

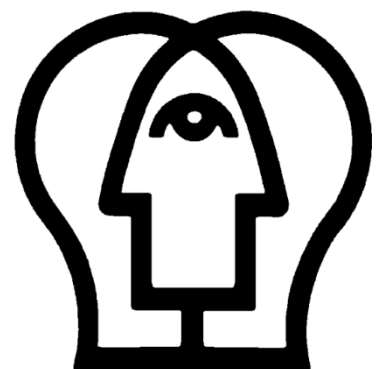
**Negativa effekter av psykologisk behandling vid specifik fobi
Traditionell och virtuell en-sessionsbehandling mot spindelfobi**

Författare: Daniel Attar

Handledare: Per Carlbring
Biträdande handledare: Alexander Rozental

PSYKOTERAPEUTPROGRAMMET, 15 HP, HT 2016

**STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN**



NEGATIVA EFFEKTER AV PSYKOLOGISK BEHANDLING VID SPECIFIK FOBI
TRADITIONELL OCH VIRTUELL EN-SESSIONSBEHANDLING
MOT SPINDELFOBI*

Daniel Attar

Forskning kring negativa effekter av psykologisk behandling har existerat i mycket begränsad omfattning. Denna studie syftade till att undersöka om deltagare med spindelfobi ($N = 100$) som randomiserades jämnt till sedvanlig (OST) respektive virtuell (VRET) en-sessionsexponeringsbehandling hade, enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ), upplevt negativa effekter och i vilken grad. Vidare studerades om det fanns skillnader mellan de två behandlingsformerna beträffande negativa effekter, samt om det rådde ett samband mellan förekomsten av negativa effekter och förändringspoängen på utfallsmåttet, Fear of Spiders Questionnaire (FSQ). Studien visade att deltagarna har upplevt ett flertal negativa effekter i olika grader. Vidare visade studien att deltagarna inom VRET har upplevt flera negativa effekter och i högre grad jämfört med OST dock att dessa skillnader inte är signifikanta. Ytterligare visade studien ett signifikant samband, en negativ korrelation, mellan antal förekomna negativa effekter och förändringspoängen på FSQ, dock inget signifikant samband gällande graden av dess påverkan.

Introduktion

Tidigare forskning och studiens relevans

Helsingforsdeklarationen (2013) noterade att forskning inom medicinsk behandling förutsätter noga studier och dokumentation av negativa effekter av medicinska preparat. Detta får som följd att ett medicinskt preparat enbart godkänns för användning efter påvisad och i forskning förankrad riskbedömning. Barlow och Nock (2009) skrev att forskning som inriktat sig specifikt på negativa effekter av psykologisk behandling däremot har existerat i mycket begränsad omfattning. Detta medan Hannan et al. (2005) poängterade att studier visar att mellan 5-10% av patienter som genomgår psykologisk behandling försämras. Vidare belyste Lambert (2013) att utöver de som blir sämre finns

* Jag står i stor tacksamhet till mina handledare, professor Per Carlbring och doktorand Alexander Rozental, för deras kunskaper, engagemang och tillgänglighet. Ett extra varmt tack till professor Carlbring, ansvarig för VIMSE-studien, som givit mig möjligheten att från början vara delaktig i studien och bekanta mig med forskningsvärlden samt förverkliga mitt intresse att vetenskapligt studera kring negativa effekter av psykologisk behandling. Slutligen vill jag tacka alla medverkande i VIMSE-studien, utan er hade den föreliggande studien inte varit möjlig.

det generellt sett en grupp på cirka 30% som inte erhåller någon förändring eller effekt överhuvudtaget. Nutt och Sharpe (2008) lyfte fram att många forskningsstudier kring psykologisk behandling inte ens har övervägt möjligheten att den aktuella behandlingen eventuellt skulle kunna ge upphov till biverkningar. Detta antyder ett antagande från forskarnas sida att psykologisk behandling mer eller mindre står utanför ramen för negativa effekter. Vidare påpekade Berk och Parker (2009) att det även har varit underförstått hos både kliniker och klienter att psykologisk behandling i stort sett saknar risker, varför forskning har fokuserat på positiva effekter av psykologisk behandling. Diskussionen har således, enligt författarna, kretsat kring huruvida en given psykologisk behandling kan antas ge en önskvärd effekt vid behandling av en given målgrupp, alternativt om en behandling är att föredra framför en annan. Barlow (2010) påvisade i sin sammanfattning av de senaste 40 årens forskning inom området ett mycket blygsamt uppmärksammande kring frågan. Han poängterade att det är hög tid att systematiskt samla in kunskaper och utveckla nya metoder med fokus på negativa effekter. Vidare betonade Barlow (2010) att detta på sikt skulle gagna både klienter och kliniker och leda till bättre klientinformation, finjustering av interventioner och individanpassning.

I takt med teknologins utveckling skrev Anderson, Cuijpers, Carlbring, Riper och Hedman (2014) att utöver den traditionella formen av psykologisk behandling, där behandlingen utförs ansikte mot ansikte, har internetbaserad psykologisk behandling genomgått en snabb spridning och utveckling sedan 2000-talet. Som följd av detta har det på senare år uppkommit många internetbaserade behandlingsmetoder i form av ett program som klienter genomgår, vilket har börjat bli allt vanligare inom vården. I detta sammanhang belyste Rozental et al. (2014) ett viktigt behov och påpekade att den begränsade forskning som gjorts kring ämnet negativa effekter av psykologisk behandling vanligtvis är baserad på traditionell psykologisk behandling. Då tillgången på internetbaserad behandling förbättras inom dagens vård och börjar bli allt vanligare är det av vikt att negativa effekter även inom detta område undersöks. Detta motiverades av Rozental et al. (2014) genom att traditionella och internetbaserade psykologiska behandlingar, trots olika förfaranden, delar samma teoretiska grund samtidigt som tidigare forskning har visat att det föreligger negativa effekter av traditionell psykologisk behandling.

Lilienfeld (2007) ansåg att forskare primärt inte bör undersöka de marginella negativa effekter som kan uppstå vid implementering av väletablerade och i huvudsak effektiva metoder. Istället menade han att forskare borde fokusera på att identifiera skadliga psykologiska behandlingar. Enligt författaren kan en behandling anses vara potentiellt skadlig när forskning visar att behandlingsmetoden i fråga gett upphov till skadliga psykologiska eller fysiska effekter, att dessa skadliga effekter varit bestående och långvariga och inte bara i form av en kortvarig symtomökning under behandlingens gång samt att de skadliga effekterna måste ha kunnat stödjas av oberoende forskare. Berk och Parker (2009) poängterade däremot att de inte delar Lilienfelds (2007) uppfattning angående vad som bör prioriteras av forskare. De ansåg istället att en grundlig identifiering av negativa effekter är en angelägenhet som berör all psykoterapiforskning och borde vara ett kriterium vid bedömningen om en specifik behandlingsmetod ska betraktas evidensbaserad eller inte.

I Sverige ansåg Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2012) att det är angeläget att uppmärksamma risken för negativa effekter vid psykologisk behandling och uppmanade forskarvärlden om en redovisning av negativa effekter. Uppmaningen baserades bland annat på en genomgång av alla randomiserade kontrollerande studier av psykologiska interventioner som publicerades under år 2010. Genomgången visade att enbart i fåtalet av dessa studier hade forskarna undersökt eventuella negativa effekter av behandlingen.

Mot bakgrund av ovan gjordes bedömning att fortsatta studier kring negativa effekter av psykologiska behandlingar är av vikt och har hög relevans.

Teoretisk bakgrund

Olika perspektiv på negativa effekter av psykologisk behandling.

Linden (2013) poängterade att det saknas konsensus kring vad som menas med negativa effekter av psykologisk behandling, vilka kriterier som gäller och hur man bäst går tillväga för att studera dessa. Bystedt, Rozental, Andersson, Boettcher och Carlbring (2014) påpekade vidare att just komplexiteten kring att både definiera fenomenet negativa effekter och att undersöka sambandet mellan psykologisk behandling och dess negativa effekter kan ha bidragit till att forskning inom området är eftersatt.

Trots detta har ett antal betydande bidrag inom åren berikat forskningen kring negativa effekter av psykologisk behandling med olika perspektiv och definitioner.

Ett tidigt bidrag i detta sammanhang är Bergins (1966) som myntade begreppet försämringseffekten. Vid en närmare granskning av sju psykoterapiforskningsstudier fann Bergin (1966) att utöver de patienter som förbättrades signifikant av sin behandling, alternativt förbättrades eller försämrades spontant, så fanns det ytterligare en grupp som försämrades signifikant av sin behandling. Dimidjian och Hollon (2010) poängterade att en definition av negativa effekter endast sedd till mått på försämring kan leda till att andra typer av negativa effekter av psykologisk behandling negligeras.

Ett senare bidrag inom området utvecklades av Strupp, Hadley och Gomes-Schwarz (1977) som ansåg att fenomenet negativa effekter är mer komplex och att försämringseffekt är en generell och bred term som förenklar fenomenet. Författarna föreslog därför istället termen negativ effekt och menade att både psykisk hälsa och psykisk ohälsa egentligen är två sidor av samma mynt. Vidare noterade författarna att psykisk hälsa och ohälsa kan studeras utifrån tre olika perspektiv, nämligen samhälls-, individs- och professionella behandlares perspektiv. Ett samhällsperspektiv på psykisk hälsa har sin utgångspunkt i huruvida den enskilde individen i samhället förmår att ta ansvar för sina tilldelade sociala roller, fogar sig efter samhällets normer och förväntningar samt hur individen möter olika situationella krav på ett adaptivt sätt och uppvisar beteendemässig mognad. Ett individperspektiv är däremot relaterat till individens egna subjektiva upplevelser beträffande mående, självförtroende, lycka och välbefinnande, vilket är oberoende av samhällets normer och förväntningar. Det professionella behandlarperspektivet å andra sidan är baserat på de teoretiska ramar och förklaringsmodeller gällande personlighetsfenomenet och psykisk hälsa som

behandlaren bär på och för sin kliniska bedömning använder sig av, bl. a. beteendeobservationer, psykologiska tester och realitetstestning. Varje ovannämnt perspektiv har, enligt författarna, sina egna kriterier beträffande vad som anses med psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa vilket gör att en bedömning i ett sådant sammanhang beror helt på vem som står för bedömningen och utifrån vilket perspektiv bedömningen görs. Författarna menade vidare att detta komplexa synsätt bidrar till en helhetsbild och djupare förståelse av fenomenen psykisk hälsa och ohälsa samtidigt som vart och ett perspektiv för sig självt bär på en värdefull sanning av fenomenen. De poängterade också att det tresidiga synsättet får vidare konsekvenser beträffande bedömningen av om en klient erhållit en positiv eller negativ effekt av behandling.

Ytterligare bidrag kring perspektiv på negativa effekter av psykologisk behandling lades fram av Mays och Franks (1985) baserat på termen negativt utfall. Ett negativt utfall definierades av författarna som en signifikant tillbakagång inom ett eller flera områden av klientens fungerande från början till slut av behandling. Termen negativt utfall omfattar enligt författarna både negativa förändringar som skulle kunna anses vara orsakade av själva psykologiska behandlingen och negativa förändringar uppkomna av andra orsaker, då det är svårt att visa på ett tydligt kausalt samband. Vidare poängterade författarna att en klient kan erhålla negativt utfall av behandlingen i en del av sitt psykiska fungerande samtidigt som denna kan erhålla ett positivt utfall inom en annan. Vidare menade författarna att negativt utfall är ett specifikt fenomen medan misslyckad behandling är en bredare term vilken utöver negativa utfall innefattar även uteblivna positiva effekter samt mindre positiva effekter än vad som kan förväntas.

Lilienfeld (2007) ansåg att man bör skilja mellan kortsiktiga och långsiktiga negativa effekter då vissa behandlingar kan leda till kortsiktig symtomökning under exponering. Exempelvis vid behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan vissa klienter uppleva ökade symtom initialt medan behandlingen erhåller en bestående positiv effekt på lång sikt. Dimidjian och Hollon (2010) uppmärksammade en annan aspekt i detta sammanhang och noterade vikten av att skilja på direkta och indirekta negativa effekter av psykologisk behandling. En direkt skada handlar om att behandlingen i sig får en kausal effekt så att resultaten blir sämre än de skulle ha varit utan behandling och därmed förvärras problemområdet som varit i fokus för behandlingen. En indirekt skada handlar däremot om att andra områden som inte varit i fokus för behandlingen får skadliga effekter så som kostnader i form av tid och pengar. Att inte alls erhålla någon respons av behandlingen, exempelvis vid utebliven förändring eller effekt, betraktas också som negativ effekt, menade författarna. Detta eftersom det kan få en rad olika negativa följder för klienter, såsom minskat hopp om förbättring, förlust av tid, pengar och energi eller möjligheten till en mer adekvat och effektiv alternativ behandling.

Mätning och bedömning av negativa effekter.

Berk och Parker (2009) noterade att dokumentation av försämring i förhållande till primära utfallsmått har stått till grund för de flesta studier som undersökt negativa effekter av psykologisk behandling. Författarna poängterade dock att det råder en viktig skillnad mellan bevis för generell försämring på gruppnivå och kunskap om specifika negativa effekter och dess bakomliggande orsaksfaktorer.

Dawes (1989) tog upp ytterligare ett sätt att mäta och bedöma negativa effekter, nämligen genom klinisk bedömning. Författaren visade dock att klinisk bedömning i sig själv inte är ett tillförlitligt mått att bedöma individers egenskaper, tillstånd och mående. Vidare lyfte författaren en annan viktig aspekt i detta sammanhang och betonade att kvaliteten på kliniska bedömningar inte påverkas av hur lång erfarenhet klinikern i fråga besitter. Hatfield, McCullough, Frantz och Krieger (2010) undersökte klinikers förmåga att genom klinisk bedömning upptäcka klienters försämring under behandlingens gång. Undersökningen visade att endast 21% av klinikerna lade märke till klienters försämring och därmed drog författarna slutsatsen att klinisk bedömning som enda mått är långt ifrån tillräckligt för att ta reda på klienters försämring. Walfish, McAlister, O'Donnell och Lambert (2012) tog upp en annan intressant aspekt, nämligen att kliniker generellt brukar överskatta antalet av sina klienter som blir signifikant bättre av behandlingen samtidigt som de underskattar antalet av klienterna som blir sämre. Författarna pekade vidare på att klinikerna ofta besitter någorlunda begränsad förmåga att, med tillräcklig säkerhet, förutsäga på vilket sätt behandlingen i fråga kommer att påverka deras klienter negativt.

Ytterligare mått och tillvägagångssätt beskrevs av Hatfield, McCullough, Frantz och Krieger (2010) som betonade det stöd kliniker kan behöva i form av feedbacksystem, exempelvis regelbundna enkäter, för att upptäcka försämring samt övriga negativa effekter då en klinisk bedömning av negativa effekter har visat sig långt ifrån tillräcklig. Hatfield och Ogles (2006) menade att feedback genom ett strukturerat feedbacksystem i högre utsträckning leder till ändringar av behandlingsplanen än enbart klientens verbala feedback.

Mot bakgrund av detta skapades en rad olika frågeformulär och checklistor. Linden (2013) lade fram ett eget förslag på hur man bör mäta och utvärdera negativa effekter. Lindens (2013) checklista för oönskade händelser vid och till följd av psykologisk behandling, the Unwanted Events and Adverse Treatment Reactions-Checklist (UEATR-checklist), är konstruerad för att hjälpa forskare och kliniker att samla in och kategorisera data kring oönskade händelser och negativa effekter av psykologisk behandling. Checklistan innefattar distinktioner mellan oönskade händelser som sker parallellt med behandling men inte nödvändigtvis orsakas därav, oönskade händelser som orsakas av behandling, oönskade händelser som troligtvis är orsakade av korrekt utförd behandling, oönskade händelser som troligtvis är orsakade av inkorrekt utförd behandling, avsaknad av behandlingseffekt samt försämring av sjukdomstillstånd.

Parker, Fletcher, Berk och Paterson (2013) utvecklade ett annat mätinstrument i form av självskattningsformulär för patienter, nämligen Experience of Therapy Questionnaire (ETQ) som syftar till att användas i både kliniska sammanhang och forskning och innefattar såväl negativa som positiva effekter av behandling.

Ett nyutvecklat mätinstrument framtogs av Rozental, Kottorp, Boettcher, Andersson och Carlbring (2016), nämligen Negative Effects Questionnaire (NEQ). Instrumentet fokuserar enbart på det som hos klienter upplevs och uppfattas som negativt och inträffar under den tiden som klienter genomgår behandlingen. Formuläret innefattar såväl negativa effekter, vilka enligt klienters uppfattning orsakats av själva behandlingen, som negativa omständigheter som äger rum parallellt under behandlings gång. I formuläret anges även i vilken grad klienter anser att de negativa händelserna

eller negativa effekterna har påverkat dem på en femgradig skala (1 = *Inte alls* och 5 = *Extremt*). Sammanlagt består formuläret av 33 frågor, vari 32 av dessa är slutna frågor och sista frågan är en öppen fråga där klienter ges möjlighet att med egna ord beskriva övriga negativa händelser eller negativa effekter som inte anges i formuläret.

Psykologisk behandling vid specifik fobi.

Specifik fobi är en av de diagnoser som DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definierar som ångestsyndrom och upptar fem undertyper av specifik fobi, därav fobi för levandevarelser, till exempel spindlar, insekter eller hundar. Det karaktäristiska för specifika fobier är en stark, varaktig och irrationell rädsla eller ångest för ett specifikt objekt eller en specifik situation. När individen utsätts för det fruktade objektet eller situationen utlöses en intensiv rädsloreaktion. Individen i fråga gör stora ansträngningar att undvika det fruktade objektet eller situationen. Den rädslan och det associerade undvikandebeteendet orsakar kliniskt signifikant lidande eller stör i betydande grad individens viktiga funktionsområden i vardagen, såsom socialt, i arbetet eller andra aktiviteter. Choy, Fyer och Lipsitz (2007) noterade att av undertypen fobi för levandevarelser är spindelfobi den mest förekommande. Öst (1987) skrev att djurfobi har den tidigaste debutåldern, nämligen sju år, jämfört med andra fobier som social fobi, blodfobi, tandvårdfobi och klaustrofobi. Vidare fann författaren att individer som lider av specifik fobi brukar vänta längre med att söka behandling jämfört med individer med andra ångestsyndrom och att individer med just djurfobi kan vänta i snitt 24 år. Barlow (2004) förklarade att detta kan bero på den rädsla och ångest som den drabbade individen kommer uppleva i samband med exponering *in vivo* där konfrontation med den fobiska stimulus är en förutsättning vid behandlingen. Jonas och Menzies (2000) tog vidare upp att personer med spindelfobi överskattar sannolikheten av att bli bitna av spindeln vilket leder till undvikandebeteenden. Vidare lade Öst (2013) fram en kognitiv beteendeförklaringsmodell för specifik fobi som handlar om att individens starka tro på katastrofala följder av möten med det fobiska objektet vidmakthåller individens undvikande och flykt. Dessa undvikande- och flyktbeteenden utesluter i sin tur möjligheten hos individen att inhämta ny information som kan korrigera den falska och starka tron på katastrofen vilket leder till att fobin kvarstår oförändrad.

Westbrook, Kennerley och Kirk (2011) skrev att kognitiv beteendeterapi (KBT) som en metod av psykologisk behandling är ett samlingsnamn för flertalet interventioner som utvecklades utifrån inlärningsteori och kognitiv teori. Deacon och Abramowitz (2004) poängterade att exponeringsbaserad KBT-behandling är den mest effektiva och framgångsrika åtgärden. Choy, Fyer och Lipsitz (2007); Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers och Telch (2008) visade att exponeringsbehandling vid specifik fobi där klienter bland annat gradvis och kontrollerat exponeras för en fobisk stimulus och därmed får möjlighet att utmana och testa sina katastrofala tankar, är en effektiv behandling. Enligt Zlomke och Davis (2008) uppnådde exponeringsbehandlingen 85-90% kliniskt signifikanta förbättringar. Författarna Ollendick och Davis (2013); Zlomke och Davis (2008) noterade att den behandlingsmodell som bäst visat på kliniskt signifikanta förbättringar vid behandling av olika typer av specifika fobier inklusive spindelfobi är Östs (1989) manualbaserade en-sessions exponeringsbehandling (OST). Vidare förklarade Öst (1989) att gradvis exponering *in vivo* skiljer sig från de spontana och

naturliga mötena med det fobiska objektet på en rad olika punkter. De spontana mötena är oplanerade, okontrollerade och det är okänt hur nära individen kommer objektet. Spontana möten brukar också vara mycket korta då individer flyr situationen medan under behandlingen är exponering planerad, kontrollerad och kan pågå så länge som i tre timmar. Vidare är individer vid spontana möten oftast ensamma medan under behandlingen är behandlaren med och det sker ett teamsamarbete mellan behandlaren och klienten. Dessa faktorer hjälper, enligt författaren, klienten att testa sina katastrofala tankar, uppleva ångestens naturliga förlopp och förändra sina fobiska beteenden.

Powers och Emmelkamp (2008) skrev att exponeringsbehandling med Virtual Reality (VRET) bygger på samma principer som exponering *in vivo* i sedvanlig KBT-behandling och att de effektstorlekar som vanligen uppnås är jämförbara. Michaliszyn, Merchand, Bouchard, Martel och Poirer-Bisson (2010) samt Shibani, Pauli och Mühlberger (2013) noterade att en rad olika studier har visat att VRET-behandling ger goda effekter vid behandling av spindelfobi med effektstorlekar inom gruppen mellan Cohen's $d = 1.75$ och $d = 2.3$.

Wiederhold och Bouchard (2014) definierade virtuell verklighet som en grafisk tredimensionell värld som skapas genom integrering av olika datoriserade tekniker, i vilken användaren ges möjlighet att föra sig och agera. Vidare beskrev Hamilton (2015) att den hårdvara som vanligen används är Head Mounted Display (HMD) som uppdaterar tredimensionell digital miljö framför ögonen på ett sådant sätt som gör att den av användaren upplevs som påtagligt verklig och därmed framkallar känslor av fysisk närvaro hos individen. Författarna Diemer, Mühlberger, Pauli och Zwanzger (2014) noterade att fobiska stimuli i en virtuell miljö ger psykofysiologiska reaktioner som man brukar få i den fysiska miljön när man möter fobiska stimuli, såsom förhöjd hjärtfrekvens och hudkonduktans. Vidare skrev Botella, Garcia-Palacios, Baños och Quero (2009) att användning av virtuell exponeringsbehandling som metod för exponering *in virtuo*, virtuellt, är ett av de största tekniska framstegen för behandling av ångest och används för att utsätta klienter för fobiska objekt eller situationer som är svåra att replikera i ett kliniskt sammanhang. Följaktligen belyste Wiederhold och Bouchard (2014) att denna form av behandling möjliggör att kringgå den fysiska verklighetens begränsningar i form av resor till och från platser med naturliga fobiska stimuli eller tidskrävande ansträngningar för att skaffa och förvara fobiska stimuli. Ytterligare fördel enligt författarna är den stora variationen av olika fobiska stimuli och kontexter som kan skapas. Vidare noterade Botella, Garcia-Palacios, Baños och Quero (2009) att virtuell teknik skapar möjlighet att utveckla behandlingsprogram utan inblandning av kliniker vilket är kostnadseffektivt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Med detta kan vårdens resurser som tidigare tagits i anspråk frigöras och därmed fördelas till andra angelägenheter. Marks och O'Sullivan (1988) belyste en annan fördel i detta sammanhang och menade att många klienter avbryter *in vivo* exponering eftersom själva förväntansångesten relaterade till att närma sig det verkliga fobiska stimulus blir alltmer hotfull. Denna problematik går att undvika vid virtuell exponeringsbehandling då klienter från början vet att den hotfulla situationen inte kommer inträffa. Intressant nog rapporterade Garcia-Palacios, Botella, Hoffman och Fabregat (2007) att i en studie där deltagarna fick välja mellan virtuell exponeringsbehandling och exponering *in vivo* föredrog 76% av deltagarna den virtuella exponeringen. Vidare visade studien även att endast 3% tackade nej till virtuell

exponering jämfört med ett bortfall på 27% vid *in vivo* exponeringsbehandling. Ytterligare en viktig fördel lyftes av Botella et al. (2011) som menade att denna behandlingsform ger ökade möjligheter för vidare träning och praktiserande av vidmakthållandeplan efter avslutad behandling.

Eventuella negativa effekter av dessa två behandlingsformer uppmärksammades i olika studier. Olatunji, Deacon och Abramowitz (2009) skrev att den sedvanliga exponeringsbehandlingen medför obehag och ökad ångest som är ett resultat av konfrontation med den fobiska stimulus. Författarna konstaterade också att kortsiktiga negativa effekter är en ofrånkomlig del av exponeringsbaserade behandlingar samt att de har visat sig vara kortvariga och övergående och inte utgör någon risk för klienter. Å andra sidan belyste Botella et al. (2009) negativa effekter av VRET-behandling som består av symtom av åksjuka såsom yrsel, svindel, huvudvärk eller dimsyn. Författarna betonade vidare att tidigare studier har visat att dessa symtom är lindriga och övergående och inte utgör någon risk för klienter. Tack vare den senaste VRET-tekniken menade Wiederhold och Bouchard (2014) att risken för dessa symtom ytterligare minskat och en noggrann administration av tekniken och genomtänkta virtuella miljöer i högsta grad kan förebygga dessa symtom. Rozentel et al. (2014) uppmärksammade att vid VRET-behandling där närvaro av kliniker eller blandning av klinikersstöd på distans inte krävs kan medföra att andra negativa effekter förekommer. Det kan till exempel handla om att klienter missförstår behandlingsrationalen eller genomför en bristfällig designad exponering vilket motiverar ett särskilt hänsynstagande till dessa risker.

Syfte, frågeställningar och avgränsningar

Syftet med den föreliggande studien var att inom ramen för VIMSE-forskningsprojektet (Miloff, Lindner, Hamilton, Reuterskiöld, Andersson, och Carlbring, 2016) studera undersökningsdeltagarnas upplevelse gällande förekomsten av negativa effekter troligen orsakade av den behandlingsform, nämligen OST respektive VRET, de genomgått mot spindelfobi samt deras syn på graden av dess påverkan. Vidare att undersöka om det rådde några skillnader i förhållande till respektive behandlingsformerna och huruvida dessa upplevda negativa effekter har ett samband med behandlingsutfall.

För att uppfylla syftet med studien formulerades följande frågeställningar:

Frågeställning A. Har undersökningsdeltagarna som genomgått OST-behandling rapporterat upplevda negativa effekter troligen orsakade av själva behandlingen vid eftermätning? I så fall vilka är de mest förekommande upplevda negativa effekterna? I vilken utsträckning anser sig deltagarna att dessa har påverkat dem negativt?

Frågeställning B. Har undersökningsdeltagarna som genomgått VRET-behandling rapporterat upplevda negativa effekter troligen orsakade av själva behandlingen vid eftermätning? I så fall vilka är de mest förekommande upplevda negativa effekterna? I vilken utsträckning anser sig deltagarna att dessa har påverkat dem negativt?

Frågeställning C. Finns det några skillnader mellan de förekommande negativa effekterna troligen orsakade av OST- respektive VRET-behandling? I så fall vilka är dessa skillnader?

Frågeställning D. Finns det ett samband mellan förekomsten av negativa effekter samt grad av dess påverkan och förändringspoängen avseende för- och eftermätning på utfallsmåttet, Fear of Spiders Questionnaire (FSQ) vid eftermätning?

Följaktligen avgränsades studien till undersökningsdeltagarnas subjektiva upplevelser av negativa effekter, ett individperspektiv, och därmed valdes det professionella behandlarperspektivet samt samhällsperspektivet bort (Se ovan Strupp, Hadley & Gomes-Schwarz, 1977). Vidare avgränsades studien till negativa effekter troligen orsakade av OST- respektive VRET-behandling, inom ramen för en randomiserad prövning och således valdes negativa effekter orsakade av andra omständigheter bort.

Metod

Design

Föreliggande studie hade sin anslutning till ett pågående större forskningsprojekt, VIMSE (Miloff, Linder, Hamilton, Reuterskiöld, Andersson, & Carlbring, 2016) som är en randomiserad studie med syfte att utvärdera en nyutvecklad virtuell exponeringsbehandling mot spindelfobi. För detta användes ingen väntelista utan en inom- och mellanindividdesign med två behandlingsbetingelser, nämligen en-sessionsexponeringsbehandling enligt (OST) respektive (VRET). Vidare användes också en tidsvariabel med två nivåer, nämligen förmätning och eftermätning.

Undersökningsdeltagare

Rekrytering av deltagarna skedde huvudsakligen via studiens hemsida, www.vimse-studie.se, samt via sociala media-tjänster Twitter och Facebook. Ingen köpt annonsering anlätades. Studien fick även redaktionell uppmärksamhet i Expressen (Elmqvist, 2015), SvD (Bolter, 2015) och IDG (Nilsson, 2015) och inte minst genom ett inlägg i SVT (Nosti, 2015), vilket i sin tur främjade ett mer mångsidigt urval (Linder, Nyström, Hassmén, Andersson, & Carlbring, 2015). Intresserade individer hänvisades till studiens webbplats VIMSE (<https://www.vimse.se>), som är en undersida till iTerapi (<https://www.iterapi.se>). iTerapi är en plattform där deltagarna fick möjlighet att skapa ett användarkonto samt att hitta mer information om studien och besvara ett frågebatteri bestående av bakgrundsinformation, demografisk information och olika självskattningsformulär.

Inklusionskriterier för deltagande i studien bestod av: 1) att uppfylla kriterierna för *specifik fobi* (spindelfobi) enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), 2) att vara minst 18 år, 3) att acceptera randomiseringen i en av de två behandlingsformerna, nämligen OST eller VRET, 4) att behärska svenska i tal och skrift samt 5) att ha möjlighet att ta sig till Psykologiska institutionens lokaler vid Stockholms universitet.

Exklusionskriterier för deltagandet i studien omfattades av: 1) någon annan aktuell psykiatrisk diagnos, såsom egentlig depression, bipolaritet, psykoser eller

substansberoende/missbruk, 2) aktuell suicidrisk, 3) pågående graviditet, 4) syn- eller balansnedsättning som skulle kunna försvåra upplevelsen av virtuell verklighet, 5) någon annan pågående psykologisk behandling som skulle försvåra att dra slutsatser av vilken behandling det är som givit effekt samt 6) nyligen påbörjad eller förändrad farmakologisk behandling som inte stabiliserats inom minst tre månader så att effekten av medicinering och psykologisk behandling inte sammanblandas.

Tabell 1

Sociodemografisk data över undersökningsdeltagare

Variabler	OST(M/SD)	VRET(M/SD)	Totalt (M/SD)
Ålder	50 (34.0/9.8)	50 (34.1/10.9)	100 (34.1/10.3)
Kön			
Man	8 (29.9/6.3)	8 (33.8/7.9)	16 (31.8/7.2)
Kvinna	41 (35.0/10.3)	42 (34.1/11.5)	83 (34.6/10.9)
Annat	1 (16.6)	-	1 (16.6)
Civilstånd			
Ensamstående	11 (26.2/5.1)	15 (32.1/7.3)	26 (29.6/7.0)
I fast relation	39 (36.3/9.8)	35 (34.9/12.2)	74 (35.6/10.9)
Barn			
Ja	20 (43.8/6.1)	19 (42.6/11.7)	39 (43.2/9.1)
Nej	30 (27.6/5.6)	31 (28.8/6.2)	61 (28.2/5.9)
Samboende			
Ja	42 (34.2/10.4)	34 (34.1/11.5)	76 (34.1/10.8)
Nej	8 (33.3/6.8)	16 (34.0/9.9)	24 (33.8/8.8)
Utbildning			
Grundskola	3 (30.3/17.2)	-	3 (30.3/17.2)
Gymnasium	18 (33.5/11.2)	15 (27.6/8.4)	33 (30.8/10.3)
Högskola	28 (34.4/8.3)	35 (36.8/10.8)	63 (35.7/9.8)
Doktorand	1 (45.0)	-	1 (45.0)
Sysselsättning			
Förvärvsarbetande	40 (35.9/9.4)	39 (35.0/9.7)	79 (35.5/9.5)
Student	8 (24.3/3.0)	8 (24.8/2.4)	16 (24.5/2.6)
Föräldraledig	-	1 (43.0)	1 (43.0)
Arbetssökande	1 (23.0)	1 (25.0)	2 (24.0/1.4)
Pensionär	-	1 (71.0)	1 (71.0)
sjukskriven	1 (48.0)	-	1 (48.0)
Tidigare psykologisk behandling			
Ja	13 (38.2/10.1)	10 (35.1/6.2)	23 (36.8/8.6)
Nej	37 (32.6/9.5)	40 (33.8/11.9)	77 (33.2/10.7)
Pågående psykofarmaka			
Ja	6 (41.0/12.1)	4 (41.3/20.1)	10 (41.1/14.7)
Nej	44 (33.1/9.39)	46 (33.4/9.9)	90 (33.3/9.5)

Material och Apparatur

Diagnostiska intervjumanualer.

För att fastställa diagnosen specifik fobi för spindlar i enlighet med DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) användes forskningsversionen av det semistrukturerade intervjustödet för psykiatrisk diagnostik, nämligen Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders (SCID-1; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 2002). Att använda denna manual hade fördelen att orimlighetskriteriet förbisågs tack vare att versionen är utvecklad just för att fastställa kriterier enligt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Viktigt att poängtera är att det ännu inte finns SCID-I för DSM-5, men också att det inte har skett några förändringar mellan versionerna beträffande specifik fobi-diagnosen.

Vidare för att vid behov utesluta andra psykiatriska diagnoser användes den svenska versionen av Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju 6.0.0b (M.I.N.I.; Allgulander, Wærn, Humble, Andersch & Ågren, 2010). Denna kortfattade och strukturerade diagnostiska intervju är utformad för de viktigaste psykiatriska diagnoserna på axel I enligt DSM-IV.

Utfallsmått och mätinstrument.

Som utfallsmått för beräkning av förändringspoäng avseende för- och eftermätning av OST- respektive VRET-behandling användes Fear of Spiders Questionnaire (FSQ) både vid förmätning och vid eftermätning. Formuläret som är i form av ett självskattningsformulär mäter rädsla för spindlar och innefattar 18 påståenden där man skattar i vilken grad de stämmer överens med ens egna reaktioner och beteenden avseende spindlar på en skala från 1 till 7 (1 = *Instämmer inte alls* och 7 = *Instämmer fullständigt*). Testet har enligt Muris & Merckelbach (1996) en mycket god validitet med en bra reliabilitet och skiljer på ett bra sätt mellan fobiska och icke-fobiska individer och är känsligt för bedömning av behandlingsförändring. Enligt författarna ger testet dessutom ytterligare information om individers subjektiva aspekter av spindelfobi.

Som mätinstrument gällande negativa effekter av psykologisk behandling användes självskattningsformuläret Negative Effects Questionnaire (NEQ) som nyligen framtoogs av Rozental, Kottorp, Boettcher, Andersson och Carlbring (2016). Instrumentet fokuserar enbart på det som hos klienter upplevs och uppfattas som negativt och inträffar under den tid som klienter genomgår behandlingen. Formuläret innefattar såväl negativa effekter, vilka enligt klienters uppfattning orsakats av själva behandlingen, som negativa omständigheter som äger rum parallellt under behandlings gång. I formuläret anges även i vilken grad klienter anser att de negativa händelserna eller negativa effekterna har påverkat dem på en femgradig skala (1 = *Inte alls* och 5 = *Extremt*). Sammanlagt består formuläret av 33 frågor, vari 32 av dessa är slutna frågor och sista frågan är en öppen fråga där klienter ges möjlighet att med egna ord beskriva övriga negativa händelser eller negativa effekter som inte anges i formuläret (Se Bilaga 1 i Appendix).

Dessa 32 negativa biverkningar omfattas av sex faktorer eller delskalor som mäter olika aspekter av negativa händelser och negativa effekter, nämligen symtom (antingen i form av nya symtom eller förvärrade befintliga symtom), kvalitet, beroende, stigma, hopplöshet och misslyckande, enligt nedan:

Tabell 2

Sex faktorer och dess tillhörande item

Sex faktorer	Tillhörande item
Faktor 1: Symtom	1. Jag fick större problem med min sömn. 2. Jag kände mig mer stressad. 3. Jag upplevde mer ångest. 4. Jag blev mer orolig. 5. Jag kände mig mer nedstämd. 9. Jag kände mig mer sorgsen. 11. Jag upplevde fler obehagliga känslor. 12. Jag upplevde att det jag sökte hjälp för förvärrades. 13. Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv. 15. Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv.
Faktor 2: Kvalitet	22. Jag förstod inte alltid min behandling. 23. Jag förstod inte alltid min terapeut. 24. Jag hade inte förtroende för min behandling. 25. Jag hade inte förtroende för min terapeut. 26. Jag kände att behandlingen inte gav något resultat. 27. Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades. 28. Jag upplevde inte att mina förväntningar på terapeuten infriades. 29. Jag upplevde att kvaliteten på behandlingen var dålig. 30. Jag upplevde att behandlingen inte passade mig. 31. Jag kände att jag inte fick någon närmare relation till min terapeut. 32. Jag tyckte att behandlingen var omotiverande.
Faktor 3: Beroende	20. Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min behandling. 21. Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min terapeut.
Faktor 4: Stigma	14. Jag blev rädd för att andra människor skulle förstå att jag gick i en behandling. 16. Jag började skämmas inför andra att jag gick i behandling.
Faktor 5: Hopplöshet	6. Jag upplevde större hopplöshet. 18. Jag började tro att det jag sökte hjälp för inte gick att påverka till det bättre. 19. Jag slutade tro att det finns hjälp att få.
Faktor 6; Misslyckande	7. Jag fick sämre självkänsla. 8. Jag tappade tilltron till mig själv. 10. Jag uppfattade mig som mindre kompetent.

Dataanalys

Alla statistiska dataanalyser i den föreliggande studien genomfördes i IBM SPSS Statistics Version 24. Med hjälp av beskrivande statistik togs medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) fram och frågeställningarna A och B besvarades. Analytisk statistik i form av oberoende tvåsidiga t -test tillämpades för att ta fram resultat gällande frågeställning C och därmed undersöka eventuella skillnader mellan OST-behandling och VRET-behandling avseende antal förekomsten och graden av påverkan av negativa effekter. Vidare tillämpades analytisk statistik i form av tvåsidig korrelationer (Pearson r och Spearmans rangkorrelation) för att ta fram resultat gällande frågeställning D och därmed undersöka eventuella samband mellan antal förekomst och grad av påverkan av negativa effekter enligt (NEQ) och förändringspoängen mellan för- och eftermätning på utfallsmåttet (FSQ).

Procedur

Målet för studieprojektet var att rekrytera $N = 100$ deltagare från allmänheten med specifik fobi för spindlar. Först lämnades en ansökan in till den regionala Etikprövningsnämnden i Stockholms län med diarienummer 2015/472-31. Ansökan fick godkänt den 01-04-2015 och därefter annonserades studien enligt ovan. Alla intresserade individer som deltog i studien fick tillräcklig information om forskningsprojektet och undertecknade en samtyckesblankett. Av blanketten framgick bland annat att deltagarna när som helst kan meddela att de vill avbryta sitt deltagande utan att behöva komma med någon närmare motivering. All information som erhöles i studien databehandlades och lagrades krypterat i en elektronisk databas. Vid inloggning krävdes även dubbel autentisering med hjälp av unika koder. Deltagarnas personliga kontaktinformation lagrades på papper i ett låst skåp så att den elektroniska informationen inte på något sätt kan kopplas till deras identitet.

Sammanlagt registrerade 224 intresserade individer ett användarkonto på studiens hemsida. Av dessa uteslöts 34 personer på grund av ofullständiga uppgifter och ytterligare exkluderades 40 personer på grund av att de inte uppfyllde alla inklusions- och exklusionskriterierna. De 150 återstående vars lämplighet var klar började bokas in till förmätning. Under resans gång uteslöts 19 personer antingen på grund av förändrade förutsättningar eller på grund av minskad motivation. Ytterligare sju personer uteslöts efter genomförd förmätning då de inte uppfyllde kriterierna för specifik fobi mot spindlar. Resterande 24 personer som inte kallades till förmätning kvarstod som reserver.

Kliniska bedömningar, för- och eftermätningar samt behandlingar utfördes av tre studenter på psykoterapeutprogrammet, en PTP-psykolog samt åtta psykologkandidater. Samtliga deltog i en workshop som hölls av en legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut innan behandlingarna påbörjades. Vid det tillfället fick alla möjlighet att praktisera på Östs (1989) manualbaserade en-sessionsexponeringsbehandling (OST) mot spindlar. Ytterligare en workshop hölls av företaget Mimerse, som utvecklade VRET-behandlingsprogrammet, med fokus på tillvägagångssätt vid administration av virtuell exponeringsbehandling och dess tillhörande hårdvara. Alla behandlare fick också klinisk handledning vid minst ett tillfälle av samma legitimerade psykolog och

legitimerade psykoterapeut som ovan. En upprättad lathund med utförlig beskrivning av studiens alla moment var också tillgänglig för alla involverade. Både förmätning, behandling och eftermätning ägde rum på Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet.

Förmätningstillfället omfattade information om studien, behandlingens upplägg, deltagarens ställningstagande till att randomiseras till någon av behandlingsformerna, underteckna en samtyckesblankett, diagnostisk intervju SCID-I för att fastställa diagnosen specifik fobi för spindlar enligt DMS-5, fylla i utfallsmåttet FSQ, besvara vilken behandlingsform OST eller VRET de skulle föredra, deras förväntningar på behandlingsformerna samt poängsättning av hur nära spindeln deltagare kan komma enligt Behavioral Approach Test (BAT). Beteendetestet enligt BAT användes både vid förmätning och vid eftermätning. Enligt Davis, Ollendick och Öst (2012) har användandet av detta blivit ett slags standard som möjliggör att kliniker och forskare ges en direkt observation av hur nära spindel klienter kan komma.

Efter förmätningen randomiserades deltagarna till antingen virtuell exponeringsbehandling VRET $N = 50$ eller traditionell en-sessionsexponeringsbehandling OST $N = 50$. Randomisering av deltagarna gjordes med hjälp av internetjänsten www.random.org och skedde med slumpmässiga blockstorlekar om fyra (4), sex (6), åtta (8) och tio (10). Därefter fördelades deltagarna till behandlare och genomgick behandling.

Eftermätning skedde i princip två veckor efter avslutad behandling och omfattade samma delar som i förmätning utom diagnostisk intervju. För att säkerställa eftermätningens objektivitet fördelades de färdigbehandlade deltagarna till nya behandlare som fick administrera eftermätningen. Vid detta tillfälle fick deltagarna också fylla i formuläret (NEQ) om negativa händelser och effekter av psykologisk behandling.

En-sessions traditionell exponeringsbehandling (OST).

Behandlingen enligt Östs (1989) behandlingsmanual varade högst i tre timmar och genomfördes i tre faser; introduktion, behandling och avslutning, enligt tabell 2. Behandlingsdelen ägde rum i fyra steg, vid varje steg konfronterades deltagare med spindlar av tre storlekar: liten (0.5 cm till 1.5 cm), medelstor (1.5 cm till 2.5 cm) och stor (> 2.5), inledande med den minsta. Vid första steget lärde sig deltagaren att fånga in en spindel som låg i en plastbalja (20 x 30 x 20 millimeter) med hjälp av ett vanligt dricksglas och ett vykort så att man sedan själv hemma kan kasta ut spindeln. I andra steget rörde deltagaren vid spindeln som låg i baljan från olika håll. Det tredje steget gick ut på att låta spindeln vandra över deltagarens fingrar och händer. Vid sista och fjärde steget fick spindeln krypa från knäna till deltagarens midja och sedan på tröjan upp till halsen. Under tiden demonstrerade behandlaren icke-fobiska beteenden som en form av modellexponering/modellinläring. Behandlaren frågade alltid inledningsvis efter deltagarens tankar kring vad denne trodde skulle hända. Under tiden var behandlaren aktiv med att ge validerande kommentarer, uppmuntra deltagaren till att ta sig till nästa steg och ge beröm. Deltagarens nivå av obehag, både före och efter varje steg och med varje spindel, noterades av behandlaren under tiden och skattades av

deltagare på en skala från 0 till 100 (0 = *Ingen ångest* och 100 = *Maximal ångest*). Syftet med behandlingen var att deltagare dels konfronteras med sina katastrofala tankar gällande vad exponeringen med spindlar skulle leda till. Dels uppleva att den ångest som det fobiska objektet utlöser avtar över tid trots att deltagare inte använt sig av flykt- eller säkerhetsbeteenden och därmed skaffa sig ny erfarenhet och kunskap om ångestens egentliga förlopp.

Tabell 3

Beskrivning av traditionell en-sessionsexponeringsbehandling (OST)

Behandling	Miljö	Spindlars storlek
Introduktion:	Fysisk lokal	Spindelfritt
Allmän bakgrund		
Beteendeanalys		
Rational för behandling		
Instruktioner innan behandlingen		
Behandling:	Samma lokal	Liten, medel, stor
Steg 1 Fånga spindeln		Liten, medel, stor
Steg 2 Röra vid spindeln i baljan		Liten, medel, stor
Steg 3 Låta spindeln krypa på händer		Liten, medel, stor
Steg 4 Låta spindeln vandra över kroppen		Liten, medel, stor
Avslutning:	Samma lokal	Spindelfritt
Sammanfattning, vidmakthållandeplan och återfallsprevention		

En-sessions virtuell exponeringsbehandling (VRET).

Behandlingen baserades på principerna i (OST), som ovan, och pågick max i tre timmar enligt tabell 3. För genomförandet av VRET-behandlingen användes två smartphones, en Samsung Galaxy Note 4 och en Samsung S6. Virtuella miljöer bestod av ett kök med ett matbord, ett vardagsrum, en trädgård med altan och en damm, virtuella spindlar och flera ljudfiler för vägledning. Deltagaren integrerade med miljön med blicken och en touchpad på VR-hjälmen. Programmet inleddes med en introduktion och följdes av exponering på åtta nivåer där spindeln blev alltmer naturtrogen, från att den såg tecknad ut med hjälm och stövlar till att likna en så kallad *Funnel-web Spider* (*Atrax robustus*). Varje nivå karakteriserades av tre moduler; att följa spindeln med ögonen medan en virtuell spindelexpert berättade fakta om spindlar, att integrera med spindeln genom till exempel att hjälpa den i olika situationer eller mata den och sist att möta spindeln på så nära håll för att målet med exponeringen skulle vara uppnått. Via ljudfiler gavs deltagare validerande kommentarer, uppmuntran och beröm. Vid avslutning av varje nivå ombedes deltagare att skatta sin ångestnivå, enligt ovan. Efter genomförd behandling fick deltagare fylla i självskattningsformulär gällande upplevda symtom på åksjuka.

Tabell 4

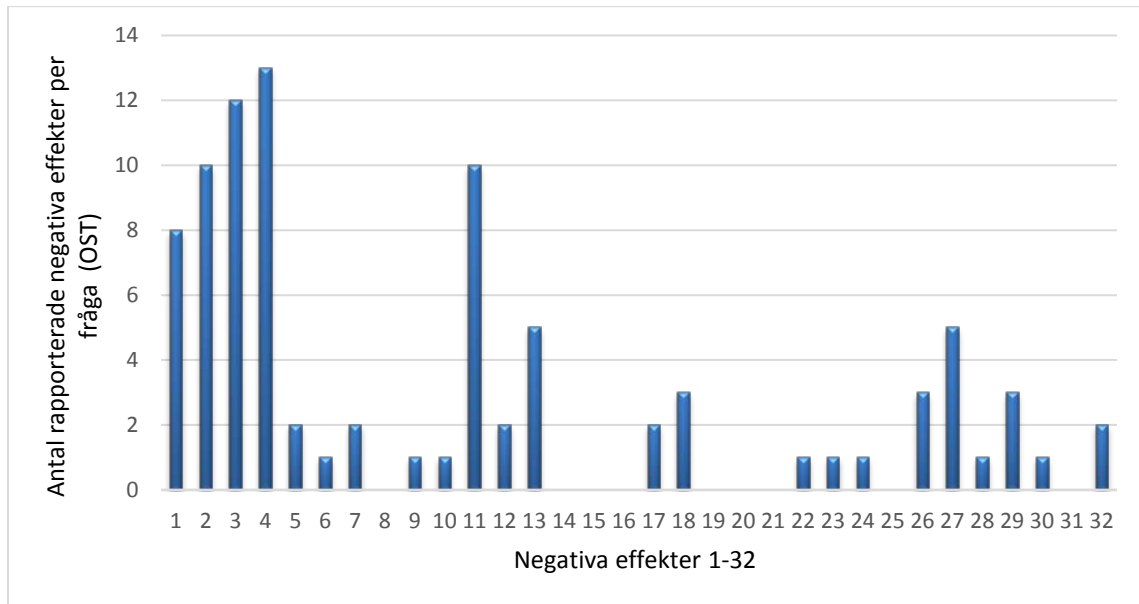
Beskrivning av virtuell en-sessionsexponeringsbehandling (VRET)

Behandling	Miljö	Virtuell spindel (nr)
Introduktion:	”Virtuellt tomrum”	Spindelfritt
Allmän bakgrund		
Beteendeanalys		
Rational för behandlingen		
Instruktioner innan behandlingen		
Behandling:	Virtuell miljö	
Nivå 1. Rädda spindeln ur glaset	Matbord	Minst verklig (1)
Nivå 2. Skydda spindeln mot fotbollar	Altan	Minst verklig (1)
Nivå 3. Skydda spindeln mot regn	Altan	Medelverklig (2)
Nivå 4. Hjälpa spindeln över dammen	Trädgård	Ganska verklig (3)
Nivå 5. Mata tre spindlar	Vardagsrum	Husspindel (4)
Nivå 6. Spela ”memory” med spindlar	Vardagsrum	Brachypelma (5)
Nivå 7. Rädda spindelbarnen	Matbord	Lycosidae (6)
Nivå 8. Avlägsna parasiter från spindeln	Matbord	Atrax robustus (7)
Avslutning:	”Virtuellt tomrum”	Spindelfritt
Sammanfattning, vidmakthållandeplan och återfallsprevention		

Resultat

Frågeställning A. *Har undersökningsdeltagarna som genomgått OST-behandling rapporterat upplevda negativa effekter troligen orsakade av själva behandlingen vid eftermätning? I så fall vilka är de mest förekommande upplevda negativa effekterna?*

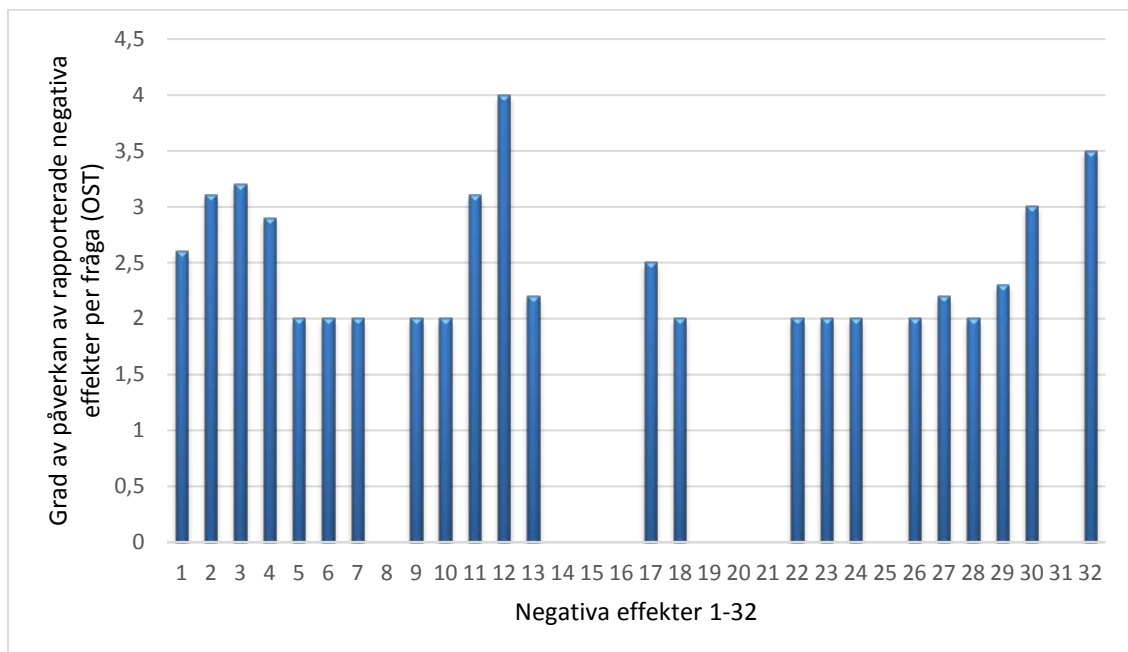
Resultatet visade att deltagarna som genomgick OST-behandling ($N = 50$) rapporterat sammanlagt 90 negativa effekter ($M = 2.81$, $SD = 3.71$). De mest rapporterade negativa effekterna har förekommit endast inom faktor 1 som är relaterad till symtom, antingen i form av nya symtom eller förvärrade befintliga symtom, enligt följande: item 4 (*Jag blev mer orolig*) som rapporterades av 13 deltagare, item 3 (*Jag upplevde mer ångest*) som upplevdes av 12 deltagare, item 2 (*Jag kände mig mer stressad*) samt item 11 (*Jag upplevde fler obehagliga känslor*) som var och en rapporterades av 10 deltagare, item 1 (*Jag fick större problem med min sömn*) som rapporterades av 8 deltagare och till sist item 13 (*Jag upplevde att gamla obehagliga minnen väcktes till liv*) som rapporterades av 5 deltagare. Förekomsten av negativa effekter inom övriga faktorer, det vill säga kvalitet, beroende, stigma, hopplöshet samt misslyckande, var antingen obefintlig eller rapporterades av få deltagare, dock med ett undantag, nämligen item 27 (*Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades*), en av totalt 11 item relaterade till faktor 2, kvalitet, som rapporterades av 5 deltagare.



Figur 1.1. Antal rapporterade negativa effekter, $N = 50$, troligen orsakade av OST-behandlingen enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

I vilken utsträckning anser sig deltagarna att dessa har påverkat dem negativt?

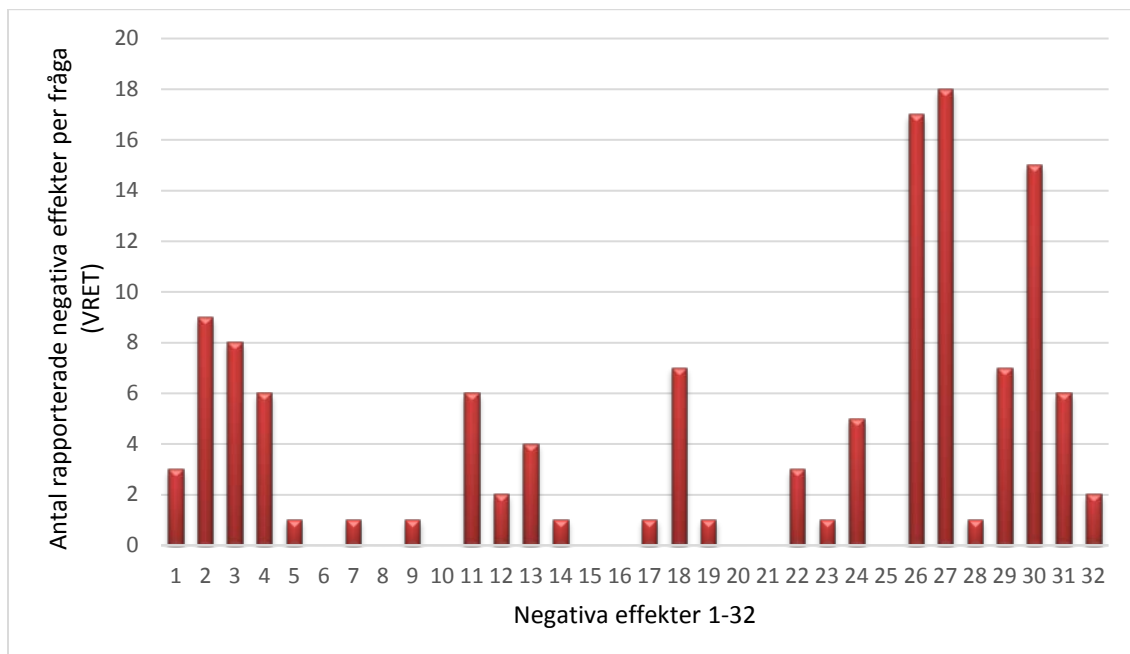
Enligt figuren nedan har deltagarna som rapporterade negativa effekter, troligen orsakade av OST-behandling, blivit påverkade av dessa i olika grad ($M = 2.46$, $SD = .60$). Som lägsta grad har deltagarna påverkats (2 = Något) och som högsta grad (4 = Mycket). Medelvärde är beräknat enligt en Likert-skala mellan 1-5 (1 = Inte alls och 5 = Extremt). Enligt figuren har deltagarna i första hand rapporterat högre grad av påverkan inom faktor 1 (symtom) och sedan i andra hand inom faktor 2 (kvalitet).



Figur 1.2. Grad av påverkan av rapporterade negativa effekter, $N = 50$, troligen orsakade av OST-behandlingen enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

Frågeställning B. *Har undersökningsdeltagarna som genomgått VRET-behandling rapporterat upplevda negativa effekter troligen orsakade av själva behandlingen vid eftermätning? I så fall vilka är de mest förekommande upplevda negativa effekterna?*

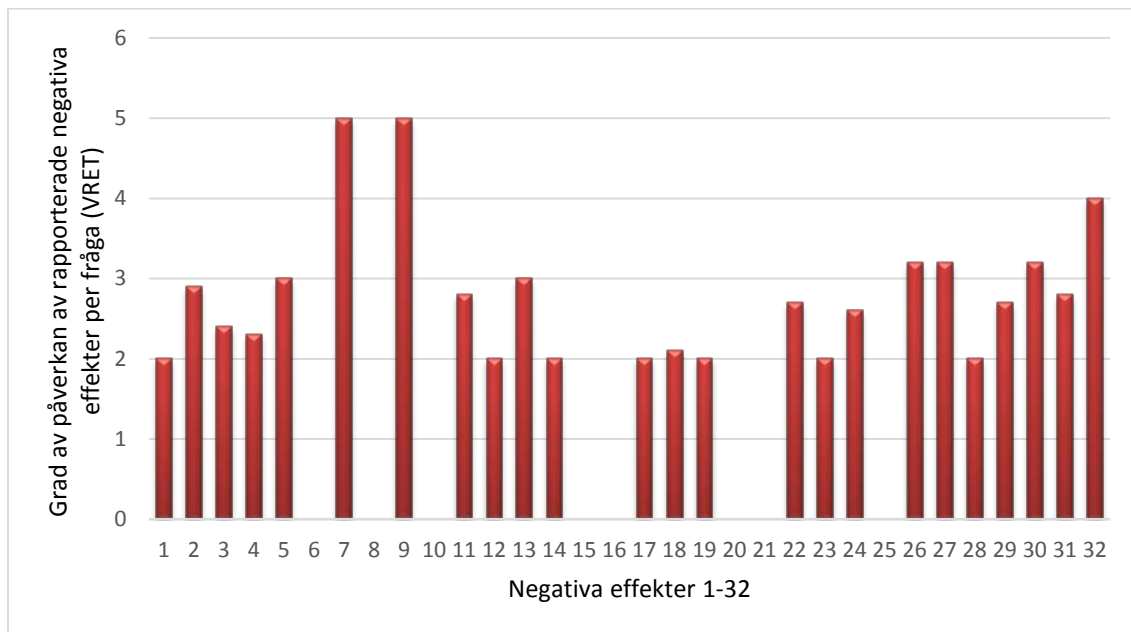
Resultatet visade att de deltagarna som genomgick VRET-behandling ($N = 50$) rapporterat sammanlagt 126 negativa effekter ($M = 3.94$, $SD = 4.97$). De mest rapporterade negativa effekterna har i första hand förekommit inom faktor 2 som är relaterad till kvaliteten, enligt följande: item 27 (*Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades*) som rapporterades av 18 deltagare, item 26 (*Jag kände att behandlingen inte gav något resultat*) som rapporterades av 17 deltagare, item 30 (*Jag upplevde att behandlingen inte passade mig*) som rapporterades av 15 deltagare, item 29 (*Jag upplevde att kvaliteten på behandlingen var dålig*) som rapporterades av 7 deltagare, item 31 (*Jag kände att jag inte fick någon närmare relation till min terapeut*) som rapporterades av 6 deltagare och slutligen item 24 (*Jag hade inte förtroende för min behandling*) som rapporterades av 5 deltagare. I andra hand rapporterades många negativa effekter inom faktor 1 som återspeglar symtom, antingen som nya eller förvärrade befintliga symtom, enligt följande: Item 2 (*Jag kände mig mer stressad*) som rapporterades av 9 deltagare, item 3 (*Jag upplevde mer ångest*) som rapporterades av 8 deltagare, item 4 (*Jag blev mer orolig*) samt item 11 (*Jag upplevde fler obehagliga känslor*) som var och en rapporterades av 6 deltagare. Förekomsten av negativa effekter inom övriga faktorer var antingen obefintlig eller rapporterades av få deltagare, dock med ett undantag, nämligen item 18 (*Jag började tro att det jag sökte hjälp för inte gick att påverka till det bättre*), en av totalt 4 item tillhörande faktor 5, nämligen hopplöshet, som rapporterades av 7 deltagare.



Figur 2.1. Antal rapporterade negativa effekter, $N = 50$, troligen orsakade av VRET-behandlingen, enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

I vilken utsträckning anser sig deltagarna att dessa har påverkat dem negativt?

Enligt figuren nedan har deltagarna som rapporterade negativa effekter, troligen orsakade av VRET-behandling, blivit påverkade av dessa i olika grad ($M = 2.80$, $SD = .86$). Som lägsta grad har deltagarna påverkats (2 = *Något*) och som högsta grad (5 = *Extremt*). Medelvärdet är beräknat enligt en Likert-skala mellan 1-5 (1 = *Inte alls* och 5 = *Extremt*). Enligt figuren har deltagarna rapporterat högre grad av påverkan först inom faktor 1 (symtom) och sedan inom faktor 2 (kvalitet).



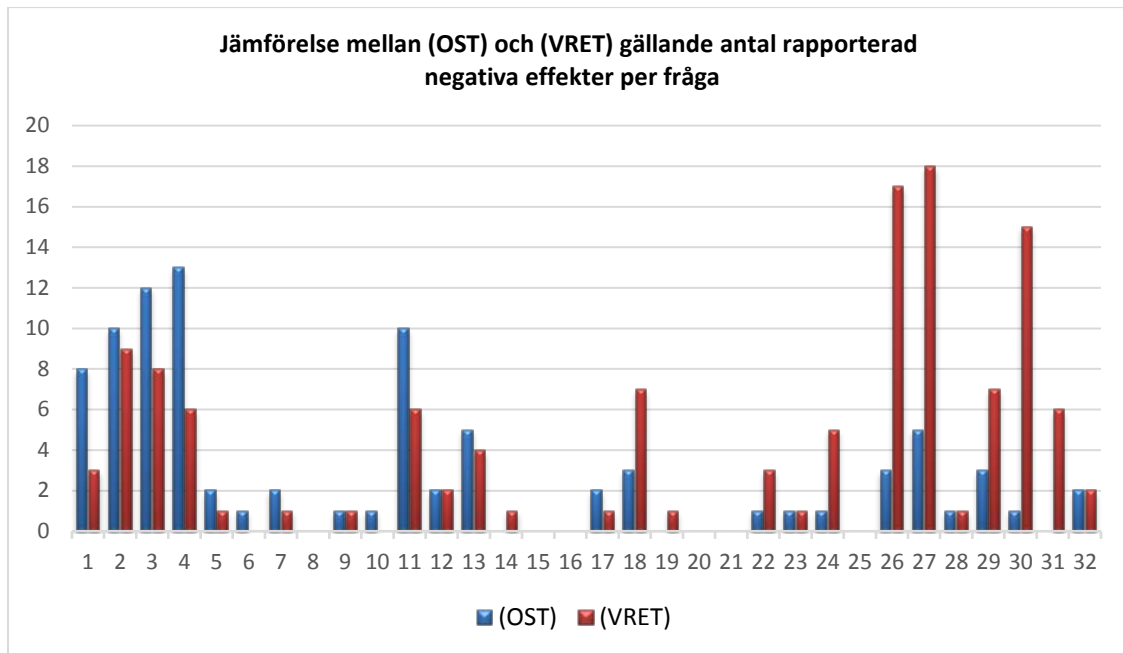
Figur 2.2. Graden av påverkan av rapporterade negativa effekter, $N = 50$, troligen orsakade av VRET-behandling, enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

Frågeställning C. *Finns det några skillnader mellan de förekommande negativa effekterna troligen orsakade av OST- respektive VRET-behandling? I så fall vilka är dessa skillnader?*

Skillnader i förhållande till antal rapporterade negativa effekter per fråga (1-32):

Totalt 28 deltagare, 16 inom OST-behandlingsgruppen och 12 inom VRET-behandlingsgruppen, har inte rapporterat någon negativ effekt alls. Deltagarna inom OST-behandling som upplevt negativa effekter har sammanlagt rapporterat 90 negativa effekter medan deltagarna inom VRET-behandling har rapporterat 126 negativa effekter. Det råder också tydliga skillnader mellan de två grupperna när det gäller vilka negativa effekter och tillhörande vilka sex faktorer som de har rapporterat negativa effekter. Beträffande OST-behandling har deltagarna rapporterat 63 negativa effekter tillhörande symtom (faktor 1), 18 negativa effekter inom kvalitet (faktor 2), inga negativa effekter varken rörande beroende eller stigma (faktor 3 och 4), 6 negativa effekter tillhörande hopplöshet (faktor 5) och slutligen 3 negativa effekter gällande misslyckande (faktor 6). Inom VRET-behandlingen är fallet annorlunda då deltagarna har rapporterat 40 negativa effekter rörande symtom, 75 negativa effekter gällande

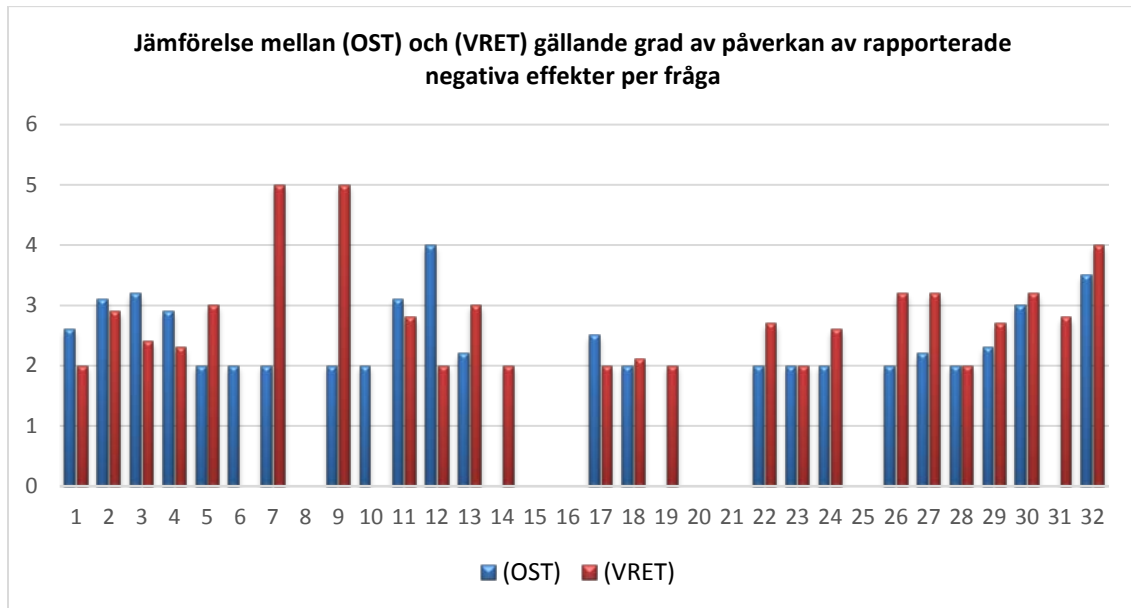
kvalitet, inga negativa effekter tillhörande beroende, 1 negativ effekt gällande stigma, 9 negativa effekter inom hopplöshet och 1 negativ effekt rörande misslyckande. Skillnaden mellan OST och VRET i detta sammanhang var dock inte signifikant. Beskrivande statistik gällande antal rapporterade negativa effekter visade att det finns skillnad mellan OST ($M = 2.81$, $SD = 3.71$) och VRET ($M = 3.94$, $SD = 4.97$) då fler negativa effekter har rapporterats inom VRET-behandlingen jämfört med OST. Medelvärdesskillnaden signifikantstestades sedan med oberoende tvåsidiga t -test som resulterade i ($t = -1.024$, $p = .310$), vilket talar för att skillnaden inte är signifikant. Med andra ord kan skillnaden bero på slump i studiens urval och kan därmed inte förväntas motsvara hela populationen.



Figur 3.1. En jämförelse mellan OST- och VRET-behandling beträffande antal rapporterade negativa effekter, $N = 100$, enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

Skillnader i förhållande till grad av påverkan av rapporterade negativa effekter per fråga (1-32):

Beskrivande statistik gällande grad av påverkan av negativa effekter visade att det finns skillnad mellan OST ($M = 2.46$, $SD = .60$) och VRET ($M = 2.80$, $SD = .86$) då deltagarna inom VRET-behandling i högre grad påverkades av negativa effekter. Medelvärdesskillnaden signifikantstestades sedan med oberoende tvåsidiga t -test som resulterade i ($t = -1.504$, $p = .140$), vilket talar för att skillnaden inte är signifikant. Med andra ord kan skillnaden bero på slump i studiens urval och kan således inte förväntas återspegla hela populationen.



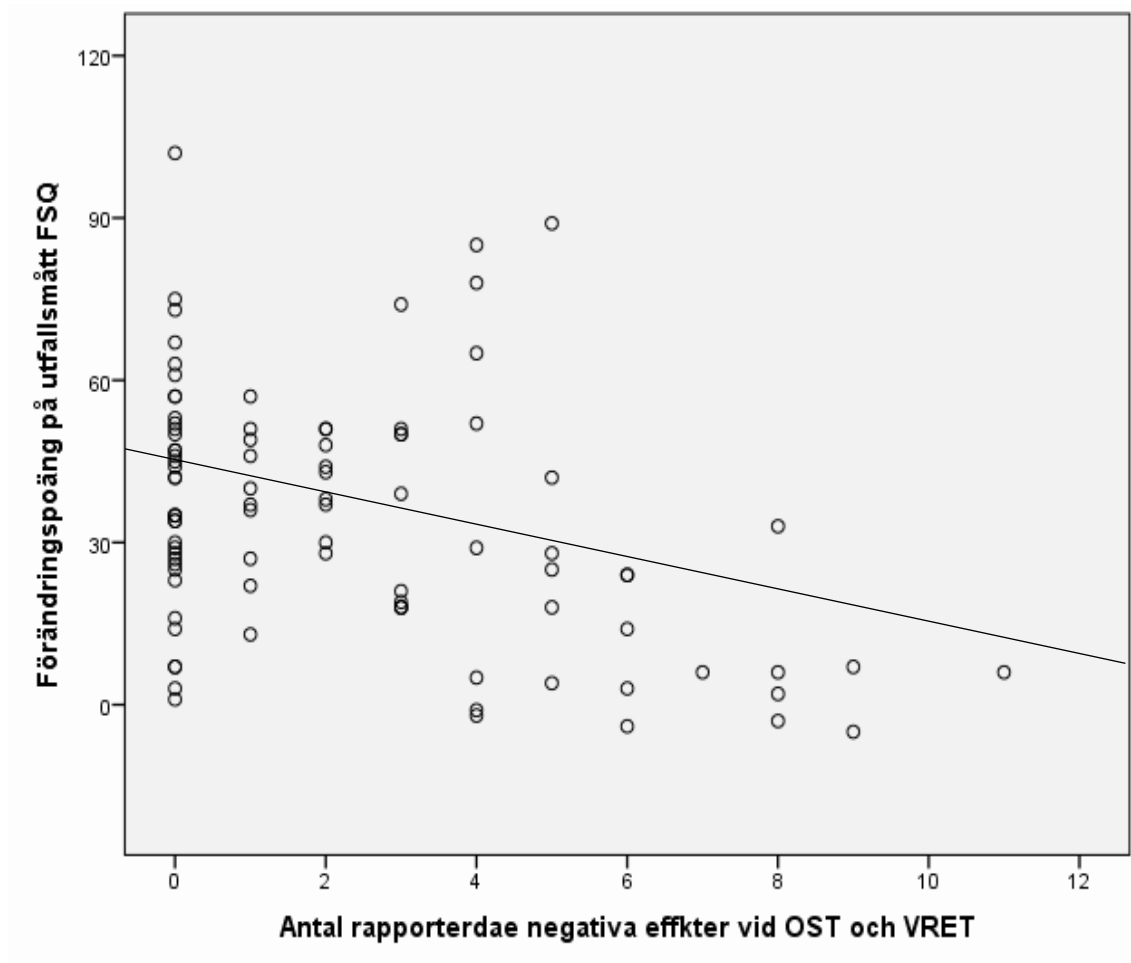
Figur 3.2. En jämförelse mellan OST- och VRET-behandling beträffande grad av påverkan av rapporterade negativa effekter, $N = 100$, enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ).

Frågeställning D. *Finns det ett samband mellan förekomsten av negativa effekter samt graden av dess påverkan och förändringspoängen avseende för- och eftermätning på utfallsmåttet Fear of Spiders Questionnaire (FSQ) vid eftermätning?*

Samband i förhållande till antal rapporterade negativa effekter:

Tvåsidig korrelationsanalys (Pearson r) mellan variabel 1, det vill säga antal rapporterade negativa effekter av både OST- och VRET-behandling vid eftermätning å ena sidan, och variabel 2, nämligen förändringspoängen på utfallsmåttet (FSQ) mellan för- och eftermätning å andra sidan, visade en korrelation på ($N = 93$, $r = -0,401$, $p < .000$). Vidare visade analysen att korrelationen är negativ. Detta innebär att höga värden på den första variabeln, det vill säga antal förekomster av negativa effekter, hänger samman med låga värden på den andra variabeln, nämligen förändringspoängen på utfallsmåttet FSQ. Tvärtom innebär det också att låga värden på den första variabeln hänger samman med höga värden på den andra variabeln. Ju fler negativa effekter som förekommer desto lägre och sämre utfall som då skulle kunna innebära att färre negativa effekter hänger samman med högre och bättre utfall. Andel förklarad varians mellan antal rapporterade negativa effekter och förändringspoängen på utfallsmåttet FSQ mellan för- och eftermätning var $r^2 = 16\%$.

För att tydligare illustrera sambandet mellan de två variablerna gjordes ett sambandsdiagram som visar korrelationen ovan grafiskt. Figuren nedan visar tydligt att höga värden på x-axeln, nämligen antal rapporterade negativa effekter, hänger samman med låga värden på y-axeln, det vill säga förändringspoängen på utfallsmåttet FSQ, en negativ korrelation. Då korrelationen är svag ligger inte alla punkterna tätt samlade längs regressionslinjen som pekar snett nedåt åt höger.



Figur 4. En grafisk illustration av korrelationen i ett sambandsdiagram.

Samband i förhållande till grad av påverkan av rapporterade negativa effekter:

Korrelationsanalysen (Spearman's rangkorrelation) mellan variabel 1, nämligen grad av påverkan av rapporterade negativa effekter i både OST- och VRET-behandling å ena sidan, och variabel 2, det vill säga förändringspoängen på utfallsmåttet (FSQ) å andra sidan, visade en negativ och mycket svag korrelation på ($N = 93$, $r = -0,170$, $p = .104$) och talar därmed inte för ett signifikant samband.

Diskussion

Studiens syfte och sammanfattning av resultat

Syftet med den föreliggande studien var att inom ramen för VIMSE-forskningsprojektet studera undersökningsdeltagarnas upplevelse gällande förekomsten av negativa effekter troligen orsakade av den behandlingsform, nämligen OST respektive VRET, de genomgått mot spindelfobi samt deras syn på graden av dess påverkan. Vidare att studera om det rörde några skillnader i förhållande till respektive behandlingsformer

beträffande både förekomsten av negativa effekter och graden av dess påverkan. Ytterligare att studera om det fanns ett samband mellan förekomsten av negativa effekter och dess grad av påverkan enligt mätinstrumentet Negative Effects Questionnaire (NEQ) vid eftermätning och förändringspoängen avseende för- och eftermätning på utfallsmåttet Fear of Spiders Questionnaire (FSQ). Följaktligen avgränsades studien till undersökningsdeltagarnas perspektiv och därmed valdes behandlarnas perspektiv bort.

Den teoretiska utgångspunkten gällande fenomenet negativa effekter av psykologisk behandling har i studien varit ett individperspektiv. Det vill säga undersökningsdeltagarnas subjektiva upplevelser av negativa effekter, vilket skiljer sig både från ett samhälls- och från ett professionellt behandlarperspektiv (Strupp, Hadley & Gomes-Schwarz, 1977).

Resultatet visade att deltagarna har upplevt ett flertal negativa effekter. Deltagare som genomgått OST-behandling har mest upplevt negativa effekter inom faktor 1 som är relaterad till symtom och har i genomsnitt blivit påverkade av dessa mellan måttligt och mycket. Däremot har deltagare som genomgått VRET-behandling mestadels upplevt negativa effekter inom faktor 2 som är relaterad till kvalitet men även många negativa effekter inom faktor 1 tillhörande symtom. Deltagarna inom gruppen har i genomsnitt blivit påverkade av dessa mellan måttligt och extremt.

Vidare visade resultatet att det råder stora skillnader mellan de två grupperna när det gäller såväl antal deltagare som inte alls har upplevt några negativa effekter, antal rapporterade negativa effekter samt vilka negativa effekter och relaterade till vilka sex faktorer, som i vilken grad deltagarna har påverkats av dessa. Skillnaderna mellan OST och VRET gällande både förekomsten av negativa effekter och graden av dess påverkan var dock inte signifikanta.

Ytterligare visade resultatet ett tydligt och signifikant samband, en negativ korrelation, mellan förekomsten av negativa effekter enligt (NEQ) vid eftermätning och förändringspoängen avseende för- och eftermätning på utfallsmåttet (FSQ), dock påvisades inget signifikant samband gällande graden av dess påverkan, utan ett mycket svagt negativt samband.

Studiens resultat i relation till tidigare forskning

Till skillnad från forskning kring negativa biverkningar inom medicinsk behandling har däremot forskning som inriktat sig specifikt på negativa effekter av psykologisk behandling, enligt Barlow och Nock (2009), existerat i mycket begränsad omfattning. Denna begränsning i sin tur sätter gränser även för diskussionen här i förhållande till tidigare forskning.

Studiens resultat ligger generellt i linje med de få forskningsansatserna inom området och bekräftar förekomsten av negativa effekter av psykologisk behandling. Detta stödjer den bilden som Nutt och Sharpe (2008), Berk och Parker (2009), Barlow (2010) samt SBU (2012) beskrev, det vill säga att många forskare och kliniker inte ens övervägt möjligheten att psykologisk behandling kan ge upphov till negativa effekter, trots att detta förekommer, och behöver därmed uppmärksammas, dokumenteras och analyseras.

Vidare visar studiens resultat att deltagarna på gruppnivå i både OST- och VRET-behandling blev kortsiktigt bättre och inte försämrades vid eftermätningen enligt utfallsmåttet FSQ, trots att många av dem hade rapporterat olika negativa effekter. Detta stödjer Dimidjian och Hollons (2010) poängtering att en definition av negativa effekter endast sedd till mått på försämring kan leda till att andra typer av negativa effekter av psykologisk behandling förbises. Med andra ord är försämring långt ifrån den enda negativa effekten som kan förekomma i samband med psykologiska behandlingar. Resultatet visar också, till skillnad från Mays och Franks (1985) perspektiv på negativa effekter baserat på negativt utfall, att negativa effekter kan förekomma oavsett negativt utfall eller positivt utfall och därmed är negativa effekter bredare än negativt utfall.

Sammantaget visar studien att just negativa effekter tillhörande symtom (faktor 1) förekommit i störst utsträckning, något som kan kopplas till förhöjd ångest i samband med exponering. Detta ligger i linje med Lilienfelds (2007) konstaterande att kortsiktiga negativa effekter och symtomökning under exponering är en ofrånkomlig del av exponeringsbaserade behandlingar. Den intressanta avvikelser i detta sammanhang är att totalt 28 deltagare, nämligen 16 inom OST-behandlingsgruppen och 12 inom VRET-behandlingsgruppen, inte har rapporterat någon negativ effekt alls. Ytterligare intressant är att de som inte har rapporterat någon negativ effekt alls utgör en större andel inom OST- jämfört med VRET-behandling fast de har konfronterats med verkliga fobiska objekt, spindlar. En möjlig hypotes skulle kunna vara att dessa deltagare har blandat ihop negativa effekter av behandling och utfall eller negativa effekter och försämring då alla dessa deltagare har rapporterat tydlig förbättring enligt utfallsmåttet FSQ.

En intressant punkt är att deltagare som genomgått OST-behandling har rapporterat fler symtomrelaterade negativa effekter jämfört med VRET-behandlingsgruppen, 63 negativa effekter mot 40. Detta medan dels Powers och Emmelkamp (2008) skrev att exponeringsbehandling med Virtual Reality (VRET) bygger på samma principer som exponering *in vivo* i sedvanlig KBT-behandling. Och dels då författarna Diemer, Mühlberger, Pauli och Zwanzger (2014) noterade att fobiska stimuli i en virtuell miljö ger psykofysiologiska reaktioner som man brukar få i den fysiska miljön när man möter fobiska stimuli, såsom förhöjd hjärtfrekvens och hudkonduktans. Skillnaden mellan de två grupperna i detta sammanhang kanske kan förklaras utifrån vad Marks och O'Sullivan (1988) belyste att själva förväntansångesten relaterade till att närma sig det verkliga fobiska stimulus blir alltmer hotfull medan denna problematik går att undvika vid virtuell exponeringsbehandling då klienter från början vet att den hotfulla situationen inte kommer inträffa vilket således gör den mindre hotfull. Denna förklaring kan stödjas även utifrån det faktum att deltagare inom OST-behandling har rapporterat högre grad av påverkan av negativa effekter tillhörande symtom medan deltagare inom VRET-behandling, jämförelsevis, har rapporterat både färre negativa effekter och lägre grad av påverkan av negativa effekter rörande symtomfaktor. Viktigt att poängtera i detta sammanhang är att NEQ-mätinstrumentet inte innefattar de vanliga negativa effekter som förekommer i virtuell behandling och är symtomrelaterade, nämligen symtom i form av yrsel, svindel, huvudvärk eller dimsyn. Detta kan då innebära att om dessa negativa effekter också varit inkluderade hade båda grupperna då rapporterat ungefär lika många negativa effekter relaterade till symtom. Dock är dessa symtom inte riktigt en följd av konfrontationen med det fobiska objektet eller den fobiska situationen utan har med själva användandet av VR-tekniken att göra och skulle därmed inte ha

påverkat det faktum att deltagarna inom OST-har blivit mer drabbade av symtomrelaterade negativa effekter jämfört med VRET-gruppen.

En annan intressant punkt är att resultatet visar att deltagare inom VRET-behandling har rapporterat fler negativa effekter tillhörande kvalitetsfaktorn jämfört med OST-gruppen, 75 mot 18, samt jämförelsevis i högre grad blivit påverkade av dessa. Här kan en del olika hypoteser lyftas fram som möjliga förklaringar. En möjlig hypotes skulle kunna vara att den sedvanliga psykologiska behandlingen, ansikte mot ansikte samt konfrontation med ett verkligt fobiskt objekt eller en verklig fobisk situation, fortfarande är den vanliga och dominerande formen av psykologisk behandling som folk känner till och är vana vid. Därmed kan en sådan form av behandling medvetet eller omedvetet betraktas som den ”sanna och verkliga” behandlingen medan den virtuella behandlingen underskattas och ses som ett ”spel”. Med andra ord att bedömningen av VRET-behandlingskvalitet är relativ och i förhållande till den sedvanliga behandlingen. En annan möjlig hypotes skulle kunna vara att många eller en del av de deltagare som genomgått VRET-behandling hade önskat sig OST-behandling, något de inte fick vilket kan ha påverkat deras bedömning av kvalitet i VRET-behandlingen negativt. En tredje möjlig hypotes skulle kunna vara att deltagarna inom VRET-behandling hade för höga förväntningar på denna behandlingsform som en alternativ behandlingsform till den sedvanliga eller tvärtom att behandlare medvetet eller omedvetet hade signalerat för höga förväntningar på behandlingen. En fjärde möjlig hypotes i detta sammanhang skulle kunna vara att deltagare i VRET-behandling hade begränsade förutsättningar att hantera konfrontationen med en verklig spindel i samband med beteendetestet (BAT) vid eftermätning, vilket påverkade deras bedömning av behandlingens kvalitet negativt. En femte möjlig hypotes skulle kunna vara att deltagare i VRET-behandling förväntade sig en ”smärtfri” behandling, men sedan ändå erfar ett visst mått av ångest, vilket skulle kunna ha påverkat deras bedömning negativt. Orsaken eller orsaker till den intressanta skillnaden kan bara spekuleras i. Denna stora skillnad kanske dock kan avdramatiseras utifrån Strupp, Hadley och Gomez-Schwarzs (1977) tresidiga modell och därmed behöver det som deltagarna betraktat negativt inte nödvändigtvis vara negativt utifrån andra perspektiv, exempelvis professionella behandlares perspektiv. Den stora uppmärksammade skillnaden mellan OST- och VRET-behandling beträffande kvalitetsfaktorn betonar än en gång det behov som Rozental et al. (2014) belyste, det vill säga att negativa effekter av andra psykologiska behandlingsformer behöver undersökas då den begränsade forskning som gjorts kring ämnet vanligtvis är baserad på traditionell psykologisk behandling.

Ytterligare intressant punkt som resultatet visar är att ingen deltagare varken inom OST-behandling eller inom VRET-behandling har rapporterat någon negativ effekt inom faktor 3, beroende. En möjlig hypotes kan vara att detta beror på att båda behandlingsformerna är en-sessionsbehandling och skiljer sig från långa behandlingar och därmed har deltagarna inte upplevt någon form av beroendeproblematik. Beträffande faktor 4, stigma, har endast en deltagare inom VRET-behandling upplevt negativ effekt. Hypotetiskt kan det bero på att specifika fobier jämfört med andra allvarligare psykiska störningar är relativt mindre stigmatiserande och därmed inte i samma grad förknippade med skam. Ett ytterligare faktum i detta sammanhang skulle kunna vara att behandlingen dels ingick i ett forskningsprojekt, dels att alla de tre faserna nämligen, förmätning, behandling och eftermätning, ägde rum i en akademisk miljö bortom sjukvårdens psykiatri. Gällande faktor 5, hopplöshet och faktor 6,

misslyckande, råder inga stora skillnader mellan de två behandlingsgrupperna och ligger i linje med att de i stort sett är liknande behandlingar.

Metoddiskussion

Studien utformades för att kunna påvisa en effektstorlek motsvarande Cohen's $d = 0.57$ med en alfanivå på $p < .05$ och en power på 80%. Beräkningen utgick från ($N = 100$ deltagare i studien som skulle randomiseras jämnt i respektive behandlingsgrupp ($N = 50$). Det höga deltagandet medförde en hög power och motverkade därmed en risk för typ II-fel. Vidare är studien genomförd inom ramen för en randomiserad prövning, en studiedesign med högt bevisvärde. Slumpmässig fördelning, där undersökningsslagarna lottades till OST- eller VRET-behandling, gjorde att alla deltagare hade lika stor chans att hamna i endera behandlingsgruppen och därmed minimerades risken för systematiska bias. Å andra sidan har studien saknat en kontrollgrupp/väntelista utöver de två behandlingsgrupperna vilket gör att både validitet och generaliserbarheten försvagas. Att ha en kontrollgrupp är även av relevans för studier av negativa effekter av psykologisk behandling, eftersom om kontrollgruppen också erfar negativa effekter kan dessa tänkas bero på andra omständigheter än själva behandlingen. Studien har inte heller använt sig av så kallad dubbelblindteknik som är det främsta randomiseringsförfarandet, då både behandlare och deltagare är insatta i vilken behandling som gavs.

Studiens metod beträffande urval och rekrytering har också sina styrkor vilka höjer den externa validiteten. För att kunna uttala sig om att urvalet är representativt i förhållande till populationen gjordes ett slumpmässigt urval då varje individ i populationen fick samma möjlighet att bli utvald. Vidare för att främja ett heterogent urval rekryterades deltagare både genom studiens hemsida och sociala media-tjänster samt redaktionell uppmärksamhet i tidningar och SVT. Trots detta försök blev urvalet dock mer homogent, bland annat då majoriteten av deltagare var kvinnor med eftergymnasial utbildning, en skevhet i undersökningsslagpopulationen som hotar den externa validiteten. Det är dock viktigt att poängtera att en överrepresentation av kvinnor samt individer med högre utbildning är ett vanligt förekommande fenomen inom de personer som generellt söker psykologisk behandling och är därmed inget unikt för den aktuella studien. Å andra sidan kan även denna överrepresentation ifrågasättas då det enligt Hellström & Öst (1996) saknas stöd i forskning för att individuella skillnader skulle påverka behandlingsutfallet vid behandling av specifik fobi. Ett annat problem i detta sammanhang gäller att de flesta deltagare i urvalet är mellan 18 och 35 års ålder ($M = 34.05$) och forskning har enligt Öst (1987) visat att individer som lider av specifik fobi brukar vänta längre med att söka behandling jämfört med individer med andra ångestsyndrom och speciellt att individer med just djurfobi kan vänta i snitt 24 år. Detta gör att det kan råda misstanke om att majoriteten av deltagarna var tillräckligt orädda att möta det fobiska objektet genom att både ta risken men även slumpmässigt fördelas till OST-behandling. Detta i sin tur försvårar ytterligare generalisering av behandlingseffekt för en population av fobiska individer som var alltför ångestfyllda för att delta i studien. Det hade kanske också rapporterats fler negativa effekter om urvalet varit mer heterogent. Ytterligare ett hot mot den externa validiteten är att användning av annonsering som rekryteringsmetod har den risken att individer med hög motivation till

behandling attraheras, vilket gör att resultaten inte kan generaliseras till den större populationen.

Bortfall är ett vanligt förekommande fenomen i undersökningar. För att kunna minimera bortfallet kallades alla deltagare ($N = 100$, OST = 50 och VRET = 50) till ett personligt besök gällande eftermätning för att bland annat fylla i utfallsmåttet SFQ och mätinstrumentet NEQ. Alla deltagare i respektive behandlingsgrupp deltog i eftermätningen och därmed förekom inget externt bortfall. Det har däremot förekommit interna bortfall i form av saknade data då en del deltagare har missat att svara på vissa frågor. Gällande OST-behandlingsgruppen, avseende svar på frågeställningar A, B och C, bestod bortfallet av en deltagare, en 30 årig kvinna som inte hade fyllt i NEQ-formuläret medan bortfallet i VRET-behandlingsgruppen bestod av tre kvinnliga deltagare mellan 30 och 34 års ålder som lämnat NEQ-formuläret tomt. Beträffande svar på frågeställning D, bestod bortfallet av sju deltagare, de fyra som nämndes ovan samt ytterligare tre till, en 24 årig kvinnlig deltagare inom OST-behandling, samt en 25 årig manlig och en 24 årig kvinnlig deltagare inom VRET-behandling. Dessa hade fyllt i utfallsmåttformuläret, FSQ, vid förmätning men inte vid eftermätning och därmed var en beräkning av förändringspoängen avseende för- och eftermätning på utfallsmåttet omöjlig. Ytterligare internt bortfall har också förekommit i form av att de deltagare som hade svarat på NEQ-formuläret dock glömt att besvara frågan om de rapporterade negativa effekterna var orsakade av själva behandlingen eller av andra omständigheter. Inom OST-behandlingsgruppen har det förekommit endast i 4 fall och inom VRET-behandlingsgruppen var det i sammanlagt 36 fall. Detta innebär totalt 40 interna bortfall av totalt 3072 möjliga item (96 deltagare x 32 item). Att bortfallet är så begränsat kan förklaras utifrån att både FSQ- och NEQ-formulären fylldes i av deltagarna vid personligt besök i samband med eftermätning istället för exempelvis brevledes kontakt, vilket kan ha haft betydelse för svarsfrekvensen. Deltagarnas förbiseende enligt ovan beskrivning kan bero på att det just vid eftermätningstillfället var ett antal olika formulär och skattningar som skulle fyllas i samtidigt som de skulle genomföra beteendetest enligt BAT. En noggrann eftergranskning av ifyllda FSQ- och NEQ-formulären av behandlaren på plats hade kunnat minska bortfallen ytterligare.

Inom studien har använts ett antal olika instrument, nämligen SCID-I och M.I.N. I samt utfallsmåttet FSQ, samtliga med goda psykometriska egenskaper som styrker studiens reliabilitet. Mätinstrumentet NEQ som använts för att mäta förekomsten och graden av negativa effekter av psykologisk behandling är däremot ett nyutvecklat instrument och därmed behöver dess psykometriska egenskaper utvärderas vidare samtidigt som instrumentet inte heller kommit att börja användas i det dagliga kliniska arbetet för att kunna uttala sig om dess nytta. Instrumentet är dock framtaget av forskare, erfarenheter från patienter som har genomgått någon psykologisk behandling samt en litteraturgenomgång. Den utvärderingen (Rozental, Kottorp, Boettcher, Andersson och Carlbring, 2016) som har gjorts på instrumentet visar mycket god intern konsistens för hela instrumentet samt acceptabelt till utmärkt α för de specifika sex faktorerna.

Båda behandlingsformerna som genomförts i denna studie har en tydlig teoretisk grund i inlärnings- och kognitivteori och är evidensbaserade vilket innebär en god begreppsvaliditet. En ytterligare styrka i detta sammanhang är att även andra kriterier i studien gällande diagnostiskbedömning, inklusion och exklusion, negativa effekter samt

behandlingens olika steg, upplägg och ramar alla är väl operationaliserade. Att båda behandlingsformerna är manualbaserade och alla deltagare i respektive betingelse fick samma behandling med samma upplägg innebär en förbättrad intern validitet och följaktligen ökad replikerbarhet. Ett hot mot den interna validiteten är att behandlarna skulle kunna vara olika skickliga, ställa olika krav eller te sig olika gällande i vilken utsträckning av stöd de gav deltagarna. Detta hot kan ha kompenseras av olika anledningar, såväl randomisering av deltagarna till en utav behandlarna, behandlarnas deltagande i workshops innan behandlingen påbörjades, deltagande i minst ett handledningstillfälle under behandlingens gång, samt att alla behandlare fick en skriftlig lathund som innefattade alla steg i behandlingen, rutiner, användandet av material och verktyg och mycket mer.

I princip är det så att sättet man mäter på och det sammanhang som mätningen sker i kan aktivera faktorer som påverkar mätningen utan att vara relaterade till den egenskap man vill mäta. Deltagarnas poängsättning av FSQ och NEQ skulle därför kunna ha påverkats av en rad olika faktorer. Till exempel genomförandet av eftermätning varierade mellan 4 och 45 dagar efter avslutad behandling, vilket kan ha påverkat deltagare som väntade en längre tid att komma ihåg vilka negativa effekter de upplevde under behandlingen och i vilken grad. Ett annat exempel kan vara att vid just eftermätningen skulle deltagarna fylla i ytterligare andra formulär och göra beteendetest (BAT) vilket kan ha påverkat deltagarnas fokus och koncentration vid poängsättningen. Det är också svårt att bedöma hur motiverade och välförstådda deltagarna var vid detta tillfälle att fylla i formulären. Med andra ord består varje mätvärde av en sann och en falsk del och det är svårt att bedöma hur stor del av mätvärdet som förklaras av respektive delar. Trots detta kan tack vare studiens slumpmässiga randomisering och dess storlek ($N = 100$) en statistisk slutsats dras. Ytterligare kan två andra aspekter ha påverkat poängsättningen av negativa effekter, negativt. Dels att låta deltagarna själva urskilja orsaksförklaringar gällande förekomsten av negativa effekter om de troligen var orsakade av själva behandlingen eller av andra omständigheter, trots att en sådan urskiljning är svår. Dels att låta deltagarna själva bedöma både förekomsten av negativa effekter och graden av dess påverkan då deltagarna kan ha underskattat eller överskattat dessa. Därmed är det viktigt att se resultatet av poängsättningen som ett försök att skaffa en fördjupad förståelse av deltagarnas egna och subjektiva upplevelser av dessa negativa effekter.

Slutligen är det viktigt att lyfta den aktuella studiens begränsningar. Dels att den inte berör någon analys av den sista och öppna frågan i instrumentet NEQ, nämligen item 33. En sådan analys skulle ha kunnat bidra till en djupare förståelse av deltagarnas upplevelser av negativa effekter och även möjligen badda för kunskap om andra och nya negativa effekter som inte omfattas av formuläret. Dels att mätinstrumentet NEQ inte innehåller de vanliga negativa effekter som förekommer i virtuella psykologiska behandlingar i form av yrsel, svindel, huvudvärk eller dimsyn och därmed uteblir en analys inom detta område. Dels att studien inte kan bevisa om dessa rapporterade negativa effekter var en del av exponeringseffekter som är övergående och en klient behöver stå ut med för att bemästra fobin eller om de på lite längre sikt är bestående och varaktiga.

Allmän diskussion och slutsatser

Det är konstaterat att mycket mer forskning behövs inom området negativa effekter av psykologisk behandling. Forskning inom detta ämne har dock varit mycket begränsat och kan vara mer komplicerat än vad man anar. Detta, anser jag, kan bero på ett antal olika faktorer. En faktor gäller att man traditionellt fokuserat på positiva effekter av psykologisk behandling i kombination med attityden och antagandet att psykologisk behandling är en "frizon" där det värsta som kan hända är att det önskade resultatet av behandlingen inte uppnås, varför förekomsten av negativa effekter inte har uppmärksamats och därmed behöver en slags attitydförändring åstadkommas. En annan faktor handlar om att det saknas konsensus bland forskare kring vad som menas med negativa effekter av psykologisk behandling och därmed vilka kriterier som gäller och hur man bäst kan gå tillväga för att studera dessa. En tredje faktor har med komplexiteten kring att undersöka sambandet mellan psykologisk behandling och dess negativa effekter då det är svårt att visa på ett tydligt kausalt samband och därmed är det svårbedömt om en negativ effekt är orsakad av själva behandlingen eller andra parallella omständigheter. En fjärde faktor som kan medföra svårigheter i detta sammanhang är det faktum att det finns olika inriktningar inom psykologisk behandling inte minst inom kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk psykoterapi (PDT) samt att det finns olika former av psykologisk behandling oavsett inriktning. Till exempel kort behandling, från en-sessionsbehandling, till lång psykologisk behandling som omfattar ett antal eller många sessioner, från exponeringsbaserad behandling till icke-exponeringsbaserad behandling, från sedvanlig behandling, ansikte mot ansikte, till internetbaserad behandling, från traditionell behandling till virtuell behandling, etcetera. En femte faktor som kan bidra till denna komplexitet är att upplägget av en behandling, behandlars förhållningssätt och skicklighet, sättet man mäter på, det sammanhang som mätningen sker i och den metod och det mätinstrument man använder och mycket annat, kan vara av vikt gällande förekomsten, graden och bedömningen av negativa effekter.

Ytterligare komplexitet som har med just OST- respektive VRET-behandling att göra kan handla om: dels att till skillnad från OST, är VRET beroende av att skapa en rädsloeffekt hos användare genom att starkt känna sig närvarande i den virtuella miljön som är avhängigt på hög teknologiskt kvalitet vilket både kan påverka utfallet och förekomsten av negativa effekter och graden av dess påverkan. Dels att till skillnad från OST, är det svårt att kontrollera i hur hög grad klienter konfronterar sig med det virtuella fobiska objektet eller situationen i VRET, då risken att klienter tittar bort, blundar under kortare eller längre tid eller fokuserar på något annat, alltid finns, ett faktum som kan påverka både förekomsten av negativa effekter samt graden av dess påverkan. Dels att trots att VRET är baserad på OST, kan vi ändå inte blunda för det faktum att den saknar vissa moment som vanligtvis ingår i OST som kan vara av betydelse beträffande förekomsten av negativa effekter. Som exempel i detta sammanhang kan nämnas modellexponering och modellinlärning som behandlaren i OST tar på sig. Ytterligare att både OST och VRET genomförs under en enda session och själva exponeringsdelen *in vivo* respektive *in virtuo* genomförs under relativt kort tid vilket kan få betydelse både gällande förekomsten av negativa effekter och gällande graden av dess påverkan jämfört med andra former av psykologiska behandlingar.

Denna mångsidiga komplexitet ställer krav på framtida forskning och kräver mer noggrannhet. Därmed bör kanske framtida forskning, förslagsvis, ta fram fler hypotesgenererande studier, både generellt och mer specifikt, utifrån olika behandlingsinriktningar och behandlingsformer inom psykologisk behandling. Vidare att inom framtida forskning, förslagsvis, studera individuella skillnader, utöver de generella faktorer, hos klienter som kan ligga till grund för förekomsten av negativa effekter och graden av dess påverkan och inte minst individuella skillnader hos professionella behandlare. Ytterligare att framtida forskning, förslagsvis, studerar närmare vilka vidareutvecklingar och vilka former av mätinstrument för bedömning av negativa effekter som behövs, ett generellt mätinstrument oavsett behandlingsinriktningar och former eller om det behövs även mer specifika mätinstrument beroende på dessa skillnader.

Förhoppningen är därmed att studiens resultat kan bidra med värdefull kunskap inom ämnet och frambringa hypoteser inför framtida forskning.

Sammanfattningsvis visar resultaten av denna aktuella studie ånyo att psykologisk behandling inte är en frizon utan kan medföra negativa effekter oavsett behandlingsform. Vidare visar resultaten att det finns skillnader mellan OST- och VRET-behandling beträffande både antal förekomna negativa effekter och dess tillhörande faktorer samt grad av dess påverkan, men att dessa skillnader inte är signifikanta. Ytterligare visar resultaten att det finns ett signifikant samband mellan antal förekomna negativa effekter och förändringspoängen på utfallsmåttet FSQ gällande spindelfobi. En negativ korrelation som innebär att ju fler negativa effekter som förekommit desto lägre och sämre utfall, och tvärtom skulle det kunna vara så att bättre utfall hänger samman med färre rapporterade negativa effekter. Resultaten visar däremot inget signifikant samband mellan graden av de förekomna negativa effekternas påverkan och förändringspoängen på utfallsmåttet FSQ utan bara ett mycket svagt och negativt samband.

Referenser

Allgulander, C., M. Wærn, M., Humble, M., Andersch, S., & H. Ågren, H. (2010) M.I.N.I. *Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju* -Svensk version. Karolinska institutet — Stockholm, Sahlgrenska akademien — Göteborg.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSMIV-TR* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288–95. <http://doi.org/10.1002/wps.20151>.

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford.

- Barlow, D. H. (2010). *Negative effects from psychological treatments: A perspective*. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0015643>.
- Barlow, D. H., & Nock, M. K. (2009). *Why can't we be more idiographic in our research? Perspectives on Psychological Science*, 4(1), 19-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01088.x>.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0023577>.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787-794. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00048670903107559>.
- Bolter, L. (2015, August 17). Spindelfobi? Träna bort fobin med virtuella spindlar. *Svenska Dagbladet*. Retrieved from <http://www.svd.se/trana-bort-fobin-med-virtuella-spindlar>.
- Botella, C., Breton-López, J., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Zaragoza, I., & Alcaniz, M. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 217-227. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2010.07.043>.
- Botella, C., Garcia-Palacios, A., Baños, R. M., & Quero, S. (2009). Cybertherapy: Advantages, limitations, and ethical issues. *PsychNology Journal*, 7(1), 77-100. Retrieved from www.psychology.org 092615.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behavior Therapy*. Doi.org/10.1080/16506073.2014.939593.
- Choy, Y., Fyer, A.J., & Lipsitz, J.D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (Eds.). (2012). *Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias* (1st ed.). New York: Springer. <http://doi.org/DOI.10.1007/978-1-4614-3253-1>.
- Dawes, R. M. (1989). Experience and validity of clinical judgment: The illusory correlation. *Behavioral Sciences & the Law*, 7(4), 457-467. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/617722618?accountid=38978>.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatment for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- Diemer, J., Mühlberger, A., Pauli, P., & Zwanzger, P. (2014). Virtual reality exposure in anxiety disorders: Impact on psychophysiological reactivity. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15 (February 2012), 427-442. <http://doi.org/10.3109/15622975.2014.892632>.
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65 (1), 21-33. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0017299>.
- Elmqvist, K. (2015, August 20). Spindelfobi? Så slipper du den med ny teknik. *Expressen*. Retrieved from <http://www.expressen.se/halsoliv/halsa/spindelfobi-sa-slipper-du-den-med-ny-teknik/>.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 10, 722-724.
- Hamilton, W. (2015). *Spindlar höjer den verkliga hjärtfrekvensen*. *Stockholms universitet*. Stockholm University. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Psykologiska+institutionen#5>.

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 155-163. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/620676736?accountid=38978>.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(1), 25-32. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/742979503?accountid=38978>.
- Hatfield, D.R., & Ogles, B. M. (2006). The influence of outcome measures in assessing client change and treatment decisions. *Journal of Clinical Psychology, 62* (3), 325-337.
- Hellström, K., & Öst, L.-G. (1996). Prediction of Outcome in the Treatment of Specific Phobia. A Cross Validation Study. *Behaviour Research and Therapy, 34*(5/6), 403-411.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). Besökt den 120616 på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (2000). Danger expectancies, self-efficacy and insight in spider phobia. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 585-600.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030682>.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(1), 53-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(4), 286-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1765>.
- Linder, P., Nyström, M. B. T., Hassmén, P., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Who seeks ICBT for depression and how do they get there? Effects of recruitment source on patient demographics and clinical characteristics. *Internet Interventions, 2*(2), 221-225. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2015.04.002>.
- Marks, I., & O'Sullivan, G. (1988). Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive compulsive disorders: a review. *British Journal of Psychiatry, 153*, 650-658.
- Mays, D., & Frank, C. (Eds.). (1985). *Negative outcome in psychotherapy*. New York: Springer.
- Michaliszyn, D., Merchand, A., Bouchard, S., Martel, M.-O., & Poirer-Bisson, J. (2010). A randomized, controlled clinical trial of In Virtuo and In Vivo exposure for spider phobia. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 13*(6), 689-695.
- Miloff, A., Lindner, P., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Single-session gamified virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. traditional exposure therapy: Study protocol for a randomized controlled non-inferiority trial. *Trials*.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1996). A comparison of two spider fear questionnaires. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*(3), 241-244. [http://doi.org/10.1016/S0005-7916\(96\)00022-5](http://doi.org/10.1016/S0005-7916(96)00022-5).
- Nilsson, S. (2015, February 18). Spindelfobi botas med virtual reality – IDG har testat den läbbiga metoden. *IDG*. Retrieved from <http://www.idg.se/2.1085/1.609456/spindelfobi-ska-botas-medvirtual-reality>.
- Nosti, H. (2015). Virtuella spindlar ska testas mot fobier. Sveriges Television. Retrieved from <http://www.svt.se/nyheter/inrikes/virtuella-spindlar-ska-testas-mot-fobier>.
- Nutt, D. J., & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology, 22*(1), 3-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0269881107086283>.

- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The Cruellest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172–180. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.003>.
- Ollendick, T. H., & Davis, T. E. (2013). One-session treatment for specific phobias: A review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 275–83. <http://doi.org/10.1080/16506073.2013.773062>.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry research*, 206(2-3), 293–301. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.026.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 561–569. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>.
- Rozentel, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12–19. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.001>.
- Rozentel, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016, Submitted). *Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the Negative Effects Questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events*.
- SBU. (2012). Besök den 17062016 på <http://www.regeringen.se/contentassets/7bf8a4879bcf4deebee45f10d442902c/29.-statens-beredning-for-medicinsk-utvardering.pdf>.
- Shiban, Y., Pauli, P., & Mühlberger, A. (2013). Effect of multiple context exposure on renewal in spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2), 68–74. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.007>.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *When things get worse: The problem of negative effects in psychotherapy*. Washington, DC: Jason Aronson.
- Walfish, S., McAlister, B., O' Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. doi:http://dx.doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications* (2nd ed.). London: SAGE.
- Wiederhold, B. K., & Bouchard, S. (2014). *Advances in virtual reality and anxiety disorders*. (B. K. Wiederhold & S. Bouchard, Eds.). New York: Springer.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021–1037. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>.
- Zlomke, K., & Davis, T. E. (2008). One-session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207–223. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.003>.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 223–229. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.223>.
- Öst, L.-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 1–7. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90113-7](http://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90113-7).
- Öst, L.-G. (2013). *Specifik fobi*. I L. G. Öst (Red., 2., rev. o) *KBT inom psykiatrin* (sid. 76). Stockholm: Natur & kultur.

Negativa händelser och effekter av psykologisk behandling

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

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

Händelser och effekter:	Upplevde detta?		Om ja – så negativt påverkade det mig:					Orsakades troligen av:	
	Nej	Ja	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt	Behandlingen jag genomgick	Andra omständigheter
15. Jag fick tankar om att det vore bättre om jag inte längre fanns kvar eller att jag borde ta mitt eget liv	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Jag började skämmas inför andra att jag gick i behandling	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jag slutade tro att saker och ting skulle kunna bli bättre	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Jag började tro att det jag sökte hjälp för inte gick att påverka till det bättre	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jag slutade tro att det finns hjälp att få	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min behandling	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Jag tycker mig ha utvecklat ett beroende till min terapeut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Jag förstod inte alltid min behandling	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jag förstod inte alltid min terapeut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Jag hade inte förtroende för min behandling	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Jag hade inte förtroende för min terapeut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Jag kände att behandlingen inte gav något resultat	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Jag upplevde inte att mina förväntningar på behandlingen infriades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Jag upplevde inte att mina förväntningar på terapeuten infriades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Jag upplevde att kvaliteten på behandlingen var dålig	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Jag upplevde att behandlingen inte passade mig	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Händelser och effekter:	Upplevde detta?		Om ja – så negativt påverkade det mig:					Orsakades troligen av:	
	Nej	Ja	Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt	Behandlingen jag genomgick	Andra omständigheter
31. Jag kände att jag inte fick någon närmare relation till min terapeut	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Jag tyckte att behandlingen var omotiverande	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Övrigt – beskriv med egna ord om det förekom några andra negativa händelser och effekter, samt vad som kännetecknade dessa									