementeringen av de anbefalte/manualiserte metodene på ethvert punkt i behandlingen (jf. MPR). I følge *the dual model of psychotherapy* har terapeuter to oppgaver: å applisere behandlingsteknikker/prosedyrer og å motivere klientene til involvering og selvrelatering (Schulte & Eifert, 2002). Forfatterne mener å ha støtte for at effektiv behandling undermineres når terapeuter reagerer på terapeutiske prosessproblemer ved å skifte fra en metodeorientert behandlingsstrategi til en prosess eller klient-orientert strategi for raskt og for ofte, og noen ganger av feile grunner (se Vogel & Schulte, 1997). I følge Meyer og Schulte (2002) trigges terapeutens tendens til å skifte i behandlingsstrategi av inkorrekte vurderinger om alliansen og terapiens utvikling. Inkorrekte vurderinger kan tenkes å føre til at gode strategier blir gitt opp for tidlig, til fordel for mindre passende strategier. Videre kan inkorrekte vurderinger ofte spores til mindre innsatskrevende, heuristiske strategier (Fiedler, 1988). I følge Schwartz` (1990) *affektheuristikk* bruker individer sin aktuelle emosjonelle tilstand som beslutningsgrunnlag i krevende kontekster. Schulte og Eifert (2002) hevder at affektheuristikken også er involvert i terapeutiske beslutninger, ved at terapeutens emosjonelle tilstand får betydning for valg av henholdsvis prosessorienterte eller



metodeorienterte behandlingsstrategier. Samtidig viser forfatterne til at terapeutens emosjonelle tilstand korrelerer med deres oppfatning av kvaliteten på det terapeutiske båndet. Schulte og Eifert (2002) hevder imidlertid at ”terapeuter for ofte, og til feil tid, er for rask til å vurdere problemer med alliansen” (fritt oversatt, s. 324). Denne beslutnings- prosessen fører i følge forfatterne til gjentatte endringer i metode og behandlingsmål, samt frekvente skift til en mer prosessorientert strategi. Slike hyppige skift er funnet å korrelere negativt med utfall av psykoterapi (Vogel & Schulte, 1997).

I følge forfatterne impliserer overnevnte at psykoterapi vil få bedre utfall dersom terapeuter så langt som mulig følger behandlingsmanualer og stoler på manualenes empiriske støtte overordnet sine egne subjektive inntrykk (Schulte & Eifert, 2002). Som nevnt tidligere bør imidlertid ikke rigiditeten bli for stor da dette også kan forringe kvaliteten på den terapeutiske relasjonen. En bør i tråd med dette kontinuerlig vurdere om alliansen er tilstrekkelig til at tekniske aspekter ved terapien får virke. Denne vurderingen bør imidlertid være basert på empirisk validerte og standardiserte instrumenter for å hindre at vurderingen leder til at terapien havner i en negativ syklus (Lambert et al., 2001).

**Dose-respons.** Det er en sammenheng mellom antall psykoterapitimer og klientenes utbytte og mye tyder på at ulike lidelsestyper krever ulike mengder terapi for å ha positiv effekt (Orlinsky et al., 1994). Mer spesifikt fant Barkham et al. (1996) at angst- og depresjonslidelser krevde ca. 8 terapitimer før 50 % av klientene utviste klinisk signifikant bedring, mot 16 terapitimer for at 40 % av klienter med interpersonlige problemer skulle oppnå tilsvarende bedringsgrad. I følge Howard og kolleger kan sammenhengen mellom dose og respons beskrives logaritmisk, med en bratt stigning i starten etterfulgt av en utflating (Howard et al., 1986). Interpersonlige problemer ser imidlertid ut til å vise bedring senere, etter at symptomlidelser har nådd et slags platå (Barkham et al., 1996). På tvers av en rekke

studier av varierende lidelsestyper er det konsensus for at det kreves mellom 10 og 20 terapitimer før 50 % av klientene når klinisk signifikant bedring (Lambert, 2013).

Hvilken relevans har dose-respons for negative effekter av psykoterapi? I en studie av Hansen, Lambert og Forman (2002), som involverte 6000 klienter i den amerikanske primærhelsetjenesten, ble det funnet at de fleste klientene ikke mottok nok psykoterapi til engang å nå et moderat nivå av klinisk bedring. I gjennomsnitt mottok klientene i studien mellom to og fire timer, og mindre enn 25 % utviste moderat positiv endring. Mengden psykoterapi som klientene ble tilbudt i studien harmonerer dermed ikke med antallet timer som kreves for en positiv effekt. I tråd med den innledende definisjonen av negative effekter, kan manglende *dose*, eller antall psykoterapitimer tilbudt, representere en form for TER. Dette gjelder spesielt hvis terapeuten avslutter terapi for tidlig, eller hvis det offentlige tilbyr et mindre antall terapitimer enn det empiriske funn tilsier at klienten er indikert for. Dette impliserer at det bør være et mål i psykoterapi å holde klienter i behandling til tilfredsstillende mål er nådd, noe som krever en systematisk overvåkning av klientens utvikling (Hansen et al., 2002). På et samfunnspsykologisk nivå bør det offentlige tilbudet reflektere at det stilles krav til varigheten av behandling for adekvat fremgang (Lambert et al., 2001).

**Oppsummering.** Negative prosesser kan oppstå som følge av negativ komplementaritet, og terapeutens vansker med å stå i konflikter som hun/han selv er en del av (Strupp & Binder, 1997; Von Der Lippe et al., 2008). Motoverføring eller initiering av fiendtlighet kan lede til en ond sirkel med negative klientutfall. Videre har forskning vist at betydelige forskjeller med hensyn til seksuell orientering er negativt assosiert med alliansens kvalitet (Morrow, 2000). En andel LGB-individer rapporterer at de har ingen eller negativt utbytte av terapi i arbeid med mannlige, heteroseksuelle terapeuter. Dette kan i følge Morrow

(2000) spores til fordommer, heterosexisme, stigmatisering og diskriminering. Videre indikerer forskning at selv evidensbaserte behandlingsformer svikter klienter som er i målgruppen for behandlingen (Schulte & Eifert, 2002). Dette kan skyldes terapeutens manglende etterlevelse til behandlingsformens prinsipper og retningslinjer. Terapeuten virker å avvike fra manualen når han/hun persiperer at terapien går dårlig, og dette skjer raskt, hyppig og noen ganger på inkorrekt grunnlag. I stedet bør terapeuten holde fast ved den metodeorienterte strategien inntil standardiserte instrumenter indikerer sviktende allianse. Endelig er det vist en sammenheng mellom antall timer psykoterapi som kreves for at klienten skal oppnå bedring (Orlinsky et al., 1994). I resultatene fra Hansen, Lambert og Formanns (2002) studie ble det funnet at de fleste klientene ikke mottok nok psykoterapi til å nå et moderat nivå av klinisk bedring. Å tilby for liten dose av psykoterapi kan ansees som en negativ effekt ettersom klientene sannsynligvis kunne ha blitt bedre av å få et tilstrekkelig antall timer.

### **Terapiform og negative utfall**

Det er omdiskutert hvorvidt det er fornuftig å fokusere på bieffekter av bestemte terapiformer (ATR), fremfor å fokusere på terapeuten som person og utøver av psykoterapi (MPR). Effektforskningen har avdekket at terapeutvariabler sannsynligvis forklarer betydelig mer av variansen enn terapeutisk modalitet med hensyn til behandlingsindusert forverring (Wampold, 2001). Likevel er det funn som tyder på at variansen i klientutfall både kan attribueres til uavhengige terapeut og terapieffekter, dog samspillet og den relative innflytelsen mellom faktorene er ukjent (Lilienfield, 2007). Det er gjort flere gode oversikter over potensielt skadelige terapiformer (ATR) (eks. Berk & Parker, 2009; Bootzin & Bailey, 2005; Dishion, McCord & Poulin, 1999; Lilienfield, 2007; Mohr, 1995; Rhule, 2005), som vil danne grunnlaget for den videre gjennomgangen.

**Critical Incident Stress Debriefing.** Critical Incident Stress Debriefing (CISD) er en metode som brukes i krisesituasjoner for å forebygge PTSD. Dette er en gruppebasert tilnærming med én til tre sesjoner som tilbys innen en uke etter den traumatiske hendelsen (Mitchell, 1983). Behandlingen innebærer i hovedsak at CISD-terapeutene ”(...) oppfordrer klientene til å diskutere og på denne måten prosessere negative emosjoner; informere om de mest sannsynlige symptomene klientene vil kunne oppleve; og understreker overfor klientene at de må bli stående i behandlingen så fort den er begynt” (Fritt oversatt, Lilienfeld, 2007, s. 59). Flere studier har imidlertid dokumentert at CISD enten har null eller negative effekter på klientutfall, sammenliknet med klienter som ikke mottar behandling. Litz, Gray, Bryant, og Adler (2002) fant i tråd med dette en effektstørrelse på  $d = -.11$  i en metaanalyse som sammenliknet CISD-behandling med ingen behandling. En annen studie fant ingen forbedring i PTSD-symptomer for individer som mottok CISD, i kontrast til individer som enten fikk andre behandlinger eller ingen behandling (Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002). Andre studier har også rapportert høyere nivå av global patologi, eksempelvis ved økt forekomst av angstsymptomer hos brann ofre (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997) og individer involvert i motorsykkelulykker (Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000) som mottok CISD.

Det er foreslått at CISD utøver sin negative virkning ved å svekke den naturlig gradvise konsolideringen og verbaliseringen av intrusive sensoriske minner (Van Emmerik et al., 2002). Andre tenker seg at den fysiologiske aktiveringen som følger en traumatisk hendelse gjør klientene mer mottakelig for suggesjon, med den konsekvens at psykoedukative elementer i CISD kan skape og forsterke de symptomene den forsøker å unngå (Herbert & Sagemann, 2004). Videre er det foreslått at involvering i CISD går på bekostning av sosial støtte knyttet til familie, venner og arbeidskollegaer (Gist & Woodall, 1999), samt at obligatorisk deltakelse kan tenkes å underminere motivasjon og

forventningsfaktorer (Bootzin & Bailey, 2005). Til tross for at objektive mål dokumenterer negative utfall av CISD oppgir de fleste klientene at de har positivt utbytte av behandlingen (McNally et al., 2003). Dette paradokset kan forklares med at CISD-klienter normalt bedrer seg spontant/uavhengig av terapien, dog endringen ville vært større i fravær av CISD. Klienter kan dermed tenkes å feilaktig attribuere opplevd forbedring til behandlingen (Lilienfield, 2007).

**Dissosiativ identitetsforstyrrelsesorientert psykoterapi.** Negative utfall for DID-klienter ble presentert ovenfor under terapeuteffekter fordi det spekuleres i om forverring kan skyldes at terapeuten skaper et klima som klienten responderer til, og som produserer negative reaksjoner i samsvar med dette klimaet (Bootzin & Bailey, 2005). Samtidig kan det tenkes at klientforverring fasiliteres av at det teoretiske grunnlaget for DID-orientert psykoterapi og det tilhørende repertoaret av intervensjoner som benyttes innenfor terapiformen. Det er en grunnleggende teoretisk antagelse innen tradisjonen at de ulike separate identitetene må hentes frem for at behandlingen skal virke (Gleaves, 1996). I denne prosessen er det vanlig å bruke suggestive metoder som hypnose; å introdusere de ulike identitetene for hverandre; og å kartlegge relasjonene mellom de ulike identitetene (Spanos, 1994). Sistnevnte kan foregå ved at terapeuten skriver ned meldinger på en tavle, mens klienten aktivt skifter mellom ulike identiteter som en måte å kommunisere dem i mellom på. I noen tilfeller benyttes også forsøk på å få tilbake (les: eng. recover) tapte minner om seksuelt eller fysisk misbruk fra barndommen (Lilienfield, 2007). Forsøk på gjenhenting av tapte minner kan være destruktive for klienten og familiene deres ettersom slike metoder kan føre til minner som er subjektivt overbevisende, til tross for at de i flere tilfeller er funnet å være falske/terapeutinduserte (Lynn, Lock, Loftus, Krackow, & Lilienfield, 2003).

Det er mye som tyder på at de øvrige suggestive metodene i DID-orientert psykoterapi kan *skape* separate identiteter fremfor å *oppdage* dem. I følge Klufft (1991) utviser bare 20 % av DID-klientene separate identiteter før behandling, mot de resterende 80 % som følger psykoterapi, og antallet separate identiteter tenderer til å øke gjennom terapiforløpet (Piper et al., 1999). Samtidig avdekkes DID oftere av terapeuter som er spesialister på området og som bruker hypnose (Mai, 1995; Powell & Gee, 1999). Ved å stimulere til at terapeuter systematisk leter etter separate identiteter gjennom suggestive metoder, kan det teoretiske grunnlaget for DID-orientert psykoterapi dermed bidra til iatrogen utvikling av DID. Denne prosessen kan øke sannsynligheten for at terapeuten får sine antagelser bekreftet.

**Sorgterapi.** Funn indikerer at sorgterapi (eng. Grief-therapy) kan øve skadelige effekter for en spesifikk gruppe klienter. Neimeyer (2000) fant at 38% av klientene som mottok sorgterapi ble verre sammenliknet med kontrollgruppen der majoriteten utviste bedring. Denne effekten var imidlertid mest markert blant klienter med normale sorgreaksjoner som nådde en forverringsrate på 50 %. Traumatiske sorgreaksjoner er til sammenlikning operasjonalisert som langvarig sorg i respons til plutselig eller uventede dødsfall (Neimeyer, 2000). I denne gruppen ble 17 % verre. Mekanismene bak de nevnte resultatene er ukjente, men forskjellen mellom de ulike betingelsene i studien indikerer at terapeut/klientmoderater kan være implisert. Dette har imidlertid forskning til gjenstand å utforske.

**Skadelige intervensjoner for barn og unge.** Det er utviklet en rekke intervensjonsformer mot atferdsproblemer, kriminalitet og rusmisbruk hos barn og unge. Til tross for gode intensjoner er det imidlertid avdekket at noen av disse intervensjonsprogrammene konsistent har negative utfall, spesielt i gruppeformat (Dishion et

al., 1999). I en metaanalyse av intervensjonsprogrammer for unge fant Lipsey (1992) negative klientutfall i 29 % av tilfellene. Dette funnet harmonerer godt med oversiktsforskning som har undersøkt forekomsten av forverring for barn og unge (eks. Warren et al., 2010). Jeg vil videre gjennomgå de mest relevante forskningsfunnene hver for seg.

**Gruppeintervensjon for adferdsforstyrrelser.** Forskning indikerer at grupper bestående av avvikende (les: deviant) ungdom har betydning for initiering, opprettholdelse og eskalering av problematferd (Dishion et al., 1999). Dette er dokumentert så tidlig som på 1940-tallet i den mye siterte Cambridge-Sommerville-studien (McCord, 2003). Studien involverte en kontrollbetingelse og et forebyggende program mot kriminalitet rettet mot gutter som manglet gode tilknytningsrelasjoner. Guttene ble fulgt til de ble mellom 40 og 50 år gamle. Resultatene viste at jo høyere deltakelse og samarbeid klienten hadde med programmet, desto høyere sannsynlighet for forverring i form av kriminalitet, tidlig dødsfall, og alkoholisme (McCord, 2003). I ettertid har analyser foreslått at de skadelige effektene kan ha vært en følge av at høy-risiko-guttene fikk større mulighet til å aggregere sin negative innflytelse i interaksjon med hverandre (Dishion et al., 1999). Dette funnet er bekreftet i nyere studier. Eksempelvis er det funnet at tilstedeværelsen av aggressive likemenn kan føre til at gruppenormene endres på en slik måte at det øker gruppens aksept og forsterkning av aggresjon (Stormshak, Bierman, Bruschi, Dodge, & Coie, 1999). Tilsvarende fant Dishion og Andrews (1995) en overvekt av negative utfall for deltakere i en spesifikk variant av *The Adolescent Transition Program* (ATP). ATP evaluerte effektene av henholdsvis ferdighetstrening for foreldre; og utvikling av prososiale egenskaper og selvreguleringsevner hos tenåringer i alderen 11-14 år. Forverringseffekter i form av økt tobakksbruk og eksternaliserende adferd ble rapportert for sistnevnte gruppe etter henholdsvis ett og tre års oppfølging (Dishion & Andrews, 1995). Dishion et al. (1999) har navngitt ovennevnte

prosesser som *avvikstrening* (eng. Deviancy-training). Forfatterne tenker seg at antisosial ungdom tiltrekkes hverandre på grunn av deres likheter, samtidig som de på grunn av sosialkognitive vansker har problemer med å etablere bånd til sosialt fungerende jevnaldrende. Likheten i adferd og verbalisering styrker båndene mellom ungdommene og virker forsterkende på avvikende adferd. Gruppeterapi kan tjene som en treningsarena for nye, antisosiale atferdsvarianter (Dishion et al., 1999). Oppsummert kan altså gruppeintervensjoner basert på avvikende jevnaldrende tenkes å styrke antisosial adferd fremfor å svekke den.

***Edukativ forebygging av rusmisbruk.*** Liknende mekanismer antas å være involvert i negative utfall av intervensjonsprogrammer mot rusmisbruk blant unge. Werch og Owen (2002) fant flere negative klientutfall i en gjennomgang av alkohol- og rusforebyggingsprogrammer. De negative utfallene var spesifikt karakterisert av økt alkoholkonsum etter intervensjonen. Denne tendensen var størst i programmer som vektla evnen til å motstå sosial innflytelse, uten å inkludere normativ informasjon om prevalensen av rusmisbruk og deres jevnaldrendes tilbøyelighet for rusmiddelbruk. Et av de mest hyppig siterte eksemplene på slike programmer er DARE (eng. Drug Abuse and Resistance Education). DARE baserer seg på at uniformert politi lærer barn om risikoen assosiert med bruk av rusmidler, samt hvilke sosiale ferdigheter som kreves for å motstå rusrelatert sosialt press (Lilienfield, 2007). Flere har dokumentert at DARE generelt er ineffektiv (eks. Lynam et al., 1999; MacKillop, Lisman, Weinstein, & Rosenbaum, 2003). Andre har funnet eksempler på negative klientutfall, inkludert økt alkoholkonsum og feil forståelse av hvordan likemenn oppfatter rusmiddelbruk (Werch & Owen, 2002).

Werch og Owen (2002) har foreslått at presentasjonen av mange forskjellige typer rusmidler kan ha medvirket til negative effekter. Bruken av alkohol og cannabis kan ha



fremstått som vanlig blant unge og mindre farlig relativt til andre narkotika. Slike intervensjonsprogrammer har imidlertid ikke negative effekter for alle klienter, og det spekuleres derfor i om negative utfall kan være moderert av klientfaktorer. Bootzin og Bailey (2005) antar i tråd med dette at høyrisikoungdom er kjennetegnet av nevropsykologiske mangler, autoritære eller neglisjerende foreldre, sosialkognitive vansker, innflytelse fra en avvikende kultur, aggresjon, og pågående rusmisbruk. Werch og Owen (2002) hevder i forlengelsen av dette at motstandstreningen kan ha øvd sin negative innflytelse ved å eksponere høyrisikoungdommer for jevnaldrende høyrisikoindivider.

**Negative utfall i spesifikke terapeutiske skoleretninger.** Det er utviklet en rekke konkurrerende terapiretninger siden Freuds tid. I 1956 var det 36 ulike terapiretninger, og i vår tid er det over 400 (Lambert, 2013; Wampold, 2006). Undersøkelser de siste 40 årene har gitt støtte til bemerkningen om at mangfoldet av terapiformer kan deles inn i fem ulike skoleretninger: *psykodynamisk-*, *eksistensiell-humanistisk-*, *atferdsteoretisk-*, *kognitiv-* og *system/kommunikasjonsorientert* terapi (Hougaard, 2012). Samtlige terapiformer er assosiert med positive klientutfall, og det har vist seg vanskelig å påvise forskjeller av praktisk verdi mellom dem (Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, & Diguier, 2002). Det er imidlertid også eksempler på at terapiformer innen de ulike skoleretningene kan produsere negative utfall for en andel av klientene. I følge Mohr (1995) virker det som at alle modaliteter med potensial for å produsere endring kan føre denne endringen i negativ så vel som positiv retning. Han peker videre på at ulike terapimodaliteter kan produsere ulike negative effekter med ulike klienter. Modalitetsspesifikke negative utfall kan videre tenkes å peke mot innflytelsen av spesifikke faktorer knyttet til psykoterapeutiske virkningsmekanismer, og på denne måten bidra til en bedre forståelse av hva det er som virker i psykoterapi (Kazdin, 2007). Relevante funn vil bli gjennomgått i fortsettelsen.

**Opplevelsesorienterte psykoterapier.** Dette er en bred familie av terapiformer som faller innunder den eksistensiell-humanistiske skoleretningen. Den sentrale virkningsmekanismen antas å være emosjonell-kognitiv integrasjon gjennom *uttrykking* (eng. expression) og *opplevelse* (eng. experience) av det klienten føler på et hvert punkt i terapien (Hougaard, 2012). I denne prosessen er opplevelsesorienterte terapeuter direkte med hensyn til å hjelpe klienter å få tilgang på og uttrykke sine indre opplevelser her og nå; og å gjenoppleve fortidige hendelser. Metaanalyser av opplevelsesorientert psykoterapi indikerer generelt positive resultater (Elliot, Greenberg, & Lietaer, 2004), men det sees også betydelige negative ettervirkninger av å satse på sterke emosjonsuttrykk (Mohr, 1995). I en studie av Mohr et al. (1990) ble det gjort en sammenlikning mellom utfall av *Fokusert ekspressiv psykoterapi*, som er en gestaltbasert og sinneaktiverende metode (FEP; Daldrup, Beutler, Engle, & Greenberg, 1988; Mohr, 1995); kognitiv terapi; og en selvhjelpsbehandling basert på leseoppgaver og telefonkontakt. Samtlige klienter hadde diagnosen alvorlig depresjon. Resultatene viste forverringsrater på 19 % for FEP, 19 % for selvhjelpsbehandlingen, og 5 % for kognitiv terapi. Tilsvarende fant Beutler og kolleger at klienter i opplevelsesorientert gruppeterapi utviste høyere rater av forverring sammenliknet med atferdsorientert gruppeterapi, interpersonlig gruppeterapi og en kontrollgruppe (Beutler, Frank, Schreiber, Calvert, & Gaines, 1984).

Det er foreslått at den forhøyede forverringsraten for opplevelsesorienterte terapiformer kan skyldes for kortvarig eksponering for intense emosjonelle opplevelser, som kan føre til en eskalering av angstsymptomer fremfor utslukking (Hougaard, 2012; Mohr, 1995). Risikoen for dette kan antas å være større for alvorlig forstyrrede klienter som kan komplisere en konstruktiv restrukturering av de emosjonelle opplevelsene. Resultatet kan i følge Littrell (1998) være forsterkede negative emosjoner på lang sikt. Videre kan emosjonsventileringen som denne modaliteten oppfordrer til, medføre negative konsekvenser for klientens interpersonlige

relasjoner. Mer spesifikt kan forsterket tilgjengelighet til sinneuttrykk skape øke sannsynligheten for utagering og eskalerende konfliktspiraler (Beutler et al. 1984). Det er generelt en oppfatning at hurtig nedbrytning av forsvarsmekanismer kan skade klienter med alvorlige psykiske lidelser, og i følge Hougaard (2012) er det ”(...) sikkert gode grunner til at det ikke finnes senere undersøkelser til belysning av opplevelsesorientert psykoterapi overfor de mest alvorlige psykiske lidelser” (fritt oversatt, s. 428).

***Kognitiv terapi og kognitiv adferdsterapi.*** Kognitiv terapi og kognitiv adferdsterapi er blant de terapiformene som har vært gjenstand for mest empirisk utforskning (Lambert, 2013). Behandlingsformen sikter i korthet på identifisere og modifisere uhensiktsmessige tankeprosesser, sistnevnte gjennom kognitiv restrukturering. Kognitiv adferdsterapi supplerer i tillegg med atferdsteoretiske elementer som identifisering av problematisk adferd og eksponeringstrening (Beck, 1995). De mange tilpasningene av kognitiv terapi/kognitiv adferdsterapi er funnet å ha positiv virkning for en bred rekke problemspesifikke så vel som mer gjennomgripende psykiske lidelser (se Hougaard, 2012).

Til tross for omfattende forskning er det bare funnet få tilfeller av negative klientutfall i kognitiv terapi/kognitiv adferdsterapi. Mohr et al. (1990) fant at én av 20 klienter med alvorlig depresjon ble verre i kognitiv terapi, men samtidig var forverringsraten betydelig lavere enn for opplevelsesbaserte terapiformer, og selvhjelpsbehandling. I en metaanalyse av forholdet mellom manualetterlevelse og behandlingsresultat fant Havik (2000) fem studier der det var en negativ sammenheng. En av disse studiene involverte kognitiv adferdsterapi og de øvrige fokuserte på psykodynamiske terapiformer. Forfatteren konkluderte imidlertid med at de negative konsekvensene ikke skyldtes kognitive teknikker i seg selv, men deres samspill med den terapeutiske alliansen. Mer spesifikt tenderte terapeuten i denne studien å vektlegge et teknisk perspektiv til tross for en tydelig sviktende allianse (jf. avsnittet om rigiditet)

(Havik, 2000). Det sterkeste eksempelet på at kognitiv terapi kan ha negativt utfall ble dokumentert i en reanalyse av *National Institute of Mental Health Collaborative Depression Study* (Lambert, 2013). Reanalysen viste at kognitiv terapi produserte større grad av negative klientutfall enn interpersonlig terapi, Imipramine (trisyklisk antidepressiv) og placebobetingelsen med forverringsrater på henholdsvis 10-13%, 0-2%, 5% og 5-8 %. I følge Mohr indikerer de nevnte funnene at ”kognitiv terapi, som andre terapier, er kapabel til å produsere negative effekter” (Fritt oversatt, Mohr, 1995, s. 19).

**Adferdsterapi.** Atferdsterapeuter er kjennetegnet ved at de hovedsakelig appliserer læringsprinsippene operant- og pavloviansk betingning for å håndtere symptomer og uhensiktsmessig adferd (APA, 2009). Fokuset er primært på adferden i seg selv, og adferdsterapi tar ikke hensyn til underliggende psykologiske faktorer som kan være implisert i klientens problematikk. I følge Mohr (1995) er sistnevnte spesielt uheldig siden det mest sannsynlig er ”(...) kompleksiteten i menneskelig adferd og personlighet i samspill med terapi og terapeutvariabler som leder til behandlingsfeil” (fritt oversatt, s. 18). Det er studier som foreslår at negative utfall av adferdsterapi kan være knyttet til mangler ved dens teoretiske grunnlag. Eksempelvis er det funnet at 30 % til 50 % av alle klienter paradoksalt nok får økt angst og flere panikkanfall under avslapningstrening (Heide & Borkovec, 1984; Lilienfield, 2007; Lynn et al., 2003). En hypotese er at klienter som frykter å miste kontrollen kan ha en større tendens til negative utfall (Mohr, 1995). Kontrollaspektet henviser imidlertid til en psykologisk moderator som ikke atferdspsykologiske teorier tar til inntekt. Lilienfield (2007) peker på at forfatterne burde ha undersøkt om disse klientene kunne ha blitt gradvis habituert til avslapningstrening, og at studiet derfor ikke demonstrerer at avslapningsteknikker er uunngåelig assosiert med negative effekter. To andre studier har rapportert symptomøkning og nye symptomer i respons til behandling. Foa og Steketee (1977 sitert i Mohr, 1995) fant at 3 av 21 klienter med OCD (eng. Obsessive-Compulsive

Disorder) opplevde nye symptomer, og Hand og Lamontagne (1976 sitert i Mohr, 1995) fant at syv av 25 opplevde økt grad av relasjonelle kriser som følge av adferdsterapi. Disse studiene er imidlertid preget av små utvalg og manglende kontrollgruppe. Metodiske svakheter synes å være et gjennomgående trekk ved forskningen på negative effekter ved adferdsterapi (se Mohr, 1995), og det er påfallende at de fleste relevante studier som vedrører temaet er av eldre dato. Dette gjør validiteten av resultatene usikker, og feltet krever følgelig mer forskning.

*Psykodynamisk terapi.* Det er lite forskning som tyder på at psykodynamisk terapi i seg selv kan føre til negative utfall utover nonrespons. Samtidig må det bemerkes at psykodynamiske terapiformer har vært utforsket i langt mindre grad enn kognitiv terapi/ kognitiv adferdsterapi og adferdsterapi (Hougaard, 2012). I den grad det er funnet negative effekter knytter dette seg til tidligere nevnte psykoanalytiske idealer om nøytralitet og abstinens, og frekvens av overføringstolkninger (jf. avsnitt om terapeutfaktorer). Funnet tyder som nevnt også på at psykodynamiske terapeuter får svakere resultater som følge av økt erfaring og egenerapi (Sandell et al., 2000; Svartberg & Stiles, 1992) og det er foreslått at dette kan skyldes sementering av uhensiktsmessige terapeutiske holdninger. I følge Mohr (1995) kan negative effekter av psykodynamisk terapi være moderert av klientkarakteristikker. I tråd med dette hevder forfatteren at dynamiske terapiformer kan være mindre egnet for forstyrrede klienter med borderline, psykopatiske/dyssosiale, narsissistiske eller masokistiske trekk. Slike klienter har oftere betydelige interpersonlige vansker, avhengighet, og en paranoid beredskap; og trenger følgelig større grad av struktur enn det som normalt tilbys i psykodynamiske terapiformer (Binder & Strupp, 1997; Strupp, 1998; Von Der Lippe et al., 2008). Ettersom psykodynamiske terapiformer ofte vektlegger tidlige relasjoner kan det også tenkes at denne behandlingsformen løper en større risiko for negative

effekter assosiert med blame-and-shame manøveren (Campbell, 1992), samt fenomenet falske minner (Lynn, 2003). Dette har imidlertid forskningen til gjenstand å utforske.

**Oppsummering.** Forskning tyder på at spesifikke intervensjonsformer er assosiert med negative klientutfall. CISD, DID-orientert terapi, sorgterapi og en rekke gruppeintervensjoner for ungdom er i flere tilfeller funnet å utøve skadelige effekter på sine klienter. Videre kan en anta at enhver virksom terapi kan produsere endringer i negativ så vel som positiv retning. Opplevelsesorienterte terapiformer virker imidlertid å være kapabel til betydelig forverring, og det tenkes at dette kan tilskrives til terapiformens vekt på intense emosjonelle uttrykk. Hvis klienter ikke eksponeres lenge nok til å få en konstruktiv utgang av sterke emosjonelle opplevelser, kan dette føre til en form for sensitivisering (Mohr, 1995). Det er også funnet negative effekter av kognitiv terapi/kognitiv adferdsterapi, atferdsterapi og psykodynamiske terapiformer. Hva atferdsterapi angår er de nevnte funnenes validitet usikker. Tilsvarende er det vanskelig å si med sikkerhet om kognitiv terapi/kognitiv adferdsterapi i seg selv kan føre til negative klientutfall. I mange tilfeller virker det som om utfallet modereres av klient- og terapeutfaktorer (Havik, 2000).

### **Forebygging av negative effekter: implikasjoner for forskning og praksis**

Kunnskap om at psykologisk behandling kan produsere negative utfall bør påvirke psykologisk forskning og praksis på en slik måte at sannsynligheten for skade blir redusert. De ovennevnte funnenes aktualitet i videreutviklingen av psykologprofesjonen vil bli drøftet i det følgende. Denne artikkelen har flere begrensinger som det er viktig å påpeke i forkant av denne drøftingen. For det første er det ikke etablert konsensus om hvordan negative effekter skal defineres og operasjonaliseres, og oversikten som er gitt her inneholder en rekke forskjellige studier med ulike konseptualiseringer. På bakgrunn av denne variabiliteten er det sannsynlig at de ulike funnene ikke er direkte sammenliknbare. Det er gjort et forsøk på å

sortere bort de studiene som ikke er i overenstemmelse med den innledende definisjonen på negative effekter, men enkeltstudier er i mange tilfeller preget av inkonsistent og vag begrepsbruk. Dette indikerer et behov for at forskningsfeltet i fremtiden støtter seg til en felles konseptualisering av negative effekter. I denne forbindelse kan gjerne Lindens (2013) klassifiseringsmodell være et nyttig bidrag.

For det andre er det også en begrensning i det at deltakerkarakteristikker divergerer mellom de inkluderte studiene. Det er i mange tilfeller uklart hvilke egenskaper de ulike deltakerne har, hvor lange behandlingsforløpene deres er, hvorvidt klienten er utsatt for betydelig ekstraterapeutisk påvirkning m.m. Dette gjør det vanskelig å si noe om hvilken terapeut, med hvilken klient under hvilke omstendigheter som risikerer negative klientutfall. Disse variablene bør spesifiseres og undersøkes nøye slik at potensielle mediatorer og moderatorer for negative effekter kan bli oppdaget. Her kan en mulig løsning være en kombinasjon av nomotetiske og ideografiske studier (Barlow & Nock, 2009). Nomotetiske studier kan avdekke ekstremvarianter både blant terapeuter og klienter som er assosiert med positive/negative utfall. Ideografiske studier kan utforske ekstremvariantene grundigere med henblikk på å avdekke særlige deltakerkarakteristikker og prosesser som ledet frem til det aktuelle utfallet.

For det tredje er de inkluderte studiene ikke klassifisert og vurdert etter evidensstyrke. Dette kan begrense den indre validiteten til flere av de forskningsfunnene som er presentert her. Kun et fåtall av studiene er randomiserte-kontrollerte eksperimenter. De fleste er basert på kvasieksperimentelle metoder som eksempelvis statistisk sammenlikning av ulike befolkningsgrupper, eller studier med naturalistiske design, og kasusrapporter. Mange av studiene er også av eldre dato og benytter ofte mindre sofistikerte forskningsmetoder (jf. Barlow, 2010). Generelt er det påfallende at det finnes få nyere studier som utforsker

negative klientutfall. Det kreves altså en større forskningsinnsats på feltet og at det tas i bruk mer stringent og adekvat metodologi.

Endelig er det relevant å trekke frem at de presenterte funnene er hentet fra et begrenset utvalg databaser og språk. Dette kan bidra til at potensielt relevante og verdifulle studier har blitt utelukket. Eksempelvis var en rekke nyere studier om negative effekter på tysk. I denne oversikten er det med få unntak kun norske og engelskspråklige artikler som har blitt inkludert.

Gitt de nevnte begrensningene bør denne artikkelen bli ansett som en generell oversikt over forskningsfeltet og dets etiske og metodologiske utfordringer. Denne oversikten mangler altså spesifisiteten til å gi spesifikke anbefalinger vedrørende psykoterapeutisk forskning og praksis. Den følgende drøftingen omhandler derfor generelle implikasjoner av nevnte funn for psykologisk forskning og praksis.

### **Å integrere forskning og klinisk praksis**

Forskningsfunn bør informere klinisk praksis på en slik måte at behandlingen blir optimalisert for klientene. Manglende integrasjon av forskning og praksis kan øke sannsynligheten for negative utfall ved å svekke terapeuters kunnskap om og åpenhet for at terapien kan ha skadelig effekt. Dersom det er betydelige mangler eller feil i klinisk kunnskap om terapiens negative potensial, kan dette utelukke at behandlingsrelatert forverring blir oppdaget og adressert på en adekvat måte. Selv om korrekt kunnskap ikke nødvendigvis leder til forbedret praksis kan det likevel tenkes at det gir en bedre prognose for avdekking og forebygging av negative klientutfall. Til kontrast utelukker manglende kunnskap denne muligheten (Boisvert & Faust, 2006). En effektiv respons til negative terapiprosesser krever altså en anerkjennelse av at psykoterapi kan ha negative effekter på klientene.



Betydningen av kjennskap til negative effekter impliserer at psykoterapeuter i omfattende grad bør blir opplyst om risikoen assosiert med spesifikke teknikker, behandlingsformer og deltakerkarakteristikker gjennom grunnutdanning, etterutdanning, og styrket forskningsinnsats på feltet. Psykoterapeuter blir allerede oppfordret til å konsultere oversikter over evidensbaserte terapiformer for å tilby klientene en mest mulig skreddersydd behandlingsform (APA, 2002; Roth & Fonagy, 1996). Lilienfield (2007) tillegger at det vil være minst like hensiktsmessig å konsultere oversikter over PHT for å forebygge behandlingsrelatert forverring. Forskning viser imidlertid at klinikere overveiende lar seg veilede av deres erfaring med klienter, samtaler med kollegaer eller av innovatører som skriver fengslende om deres kliniske nyvinninger eller holder kurs (Hougaard, 2012). Dette kan tenkes å øke sannsynligheten for at klienter blir behandlet med metoder som er utdaterte, lite egnet til å skape bedring, og/eller er direkte skadelige. Det er spekulert om den tilsynelatende manglende interessen for psykoterapiforskning blant klinikere kan skyldes at forskningsresultatene ikke ansees som direkte relevante for klinisk praksis (Boisvert & Faust, 2003). Alternativt kan det tenkes at mangelen på forskjeller i effekt mellom de ca. 400 psykoterapiformene (Luborsky et al., 2002), og det at forskningen overveiende fokuserer på psykoterapiens positive effekt (Lilienfield, 2007), kan bidra til den feilslutning at "alt vi gjør har god effekt uansett". Det kan også antas at den mer spesifikke mangelen på interesse for negative effekter kan skyldes en iboende motstand hos forskere og klinikere mot å avsløre, rapportere eller å ta innover seg informasjon om behandlingsrelatert forverring (jf. avsnitt om arkivskuffproblemet).

Manglende rapportering av forverring i psykoterapi kan muligens motvirkes ved at miljøet av klinikere og forskere på en positiv måte fremhever dem som rapporterer om negative utfall i deres praksis/forskning. Klinikere og forskere som rapporterer om negative effekter kan tenkes å yte en stor tjeneste til psykologprofesjonen, fordi dette bidrar til innsats

mot å øke forsvarligheten og effektiviteten i tilbudet til klientene våre. Som nevnt tidligere kan det også være hensiktsmessig å utvikle et sanksjonsfritt system for innsamling av prosess- og utfallsdata (McCord, 2003). Dersom slike data blir gjort tilgjengelig for forskning vil det muligens kunne styrke psykologprofesjonens forståelse for hvilke klienter, med hvilke terapiformer og terapeuter som har økt risiko for negative utfall. Tilsvarende bør terapeuter sosialiseres til å utforske og bevisstgjøre seg hvilke risikofaktorer som er assosiert med seg selv i møte med ulike klienter. Overordnet kan integrasjon av forskning og praksis på denne måten virke forebyggende for negative klientutfall.

### **Kunnskap om forverring som følge av behandlingsform og teknikk**

Et naturlig startsted med hensyn til integrasjon av forskning og praksis kan være å opplyse terapeuter om potensielt skadelige behandlingsformer (PHT, se Lilienfield, 2007). Eksempelvis er det blitt vist til at bestemte typer intervensjonsgrupper for avvikende ungdommer, DID-orientert terapi, og CISD er vist å være skadelig for majoriteten av sine klienter. Negative utfall kan her forebygges ved at studenter enten unngår eller trenes i kompetent bruk av slike høyrisiko-intervensjoner. På den andre siden er det flere tilfeller der de negative utfallene bare forekommer under spesifikke omstendigheter og/eller interpersonlige kontekster. Eksempelvis har det blitt pekt på at avslapningstrening kun er skadelig for en minoritet av klientene i atferdsterapi for panikkanfall (eks. Heide & Borkovec, 1984), og risikoen er antatt å være høyere for klienter som assosierer avslapningstreningen med kontrolltap (Mohr, 1995). Dette impliserer at behandlingsformen ikke bør avskrives ettersom den potensielt kan være fordelaktig for andre klienter. Terapeuter bør dermed motiveres til å utforske hvor omfattende, spesifikk og gyldig forverringseffekter er for en vid rekke klienter.

Videre har det blitt vist at godt dokumenterte behandlingsformer i noen tilfeller kan øve skade på klientene, og at dette i stor grad kan tilskrives terapeutens tekniske utførelse. Skadelige effekter er i tråd med dette assosiert med overdreven rigiditet (eks Havik, 2000); for stor fleksibilitet i bruk av terapeutiske teknikker (Schulte & Eifert, 2002); suggesjon og sensitivisering for symptomer (Linden, 2013); feil i utøvelsen av eksponeringstrening for angststimuli (Foa & Steketee, 1977) og intense emosjoner (Mohr, 1995); og negativ fremstilling av klientens signifikante andre (Campbell, 1992). I følge Castonguay et al. (2010) bør terapeuter trenes i å bruke psykologiske intervensjoner på en fleksibel og balansert måte, i passende kontekster og med passende presisjon. Behovet for balanse i anvendelsen av teknikker stiller imidlertid krav til at terapeuten er sensitiv for klientens utvikling i terapiprosessen. Manglende sensitivitet kan over tid føre til negative selvforsterkende prosesser gjennom applisering av upassende intervensjoner (jf. Piper et al., 1991; Schulte & Eifert, 2002). Sistnevnte kan imidlertid motvirkes av systemer for objektiv overvåkning av klientens utvikling i terapi. Et eksempel på dette er klient- og resultatorienterte systemer (KOR) som 1) overvåker klientutfall gjennom standardiserte spørreskjema hver terapitime; og 2) som gir øyeblikkelig tilbakemelding til terapeuten om at klienten utvikler seg i negativ retning (Shimokawa et al. 2010). Den øyeblikkelige tilbakemeldingen bør være basert på en omfattende kasusformulering som skaper grunnlag for brede utfallsmål. Kasusformuleringen kan på denne måten fungere som et bakteppe for å vurdere valensen og intensiteten i klientenes utvikling.

Forverringseffekter knyttet til suggesjon og sensitivisering, og feilslått eksponering for angststimuli og emosjonelle opplevelser, kan forebygges gjennom å advare terapeuter om at teknikker assosiert med risiko må brukes med varsomhet. Terapeuter bør på bakgrunn av denne kunnskapen trenes i kompetent utførelse av slike teknikker, eller unngå dem der det finnes bedre alternativer (Linden, 2013). En slik tilnærming kan suppleres med en

kunnskapsdatabase der feil i utøvelsen av psykoterapi blir dokumentert og gjort tilgjengelig for klinikere. Dette kan forebygge at terapeuter går i de samme fellene som kolleger har gjort før dem, og minske gapet mellom forskning og praksis.

Negative effekter knyttet til blame and shame - manøveren (Campbell, 1992) kan forebygges ved at terapeuter er oppmerksom på konsekvensen av at klientens signifikante andre blir fremstilt i et ensidig devaluerende lys. Blame and shame – manøveren setter klienten i risiko for å fordrive viktige støttespillere i klientens sosiale nettverk. Dette kan motvirkes ved at terapeuten overvåker brede utfallsmål, som inkluderer utviklingen av klientens sosiale relasjoner underveis i terapiforløpet. Dersom klientens forhold til signifikante andre blir forverret som følge av terapiprosessen, bør klinikerens gjøre en innsats for å hjelpe klienten til å reparere eksisterende relasjoner, eller eventuelt å utvikle nye.

### **Forverring knyttet til den terapeutiske relasjon: utdanning og seleksjon**

Det er som nevnt funnet en konsistent sammenheng mellom alliansens kvalitet og klientens bedring på tvers av terapiretninger for en rekke tilstander (Horvath & Bedi, 2002). Samtidig er terapeutens evne til å etablere gode terapirelasjoner en av de sterkeste prediktorene for terapiens utfall (Ravitz et al., 2011). Motsatt har det blitt vist til den negative assosiasjonen mellom terapeutegenskaper som manglende empati, autoritær gruppeledelse, fiendtlige motoverføringsreaksjoner, engstelig og unnvikende tilknytning, lav selvtillit og perfeksjonisme og klientens rangering av alliansen og terapiens utfall (eks. Mohr, 1995; Von der Lippe et al. 2008; Binder & Strupp, 1997). Noen terapeuter blir i følge Henry og Strupp (1994) mer negativt aktivert av avvisning og motstand, og kan ha vanskeligheter med å adressere alliansebrudd, uhensiktsmessig adferd og misforståelser på en måte som oppleves konstruktivt for klienten. Konsekvensen kan være at klienten opplever terapeutens tilbakemeldinger som negativ kritikk, som over tid kan lede til permanente alliansebrudd

dersom de ikke håndteres på en adekvat måte (Von der Lippe et al., 2008). Negative prosesser kan videre bli forsterket av bestemte klientkarakteristikker som vansker med å relatere seg til andre, negative forventninger til terapien og terapeuten, manglende motivasjon og lidelsens alvorlighetsgrad (Mohr, 1995). I tillegg kan som nevnt også forskjeller mellom terapeut og klient med hensyn til kjønn, alder, religiøs orientering, og seksuell legning legge føringer for hvor lett/vanskelig det er å etablere en konstruktiv relasjon (Cooper, 2008). Oppsummert innebærer dette at noen terapeuter har forhøyet risiko for å reagere med fiendtlige eller unnvikende motoverføringsreaksjoner i møte med bestemte klienter.

Som et ledd i forebygging av terapeutinduserte forverringseffekter har Dobson og Shaw (1993) foreslått at vi burde selektere terapeuter på bakgrunn av bestemte egenskaper. Problemet er imidlertid at forskning fremdeles har langt å gå med hensyn til å fastslå hvilke terapeutkarakteristikker som er mer effektive enn andre på tvers av spesifikke psykoterapiretninger (Wampold, 2001, 2006). Det er likevel funnet noen varselsignaler som kan støtte en forebyggende seleksjonsprosess. Terapeuter som har negative klientutfall er oftere dominerende, autoritær, og uempatisk; overdrevent underkastende eller har patologisk behov for å bli beundret; vansker med å tåle avvisning, begrenset selvbevissthet og vansker med å tåle negative emosjoner; samt manglende evne til å adressere og reparere alliansebrudd (Castonguay et al., 2010).

Selv om noen terapeuter kan tenkes å være spesielt sårbare for å engasjere i negative prosesser, viser det seg at de fleste terapeuter har vansker med å mestre konflikter som de selv er en del av (Strupp, 1998). Som nevnt tidligere møter ofte terapeuter klientens invitasjoner til fiendtlig interaksjon med nettopp fiendtlighet (Von Der Lippe et al., 2008). Utdanningen bør derfor ta høyde for at selv normalfungerende terapeuter kan initiere og forsterke negative terapiprosesser. Utdanningen bør i forlengelsen av dette hjelpe

psykoterapeuter til å identifisere og møte negative prosesser, manglende interpersonlig kompatibilitet og utfordrende klientkarakteristikker på en konstruktiv måte. Negative terapiprosesser kan forebygges ved at utdanningen gir terapeuter mulighet til å bli kjent med seg selv med hensyn til styrker, begrensninger, interpersonlig sårbarhet, og risikoområder for fiendtlig motoverføring (Castonguay et al., 2010). Interpersonlig inkompabilitet kan videre tenkes å bli motvirket av at studenten systematisk reflekterer over og adresserer hvordan kulturelt forhåndsgitte selvfølgheter påvirker den interpersonlige prosessen mellom terapeut og klient (Morrow, 2000). Videre bør terapeuter trenes i å tilpasse intensiteten, lengden og innholdet i intervensjonen etter spesifikke klientkarakteristikker. Eksempelvis kan klienter med interpersonlige problemer kreve at terapeuten er forberedt på gjentatte alliansebrudd, og at terapeuten må adressere og reparere disse bruddene kontinuerlig. Overordnet impliserer ovennevnte at utdanningen må hjelpe terapeuter til å utvikle sensitivitet for negative prosesser, samt ferdigheter knyttet til å gjøre adekvate tilpasninger for å møte disse prosessene.

**Utvikling av terapeutens sensitivitet for negative effekter.** Det er foreslått at en velutviklet refleksiv kapasitet kan støtte terapeutens sensitivitet for negativ endring (Strupp & Binder, 1997). Den refleksive kapasiteten tillater terapeuten å innta en deltakende-observatørrolle, som innebærer at han/hun samtidig er tilstede i og distansert fra det som skjer i terapiprosessen. Gjennom metakommunikasjon formidler terapeuten sin opplevelse av det mer eller mindre ubevisste og gjensidige bidraget fra klienten og terapeuten til det som skjer *her og nå* i terapiprosessen. I denne prosessen kan det tenkes at terapeutens sensitivitet for klientens opplevelse av terapeuten og terapeutiske intervensjoner blir styrket fordi klienten inviteres til å gi direkte tilbakemelding. Direkte tilbakemelding fra klienten gjør det mulig for terapeuten å endre prosesser som kan ha negativ påvirkning på terapiens utfall. I tråd med dette hevder Safran et al. (1990) at metakommunikasjon er en primær strategi for å oppdage

og å håndtere alliansebrudd. På bakgrunn av den antatte nytten av metakommunikasjon, anbefaler Binder og Strupp (1997) at studenter trener opp den refleksive kapasiteten gjennom veiledet analyse av de interpersonlige prosessene som utspiller seg under terapi. Videoopptak eller observasjon kan være relevante verktøy i denne sammenhengen. Samtidig påpeker forfatterne at denne ferdigheten krever lang og møysommelig trening, og at det ikke er bekreftet hvilke metoder som vil kunne bidra til mest mulig effektiv utvikling av den refleksive kapasiteten. Forskning bør i forlengelsen av dette undersøke hvorvidt effektiv kultivering av refleksive ferdigheter er mulig.

Den refleksive kapasiteten kan ta lang tid å utvikle (Binder & Strupp, 1997), og den er sårbar for faktorer som belaster terapeutens kognitive kapasitet (Schwartz, 1990). Samtidig kan terapeuters sensitivitet for negativ endring bli hindret av behovet for å være optimistisk om sine egne prestasjoner (Lambert, 2011); og ved at klienter har en tendens til å skjule at de har en negativ opplevelse av behandlingen (Von Der Lippe et al., 2008). Heldigvis er det utviklet empiriske metoder for systematisk overvåking av klientforverring og alliansen status (jf. KOR), som er vist å kunne øke sannsynligheten for at terapeuten oppdager negativ endring (Dimidjian & Hollon, 2010; Lambert et al. 2001; Parker, Fletcher, Berk, & Peterson, 2013; Shimokawa, 2010). Implementering av KOR i psykoterapi kan tenkes å bidra til at oppdaging av negative effekter i mindre grad blir priggitt den enkelte psykoterapeut sin refleksive kapasitet. KOR bør derfor inngå som et sentralt element i utdanningen av psykoterapeuter.

**Sensitivitet og adekvate beslutninger.** Hensikten med å øke terapeuters sensitivitet for negativ endring er å gi klinikerne muligheten til å forhindre negative klientutfall gjennom skreddersydde intervensjoner (Lambert, 2013). Det er imidlertid ingen automatikk i at økt sensitivitet for negativ endring fører til mer adekvate terapeutiske beslutninger (Hatfield et

al., 2010). Det er eksempelvis hevdet at uhensiktsmessige strategier som overdreven rigiditet og fleksibilitet i flere tilfeller ble utløst og opprettholdt nettopp av terapeutens opplevelse av negativ endring (Schulte & Eifert, 2002). Altså feilet terapeuten å tilpasse intervensjonen på en adekvat måte til tross for sensitivitet for forverring.

Terapeutens evne til å foreta adekvate beslutninger kan støttes av at terapeuten har et repertoar av empirisk baserte strategier for å møte negativ endring. Persons og Mikami (2002) har i tråd med dette utviklet en algoritme for å forebygge, identifisere, håndtere, og akseptere behandlingsrelatert forverring. Forfatterne hevder at det i alle deler av terapiprosessen er viktig å være åpen med klienten om situasjonen på en samarbeidende, ikke-anklagende og problemløsende måte. Forfatterne anbefaler også at det i starten av terapi utarbeides en behandlingskontrakt som sier noe om hvilke steg som blir tatt dersom klienten ikke oppnår ønskede resultater. I de tilfeller klienten viser en begrenset positiv utvikling må en spørre seg om dette er det beste utfallet som kan oppnås for denne klienten (Persons & Mikami, 2002). Hvis dette er tilfellet kan det være riktig å avslutte behandlingen. Dersom en begrenset utvikling ikke er akseptabel kan terapeuten spørre seg om behandlingsplanen og behandlingen virkelig blir implementert. Viser det seg at behandlingsplanen virkelig blir implementert og klienten blir verre, anbefaler algoritmen at terapeuten returnerer til kartleggingsfasen for å avgjøre hvorvidt en revidering av kasusformuleringen kan lede til en bedre egnet behandlingsplan. Persons og Mikami (2002) anerkjenner imidlertid at algoritmen ikke alltid vil føre til bedre respons fra klienten. Forfatterne anbefaler i slike tilfeller å henvise klienten til en annen behandler. Forebygging av negative klientutfall kan altså handle om at terapeuten aksepterer sine begrensninger i møte med spesifikke klienter og problemstillinger.



Systematisk implementering av KOR over tid kan gi klinikere en oversikt over hvilke klienter, med hvilken problematikk han/hun opplever som særlig utfordrende. Denne innsikten kan være nyttig i klinikerens egenutvikling dersom den brukes til å adressere egne begrensninger på en systematisk måte. Tilbakemeldinger fra klienter kan videre tenkes å avsløre om terapeutiske intervensjoner har en uønsket skadelig effekt, og i hvilken grad dette skyldes teknisk utførelse, negativ interaksjon med bestemte klientkarakteristikker, eller iboende skadelige egenskaper ved terapiformen. Der negative endringer blir oppdaget kan algoritmer eller modeller som støtter klinisk beslutningstaking hjelpe terapeuten med å gjøre adekvate tilpasninger.

### **Ansvars plassering og utvikling av psykologisk praksis**

Det ble innledningsvis nevnt at forskningen på negative klientutfall ikke har mottatt samme oppmerksomhet og interesse som studiet av positive effekter. De fleste studiene med fokus på forverring er av eldre dato, og ca. én av tre terapeuter kjenner ikke til at negative effekter forekommer i psykoterapi (Boisvert & Faust, 2006). Hva gjør manglende forskning og kunnskap på feltet med psykologprofesjonens selvforståelse? Tar vi for gitt at psykoterapeutiske intervensjoner utelukkende er gode i seg selv? Når forskningen utelater negative utfall er det nærliggende å tenke at det nettopp er dette som kan skje. Ignorering av behandlingsrelatert forverring kan medføre at det etableres en uuttalt selvfølghelighet om at det skal gå godt når psykoterapeuten snakker med klienten. Nutt og Sharpe (2008) antyder at det er en antagelse at ”psykoterapi bare er å snakke (...) ingen kan ta skade av dette” (fritt oversatt, s. 3). Forskningsfunnene som har blitt gjennomgått i denne artikkelen peker imidlertid på et bredt spekter av eksempler på at psykoterapeuter og virkningsfulle behandlingsformer kan produsere negative så vel som positive effekter.

Dersom det viser seg at våre klienter ikke profiterer på terapi kan det tenkes at tilbøyeligheten til å klandre klienten er nærliggende. Uttrykk som *behandlingsresistent*, *ikke klar for endring* og *kan ikke nyttiggjøre seg behandling* impliserer at nonrespons og negative utfall tilskrives klienten. Linden (2013) formulerer det slik: "no therapist can be held responsible if an illness cannot be cured" (s. 287). Slike holdninger kan under bestemte forhold ansees som et uttrykk for ansvarsfraskrivelse fra psykologiprofesjonens side. Mer spesifikt vil det ikke være rimelig å rette anklager mot klientene våre for manglende positive resultater der psykologisk behandling blir promotert som et godt behandlingstilbud for den problematikken klienten presenterer. Å hevde at psykoterapi er måten å hjelpe disse menneskene på stiller krav til at psykologprofesjonen tar ansvar for klientenes helse. Alternativt må psykologprofesjonen ta ansvar ved ærlig å innrømme at vi ikke kan gi et godt nok behandlingstilbud for visse klienter. Linehan (1993) hevder i tråd med denne tankegangen at det er terapeuten og terapien som feiler klienten og ikke motsatt.

Å akseptere og ta ansvar for at psykoterapi kan produsere negative utfall er et viktig steg i en konstruktiv utvikling av psykologisk behandling. Gitt at terapeuters første ansvar er å ikke øve skade på sine klienter (APA, 2002), er det presserende at psykoterapiforskning og klinisk praksis bestreber å identifisere og forstå behandlingsrelaterte kilder til negative utfall. Ovenfor har det blitt foreslått flere tiltak. Kort oppsummert kan det være av nytte å: 1) kreve at ulike psykoterapiretninger dokumenterer at de ikke har skadelige effekter, på samme måte som at det kreves dokumentasjon for deres terapeutiske virkning; 2) systematisk overvåke negative utfall i forskning og klinisk praksis; og 3) utvikle en nøytral avviksdatabase for innrapportering og analysering av negative klientutfall. Dersom vi utvikler en forståelse for hvilke aspekter ved psykoterapi som produserer negative utfall, kan det tenkes at vi vil være i bedre stand til å besvare følgende spørsmål: hvilke problemstillinger kan psykologisk behandling med rimelighet ta ansvar for, og hvilke fenomener må vi foreløpig innrømme at

faller utenfor vårt virkeområde? Kanskje må vi innse at psykoterapi ikke er det beste behandlingsvalget for alle individer, og at vi ikke kan avhjelpe ethvert psykologisk problem.

### **Burde vi advare klientene om potensialet for behandlingsrelatert forverring?**

Vi kjenner ikke de eksakte mekanismene som produserer positiv endring i psykoterapi til tross for omfattende forskningsinnsats på feltet (Lambert & Ogles, 2004). På samme måte kjenner vi ikke til mekanismene bak negativ endring. I følge Boisvert og Faust (2002) er det å fullstendig eliminere negative effekter urealistisk og kan muligens bare realiseres ved å slutte med all behandling. Videre peker forfatterne på at den generelle balansen i behandlingsutfall er positiv og at det derfor ville gjøre større skade enn godt å slutte å tilby psykoterapi. Men dersom det er sannsynlig at negative effekter alltid vil være en del av psykoterapi, burde vi da advare klientene om potensialet for at terapi kan gjøre dem verre? Hvordan vil klienten respondere til en slik advarsel?

Det kan tenkes at åpenhet om terapiens negative potensial kan gjøre det lettere for terapeuten å akseptere og å være åpen om denne problemstillingen overfor klienter. Videre er det hevdet at en slik advarsel kan være hjelpsom dersom den får klienter som ville ha blitt verre av terapi til å avstå (Boisvert, 2010; Kazdin, 2007). På den andre siden kan en slik advarsel også ha negative konsekvenser dersom den hindrer deltakelsen til klienter som kunne ha nyttiggjort seg psykologisk behandling. Videre kan negative forventninger føre til en feilslutning ved at klienten attribuerer forverring til terapi der dette skyldes ekstraterapeutiske faktorer. Samtidig er det foreslått at negative forventninger til terapi faktisk fører til forverring gjennom en reversert placebo-mekanisme (les: nocebo) (Bootzin & Bailey, 2005). Klientens positive forventninger til terapien og terapeuten er antatt å være en av de mest sentrale virkningsfaktorene i psykoterapi (Frank & Frank, 1991). Med en slik advarsel risikerer altså psykologprofesjonen å redusere potensialet for positiv endring ved å

senke klienters forventninger til at terapien vil kunne hjelpe dem. Dersom vi skal advare klientene om risikoen for at de blir verre av terapi, må dette altså kommuniseres på en måte som balanserer de nevnte fordelene og ulempene på en god måte.

### **Implikasjoner av dose-respons-effekten**

Forverring som skyldes at klienten blir tilbudt for liten dose eller et utilstrekkelig antall psykoterapitimer kan som nevnt representere en form for TER. Dette innebærer at det bør være et offentlig terapeutisk mål å tilby klientene det antall terapitimer empiriske funn tilsier at de er indikert for (Hansen et al., 2002; Lambert et al, 2001). På bakgrunn av dette kan det være nødvendig å utvikle behandlingsretningslinjer som legger vekt på tiden det tar for klientene å nå en klinisk signifikant bedring. Forskningen gjenspeiler imidlertid at det er en variabilitet i antallet psykoterapitimer som kreves for klinisk signifikant bedring ved ulike typer problemer (Barkham et al., 1996; Orlinsky et al., 1994). Samtidig viser det seg at avkastningen for hver ekstra terapitime avtar etter en viss tid, og at denne tendensen varierer mellom ulike tilstandsbilder (Howard et al., 1986). Klienter kan derfor være tjent med at terapeuten overvåker deres utvikling mot normative standarder for bedring (Hansen et al., 2002). Systematisk overvåkning kan bidra til at antallet psykoterapitimer blir skreddersydd til klientens behov. Dette setter imidlertid også krav til at klinikere og forskere bidrar til å utvikle normative standarder for en vid rekke tilstandsbilder. Det kan videre være nyttig at behandlingsinstitusjoner krever at terapeuten gir en begrunnelse for å avslutte terapi før behandlingsforløpet er fullført eller før klienten har nådd tilfredsstillende bedring. Tilsvarende bør terapeuter slippe å begrunne pågående behandling så lenge den hjelper klienten i riktig retning. Dersom klienten ikke viser tidlig bedring bør klinikeren kartlegge årsakene til at terapien ikke fungerer som ventet, og ta adekvate steg for å endre tendensen (Persons & Mikami, 2002). Adekvate steg kan eksempelvis være å endre behandlingsplanen,

revurdere diagnoser, foreta utvidet kartlegging, få veiledning eller å henvise klienten til andre med ekspertise på feltet.

Det synes å være et misforhold mellom antall psykoterapitimer som tilbys klienter i offentlig sektor, og antallet timer som trengs for klinisk signifikant bedring (Hansen et al., 2002). Harnett, O'Donovan, og Lambert (2010) har estimert at det i gjennomsnitt vil ta åtte psykoterapitimer for at 50 % å vise klinisk signifikant bedring, og 21 psykoterapitimer for at 85 % skal tilfredsstille dette kriteriet. Til sammenlikning fant forfatterne at full rekonvalesens (eng. recovery) krevde henholdsvis 14 og 23 psykoterapitimer for at 50 % og 70 % skulle nå kriteriet. I USA begrenser imidlertid mange helseforetak antallet psykologtimer til 10 sesjoner per år, og i Australia kan klienter få opptil 12 psykologtimer årlig (Harnett et al., 2010). Det kan tenkes at de få antall sesjoner som her tilbys gjennom staten er forsøk på en økonomisk bærekraftig drift av helsetjenester. Effekten av å gi for få psykologtimer kan imidlertid være samfunnsøkonomisk uforsvarlig. Dette er basert på antagelsen om at det vil medføre en lavere kostnad å avhjelpe klientenes problemer fullstendig i den første kontakten med behandlingsapparatet. Til sammenlikning kan et utilstrekkelig antall timer bidra til å opprettholde de problemene klienten søker hjelp for. Et for kort behandlingsforløp kan således medføre at klienten ikke blir tilstrekkelig bedret til å kunne frigjøre seg fra behandling eller å fungere i samfunnet på egen hånd. På bakgrunn av dette kan det være samfunnsøkonomisk nyttig at helsepolitikken reflekterer den empirisk baserte kunnskapen om det nødvendige antall terapitimer som kreves for tilstrekkelig bedring. Dersom klientens utvikling overvåkes systematisk kan behandlingstiden tilpasses den enkeltes utvikling. Klienter som bedres raskt kan også avslutte terapiforløpet tidligere. I følge Barkham og kolleger kan bedre tilpasninger i det timeantallet som offentlig sektor tilbyr, gi store besparelser som kan komme de klientene med behov for lengre oppfølging til gode (Barkham, Hardy, & Mellor-Clark, 2010, sitert i Harnett et al., 2010). Samtidig er det nærliggende å anta

at samfunnet vil tjene på at borgerne i størst mulig grad fungerer psykisk, sosialt og i arbeidslivet for øvrig. Det offentlige tilbudet med hensyn til antall terapitimer bør altså reflektere kunnskapen om den normal varigheten som kreves for klinisk signifikant bedring for varierende problemstillinger. En slik forvaltningspolitikk kan således tenkes å være til fordel for både klientene og samfunnet.

### **Avsluttende tanker**

Hensikten med denne artikkelen har vært å belyse psykoterapiens potensial for skade. Psykoterapiforskningen er dominert av studier som vektlegger bidrag til at klientene våre blir bedre, og dokumentasjon av positive effekter kan også ansees som en forutsetning for å rettferdiggjøre psykologfaglig praksis. Det har imidlertid blitt argumentert for at også studiet av negative effekter er nødvendig for å nå formålet om å gi klientene våre et forsvarlig behandlingstilbud. Flere forslag har derfor blitt løftet frem med hensyn til styrking av forskningen på feltet, så vel som utvikling av klinikers evne til å oppdage og håndtere risikofaktorer for forverring. Det overordnede budskapet er at utviklingen av psykoterapifeltet krever at vi er åpen for og kan dra lærdom av psykoterapiens skadepotensial. Som nevnt i det innledende sitatet er det å dra lærdom av feil en vei til suksess. Det å være åpen for at vi kan skade klientene våre kan virke korrigerende på vår forståelse for og utøvelse av psykologisk behandling. Viktigst er det imidlertid at psykologprofesjonen strekker seg så langt som mulig for å møte sin etiske forpliktelse til ikke å gjøre skade.

### Referanser

- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- APA. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073. doi: 0.1037/0003-066X.57.12.1060
- APA. (2009). *APA concice dictionary of psychology*. London: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 927-935.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. doi: 10.1037/a0015643 20063906
- Barlow, D. H., & Nock, M. K. (2009). Why can't we be more idiographic in our research? *Perspectives On Psychological Science*, 4, 19-21.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guildford Press.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: negative effects revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 224-250.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Bergin, A. E., & Strupp, H. H. (1972). *Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy*. Chicago, IL: Atherton.

- Bergslien, Ø., & Ottesen, Ø. H. (2006). *Demografiske og psykologiske variabelers sammenheng med pasientrapporterte negative virkninger av psykoterapi*. (Hovedoppgave), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(9), 787-794. doi: 10.1080/00048670903107559 19670051
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change* (pp. 13-63). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Frank, M., Schreiber, S. C., Calvert, S., & Gaines, J. (1984). Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry, 47*, 66-76.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., & Wakefield, P. J. (1993). Obstacles to disseminating applied psychological science. *Applied and Preventive Psychology, 2*, 53-58.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(2), 121-139. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x
- Bisson, J. L., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). A randomized controlled trial for psychological debriefing for victims of acute harm. *British Journal of Psychiatry, 171*, 78-81.
- Boisvert, C. M. (2010). Negative Treatment Effects: Is It Time for a Black Box Warning? *American Psychologist, 65*(7), 680-681. doi: 10.1037/a0020078



- 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. doi: 10.1037/0735-7028.34.5.508
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(6), 708-716. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.708
- Bonchek, A. (2009). What's broken with cognitive behavior therapy treatment of obsessive-compulsive disorder and how to fix it. *American Journal of Psychotherapy, 63*, 69-86.
- Bootzin, R. R., & Bailey, E. T. (2005). Understanding, placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 871-880.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 252-260.
- Breggin, P. R. (2007). Damages in the brain: disturbing news for patients and shock doctors alike. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 9*, 83-86.
- Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1981). Therapist review their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 18*, 299-305.
- Campbell, T. W. (1992). Therapeutic relationships and iatrogenic outcomes: The blame-and-change maneuver in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*(3), 474-480. doi: 10.1037/h0088553

Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010).

Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49. doi: 10.1037/a0017330 20063908

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996).

Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.

Colson, D., Lewis, L., & Horwitz, L. (1985). Negative outcome in psychotherapy and

psychoanalysis. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (pp. 59-75). New York: Springer.

Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counseling and psychotherapy: The facts*

*are friendly*. Los Angeles: Sage.

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of "enhanced" cognitive behavior

therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 394-402.

Crits-Christoph, P., & Gibbons, M. B. C. (2002). Relational interpretations. In J. C. Norcross

(Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 285-300). New York: Oxford University Press.

Cushman, P. (1990). Why the self is empty: Toward a historically situated psychology.

*American Psychologist*, 45, 599-611.

Daldrup, R. J., Beutler, L. E., Engle, D., & Greenberg, L. S. (1988). *Focused expressive*

*psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful?

*American Psychologist*, 65(1), 21-33.

- Disch, E., & Avery, N. (2001). Sex in the consulting room, the examining room, and the sacristy: Survivors of sexual abuse by professionals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1054-1061.
- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 538-548.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm - Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54*(9), 755-764. doi: 10.1037//0003-066x.54.9.755
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1993). The training of cognitive therapists: What have we learned from treatment manuals? *Psychotherapy, 30*, 573-577.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance and therapy outcome. *Psychotherapy Research, 3*, 115-123.
- Elliot, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley and Sons.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Fiedler, K. (1988). Emotional mood, cognitive style, and behaviour regulation. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition and social behavior* (pp. 100-119). Toronto: Hogrefe.
- Finch, A. E., Lambert, M. J., & Schaalje, B. G. (2001). Psychotherapy quality control: The statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8*, 231-242.

- Foa, E. B., & Emmelkamp, P. M. G. (Eds.). (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Foa, E. B., & Steketee, G. (1977). Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: Symptom substitution or deconditioning? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 353-358.
- 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, 1022-1028.
- Foulkes, P. (2010). The therapist as a vital factor in side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 189-189. doi: 10.3109/00048670903487274
- Frank, J. D., & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing* (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Freemont, S. K., & Anderson, W. (1988). Investigation factors involved in therapists' annoyance with clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 330-335.
- Freud, S. (1950/1937). Konstruktionen in der analyse. In S. Freud (Ed.), *Gesammelte Werke, Bd. XVI* (pp. 41-56). Frankfurt A.M.: Fischer.
- Gist, R., & Woodall, S. J. (1999). There are no simple solutions to complex problems: The rise and fall of critical incident stress debriefing as a response to occupational stress in the fire service. In T. Gist & B. Lubin (Eds.), *Response to disaster: Psychosocial, community and ecological approaches* (pp. 81-95). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.

Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 13*, 405-411.

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, S., Nielson, S., Smart, D. W., & Shimokawa, K. (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), 329-334. doi: 10.1093/clipsy/9.3.329

Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist, 14*(2), 39-44.

Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(1).

Havik, O. (2000). Behandlingsveiledere og terapimanualer - bedre eller verre enn sitt rykte? In A. Holte, G. H. Nielsen & M. H. Rønnestad (Eds.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis* (pp. 166-189). Oslo: Gyldendal.

Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1984). Relaxion-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour, Research and Therapy, 22*, 1-12.

Helsetilsynet. (2014). Om tilsynsmyndighetene. Retrieved 25.09, 2014, from <http://www.helsetilsynet.no>

Henry, W. P., Sims, J. H., & Spray, S. L. (1971). *The fifth profession*. San Francisco: Jossey-Bass.

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.

- Herbert, & Sagemann, M. (2004). "First do no harm": Emerging guidelines for the treatment of posttraumatic reactions. In G. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies* (pp. 213-232). West Sussex, UK: Wiley.
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 125-133.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological science in the public interest, 3*(2), 39-77.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance. Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Hougaard, E. (2012). *Psykoterapi - teori og forskning* (2 ed.). Viborg, Danmark: Dansk Psykologisk Forlag AS.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*, 159-164.
- Ilgén, M., & Moos, R. H. (2006). Exacerbation of psychiatric symptoms during substance use disorder treatment. *Psychiatric Services, 57*, 1758-1764.
- Johansen, A. J., & Cordt-Hansen, K. (2006). Privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*(4), 347-352.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research.

*Clinical Psychology, 1*(1), 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Kellner, C. H. (2007). Electroconvulsive therapy in a perfect world. *Journal of ECT, 23*, 63-64.

Kluft, R. P. (1991). Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 14*, 605-629.

Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M., & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy.

*Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 22*, 702-710.

Kottler, J. A., & Carlson, J. (2003). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*.

New York, NY: Brunner-Routledge; US.

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. doi: 10.1016/J.Cbpra.2011.02.002

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (6 ed., pp. 169-219). Hoboken, New Jersey: John Wiley.

Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: a handbook of research*. Oxford: Pergamon Press.

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*, 159-172. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Bishop, M. J., Vermeersch, D. A., Gray, G. V., & Finch, A. E. (2002). Comparison of empirically-derived and rationally-derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 149-164.
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 377-401). New York, NY: Oxford University Press.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: first facts*. New York: Basics Books.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives On Psychological Science*, 2, 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R., & Ganaway, G. K. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin*, 125, 507-523.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286-296. doi: 10.1002/cpp.1765
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Lipsey, M. W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T. D. Cook, H. Cooper, D. S. Corduroy, H. Harman, L. V.



Hedges & R. J. Light (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A casebook* (pp. 83-125).

New York: Russel Sage Foundation.

Littrell, J. (1998). Is the new experience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review, 18*, 71-102.

Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 112-134.

Luborsky, L. (1975). Clinician's judgment of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic, 39*, 448-480.

Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

Luborsky, L., Rosenthal, R., & Diguier, L. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2-12.

Lutz, W., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Tschitsaz, A., Schurch, E., & Stulz, N. (2006). The probability of treatment success, failure and duration - What can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(4), 223-232. doi: 10.1002/Cpp.496

Lynam, D. R., Lilich, R., Zimmerman, R., Novak, S. P., Logan, T. K., Martin, C., . . .

Clayton, R. (1999). Project DARE: No effects at 10-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 590-593.

Lynn, S. J., Lock, T., Loftus, E. F., Krackow, E., & Lilienfield, S. O. (2003). The remembrance of things past: Problematic memory recovered techniques in psychotherapy. In E. Krackow, S. O. Lilienfield & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 205-239). New York: Guilford.

- MacKillop, J., Lisman, S. A., Weinstein, A., & Rosenbaum, D. (2003). Controversial treatments for alcoholism. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 273-305). New York: Guilford Press.
- Mai, F. M. (1995). Psychiatrists' attitudes to multiple personality disorder: A questionnaire study. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*, 154-157.
- Mash, J. S., & Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy: bringing the negatives out of the dark room. *Psychological Assessment, 5*, 292-301.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road and traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- McCauley, E., Schloretdt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: Lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 371-383.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 587*, 16-30.
- McHenry, S. S., & Johnson, J. W. (1993). Homophobia in the therapist and gay or lesbian client: Conscious and unconscious collusions in self-hate. *Psychotherapy, 30*, 141-151.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological science in the public interest, 5*, 45-79.
- Meyer, F., & Schulte, D. (2002). Validity of outcome evaluations by therapists. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 31*, 53-61.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*(1), 36-39.

- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 329-343. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.58.5.622 2254510
- Moos, R. H. (2012). Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions: Treatment, Life Context, and Personal Risk Factors. *Substance Use & Misuse*, 47(13-14), 1592-1598. doi: 10.3109/10826084.2012.705710
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Nelson, L. E. (2002). *Predicting therapist hostility: Therapist introjects, measured by the ISQ, and ability to resist hostile process in-session*. New Jersey: New School for Social Research, 2002.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Strausser-Kirtland, D., & Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36-43.
- Nutt, D. J., & Sharpe, M. S. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of psychopharmacology*, 22, 3-6.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for super shrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361-373.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy -  
Noch einmal. In S. L. Garfield & B. A. E (Eds.), *Handbook of psychotherapy and  
behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A. M.  
Brodsky & R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). New  
York, NY: Guilford Press.

Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure  
quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy  
Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206, 293-301. doi:  
10.1016/j.psychres.2012.11.026 23337740

Pence, S. L., Sulkowski, M. L., Jordan, C., & Storch, E. A. (2010). When exposures go  
wrong: Trouble-shooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in  
exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of  
Psychotherapy*, 64, 39-53.

Persons, J. B., & Mikami, A. Y. (2002). Strategies for handling treatment failure successfully.  
*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 139-151.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., &  
Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive  
individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36,  
114-122.

Pope, K. S., & Vasques, M. J. T. (2001). *Ethics in psychotherapy and counseling*. San  
Francisco: Jossey-Bass.

Powell, R. A., & Gee, T. L. (1999). The effects of hypnosis on dissociative identity disorder:  
A reexamination of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 914-916.

- Ravitz, P., McBride, C., & Maunder, R. (2011). Failures in interpersonal psychotherapy (IPT): Factors related to treatment resistances. *Journal of Clinical Psychology, 67*(11), 1129-1139.
- Rey, Y., Marin, C. E., & Silverman, W. K. (2011). Failures in cognitive-behavior therapy for children. *Journal of Clinical Psychology, 67*(11), 1140-1150.
- Rhule, D. M. (2005). Take Care to Do No Harm: Harmful Interventions for Youth Problem Behavior. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(6), 618-625. doi: 10.1037/0735-7028.36.6.618
- Rizvi, S. L. (2011). Treatment failure in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 403-412.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rosenthal, R. (1979). The "file-drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin, 86*, 683-641.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMair, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy, 27*, 154-164.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 7*(2), 126-143.
- Samstag, L. W., Muran, J., Wachtel, A., Slade, A., Safran, J. D., & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal

behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions.

*American Journal of Psychotherapy*, 62(2), 165-194.

Sandell, R., Blomberg, J., & Lazar, A. (2000). Varieties of long term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.

Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 312-328.

Schut, A. J., Castonguay, L. G., Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Barber, J. P., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 494-511.

Schwartz, N. (1990). Feeling as information. Informational and motivational functions of affective states. In R. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, pp. 527-561). New York: Guilford.

Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 471-480.

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. doi: 10.1037/a0019247 20515206

Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-647.

- Spanos, M. D. (1994). Multiple identity enactment and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin, 116*, 143-165.
- Spence, D. P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: W. W. Norton.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 17-29.
- Stern, D. B. (2011). The hard-to-engage patient: A treatment failure. *Psychoanalytic Dialogues, 21*(5), 596-606.
- Stormshak, E. A., Bierman, K. L., Bruschi, C., Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1999). The relation between behavior problems and peer preference in different classroom contexts. *Child Development, 70*, 169-182.
- Strupp, H. H. (1998). Negative process: Its impact on research, training, and practice. In R. F. Bornstein & J. M. Masling (Eds.), *Empirical studies of the therapeutic hour* (pp. 1-26). Washington, DC: American Psychological Association; US.
- Strupp, H. H., & Hadley, S., W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist, 32*, 187-196.
- Svartberg, M. (1992). Seksuell kontakt mellom psykoterapeuter og pasienter. *Tidsskrift for Den norske lægeforening, 112*, 3298-3301.
- Svartberg, M., & Stiles, T. (1992). Predicting client change from therapist competence and client-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 304-307.
- 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, 47*(2), 235-248. doi: 10.1037/a0019787

Talman, K., & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers.

In M. A. Hubble, S. D. Miller & B. L. Duncan (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91-131). New York: APA.

Truax, C. B., Wargo, D. G., Frank, J. D., Imber, S. D., Battle, C. C., Hoehn-Saric, R., . . .

Stone, A. R. (1966). Therapist empathy, genuineness and warmth and patient outcome. *Journal of Consulting Psychology, 30*, 395-401.

Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002).

Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet, 360*, 766-771.

Videbech, P., Kjølbye, M., Sørensen, T., & Vestergaard, P. (2011). *Psykiatri: en lærebog om*

*voksnes psykiske sykdomme* (4th ed.). København: Fadl's Forlag.

Vogel, G., & Schulte, D. (1997). Method- and process oriented strategies for

psychotherapists. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie, 26*, 38-49.

Von Der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment

failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research, 18*(4), 420-432.

Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The

Guilford Press.

Wallfish, S., McAlister, B., O'Donnel, P., & Lambert, M. J. (2010). *Are all therapists from*

*Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*.  
Unpublished manuscript.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*.

Mahwah, NJ: Erlbaum.



- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogues on fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: community health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 144-155.
- Watson, J. C. (2011). Treatment failure in humanistic and experiential psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 67*(11), 1117-1128.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2007). *Comparing and contrasting: Identifying factors that contribute to positive and negative outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association; US.
- Weissberg, M. (1993). Multiple personality disorder and iatrogenesis: The cautionary tale of Anna O. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 41*(1), 15-34.  
doi: 10.1080/00207149308414535 8425773
- Werch, C. E., & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 244-248.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry, 34*, 16-30.
- Zayfert, C., & DeViva, J. C. (2010). Avoiding treatment failures in PTSD. In M. W. Otto & S. G. Hofmann (Eds.), *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders* (pp. 147-168). New York, NY: Springer Science.

Vedlegg 1

**Systematisk søk**

PsycINFO og Web of Science:

1. exp Psychotherapy/
2. (deterioration or discredit or dose response or dose-response or fail\* or get\* worse).m\_titl.
3. (negative outcome\* or negative effect\* or negative indicator\* or negative process or negative respon\* or negative change\*).m\_titl.
4. nocebo.m\_titl.
5. ((harm\* or harm\* outcome\* or harm\* effect\* or harm\* treatment or harm psychotherapy\*) not harm reduction not self-harm).m\_titl.
6. worse.m\_titl.
7. (psychotherapy or "psychological ADJ3 treatment\*" or "intervention\* ADJ3 psychological").m\_titl.
8. (iatrogen\* or iatrogenic effect\* or iatrogenic symptom\* or iatrogenic outcome\*).m\_titl.
9. 1 or 7
10. (side-effect\* or side effect\* or suboptimal outcome\* or unanticipated effect\* or unanticipated outcome\*).m\_titl.
11. 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 8 or 10
12. 9 and 11
13. limit 12 to (("0100 journal" or "0110 peer-reviewed journal" or "0200 book") and (english or norwegian))