



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

**Klienters upplevelser av missnöje med psykoterapi**  
- en interpretativ fenomenologisk analys av missnöje med  
studentledd terapi

**Petra Carlsson Thyrvin & Sofia Gabinus**

Psykologexamensuppsats. 2019

Handledare: Catharina Strid  
Examinator: Erwin Apitzsch

## Sammanfattning

Denna studies syfte var att undersöka upplevelser av missnöje hos klienter som avslutat sina terapier med studentterapeuter på psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem deltagare som genomgått kognitiv beteendeterapi (KBT). Intervjumaterialet analyserades med hjälp av Interpretativ Fenomenologisk Analys (IPA). Fem huvudteman identifierades; *Missnöje med den interpersonella relationen*: Klienterna beskrev upplevelser av en terapeutisk relation som var alltför ojämlig, för "vänskapslik" eller för fylld av olikheter. *Missnöje med det terapeutiska arbetet*: Beskrivningar av att känna sig som en försökskanin eller arbeta mot fel mål förekom. *Jämförelser med tidigare terapeuter*: deltagarna tyckte oftast att deras tidigare terapeuter varit bättre. *Svårigheter att uttrycka missnöje*: Deltagarna beskrev att det var svårt att uttrycka missnöje och hade tankar om att själva ha bidragit till missnöjet. *Effekter av terapin*: Tankar om att terapin gett positiva resultat samexisterade med upplevda negativa effekter. Studien visade att missnöje med terapi är en mångbottnad och ibland motsägelsefull upplevelse som är svår att uttrycka. Vikten av metakommunikation om relationen, förväntningar och målen med terapin blev tydlig i denna studie, vilket också tidigare forskning visat.

Nyckelord: *Klienters missnöje, negativa effekter, psykoterapi, suboptimal terapi, skadlig terapi, alliansbrott, Interpretativ fenomenologisk analys (IPA)*

### **Abstract**

The purpose of this study was to explore clients' experiences of dissatisfaction with completed therapy delivered by therapists in training at the Department of Psychology, Lund University. Semi-structured interviews were conducted with five participants who had received Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The material was analysed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Five main themes were identified; *Dissatisfaction with the interpersonal relationship*: Experiencing the relationship as too unequal, too "friendship-like" or too filled with differences. *Dissatisfaction with the therapeutic work*: Feeling like a guinea pig or working towards the wrong goal. *Comparing the therapist with previous therapists*: The previous therapist was considered better for the most part. *Difficulties with expressing dissatisfaction*: Participants described experiences of feeling partly to blame for the dissatisfaction. *Effects of the therapy*: Experiences of positive outcomes existed side by side with negative effects. The study showed that dissatisfaction was a complex and sometimes contradictory experience that was very difficult for clients to express. The importance of meta-communication about the therapeutic relationship, expectations and the goals of the therapy became clear, in accordance with previous research.

*Keywords: Client dissatisfaction, Negative effects, Psychotherapy, Suboptimal therapy, harmful therapy, alliance ruptures, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*

Tack!

Vi vill tacka våra modiga och generösa deltagare. Utan er - ingen studie och inget lärande.

Vi vill också tacka vår handledare Catharina Strid för stort engagemang och ännu större sinne för humor.

Slutligen vill vi innerligen tacka oss själva och varandra för att vi alltid satt processen först.

Mindre pirayer i vaniljsås, mer lejon och lodjur.

Introduktion.....	7
Ett aktuellt ämne.....	7
Psykokoterapi fungerar... ibland.....	7
Terapeuters kunskaper och förmågor.....	7
Publication bias.....	8
Forskning om negativa effekter av psykokoterapi är komplicerat.....	8
Vad säger klienterna?.....	9
Litteraturgenomgång.....	9
Negativa effekter.....	11
Common factors?.....	11
Allians som common factor.....	13
Förväntningar som common factor.....	13
Tidigare forskning.....	13
Klienters upplevelser av missnöje med psykokoterapi.....	15
Studentterapi.....	15
Nästa steg?.....	16
Vikten av att studera missnöje.....	16
Varför behövs kvalitativa studier?.....	16
Syfte och frågeställning.....	17
Metod.....	18
Val av metod.....	18
Beskrivning av metoden IPA.....	18
Beskrivning av vetenskapsteorin bakom metoden IPA.....	19
Fenomenologi.....	19
Hermeneutik.....	19
Ideografi.....	19
Ontologisk och epistemologisk ståndpunkt.....	20
Förförståelse och egna antaganden.....	20
Att utvärdera kvalitativa studier.....	21
Validitet.....	22
Reliabilitet.....	23
Generaliserbarhet.....	23
Instrument- semistrukturerade intervjuer.....	24
Deltagare.....	24
Psykokoterapimottagningens arbete.....	24
Inklusionskriterier.....	24
Urvalsprocedur och urvalsstorlek.....	25
Intervjuprocedur.....	26
Dataanalys.....	26
Etiska överväganden.....	28
Resultat.....	30
Missnöje med den interpersonella relationen.....	30

Att vara våglängder ifrån varandra.....	30
Status och makt.....	31
Att bli för mycket ”vän” med sin terapeut.....	32
Att känna sig dömd och inte förstådd.....	33
Missnöje med det terapeutiska arbetet.....	34
Att inte ha rätt mål.....	34
Att känna sig som en försökskanin.....	35
Att slösa tid.....	35
Jag har gjort det här förut.....	36
Jämförelser med tidigare terapeuter.....	36
Det var bättre med min förra terapeut.....	36
Studentterapeuten var osäker och oskicklig.....	37
Svårigheter att uttrycka missnöje.....	37
Att lägga skulden på sig själv.....	37
Att inte vilja kräva för mycket av en studentterapeut.....	39
Rädsla att göra det värre.....	39
Effekter av terapin.....	39
Att vara både nöjd och missnöjd.....	40
Att göra jobbet själv.....	40
Det var bra men det räckte inte.....	40
Jag upplevde plågsamma känslor.....	40
Mina problem blev värre.....	41
Obehagliga minnen.....	41
Diskussion.....	41
Resultatdiskussion.....	41
Missnöje med den interpersonella relationen.....	41
Missnöje med det terapeutiska arbetet.....	42
Jämförelser med tidigare terapeuter.....	43
Svårigheter att uttrycka missnöje.....	44
Effekter av terapin.....	45
Metoddiskussion.....	48
Kritik mot IPA.....	48
Urval och generaliserbarhet.....	50
Instrument och procedur.....	51
Validitet.....	51
Reliabilitet.....	52
Slutsatser.....	52
Studiens kunskapsbidrag.....	52
Förslag till framtida forskning.....	53
Referenser.....	54
Bilagor.....	62

## Introduktion

**Ett aktuellt ämne.** I oktober 2018 stod att läsa på SVT:s hemsida: “Terapi har inte bara bra effekter – många riskerar att må sämre” (Horvatovic, 2018). Idag finns ett växande forskningsfält kring vad som kan göra att klienter försämras av sin terapi. Det verkar också som att intresset för ämnet väckts inom den svenska psykologkåren. I Psykologtidningen publicerades i februari 2018 en intervju med psykologen Camilla von Below som forskar om suboptimala terapier (von Below, 2018). von Below pekar på vikten av metakommunikation om terapins innehåll och hur den terapeutiska relationen upplevs av klienterna. Hon menar att klienter ofta har svårt att berätta om negativa upplevelser i terapi och att det är viktigt att både kliniker och forskare undersöker dessa svåra frågor.

**Psykoterapi fungerar... ibland.** Det finns omfattande forskning som tyder på att psykoterapeutisk behandling är effektiv mot en rad tillstånd såsom depression, ångestsyndrom och kvardröjande reaktioner på traumatiska händelser (Bandelow, Sagebiel, Belz & Görlich, 2018; Cuijpers, 2017; Kline, Cooper, Feeny & Rytwinski, 2018). Samtidigt som forskning visar att ungefär två tredjedelar av de som får psykoterapeutisk behandling upplever symtomförbättring verkar det som att den resterande tredjedelen inte upplever sig förbättrade efter att behandlingen avslutats (Lambert, 2013). Dessutom finns det en mindre grupp klienter om ungefär fem procent som efter behandlingen fått förvärrade symtom (Barlow, 2010; Rozental et al., 2018). Utöver detta är det en stor andel av de som påbörjar terapi som avslutar kontakten efter ett fåtal sessioner (Chow, 2018). Socialstyrelsen konstaterar att mer forskning behövs gällande vilka faktorer (även kallade moderatorer) som kan öka eller minska effekterna (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2018). Det behövs således forskning både om vad som verkar fungera i psykoterapi och vad som händer när det inte fungerar bra. Psykologen Alexander Rozental har bedrivit forskning på olika aspekter av negativa effekter och konstaterar i en artikel från 2018 att det fortfarande saknas en tydlig och gemensam terminologi kring negativa effekter av terapi, vilket kan försvåra forskningen inom området. Han beskriver att det är ett område som fått relativt lite uppmärksamhet och att det behövs mer forskning för att bättre förstå, monitorera och rapportera om dessa processer (Rozental et al., 2018).

**Terapeuters kunskaper och förmågor.** Eftersom psykoterapi nästan uteslutande bedrivs bakom stängda dörrar blir det särskilt viktigt att terapeuter har kunskap om och förmåga att se när terapi blir skadligt för klienterna. Detta verkar dock inte alltid vara fallet.

Boisvert och Faust (2006) undersökte 181 yrkesverksamma psykologers kunskaper om negativa effekter i psykoterapi. Studien visade att 28 % av psykologerna inte hade kunskap om att en del klienter upplever sig försämrade av psykoterapi. Denna kunskapsbrist skulle kunna leda till att terapeuter är ouppmärksamma på den potentiella skada som deras behandlingar kan åsamka. Det kan också leda till att klienter inte får tillräcklig information för att kunna göra ett informerat val om sin behandling. En psykologexamensuppsats av Bystedt (2014) där 74 behandlare i Sverige svarat på frågor om negativa effekter av psykoterapi tyder på att behandlare vet att negativa effekter existerar - men inte har kunskap om förekomsten eller möjliga förebyggande åtgärder.

Det finns dessutom forskning som tyder på att terapeuter, precis som personer i andra yrkeskategorier, överskattar sin förmåga. I en studie där man frågade terapeuter om hur de bedömde sin egen skicklighet skattade hela 80 % sig själva som bättre än medelterapeuten (Walfish, McAlister, O'Donnell & Lambert, 2012). Av de tillfrågade terapeuterna uppgav 50 % att de inte hade några patienter som uppvisade försämringar efter terapin. Hannan et al. (2015) fann att terapeuterna hade en skev uppfattning om hur många av deras patienter som förbättrades (terapeuterna uppskattade 91 % i jämförelse med de 40 % som man fann i studien). Man såg också att terapeuter i snitt enbart lyckades identifiera 1 av 40 patienter (2,5%) när de ombetts gissa hur många som förvärrats.

**Publikationsbias.** En möjlig del av förklaringen till terapeuters bristande kunskap om missnöje och negativa effekter av terapi kan finnas i publikationsbias inom psykoterapiforskning. Ett känt problem inom fältet är tendensen hos internationella tidskrifter att i hög utsträckning främst publicera studier där man funnit signifikanta samband mellan behandling och symtomreduktion. Detta brukar kallas för publikationsbias och innebär att studier där man får positiva resultat och finner samband är de som får mest genomslag. Studier som visar svaga eller till och med skadliga effekter av psykoterapi får i mindre utsträckning utrymme vilket kan vara etiskt problematiskt (Cuervo & Clarke, 2003).

**Forskning om negativa effekter av psykoterapi är komplicerat.** Situationen gällande missnöje eller negativa effekter av terapi kompliceras ytterligare av att terapi i viss mån "bör" upplevas jobbigt eller utmanande. När en människa befinner sig i en förändringsprocess och lär sig nya sätt att hantera sina problem kan det innebära att hen måste må sämre innan förbättring sker (Rozenal et al., 2018). Psykoterapiforskning skiljer sig dessutom från farmakologisk och medicinsk forskning, där behandlare alltid är skyldiga att



rapportera om eventuella negativa bieffekter. Kraven för den formen av rapporter är inte lika tydligt uttalade i psykoterapiforskning.

**Vad säger klienterna?** En annan möjlig försvårande omständighet går kanske att finna i forskning kring vilken information klienter undanhåller sina terapeuter. I en amerikansk studie där 547 anonyma klienter deltog uppgav 93 % av deltagarna att de vid något tillfälle hade ljugit för sin terapeut (Blanchard & Farber, 2016). Ett vanligt tema var att låtsas att terapin var effektiv. Ett annat var att inte erkänna att man ville avsluta terapin. Lögner som var direkt relaterade till terapin och terapeuten var inte bara de vanligaste, utan de lögner som klienterna skattade som mest omfattande (starkast på skala 1-5) (Blanchard & Farber, 2016). Hill, Thompson, Cogar och Denman (2001) har funnit liknande resultat. I deras studie fick 26 klienter och deras terapeuter berätta om och skatta sina icke-uttalade processer i videofilmade sessioner. Klienterna berättade om vad de undviker att säga till sina terapeuter och varför. Studien visade att 65 % av klienterna lämnade vissa saker osagda. Oftast var dessa saker kopplade till negativa upplevelser i terapin, det vill säga upplevelser av att känna sig förvirrade, missförstådda och samtidigt rädde att lyfta sina upplevelser med terapeuten. Klienterna berättade att det i hälften av fallen berodde på att de upplevde skam eller var rädda för att bli överväldigade av sina känslor. Klienterna berättade också att de var rädda för att terapeuterna inte skulle klara av att hantera eller förstå deras upplevelser (Hill et al., 2001).

### **Litteraturgenomgång**

**Negativa effekter.** Vad som definieras som negativa effekter kommer oundvikligen att ha att göra med hur man definierar mental hälsa. Vem avgör vad som är en lyckad eller en misslyckad behandling? Perspektivet kan skifta beroende på om man frågar klienten, terapeuten eller förhåller sig till samhällets normer. Ibland mäts förbättring i termer av arbetsförmåga och ibland i termer av livskvalitet. Strupp och Hadley (1979) lyfte exemplet att en klient skulle skilja sig efter terapin. Man kan undra om detta ska ses som ett framsteg eller en negativ effekt. Kanske skiljer sig klientens uppfattning från terapeuten. Signifikanta personer i klientens liv kan ha ytterligare åsikter. För att kunna skapa förståelse för klienters upplevelser av missnöje behövs således kunskap både om de kvantitativa begrepp som i nuläget finns kopplat till suboptimala terapier och i de subjektiva upplevelser som klienter berättar om.

I en studie som genomfördes i England 2016 visade data från ca 15 000 personer som fått psykologisk behandling för depression eller ångest att runt 1 av 20 upplevde sig ha

bestående negativa effekter (Crawford et al., 2016). Man såg att äldre personer i mindre utsträckning än yngre rapporterade negativa effekter och att personer från etniska eller sexuella minoritetsgrupper i högre utsträckning rapporterade negativa effekter.

Men forskningsfältet kring negativa effekter av psykoterapi är komplicerat. Tydlig konsensus kring vad negativa effekter inom psykoterapi egentligen innebär och hur det ska definieras saknas (Dimidjian & Hollon 2010; Linden, 2013). Något som diskuteras kopplat till negativa och skadliga effekter är terapihändelser som har en kausalt negativ effekt. Här avses händelser som producerat ett resultat som är värre än vad det skulle varit utan behandling. Att man som klient inte fått den effekt av behandlingen (treatment-non-response) som man hoppats på kan ses som en annan viktig negativ effekt. Personen har investerat tid och pengar i behandlingen och utebliven behandlingseffekt skulle kunna leda till att hen tappar tilltron till att det går att tillfriskna eller att få hjälp. Det kan också vara så att en intervention som till en början upplevts skadlig över tid istället blir hjälpsam, och vice versa. (Dimidjian & Hollon, 2010).

Klatte, Strauss, Flückiger och Rosendahl (2018) lyfte ytterligare några av de olika begrepp som kan användas inom forskningen på negativa effekter. De skrev om begrepp såsom adverse treatment reactions (effekter som beror på en korrekt utförd behandling), malpractice reactions (effekter som beror på felaktigt utförd behandling) och deterioration after treatment (kliniskt signifikant försämring som uppkommit efter behandlingen).

En studie kring terapeuters effektivitet visade att fler terapeuter än man tidigare trott bedriver skadlig terapi, det vill säga behandlingar som ger upphov till symtomförvärring, ökad våldsamhet eller ökad suicidalitet (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011). Studien konstaterade att en stor grupp terapeuter gav upphov till symtomförsämring på mellan 11 och 38 %. Dessa terapeuters genomsnittspatienter uppvisade 20 % större suicidalitet och 36 % mer våldsamhet vid terapins slut. Samma studie konstaterade att terapeutkompetens inte verkar vara ett globalt konstrukt. En terapeut som uppvisade goda resultat inom en behandlingsdomän eller med en specifik problematik kunde prestera betydligt lägre inom ett annat behandlingsområde. Kraus et al. (2011) menade att ett sätt att motarbeta denna typ av problem skulle kunna innebära att man som terapeut kontinuerligt utvärderar sitt arbete tillsammans med klienten.

Negativa effekter och upplevt missnöje skulle potentiellt kunna vara en av faktorerna som leder till avhopp från terapier. Roos och Werbart (2013) pekade i en litteraturöversikt på

att exempelvis terapeuters utbildning och förmåga att vara känslomässigt stöttande kan påverka antalet avhopp. Andelen avhopp uppmättes till mellan 13 % och 69 % i olika studier, vilket med en viktad ratio blev 35 %. Samma litteraturöversikt visade att klienters missnöje, exempelvis med terapeutens kompetens, tillitsfullhet eller sätt att hantera problem i terapin, associerades med högre grader av avhopp. De konstaterade även att forskning kring avhopp generellt sett enbart har fokuserat på klientfaktorer och inte tagit in mer komplexa aspekter av terapiprocesser eller terapeutfaktorer.

**Common factors.** För att kunna förstå vad som kan ge upphov till negativa effekter och missnöje blir det relevant att skapa förståelse för vad som kan ge upphov till positiva utfall. De verksamma faktorer som anses vara gemensamma för flera terapiformer brukar kallas för common factors. Det råder delade meningar kring huruvida terapier med olika teoretiska och metodologiska förhållningssätt delar underliggande verksamma mekanismer (Lundh, 2014). En stor del av psykoterapiforskningen har ägnats åt att undersöka metodspecifika mekanismer i särskilda terapiinriktningar. Andra forskare har valt att fokusera på common factors. Bland dessa faktorer kan nämnas terapeutisk allians, förväntningar på terapin, känslomässigt upplevande, patientens engagemang och emotionellt korrekta upplevelser (Tschacher, Junghan & Pfammatter, 2014).

**Allians som common factor.** Mycket forskning har pekat på att en stark prediktor (och en gemensam faktor) när det gäller terapiers framgång är den så kallade terapeutiska alliansen (Lambert & Barley, 2001; Safran & Muran, 2000). Bordins konceptualisering av den terapeutiska alliansen utgör en av de mest använda definitionerna. Hans definition fokuserar på samarbetet mellan klienten och terapeuten och delar upp alliansbegreppet i tre relaterade processer; att vara överens om terapeutiska mål (goal), att vara överens om hur det terapeutiska arbetet ska gå till (task) samt kvaliteten på det känslomässiga bandet mellan klienten och terapeuten (bond) (Bordin, 1979).

Det kan tänkas hjälpsamt att förhålla sig till det som klienter beskriver som de viktigaste verksamma faktorerna/mekanismerna. Orlinsky, Ronnestad och Willutzki (2004) konstaterade att klienternas skattade uppfattning av alliansen verkade ha högst samband med hur deras utfall sedan blev. I deras genomgång av 50 år av psykoterapiforskning stack kvaliteten i klientens deltagande ut som den viktigaste faktorn som påverkat klienternas utfall. En klientstil som var öppen och aktivt deltagande var förknippad med ett bättre utfall.

Norcross och Wampold (2011) konstaterade i sin presentation av en serie meta-analyser att den terapeutiska alliansen hade en substantiell inverkan på terapiers utfall. De använde begreppet evidensbaserade terapirelationer och hävdade att denna typ av terapirelation vilar på bland annat inhämtande av feedback från klienten, kulturell förståelse för klienten och empati.

En metaanalys som genomfördes av Lambert och Cattani (2012) tydde på att common factors inom den terapeutiska alliansen, så som exempelvis enighet om mål, verkar vara relaterade till ett positivt utfall. Tschacher et al. (2014) har undersökt vilka common factors som 68 verksamma terapeuter skattade som mest meningsfulla. Patientens engagemang och involveringsgrad, affektivt upplevande och den terapeutiska alliansen bedömdes som viktigast enligt deltagarna i studien.

Safran och Muran (2000) framhåller att svårigheter i den terapeutiska alliansen och alliansbrott (så kallade alliance ruptures) utgör en ofrånkomlig del av den terapeutiska processen. Alliansbrott definierades som oenighet om målen eller arbetsmetoderna i terapin, eller problem med det känslomässiga bandet mellan terapeut och patient. De menade att förmågan att hantera och reparera dessa händelser kan vara avgörande för möjligheten att bedriva framgångsrik terapi.

Ett problem med alliansbegreppet kan vara att just att man riskerar att lägga alltför stort fokus på de positiva aspekterna av samarbetet. Doran (2016) framförde kritik mot begreppet terapeutisk allians genom att ifrågasätta hur allians mäts och definieras. Hon menade att intresset bör flyttas mer mot hur man hanterar konflikter i terapin. I sin artikel lyfte hon hur man kan utveckla alliansbegreppet genom att skifta fokus från samstämmighet och överenskommelse till frågor som handlar om förhandlande om dessa överenskommelser.

Cushman och Gilford (2000) har skrivit om vikten av att undersöka frågor kring oenigheter, klagomål, ilska och maktförhållanden i den terapeutiska relationen. De menade att man genom att lägga tonvikt på samarbete skulle kunna riskera att behandla alliansen som ett mått på följsamhet. Det vill säga en allians där klienterna potentiellt åsidosätter egna behov och önsknings till förmån för att behålla en god relation till terapeuten.

Mätinstrument som tar hänsyn också till konfliktfyllda och komplicerade aspekter av terapiarbetet och den terapeutiska alliansen håller på att beforskas, se exempelvis The Alliance Negotiation Scale av Doran, Safran och Muran (2016).

**Förväntningar som common factor.** En metaanalys av Constantino, Vîslă, Coyne och Boswell (2018) visade att klienters egna prognoser för om de skulle kunna bli hjälpta av terapi hade en statistiskt signifikant påverkan på deras terapiutfall. Förväntningar som konstrukt har plockats isär och begrepp såsom förväntningar på behandlingen, förväntningar på behandlaren, motivation för behandling och preferenser kopplat till terapimetoder har undersökts. Man har också kunnat se att brustna förväntningar kan vara en faktor som har inverkan på både framsteg och missnöje. En studie av Westra, Aviram, Barnes och Angus (2010) undersökte 26 klienters retrospektiva upplevelser av sina förväntningar på och upplevelser av kognitiv beteendeterapi (KBT). Den visade att samtliga deltagare upplevt brustna förväntningar och att detta kunde upplevas både positivt och negativt. För de deltagare som fått ett positivt slutresultat av terapin (i form av förbättrat utfall) så var behagliga överraskningar kring samarbetet och den jämlika terapirelationens hjälpsamhet vanligt, medan besvikelser var vanligare hos de som fått sämre utfall. Klienterna i studien tenderade att lägga skulden för besvikelsen och de brutna förväntningarna mer på sig själva än på sina terapeuter eller på terapiformen.

### **Tidigare forskning**

**Klienters upplevelser av missnöje med psykoterapi.** von Below och Werbart (2012) har i en kvalitativ studie undersökt hur missnöjda klienter som gått i psykoanalytisk psykoterapi vid det dåvarande Institutet för psykoterapi i Stockholm upplevt sin terapi. I studien beskrev klienter att de inte upplevde förtroende för sin terapeut och känslor av att bli övergiven. Klienter beskrev att de upplevt sin terapeut som oflexibel och en terapi som saknade intensitet och koppling till vardagslivet. Klienterna uttryckte att de hade önskat mer respons från terapeuten som de upplevde distanserad och passiv. Werbart, von Below, Brun och Gunnarsdottir (2015) fann i en annan studie att klienter som inte uppnått symtomförbättring under sin terapi upplevt att terapin hade för mycket fokus på historia och tidigare händelser.

Bowie, McLeod och McLeod (2016) genomförde en kvalitativ studie i England kring missnöjda klienters upplevelser av terapi. 10 terapeuter som tidigare gått i terapi rekryterades. De fick berätta på vilket sätt de upplevt sig missnöjda med behandlingen. Resultatet visade att vissa av deltagarna upplevde att deras terapeuter arbetade efter sin egen agenda och satte sin egen läroprocess i fokus framför klientens. Deltagarna berättade att de till en början upplevde sig osäkra på huruvida de hade rätt att vara missnöjda. De upplevde att terapin gav upphov till

milda former av negativa effekter såsom besvikelse över hur ohjälpsam terapin upplevts (Bowie, McLeod & McLeod, 2016).

McElvaney och Timulak (2013) genomförde i en studie 11 semistrukturerade intervjuer med klienter om deras upplevelser av terapi. Man jämförde de kvalitativa resultaten från intervjuerna med kvantitativa skattningar som gjorts gällande symtomförändring. Sex av deltagarna skattade bristfälliga resultat (ingen signifikant förbättring, oförändrat tillstånd eller försämrat tillstånd). Fem deltagare skattade bra resultat (kliniskt signifikant förbättring). Man upptäckte i studien få kvalitativa skillnader i hur de olika grupperna beskrev upplevelsen av sin terapi, oavsett om de kvantitativt fått bristfälliga eller bra resultat. De få skillnader som beskrevs var dock intressanta. En skillnad var att deltagarna med bra utfall beskrev ett jämlikt förhållande med terapeuten, medan gruppen med bristfälligt utfall snarare beskrev att de uppskattade terapeuten i rollen av guide och rådgivare. En annan skillnad var att de med bra utfall beskrev en upplevelse av att vara sårbar under sessionerna, medan de med bristfälligt utfall inte nämnde denna upplevelse. Studiens författare förde ett resonemang kring att det möjligen kunde finnas skillnader i graden av engagemang och trygghet i den terapeutiska relationen, där de med bra utfall i högre grad upplevde trygghet och därför vågade vara mer sårbara. Att beskrivningarna av terapin inte skilde sig särskilt mycket åt beroende på om deltagarna fått bra respektive bristfälliga resultat väckte enligt författarna frågor om vad det egentligen är som mäts när skattningsskalor används.

Nilsson, Svensson, Sandell och Clinton (2007) har studerat klienters upplevelse av förändring i kognitiv beteendeterapi och i psykodynamisk terapi (PDT). De har i studien intervjuat 31 klienter om deras upplevelser. 14 av klienterna hade genomgått KBT och 17 klienter hade gått i PDT. Man fann att sex KBT- klienter och sex PDT- klienter beskrev missnöje. De missnöjda klienterna beskrev, oavsett terapiinriktning, en upplevelse av att deras förändringar var otillräckliga, att terapin avslutades för snabbt och att de hade behövt en mer djupgående terapi. Oavsett inriktning uttryckte deltagarna tankar om att en annan terapiform hade kunnat passa dem bättre. De missnöjda klienterna som gått i PDT var mer ambivalenta och beskrev ofta att de upplevt positiva aspekter av terapin, så som att ha blivit lyssnad på och fått stöd. Samtidigt berättade de om att de känt sig frustrerade och att de fastnat i terapin. De upplevde terapeuten som tillbakadragen och distanserad. Deltagarna beskrev en rädsla för att göra terapeuten arg eller ledsen om de berättade att de var missnöjda, varför de inte vågade prata om det. De önskade en mer aktiv terapeut som kunde ge mer praktisk hjälp. När

författarna istället tittade närmre på de missnöjda klienterna som gått i KBT fann man att de pratade om positiva upplevelser i form av att de fått nya verktyg och att de fått många praktiska råd av någon som hade expertis. Samtidigt var dessa klienter besvikna och uttryckte att terapin enbart varit kortsiktigt hjälpsam. Deltagarna berättade att de upplevt att terapiarbetet varit "automatiskt" och att det "bara var ett jobb" för terapeuten. En klient beskrev KBT- som "en lektion utan utrymme för något annat".

**Studentterapi.** Man har kunnat etablera gott stöd för att psykoterapeutisk behandling som utförts av studenter gett positiva utfall (Forand, Haglin & Fishman, 2011; Prout, 2013; Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Vid Institutionen för psykologi i Lund har det pågått ett flerårigt kvantitativt utvärderingsarbete av terapierna på psykoterapimottagningen. I ett forskningsprojekt som genomfördes i samarbete med Göteborgs universitet och Umeå universitet fann man att klienterna uppvisade signifikant förbättring (Ybrandt, Berglund, Strid, Kivi & Knutsson (2019).

En psykologexamensuppsats som genomfördes på Institutionen för psykologi i Lund undersökte man utfall i form av symptomreduktion samt klienters nöjdhet. För att bedöma detta använde man sig av The Symptom Checklist 90 (SCL-90) respektive Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). Resultatet visade att klienter som genomgått psykoterapi på mottagningen uppvisade både statistiskt signifikant och kliniskt betydande förbättring. Man såg också att klienterna generellt sett var mycket nöjda med sin terapi (Löf & Rosendahl, 2010).

Ebbesson Dehlin och Hultqvist (2014) studerade i en psykologexamensuppsats fem klienters retrospektiva upplevelser av att ha gått i terapi på psykoterapimottagningen i Lund. Här undersökte man deltagarnas upplevelser av terapiprocessen och berörde klienternas upplevelser av att terapi var en både påfrestande och givande process. Studien var inte explicit inriktad på klienter som var missnöjda, man konstaterade dock att terapiprocessen kunde upplevas frustrerande av klienterna. Exempelvis beskrev deltagare irritation över en upplevd maktobalans gentemot terapeuten. En annan deltagare berättade att hen egentligen hade föredragit att gå hos en färdigutbildad psykolog istället för hos en studentterapeut. Författarna föreslog att man i framtida forskning kunde fokusera på upplevelser hos de klienter som inte tyckte sig ha blivit hjälpta.

**Nästa steg?**

**Vikten av att studera missnöje.** Hur kan man förstå upplevelsen av att terapi inte är hjälpsam eller till och med skadlig? von Below och Werbart (2012) använde sig av begreppet dissatisfaction (missnöje) för att studera hur klienter upplever sub-optimala terapier. Med hjälp av detta begrepp är det möjligt att begripliggöra många olika aspekter av ämnet. Klienters nöjdhet eller missnöje med terapi mäts vanligtvis med skattningsskalor eller färdigskrivna frågor. För att undvika att fastna i terapeutens eller forskarens perspektiv på behandlingen finns det en poäng med att finna en mer öppen ansats och att undersöka hur klienterna beskriver sina upplevelser av missnöje (Timulak & Keogh, 2017).

En djupare förståelse för klienters upplevelser av missnöje och vad som kan hindra dem från att uttrycka detta skulle kunna informera terapeuter om aspekter som de behöver vara uppmärksamma på och hantera i terapirummet. Med hjälp av denna kunskap skulle forskare, kliniker, studenter och handledare på mottagningen och liknande verksamheter kunna arbeta med att förbättra behandlingsarbetet och förstå mer om vad som händer när terapi inte ger önskat resultat. Detta skulle i sin tur i förlängningen kunna bidra till att människor med psykisk ohälsa får mer adekvat behandling.

**Varför behövs kvalitativa studier?** Barlow (2010) har konstaterat att det saknas forskning kring negativa effekter av psykoterapi och beskriver att det finns ett behov av att studera dem med ett ideografiskt fokus. Han menar att psykologer är i en unik position att ta sig an denna uppgift och på så sätt öka kunskapen om detta viktiga område. I jämförelse med till exempel ett kirurgiskt ingrepp eller en farmakologisk behandling är psykoterapi en mer flexibel och komplex behandlingsmetod. När kan man till exempel säga att behandlingen är färdig om klienten uppmuntras till att syssla med vidmakthållande och fortsatt exponering i vardagen? Att skapa förståelse för den fulla bilden av hur psykoterapi fungerar och upplevs, inklusive exempelvis biverkningar eller negativa effekter, kan kräva att den kvantitativa forskningen kompletteras med kvalitativt inriktade metoder (McLeod, 2001). Rozenal et al. (2018) föreslår användandet av kvalitativa mått såsom intervjuer där klienter får beskriva negativa erfarenheter för att nyansera och utvidga och fördjupa förståelsen av vad som kan ingå i negativa effekter. På så vis kan man försöka förstå mer om samspelet mellan negativa effekter och missnöje.

Enligt vår vetenskap har inga tidigare studier fokuserat på klienters upplevelser av missnöje med studentterapi. En kvantitativ kontinuerlig utvärdering av terapiutfall på gruppnivå sker idag på Institutionen för psykologi i Lund. Med denna studie kan bilden



kompletteras med ett fokus på klienters subjektiva upplevelser av missnöje gällande sin terapi. Skattningar och skalor behövs för att kunna kvalitetssäkra arbetet. Samtidigt kan en kvalitativ ansats potentiellt hjälpa till att beskriva skillnader och aspekter av psykoterapi som annars riskerar att gå obemärkta förbi.

Qualities of outcome are the patient's experiences, memories, meanings, fantasies, cognitive and perceptual styles, concepts, values, resources, capacities, interests, or habits. These may change, not primarily by becoming more (or less) on some variable but by becoming different, thereby modifying, replacing, or eliminating prior structures or forming new ones (Nilsson et al., 2007, s. 554).

### **Syfte och frågeställning**

Syftet med denna studie är att undersöka upplevelsen av missnöje hos klienter som avslutat sina terapier med studentterapeuter på psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet.

Frågeställningen är: Hur upplever klienter missnöje med terapier vid psykoterapimottagningen vid Lunds universitet?

### **Metod**

#### **Val av metod**

För att undersöka upplevelsen av missnöje i terapi har metoden Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) har valts ut. IPA lämpar sig väl när syftet är att få ett rikt, detaljerat förstapersonsperspektiv av upplevelser (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Shinebourne, 2012; Willig, 2008). Den är användbar vid undersökandet av ämnen som är komplexa, motsägelsefulla och känslomässigt laddade (Smith & Osborn, 2014). Fenomenologi har beskrivits av Willig (2008) som en filosofisk ansats till att studera *upplevelser*. Inom fenomenologin existerar olika ansatser och metodologiska ställningstaganden, men de fenomenologiska metoderna har ett gemensamt intresse för hur det upplevs att vara människa (Allwood & Erikson, 2010).

Eftersom denna studies läsarkrets främst var blivande och yrkesverksamma psykologer och psykoterapeuter, samt lärare och handledare på Institutionen för psykologi var det av vikt att välja en metod som tillät att resultatet på ett smidigt sätt gick att förmedla till just dessa personer. Av denna anledning ansågs det motiverat att använda sig av just IPA, som

möjliggjorde en tydlig och enkel resultatredovisning även för personer som inte var skolade inom fenomenologisk filosofi (Smith et al., 2009).

### **Beskrivning av metoden IPA**

IPA utvecklades ursprungligen av den engelska psykologen Jonathan Smith. Han var intresserad av skapa en metod som lämpade sig för att med kvalitativa medel undersöka upplevelser, men som samtidigt kunde interagera väl med mainstream-psykologin (Giles, 2002; Smith et al., 2009). Med IPA ville han finna en kvalitativ metod som var utformad specifikt för att besvara psykologiska frågeställningar snarare än hämtad från andra discipliner (Smith, 1996). IPA är en analysmetod som används främst för att arbeta med transkriberingar av semi-strukturerade intervjuer (Smith et al., 2009). Forskaren tar sin utgångspunkt i fenomenologisk metod och använder sig samtidigt av den hermeneutiska filosofin på så sätt att man inte separerar upplevelser från tolkningar (Willig, 2008). Uppgiften blir samtidigt att undersöka upplevelser och att förstå dem, eftersom man ser människan som en meningssökande varelse. Smith och Osborn (2014) skriver: "The researcher is trying to make sense of the participant trying to make sense of what is happening to them" (s. 41).

### **Beskrivning av vetenskapsteorin bakom IPA**

IPA har sin vetenskapsteoretiska grund i fenomenologi, hermeneutik och ideografi (Smith & Shinebourne, 2012).

**Fenomenologi.** Inom fenomenologin eftersträvas undersökande av psykologiska fenomen just så som de upplevs (Langemar, 2008). På detta sätt är avsikten att beskriva psykologiska fenomen på ett djupare och mer detaljerat sätt än vad som är möjligt genom utgångspunkt i positivismen. Filosofen Edmund Husserl var med och utvecklade idéerna som låg till grund för den moderna fenomenologin (Alvesson & Sköldberg, 2017). Husserls fenomenologiska filosofi syftade till att sätta vår vardagliga inställning till världen åt sidan eller inom parentes för att kunna studera upplevelserna just så som de upplevs (Willig, 2008). I centrum står den subjektiva upplevelsen som existerar i vad som kallas för livsvärld, en beskrivning av varje enskild individs upplevelse av sitt sammanhang och sin horisont (Allwood & Erikson, 2010). Livsvärlden är sammansatt av fenomen och tillgänglig för oss människor endast genom upplevelser. En viktig aspekt av fenomenologins förståelse av människan är begreppet intentionalitet. Begreppet intentionalitet används för att beskriva relationen mellan processen som sker i vårt medvetande och objektet för vår uppmärksamhet i denna process (Smith et al., 2009).

**Hermeneutik.** Smith et al. (2009) har beskrivit hur en av Husserls studenter, filosofen Heidegger, kom att vidareutveckla Husserls idéer i en ny riktning. Heidegger ville undersöka människors upplevelser utan just detta parentes-sättande, eftersom han hävdade att det inte är möjligt att ställa sig själv utanför sin intersubjektiva interaktion med världen. Det är från denna utgångspunkt som just interpretative phenomenological analysis på ett grundläggande sätt förhåller sig till tolkning. Smith et al. (2009) har beskrivit hur Heidegger ansåg att fenomenologins uppgift är att upptäcka eller belysa fenomenet och samtidigt förstå det utifrån forskarens eget perspektiv.

Den hermeneutiska filosofin kan beskrivas som läran om tolkning och hur vi förstår och skapar mening (Allwood & Erikson, 2010). Man brukar beskriva gången i den hermeneutiska tolkningen som en cirkelrörelse, eller en spiral (Langemar, 2008). I denna rörelse är det omöjligt att förstå helheten utan att först förstå de enskilda delarna, men det blir också omöjligt att förstå delarna utan att ha en förståelse för helheten. På ett grundläggande vis kan detta jämföras med hur det är omöjligt att förstå en mening i denna uppsats utan att förstå meningen bakom varje ord och samtidigt är det omöjligt att förstå orden utan innebörden av meningen (Willig, 2008).

Smith et al. (2009) har diskuterat att IPA använder sig av en dubbel hermeneutik. Enligt IPA existerar fenomenet som undersöks både i kontexten av deltagarnas livsvärldar och forskarens dito. Den dubbla hermeneutiken innebär därmed en syntes av deltagarnas upplevelse och förståelse av fenomenet under intervjun, samt av forskarens förförståelse, förklaring och upplevelse av fenomenet. Det sker alltså en rörelse mellan forskarens meningssökande och deltagarnas förståelse och mellan helheten och delarna i berättelserna (Smith, 2007).

**Ideografi.** Ideografi har beskrivits som den tredje vetenskapsteoretiska grenen inom IPA (Pringle, Drummond, McLafferty & Hendry, 2011). Smith et al. (2009) har beskrivit hur ett ideografiskt ställningstagande fyller en viktig funktion inom psykologin. Han har pekat på risken med att psykologin idag i hög utsträckning sysslar med nomotetiska frågeställningar. Det finns en risk att en psykologi som uteslutande sysslar med medelvärden och sannolikheter egentligen närmar sig studiet av statistiska abstraktioner av människor snarare än verkliga personer.

Smith och Shinebourne (2012) har beskrivit hur ett ideografiskt ställningstagande innebär att koncentrera sig på det specifika snarare än det allmängiltiga. Specificitet

eftersträvas gällande detalj och analytiskt djup. Ett specifikt fenomen upplevs av en specifik grupp människor i en specifik kontext. Detta innebär att användandet av relativt små urval av deltagare och arbete med fallstudier är motiverat.

**Ontologisk och epistemologisk ståndpunkt.** Allwood och Erikson (2010) har beskrivit hur en vetenskapsteoretisk utgångspunkt som inbegriper att vår förståelse för ett ämne eller ett fenomen ovillkorligen kommer att påverka hur vi betraktar det, är att betrakta som rationalistisk snarare än empirisk. Det innebär att forskaren tänker sig att vår tidigare förståelse kommer att sätta ramarna för hur vi över huvud taget kan gestalta eller begripa objektet för kunskapen vi vill nå.

Med hjälp av IPA vill forskaren närma sig en förståelse för hur just den enskilda deltagaren upplever sin verklighet. På så sätt tar man ställning för en relativistisk ontologi. Samtidigt ämnar man med IPA producera kunskap om hur en människa tänker kring det undersökta fenomenet, vilket förankrar metoden i en realistisk epistemologi (Willig, 2008). På så vis försöker IPA förena en relativistisk vetenskapsteoretisk hållning med en realistisk dito.

Inom IPA utgår forskaren ifrån att människors upplevelser och tolkningar äger rum i en social värld. Människors upplevelser ses inte som separata, inre processer utan som något som sker i social interaktion med världen och andra personer. Genom detta positionerar IPA sig i linje med symbolisk interaktionism (Willig, 2008).

### **Förförståelse och egna antaganden**

Inom IPA utgör forskarens förhållningssätt till sin egen förförståelse en betydelsefull aspekt av tolkningsprocessen (Smith, 2007). Istället för att åsidosätta sin förförståelse och tidigare kunskap så försöker forskaren röra sig mellan förväntningar inför och tolkningar av det material som dyker upp. Forskaren testar sina egna förutfattade meningar och förklaringsmodeller och använder sig av dem för att befrämja analysen (Willig, 2008).

Heidegger (1962) har beskrivit forskarens förförståelse för det som studeras:

Our first, last, and constant task in interpreting is never to allow our fore-having, fore-sight, and fore-conception to be presented to us by fancies and popular conceptions, but rather to make the scientific theme secure by working out the fore-structures in terms of the things themselves (s. 195).

Studiens båda författare hade själva erfarenhet av rollen som studentterapeut på psykoterapimottagningen. Via handledning i grupp och egen erfarenhet av att bedriva terapi hade båda författarna erfarenheter av psykoterapi och psykoterapeutiskt arbete. Författarna tillhörde en av de kursgrupper som var aktiva studentterapeuter under urvalsperioden för studiens deltagare. Det innebär att de terapeuter som studiens deltagare berättade om skulle kunna ha varit personer i deras kursgrupper. För att minimera risken att författarna påverkades av sin egen förförståelse för specifika terapeuters arbetssätt uppmuntrades deltagarna att inte berätta namnet på sina terapeuter.

Som psykologstudenter hade författarna själva erfarenhet av att gå i terapi inom ramen för den obligatoriska utbildningsterapin. Innan studiens start intervjuade författarna varandra angående missnöje i terapi, både utifrån upplevelser av rollen som terapeut och rollen som klient. Detta för att utforska och i största möjliga mån sätta ord på den egna förförståelsen för upplevelser av missnöje med terapi.

Inför ansökan till den regionala etikprövningsnämnden genomförde författarna en litteratursökning för att kunna presentera resultaten från tidigare forskning om det aktuella ämnet. Detta för att kunna finna en relevant och etiskt lämplig utformning av studien. Därmed hade författarna innan intervjuernas genomförande viss kunskap om tidigare forskning inom området.

### **Att utvärdera kvalitativa studier**

Begreppen reliabilitet och validitet så som de diskuteras idag inom modern psykologi är nära kopplat till kvantitativa metoder grundade i en positivistisk vetenskapsteori. Vissa forskare menar dock att det bör finnas en tydlig åtskillnad mellan vad man kallar kvantitativ och kvalitativ metod, då dessa till stor del vilar på olika vetenskapsmetodologiska och vetenskapsfilosofiska värden. Ett tidigt exempel på detta är hur 1800-tals-hermeneutikern William Dilthey argumenterade för att vetenskapen egentligen behövde delas in i två vetenskaper, naturvetenskapen och humanvetenskapen (Allwood & Erikson, 2010).

Kvalitativ forskning grundad i hermeneutik innebär till stor del att intressera sig för mening i en kontext (Smith, 2007). Forskarens roll går ut på att aktivt gå in och tolka data. Det innebär att det redan finns en reflexivitet eller en ståndpunkt att utgå från som ger forskningsprocessen ett subjektivt element (Willig, 2008). Detta innebär att kvalitativ forskning inte blir möjlig att utvärdera med samma objektiva mått som kvantitativ forskning.

Det har förts en diskussion inom det kvalitativa fältet kring hur man kan hitta och använda sig av egna kriterier då man utvärderar kvalitativ forskning. Det är viktigt att komma ihåg att det kvalitativa forskningsfältet är brett, vilket innebär att samma kriterier för validitet och reliabilitet inte nödvändigtvis stämmer lika väl för olika sorters kvalitativ forskning (Willig, 2008).

**Validitet.** Elliot, Fischer och Rennie (1999) presenterar en modell över riktlinjer för att utvärdera validitet grundad i en fenomenologisk-hermeneutisk position:

Den första riktlinjen är *Owning ones perspective*. Författarna till denna studie har enligt denna riktlinje strävat efter att vara transparenta med sin bakgrund och förståelse och hur den kan ha påverkat tolkningsprocessen. Därutöver har studiens teoretiska och metodologiska antaganden samt kunskapsanspråk klargjorts. Den andra riktlinjen föreslår att läsaren förses med uppgifter om deltagarnas bakgrund och omständigheter, vilket kallas *Situating the sample*. För att kunna utvärdera relevans och tillämplighet bör man presentera så mycket information om deltagarna som möjligt. Denna riktlinje har varit svår att tillgodose då det har varit viktigt att garantera deltagarnas anonymitet. Deltagarna beskrivs endast utifrån kön och gruppens åldersspann samt under vilken tidsperiod de har gått i terapi på Psykoterapimottagningen. Enligt riktlinjen *Grounding in examples* har tolkningar och analyser grundats i konkreta exempel på hur deltagarna har uttryckt sig under intervjuerna. *Providing credibility checks*: För att få fler perspektiv på texten lästes och kommenterades intervjuerna först utan diskussion. Därefter fördes perspektiven samman, jämfördes och diskuterades, vilket bidrog till en kontroll av trovärdigheten i tolkningarna. Enligt riktlinjen *Coherence* har studien positionerats i ett redan existerande sammanhang kring forskning om missnöje och negativa effekter av terapi. Samtidigt har det funnits en strävan att bidra med ett eget koherent perspektiv på studentterapi och missnöje utifrån klienternas perspektiv. *Accomplishing general versus specific research tasks*: Elliot et al. (1999) lyfter fram vikten av att vara tydlig med sina forskningsanspråk. I denna studie har det undersökts hur fem klienter upplevt missnöje med studentledd terapi i Lund. Det innebar att studien hade en avgränsad frågeställning med liten statistisk generaliserbarhet. Samtidigt skulle studien kunna utgöra ett bidrag till ett växande kunskapsfält om missnöje psykoterapi i allmänhet och i studentledd terapi i synnerhet. *Resonating with readers*: Det har varit viktigt att presentera resultatet på ett sätt som gör att klienternas upplevelser kan förmedlas både tydligt och väcka intresse hos läsarna.

Denna studies syfte var att undersöka upplevelsen av missnöje med terapi. Syftet var således inte att finna kausala förklaringar till missnöje. Allwood och Erikson (2010) beskrev hur orsaksförklaringar kan kontrasteras till begreppet funktionella förklaringar. Genom en funktionell förklaring försöker forskaren finna ett sätt att beskriva hur ett fenomen skapas och fortlever genom multikausala orsaker. I denna typ av system ser man hur aspekter av ett fenomen kan ha en ömsesidig påverkan på varandra. Denna studies kunskapsanspråk var inte kopplade till möjligheten att förstå hur A leder till B eller C, utan snarare att beskriva hur A, B, C och D alla kunde utgöra aspekter av fenomenet missnöje.

**Reliabilitet.** Ett instrument kan anses vara reliabelt om det lyckas med att uppmäta samma svar vid olika tillfällen (Bryman, 2016). Kvalitativa studier ägnar sig åt att undersöka ett fåtal individers upplevelser av ett visst fenomen i en specifik kontext. Frågan om reliabilitet blir i detta fall tätt kopplat till frågor som behandlar författarnas förhållningssätt till den kunskap som genererats (till exempel transparens gällande den egna förståelsen och metodens replikerbarhet) som diskuterats i stycket ovan.

**Generaliserbarhet.** Med utgångspunkt i hermeneutik och fenomenologi blir frågan om statistisk generaliserbarhet inte lika avgörande som för en forskare som utgår från en positivistisk vetenskapsfilosofi (Allwood & Erikson, 2010). Kvalitativa studier, i synnerhet fallstudier, kan fylla syftet att belysa och utveckla teoretiska modeller (Tsang, 2014). Den aktuella studien har som avsikt att identifiera mönster, motsägelser och detaljer i en mindre grupp människors egna berättelser som inte hade varit möjliga att studera i en studie vars resultat kunde generaliseras statistiskt till en större population. Då studien hade få deltagare och inte haft en jämförande design har man inte kunnat dra några slutsatser om kausala samband som skulle kunna generaliseras. Syftet var att beskriva och tematisera de specifika intervjupersonernas upplevelser av missnöje i terapin. På detta sätt skulle studiens resultat kunna användas för att belysa de hypoteser som framlagts i teoribildning kring suboptimala terapier.

### **Instrument - semistrukturerade intervjuer**

När studiens syfte och frågeställning definierats utformades en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 4). Smith (2012) har föreslagit användandet av semistrukturerade intervjuer inom IPA eftersom det är en datainsamlingsmetod som kan ge tillgång till djupa och rika berättelser om deltagarnas upplevelser. Intervjuguiden bestod i huvudsak av öppna

frågor för att motverka att intervjuledarens antaganden påverkade deltagarnas svar. Intervjuguiden prövades i pilotintervjuer då författarna intervjuade varandra innan den användes i studien.

## **Deltagare**

**Psykoterapimottagningens arbete.** Vid Lunds universitet bedriver studenter på psykologprogrammet psykoterapi under de sista två åren av sin utbildning. Detta arbete sker under handledning av legitimerade psykoterapeuter med särskild handledarutbildning. Behandlingarna äger rum på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi. De personer som tas emot är 18 år eller äldre och söker sig själva till mottagningen där de kan erhålla psykoterapi till en reducerad kostnad. Innan terapin inleds får klienten träffa en legitimerad psykolog/psykoterapeut för ett informationssamtal. Psykoterapeuten bedömer ifall klientens problematik lämpar sig att behandla vid mottagningen. Klienter med utpräglad suicidalitet, självskaðebeteende, psykotiska upplevelser, missbruk eller en komplex psykiatrisk problematik hänvisas vidare till andra vårdgivare. Klienten får information om verksamheten på mottagningen och möjlighet att välja mellan de två terapeutiska inriktningarna, kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. Före och efter behandlingen fyller klienten (i kvalitetssäkringssyfte) i ett antal väletablerade datoriserade formulär. Bland dem återfinns CORE-OM (Clinical outcome in routine evaluation) (Barkham et al., 2001; Elfström et al., 2013) som används för att monitorera eventuell symtomreduktion och WAI (working alliance inventory) (Hansson, Curry & Bandalos, 2002) som används för att mäta hur klienten upplever kvaliteten på den terapeutiska samarbetsrelationen.

**Inklusionskriterier.** I en IPA-studie strävar man ofta efter ett relativt enhetligt urval, eftersom man är intresserad av deltagare som kan ge meningsfulla perspektiv på det specifika fenomen som undersöks. Att deltagarna är homogena på så sätt att de delar upplevelsen av ett fenomen (i detta fall missnöje med sin terapi) kan också bidra till att synliggöra de faktiska heterogeniteter som kan dyka upp inom gruppen av deltagare (Smith et al., 2009).

Utöver de kriterier för att gå i terapi på mottagningen som nämnts har inklusionskriterierna för deltagande i denna studie utformats i sex steg.

1. Deltagarna skulle ha genomgått studentledd terapi vid Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi på Lunds Universitet med inriktning KBT eller PDT.
2. Deltagarna skulle ha genomfört minst åtta samtal med en studentterapeut på psykoterapimottagningen. Detta inklusionskriterie valdes utifrån att studiens



frågeställning är riktad mot personer som genomfört en del eller hela huvudarbetet med psykoterapi och ändå upplevt missnöje, inte mot personer som avslutat terapin i förtid. De tre inledande samtalen på mottagningen ska utgöra bedömning och upprättande av behandlingskontrakt. Därefter påbörjas terapiarbetet med utforskande kartläggning och behandlingsinterventioner. Åtta samtal bedömdes vara nog för att psykoterapi skulle ha bedrivits.

3. Terapierna skulle ha avslutats mellan år 2016 och september 2018. Detta kriterium säkerställde att det inte hade gått mer än två år sedan terapin avslutades. Eftersom det var av betydelse att komma i kontakt med personer som kunde minnas sin terapi och på så vis förmedla en fyllig bild av sina upplevelser valdes detta tidsspann.
4. Deltagarna behövde ha uppgett sin mailadress till mottagningen för att kunna ta del av informationsmailet om studien.
5. Deltagarna behövde ha möjlighet att ta sig till Institutionen för Psykologi i Lund för att intervjuas på plats.
6. Deltagarna måste ha lämnat sitt skriftliga samtycke till att delta i studien.

De personer som författarna själva haft som klienter exkluderades av etiska skäl.

Deltagare i studien garanterades att deras terapeuter inte ska få kännedom om att de deltagit i studien, vilket inte hade varit möjligt att säkerställa utan detta exklusionskriterie.

#### **Urvalsprocedur och urvalsstorlek.**

1. Ett rekryteringmail med ett tillhörande informationsbrev (se bilaga 1) skickades per mail till de 221 personer som uppfyllde inklusionskriterierna ovan. Personerna uppmanades i mailet att ringa eller maila psykoterapimottagningens administratör om de ville delta i studien. Det första rekryteringsmailet skickades ut 7 september 2018. Ett påminnelsemail där fler deltagare efterfrågades skickades ut 26 september 2018. Ett sista påminnelsemail skickades ut den 3 oktober och genererade inga nya deltagare. Totalt svarade 19 personer på mailutskicken. 10 av dem hörde av sig för att avböja deltagande då de skrev att de var nöjda med terapin. En person avböjde utan att ange skäl, två önskade delta men meddelade att de enbart kunde delta på videochatt eller telefon från annan ort. Sex personer tackade ja till att delta i studien. En av dem hoppade sedan av utan att uppge orsak. Fem personer har deltagit i studien.

2. De personer som svarat och önskade delta kontaktades av författarna. Under detta samtal svarade författarna på eventuella frågor och bokade en tid för intervju om intresse kvarstod.

Smith et al. (2009) har föreslagit ett deltagarantal på mellan tre och sex personer för en uppsats skriven av studenter som använder sig av metoden för första gången. Deltagarna var två män och tre kvinnor, alla i ett åldersspann mellan tjugo och pensionsåldern. Samtliga deltagare hade tidigare erfarenhet av psykoterapi i någon form och samtliga hade gått i KBT på psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi i Lund.

### **Intervjuprocedur**

Intervjuerna genomfördes under september och oktober månad 2018 i Institutionen för psykologis lokaler vid Lunds universitet. Samtalen tog mellan 50 minuter och en timma. En författare genomförde två intervjuer och den andra författaren genomförde tre.

Intervjuerna genomfördes enligt följande procedur:

1. Deltagarna fick läsa igenom ett informationsbrev (se bilaga 2).
2. Deltagarna fick möjlighet att ställa frågor om informationsbrevet.
3. Deltagarna förbereddes på intervjuens format (se nedan).
4. Deltagarna skrev under samtyckesblanketten för att delta i studien (se bilaga 3).
5. Intervjun genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 4).

Att förbereda deltagarna på intervjuens format och att summera huvudprinciperna för dess genomförande är enligt Smith et al. (2009) en god idé, med tanke på att intervjuer kan ha andra laddningar i andra sammanhang, såsom arbetsintervjuer. Deltagarna informerades om att det inte fanns något rätt eller fel sätt att svara på frågorna och att vissa frågor kunde upplevas självklara. Detta för att tydliggöra för deltagarna innan intervjuens början att det var deras egen definition och upplevelse av missnöje som var i fokus.

### **Dataanalys**

Intervjuerna transkriberades allt eftersom de genomförts. Känsliga uppgifter såsom namn, årtal eller avslöjande detaljer om terapin anonymiserades. De transkriberades, organiserades och tematiserades utifrån de upplevelser som intervjupersonerna beskrivit. Denna analysgång följde de sex steg i IPA som beskrivs av Smith et al. (2009).

*1: Reading and re-reading.* Under det första steget i analysen bekantade sig författarna med materialet genom transkribering och upprepad genomläsning. Författarna transkriberade de intervjuer som de själva inte genomfört för att öka familjariteten med materialet.

Författarna antecknade sina egna första reaktioner och tankar på intervjumaterialet för att öka medvetenheten om dem.

2: *Initial noting.* Varje intervju lästes igenom flera gånger av båda författarna medan kommentarer fördes i högermarginalen. I det inledande skedet strävade författarna efter att hålla sig så nära deltagarnas egna ordval som möjligt med hjälp av deskriptiva kommentarer. Författarna intresserade sig även för *hur* deltagarna berättade, vilket resulterade i vad Smith et al. (2009) kallar språkliga kommentarer. Här analyserades pauser, upprepningar av ord och dialektala eller utländska ord. Slutligen använde sig författarna av konceptuella kommentarer kopplade till egna tolkningar och antaganden. Under denna fas diskuterade författarna inte sina kommentarer med varandra.

3: *Developing emergent themes.* Författarnas respektive kommentarer lästes sedan igenom av båda författarna. Kommentarer jämfördes och diskuterades. De ämnen som upplevdes centrala i kommentarerna utvecklades till teman. Dessa teman kontrasterades mot de ursprungliga citaten och kommentarerna och justerades vid behov. Detta innebar att författarna kontrollerade att varje tema var grundat i deltagarnas berättelser genom citat. Denna process upprepades ett flertal gånger.

4: *Searching for connections across emergent themes.* Teman som bedömdes kunna ha kopplingar till varandra kategoriserades i grupper. Dessa potentiella temagrupperingar antecknades i transkriberingens vänstermarginal. Kopplingar mellan och inom teman undersöktes och utvecklades.

5: *Moving to the next case.* När en transkriberad intervju hade genomgått analyssteg 1-4 repeterades proceduren med nästa intervju tills alla intervjuer hade blivit analyserade separat.

6: *Looking for patterns across cases.* Sist jämfördes de teman som dykt upp i de olika intervjuerna. Teman som var återkommande hos flera deltagare delades in i grupper och fördes in i en tabell. Samtliga huvudteman hade berörts av alla deltagare.

## **Etiska överväganden**

Ett första skriftligt informationsbrev (se bilaga 1) skickades ut via mail vid rekrytering av deltagare. Detta brev innehöll information om det övergripande syftet, forskningshuvudmannen, metoderna som skulle användas, de följder och risker som forskningen kunde medföra, samt information om att deltagande var frivilligt och att

deltagarna när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan utan att behöva ange skälet. Vid intervjutillfället fick deltagarna denna information igen, muntligt och skriftligt (se bilaga 2). Innan intervjun påbörjades fick deltagarna fylla i en samtyckesblankett (se bilaga 3) för att tydliggöra att de fortfarande önskade delta. För att säkra anonymiteten skrev deltagarna inte under med sitt namn, i stället fick de skriva ett kryss i en ruta. Deltagarna fick betänketid och möjlighet att ställa frågor före och efter genomförd intervju.

Intervjuerna ägde rum i lokaler som tillhör Institutionen för psykologi i Lund. För att undvika att riskera deltagarnas anonymitet (till exempel genom att deltagarna skulle stöta på sina tidigare terapeuter i väntrummet) skedde intervjuerna i ett annat hus än det där terapierna bedrivits. Vid intervjutillfället informerades deltagarna om att intervjuledaren inte behövde veta namnet på deltagarnas terapeuter och att fokus på intervjun inte handlade om att exponera någon specifik person, varken klient eller terapeut. Deltagarna informerades om att intervjumaterialet skulle komma att anonymiseras för att garantera konfidentialitet för deltagarna.

I arbetet med att beskriva resultatet har teman, citat och detaljer som skulle kunna kopplas till en specifik terapeut eller klient anonymiserats. Likaså har författarna valt att inte skriva ut vilken deltagare som uttryckt vad under vilket tema. Detta för att förebygga risken för att det skulle vara möjligt för läsare att pussla ihop information och på så vis kunna identifiera deltagare eller terapeuter. Bakgrundsdata så som exakt ålder eller sysselsättning har inte insamlats för att inte riskera anonymiteten hos deltagarna.

Intervjuerna spelades in på två bärbara diktafoner som inte användes för dagligt bruk. Transkriberingen av intervjuerna skedde på datorer som tillhör Institutionen för psykologi och som inte hade tillgång till internet. Filerna har sedan tagits bort från datorerna och förvarats på ett USB-minne. Allt material har förvarats i två låsta, brandsäkra skåp på Institutionen för psykologi i Lund.

Vid intervjun fick deltagarna skriftlig information om att de, om de skulle uppleva negativa effekter av att ha deltagit i intervjun, hade möjlighet att få träffa någon av Psykoterapimottagningens legitimerade psykologer/psykoterapeuter för uppföljande samtal. Psykoterapeuten skulle då kunna ge personen stöd och vid behov hänvisa till lämplig instans eller erbjuda en ny studentterapi vid institutionen, om intervjupersonen skulle vilja detta. Då deltagarna själva valde att delta i studien ansågs risken att de skulle må sämre av att prata om sitt missnöje relativt liten. Tvärtom var förhoppningen att deltagarna skulle kunna gagnas av

att få möjlighet att reflektera kring sin tidigare terapi och sin upplevelse av missnöje, vilket skulle kunna leda till en större förståelse för vad de önskar av eventuella framtida terapier. Studien har blivit godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Lund med ärendenummer: DNR2018-473.

## Resultat

Resultatet beskrivs med hjälp av fem huvudteman med tillhörande underteman. Därefter följer en presentation av varje tema i löpande text, där citat används för att förmedla deltagarnas upplevelser. Varje huvudtema har berörts av samtliga deltagare i studien. Dessa teman presenteras i tabell 1.

**Tabell 1**

*Analysens huvud- och underteman*

Huvudtema	Underteman
Missnöje med den interpersonella relationen	Att vara våglängder ifrån varandra Status och makt Att bli för mycket ”vän” med sin terapeut Att känna sig dömd och inte förstådd
Missnöje med det terapeutiska arbetet	Att inte ha rätt mål Att känna sig som en försökskanin Att slösa tid Jag har gjort det här förut
Jämförelser med tidigare terapeuter	Det var bättre med min förra terapeut Studentterapeuten var osäker och oskicklig
Svårigheter att uttrycka missnöje	Att lägga skulden på sig själv Att inte vilja kräva för mycket av en studentterapeut Rädsla att göra det värre
Effekter av terapin	Att vara både nöjd och missnöjd Att göra jobbet själv Det var bra men det räckte inte Jag upplevde plågsamma känslor Mina problem blev värre Obehagliga minnen

### **Missnöje med den interpersonella relationen**

Ett centralt tema i alla deltagares berättelser berörde upplevelser av missnöje med den interpersonella relationen.

**Att vara våglängder ifrån varandra.** Tre av deltagarna uttryckte att de “inte klickade” med sin terapeut eller att de “kanske var våglängder ifrån varandra”. För dessa

deltagare var upplevelsen av att "inte klicka" kopplat till att deltagarna och terapeuterna hade olika ålder eller kön. Det stod för deltagarna också i relation till upplevelser av att stå långt ifrån varandra gällande värderingar, status eller livsstil.

Två deltagare reflekterade kring hur ålderskillnaden mellan dem själva och deras terapeuter gjort att de känt sig missnöjda med terapirelationen och att de blev osäkra på om terapeuten kunde möta dem. En av dem berättade:

Det blev ändå på något vis lite att jag kände att det blev för mycket osäkerhet, och jag kände också att... och jag tänkte om det också hade att göra med att jag var ungefär, kanske 10 år äldre.

En annan funderade över om ålderskillnaden påverkade terapeutens förmåga att bemöta henne. Hon frågade sig "Förståelse, handlar det om generation? Det är också en faktor som kan ha betydelse. Hur långt har man kommit?" Samma deltagare berättade att hon tänkt att hon själv hade "tyngre" livserfarenheter än sin terapeut. Att hon kände sig osäker på om terapeuten kunde förstå henne och hennes problem. Hon upplevde att detta skapade en klyfta och ett avstånd i relationen. Deltagaren berättade " Och min terapeut kanske har levt ett helt annat liv. Utan skavanker och utan... missöden... där allt har varit... hur möts man då?

En deltagare beskrev att hon genom att observera sin terapeuts kläder och manér skapade sig en uppfattning av hur deras liv skilde sig åt. Detta gjorde att hon hade svårare att känna sig accepterad, eftersom hon utgick ifrån att deras olikheter i värderingar och livsstil påverkade terapeutens bild av henne negativt. Hon berättade:

Om det är såna aspekter... jag har inga egna barn, jag reser själv om jag vill resa. Liksom sånt, det är inte alla som... tycker om det eller förstår det. Alltså jag tror det var ganska sådär människa till människa, att vi inte riktigt klickade.

**Status och makt.** Tre deltagare berättade att en upplevd ojämlikhet i terapirelationen gjorde dem obekväma. En av dem berättade att "alltså på något sätt... så handlar ju en sån här terapi om... överordnad-underordnad". Hon berättade vidare att detta ledde till att hon anpassade sig "i min roll som den duktiga flickan". För en annan deltagare skapade det

faktum att hon och terapeuten hade olika kön en upplevd maktobalans som gjorde det svårare för henne att tycka om och samarbeta med terapeuten. Hon berättade följande:

Alltså då känner jag ju att... jag kanske måste anpassa mig, också kanske för att jag är den jag är, va... att jag har ju aldrig gillat auktoriteter och stela män är lite... kännetecknar för mig en viss typ av auktoritet. Så det gjorde mig lite... alltså jag kunde inte helt slappna av.

En annan deltagare berättade om hur det faktum att hon var i samma ålder som sin terapeut påverkade den terapeutiska relationen. Att vara i samma ålder som terapeuten innebar för henne att det fanns potential till en jämbördig relation. Men i detta fall ledde den inbyggda ojämlikheten i relationen istället till att deltagaren blev osäker på hur de skulle bete sig och arbeta tillsammans. Deltagaren upplevde att obalansen mellan henne och terapeuten gav upphov till en stark frustration som var svår att prata om. Hon berättade:

Och sen är det någon som för det första har en maktposition i rummet och... och då blir det liksom jättekonstigt att vi är i samma ålder för då känner jag såhär alltså vi skulle kunna vara kompisar typ. Men här ska du sitta och vara liksom... känna att du är så här långt över mig på min hierarki-skala liksom och att det blir väldigt svårt för mig liksom att bemöta det... och liksom få en bra balans och liksom få till en bra relation.

**Att bli för mycket "vän" med sin terapeut.** En deltagare lyfte istället missnöje med att relationen till terapeuten mer upplevts som en vänskapsrelation. Deltagaren beskrev att det stundtals var "skönt att känna att han (terapeuten) var investerad" men att det hade ett pris i form av att terapeutens egen person tog utrymme och tid från deltagaren i terapirummet. Han berättade "det är ju, det kan ju vara ett problem med en för, alltså involverad terapeut i att man lätt har en tendens att gå åt det hållet då man bara sitter och liksom snackar skit med varandra, typ". Deltagaren upplevde att relationen var "grabbigt skämtsam" och att terapeuten "relaterade till mig genom egna erfarenheter". Han funderade på om en konsekvens av att "förbigå den här professionella relationen till en mer vänskaplig relation" blev att terapeuten började slarva med ramar och tider och bland annat uteblev från ett par av deras möten.



Samma deltagare uttryckte också missnöje över att relationens alltför vänskapliga prägel, enligt honom, gjorde att han började anpassa sig efter terapeuten:

Då kanske det var någonting som han tyckte vi skulle göra som jag kanske inte tyckte var det viktigaste, men för att jag inte ville göra honom besviken eller liksom gå emot honom så kanske jag gick mer på det jag inte tyckte var det bästa för mig just då, bara för att inte göra honom besviken.

**Att känna sig dömd och inte förstådd.** Två av deltagarna uttryckte missnöje över att de upplevt att deras terapeuter i sitt bemötande uppträtt dömande. En av deltagarna berättade om upplevelser av att terapeutens bemötande ledde till att "jag kände mig dum" och att terapeutens frågor var "bagatelliserande". För båda deltagarna verkade upplevelserna leda till att de tyckte att det var svårare att prata öppet om de problem som de sökt hjälp för och att de höll tillbaka information om vissa aspekter av sig själva och sin problematik. En av dem berättade:

Men det gjorde också så att jag liksom var, lite försiktig med vad jag sa typ, för ofta så blev det, jag tyckte att saker togs emot på ett... jag vet inte om jag skulle kalla det dömande sätt men det var som att jag kände att det här var inte tillräckligt stort problem för att gå i terapi för.

Samma deltagare berättade också att hon upplevt att terapeuten inte gav henne beröm i proportion till de ansträngningar som hon gjort. Hon upplevde att terapeuten inte verkade tycka att hon ansträngt sig tillräckligt hårt och uttryckte:

Jag hade väl kanske velat få rätt mycket mer credd än vad jag fick för att det var en rätt stor grej för mig liksom, men istället blev det liksom såhär "ja, det var bra men kan du tänka dig att ta det vidare?" Och då kände jag såhär bara... vad fan var inte det här tillräckligt?

En deltagare uttryckte att hon känt ett stort obehag över det faktum att terapierna filmats. Hon berättade om upplevelser av att känna sig utsatt och dömd av alla de studenter

som hade sett terapifilmerna “så sitter alla och glör liksom och bara tänker på det här jag sagt och bara... nej men vad löjlig hon är, typ”.

En annan deltagare lyfte att hon upplevde sig bli dömd och att hennes problem förminskades eller inte togs på allvar. Hon berättade:

Jag tänkte kanske ibland på att om det var för att... jag vet inte, alltså, det här kan låta töntigt men om jag var liksom någon som levde i sus och dus och han levde då i sin lite mer inrutade... och det var det här “Spara och Slösa” och så är man den här Slösa-typen... så kan man, ibland så har folk svårt att ta en på allvar.

Två deltagare beskrev upplevelsen av att vara missnöjd över att inte ha blivit förstådd. En av dem uttryckte missnöje att terapeuten tolkade det hon sagt alltför bokstavligt. Hon berättade att “vi människor vi... det är ju rätt ofta vi säger en sak och menar en annan och liksom så och det är lite svårt att bli uppfattad bokstavligt hela tiden”. En annan deltagare berättade att “Den känslan dök nog aldrig upp. Att... att personen i fråga, terapeuten, kunde förstå vad som låg bakom, eller vad som låg djupare”. Deltagaren beskrev en upplevelse av att inte känna att hon fått det bemötande hon önskat när hon berättat om känsliga ämnen ”Att sitta framför någon helt tom som inte ger feedback... för då blir man, man lägger ut... man berättar om sina tillkortakommanden... och liksom får ingen feedback. Det blir väldigt jobbigt”.

### **Missnöje med det terapeutiska arbetet**

**Att inte ha rätt mål.** Tre deltagare beskrev upplevelser av missnöje med målet för terapin. Två deltagare beskrev missnöje med att det mål som formulerades i början av terapin med tiden blev inaktuellt för dem. Samtidigt upplevde de att terapeutens fokus stannade kvar vid det gamla målet. De beskrev att de upplevt att de hade behövt återknyta till eller förändra målet, men att detta inte skedde. En deltagare berättade att “även om det målet kanske förändrades lite för mig så var det för honom det som var liksom det tydligaste som vi skulle köra på genom hela... så det blev en liten disconnect där kanske”.

En annan deltagare beskrev att målet “kanske inte riktigt följdes upp under tiden”, vilket ledde till att de arbetade med ett fokus som upplevdes spretigt.

En deltagare uttryckte att målet med terapin från början blev fel formulerat. Hon beskrev det som ett slags skenmål som inte gav möjlighet till att arbeta med hennes verkliga

problem. Hon uttryckte det såhär “det här är ju egentligen inte grundproblemet, grundproblemet ligger någon annanstans. Som vi borde hantera.” Att inte hantera grundproblemet ledde enligt denna deltagare till att de under terapin inte hade möjlighet att arbeta mot ett mål som blev meningsfullt för henne. Detta resulterade i att terapin för henne blev “ytlig och tom”.

**Att känna sig som en försökskanin.** Två av deltagarna beskrev upplevelser av att terapeuten var för drivande. En av deltagarna berättade att hon känt sig “som en försökskanin” i ett experiment där terapeutens agenda var i fokus. Hon beskrev en upplevelse av att hennes egna önskningar om hur behandlingen skulle bedrivas inte fick tillräckligt med utrymme. Denna deltagare beskrev också hur hon upplevt att hennes terapeut fastnat i arbetsblad och böcker och inte haft tillräckligt stort fokus på henne.

Det var liksom lite överdriv... det var, det blev liksom ja... jag kände verkligen inte att det var det här att... jag säger någonting och så är det han reagerar på. Utan det var... han hade en agenda, han hade en plan när han kom in.

En annan deltagare lyfte en upplevelse av att inte få utrymme för sina egna behov och önskningar i terapin, då terapeuten var för “pushig” och ivrig att komma framåt. Samma deltagare fick frågan vad terapeuten kunnat göra annorlunda. Han svarade följande:

Kanske liksom lämna patienten lite mer utrymme så kanske man kan komma fram med det. Men nu blev det som att jag inte kände att man... det fanns liksom ingen lucka där jag kunde hoppa fram. För det var alltid liksom... han malde på.

En deltagare beskrev en upplevelse av stress och press kopplat till terapeutens användande av hemuppgifter. Deltagaren berättade att hon upplevde att terapeuten blev besviken och arg på henne när hon inte slutfört sina hemuppgifter: ”det kändes nästan ibland som att han ville straffa mig”.

**Att slösa tid.** Två av deltagarna uttryckte att de tyckte att för mycket ovidkommande prat förekom i terapin, vilket resulterade i “slöseri med tid”. En deltagare berättade att det först kändes skönt att terapeuten inte styrde samtalet så hårt och släppte på tidsramarna. Han berättade:

Speciellt i de första samtalen så blev jag liksom glad och uppskattade... för jag tänkte, när vi drog över med tiden så tänkte jag... han bryr sig om mig så att han till och med låter oss dra över på tiden.

Senare beskrev dock samma deltagare att han känt skam över sitt "svamlande" och att de fria tyglarna blev ett problem som ställde till det i terapin.

Det kanske var... det jobbigaste faktiskt för mig, tror jag. Någon gång när jag sprang iväg helt och hållet och... och pratade om någonting och så gick jag iväg åt det hållet, åt ett annat håll och så vidare och så vidare, när vi kanske egentligen borde ha, antingen jag eller han eller sagt till att nämen nu kanske vi ska hålla oss till ämnet lite mer.

En annan deltagare berättade om hur frustrerande han tyckte att det var när samtalen kom att handla om mindre viktiga ämnen och istället uppehöll sig vid irrelevant småprat:

Det var lite frustrerande ibland när man inte riktigt... när jag inte fick komma till skott med det jag ville beta av. Ifall jag liksom... jag vill lösa det här idag och sen kom man inte riktigt dit för man snackar skit. Inte snackar skit men liksom snackar om andra grejer.

**Jag har gjort det här förut.** En deltagare beskrev att tidigare erfarenheter av samma terapimetod fick henne att känna att hon visste vad terapeuten skulle säga redan på förhand. Hon berättade att hon upplevde missnöje med att terapin innehöll element av repetition: "Det var mycket av övningarna och sånt hade jag gjort sedan tidigare när jag hade gått tidigare i terapi".

### **Jämförelser med tidigare terapeuter**

**Det var bättre med min förra terapeut.** Samtliga deltagare i studien hade erfarenhet av någon form av samtalsbehandling sedan tidigare. Alla deltagare jämförde under intervjuerna de aktuella terapeuterna med sina tidigare behandlare i någon mån. I tre av fem fall berättade deltagarna att deras tidigare terapier varit mer hjälpsamma. En deltagare talade om en tidigare upplevelse av en skicklig terapeut. Upplevelsen av att ha blivit stärkt av

behandlingen med den gamla terapeuten jämfördes med den aktuella terapin och hon konstaterade “det fick jag ju inte alls här”. Den aktuella terapin upplevdes istället som “dyster” och “dränerande” i jämförelse med den tidigare terapin som varit mer “boostande”. Hon berättar också att “det var inte samma personkemi”.

En annan deltagare jämförde den aktuella terapin med en tidigare terapi på följande vis:

När jag har gått i terapi innan som har varit lyckad för mig så har det handlat mycket om att jag kom överens med min psykolog och att jag känner att jag hela tiden blir... vad heter det? Validerad kanske.

Samma deltagare upplevde också att terapierna skilde sig åt så till vida att hon denna gång tyckte att det var jobbigt att komma till terapin:

Och jag tyckte nog att det var rätt jobbigt att gå... att komma hit liksom. Tidigare har det känts som att “åh vad skönt, jag ska träffa min psykolog idag, fan vad skönt liksom”. Men nu var det mer såhär “å nej, ska man sätta sig på bussen till terapin”. Det blev liksom... det blev inte så kul.

**Studentterapeuten var osäker och oskicklig.** Tre av deltagarna berättade att jämförelsen med deras tidigare terapeuter påverkades av att de aktuella terapeuterna var studenter. Deltagarna berättade att terapeuterna uppfattades som osäkra och oskickliga i jämförelse med de mer erfarna och kompetenta terapeuter de träffat tidigare. En deltagare uppfattade sin terapeut som “sämre på att hålla distansen”, en annan uppfattade terapeuten som “mer osäker och nervös” och en tredje upplevde det som att terapeuten “försökte hitta lätta lösningar”.

### **Svårigheter att uttrycka missnöje**

Samtliga deltagare uttryckte att det varit svårt för dem att berätta om sitt missnöje för sin terapeut.

**Att lägga skulden på sig själv.** Samtliga deltagare uttryckte sig självkritiskt kring sin egen roll och sitt agerande i terapisituationen. En av dem berättade: “Jag kan tänka att jag var

en besvärlig patient, så till vida att jag inte förstod saker och ting”. Hon fortsatte med att fråga sig: “Finns det personer som psykologer inte vill träffa?”

Fyra av deltagarna berättade att de hade svårt att uttrycka missnöje även i situationer utanför terapirummet. En deltagare uttryckte sig så här “det stämmer mycket... med hur jag är som person, att jag inte är så rakt fram”. En annan deltagare sa: “jag tycker fan det är jobbigt att säga sådana grejer alltså”. En av deltagarna berättade att hon valde att avsluta terapin i förtid istället för att berätta om att hon var missnöjd med behandlingen.

Två deltagare tog terapeuten i försvar då de reflekterade kring sin egen roll i terapin. De funderade på hur de själva genom sitt agerande bidragit till situationer som gett upphov till missnöje. En deltagare berättade att hon agerat som om hon höll med terapeuten, eftersom det kändes så svårt att uttrycka en avvikande åsikt ”Jag ifrågasatte nog aldrig det terapeuten sa... å andra sidan så tror jag inte jag tillämpade något av vad terapeuten sa”.

Dessa deltagare tycktes själva ta på sig skulden för att terapin gett upphov till missnöje och att detta inte hanterats. En deltagare kritiserade sin oförmåga att ställa krav på terapeuten:

Men sen var det kanske jag som var dålig på att sätta krav på honom i vissa aspekter av terapin. Som liksom exakt hur det... slutform... Eller, liksom, det här med att säga till när jag inte var nöjd, när det inte... missnöjd men när det liksom inte exakt var det jag ville göra. Så jag kanske skulle varit bättre på att sätta krav på honom.

En deltagare angav tid i terapin som en faktor som påverkade huruvida han förmådde uttrycka missnöje. Hans terapeut tog upp frågan om missnöje ungefär halvvägs in i behandlingen. Deltagaren reflekterade kring att han skulle varit mer bekväm med att prata om det senare i terapin och sa att “under sista samtalet hade jag vågat lyfta en sån här fråga” men att han vid det första tillfället inte vågade vädra sitt missnöje när studentterapeuten frågade om det.

En deltagare berättade att han var osäker på hur terapi eller terapeuter “ska vara”. Idén om att det fanns ett korrekt sätt för terapeuten att agera och arbeta som han själv inte kände till fick honom att ifrågasätta rimligheten i sitt missnöje.

Men ja... jag vet inte riktigt, jag försöker... jag vet inte riktigt om det finns något facit för hur man ska föra sig mot en klient så jag vet inte riktigt om jag ska kritisera eller... för det han gjorde.

**Att inte vilja kräva för mycket av en studentterapeut.** En aspekt som två av deltagarna beskrev gjorde det svårare att prata om missnöje var att terapeuten var en student under utbildning. Deltagarna berättade att det kändes svårt att framföra kritik mot någon som höll på att lära sig ett nytt yrke och att det tog emot att "kritisera någon i deras professionella roll". En deltagare uttryckte sig på följande sätt:

I och med att jag upplevde att hon var lite nervös och osäker ibland. Att jag liksom inte... jag ville typ inte vara såhär... det kändes taskigt typ att säga någonting. Och jag försökte fortfarande ha förståelse för att... hon studerade liksom.

En annan deltagare reflekterade kring rimligheten i de krav hon ställde på studentterapeuten och sa att "Jag ställde ju vissa krav... på terapeuten. Som kanske inte var helt rättvisa. Alltså ni är ju trots allt inte ut... ni har ju inte så mycket erfarenhet".

**Rädsla att göra det värre.** En av deltagarna berättade att hon inte sagt något om sitt missnöje, trots att hon egentligen trodde att det skulle kunna vara hjälpsamt att prata om det. Hon upplevde att en rädsla för att göra saken värre stod i vägen. Under intervjun reflekterade hon kring orsakerna till att hon valt att inte berätta:

Jag tror delvis det var svårt för att vi inte klickade. Alltså för att jag kände att det liksom aldrig... Jag kände att det var lite stelt hela tiden så det hade blivit liksom en ännu värre situation om jag hade sagt någonting.

### **Effekter av terapin**

Alla deltagare berättade att de upplevt att terapin gett upphov till negativa effekter. Samtidigt beskrev de alla att de upplevt någon form av positiv effekt av terapin. Ingen deltagare redovisade dramatiskt negativa effekter, såsom ökade suicidtankar eller -planer, hospitalisering eller självskadebeteende.

**Att vara både nöjd och missnöjd.** Samtliga deltagare uttryckte att någonting positivt kommit ur terapin trots missnöjet, en deltagare sa: ”Det är klart att det gav mig någonting, men jag kände mig ändå inte så nöjd”. En annan deltagare sa “Jag fick ju mer ut av det, mer positivt än negativt, så på det sättet var det bra, men sen är det ju så att alla saker inte fungerade riktigt som man ville”. Fyra av deltagarna berättade att de fått viss symtomlindring av terapin och att det upplevdes positivt. En deltagare uttryckte “Jag tror ju att min problematik blev bättre”.

En deltagare upplevde att terapin inte hjälpt henne med hennes grundläggande problem men att behandlingen hade bidragit till “nästa steg, som jag inte haft någon terapeut för att finna”. Hon berättade hur terapin öppnat en dörr som hjälpt henne att själv utforska sina problem, men att hon gått den vägen själv, utan hjälp, efter terapins avslut.

**Att göra jobbet själv.** Två av deltagarna beskrev upplevelser av att de gjort stora delar av arbetet i terapin själva. När de reflekterade över terapin i sin helhet tillskrev de sin symtomlindring till sitt eget hårda arbete. Effekterna av terapin kopplades för en deltagare till samtidig farmakologisk behandling. En deltagare pratade om sina framsteg och sa ”om det är terapeutens förtjänst eller min egen förtjänst... who knows? En annan deltagare berättade följande om sin förbättring ”Alltså då när jag var liksom som mest missnöjd precis efter tänkte jag så här bara men... det beror ju på att... mig själv (skrattar)”.

**Det var bra men det räckte inte.** En deltagare berättade att han var nöjd med att han upplevt symtomförbättring vid terapins avslut, men att han upplevt missnöje över att terapin var för kort och att förbättringarna inte hade varit ihållande. Han sa “Jag fick hjälp, jag fick hjälp... men jag får också säga att... jag får också säga att det har mycket kommit tillbaka nu”.

**Jag upplevde plågsamma känslor.** Två av deltagarna beskrev hur terapeutens agerande i situationer då de upplevt sig sårbara och känsllosamma gett upphov till missnöje. Deltagarna beskrev upplevelser av hur deras terapeuter inte kunde hantera deras känslor på ett bra sätt.

En deltagare beskrev hur hennes terapeut uppmuntrat henne att uppleva känslor som blev plågsamma och svåra för henne att hantera, vilket hon inte uppskattade. Hon berättade ”När terapeuten då uppmuntrade mig att känna det här... kan ju ha varit en bidragande orsak. Då förstod jag att jag varit så ledsen. Det var liksom plågsamt som jag sörjde. Men jag tyckte inte om det”. Deltagaren beskrev att upplevelserna fick henne att tvivla på om psykoterapi kunde hjälpa henne.



**Mina problem blev värre.** Två deltagare upplevde att aspekter av deras problem förvärrades av terapin. En deltagare beskrev att hon tidigare haft svårt att öppna sig för andra människor och att hennes upplevelse av att känna sig dömd av sin terapeut förvärrade denna svårighet. Hon berättade följande ”Och i och med att jag kände mig rätt... att det var pinsamt och att det blev löjligt... då blev de, de problemen blev... de upplever jag är... jobbigare idag”.

En annan deltagare beskrev en upplevelse av att terapeuten inte kom åt hennes ”ursprungliga trauma”. Deltagaren ställde sig frågan: ”Varför gick vi aldrig så långt bak att vi började hantera, rota i detta?”. Hon upplevde att terapin adderat till det ursprungliga traumat genom att inte arbeta med de underliggande orsakerna till hennes problematik och sa ”Det här är ju på något sätt ett trauma att... lägga lager på lager men aldrig komma till botten”. Deltagaren frågade sig om terapeutens oförmåga eller ovilja att närma sig traumat hängde ihop med att terapeuten var rädd, ”Finns det rädslor i sånt här att man inte vill gå på djupet?”.

**Obehagliga minnen.** En deltagare beskrev att han än idag upplevde ångest kopplat till en intervention som han genomfört tillsammans med sin terapeut: ”Det är ju fortfarande någonting som när jag tänker på det... som jag kan få en del ångest över och som jag tycker att det är jobbigt att tänka på”. Deltagaren beskrev att han är osäker på om det gick rätt till. Han upplevde att interventionen präglades av en ”rock n’roll stil” och var ”mer nån rolig prank-aktig grej än en såhär riktig KBT-grej”. Deltagaren berättade att han upplevde interventionen som ”skum” och obehaglig, ”Det är väl liksom... jag kan väl inte säga traumatisk i och för sig, det känns överdrivet. Men liksom... det är en sak man kommer ihåg”.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

**Missnöje med den interpersonella relationen.** Tre deltagare i denna studie berättar om hur skillnader gällande status och kön gentemot terapeuten upplevs som något som bidrar till upplevelsen av en allt för stor ojämlikhet. Att deltagarna beskriver att de känner sig dömda av eller underlägsna sin terapeut är viktigt att uppmärksamma. Detta tema dyker även upp i Ebbesson Dehlin och Hultqvist (2014) psykologexamensuppsats. Samtidigt lyfts en annan synvinkel på den interpersonella relationen av en annan deltagare i studien. Han berättar om hur terapirelationen går över en professionell gräns och mer börjar likna en vänskapsrelation. Enligt deltagarna i denna studie kan således både avstånd och vänskaplig närhet skapa

problem i kontakten. Detta gör att man inte på ett okomplicerat sätt kan konstatera att olikheter och professionell distans är problematiskt - upplevelsen av att ha en för vänskaplig relation till sin terapeut kan också bli svår att hantera. Både upplevd problematisk ojämlikhet och upplevelsen av distanslös vänskaplighet resulterar för deltagare i denna studie i att deltagaren fogar sig efter terapeuten. Det gemensamma problemet förefaller vara kopplat till att relationsmönster mellan terapeut och klient inte belyses eller hanteras, oavsett hur problemen gestaltar sig. Snarare än att konstatera att en terapeutisk relation bör följa en viss ram eller form, verkar det vara viktigt att finna ett sätt att förhandla fram en relation som är hjälpsam för klienten.

Att en deltagare berättar att hon upplevt ett starkt obehag över att ha blivit filmad skulle kunna vara ett tecken på vikten av att repetera informationen om att terapierna filmas för att undvika missförstånd. Om klienten beskriver obehag kopplat till att bli filmad kan det också vara en källa till information. Dessa upplevelser skulle potentiellt kunna härledas både till personliga intrapsykiska processer och misskommunikationer mellan terapeut och klient, varför det blir viktigt att undersöka i samtal tillsammans.

Deltagarnas beskrivningar av missnöje med relationen till terapeuten stämmer till viss del med von Below och Werbarts (2012) tidigare forskning kring klienters missnöje, där klienter beskriver att de inte upplevt närhet till eller förtroende för sin terapeut. Terapeuterna upplevdes i den studien som avståndstagande och distanserade och klienterna kände sig osäkra på om terapeuterna tyckte om dem. Werbart, von Below, Engkvist och Lind (2018) har också intervjuat terapeuter till non-improved patients (icke-förbättrade patienter). I den studien berättade terapeuter att de upplevt en distans i den terapeutiska relationen i de fall där klienterna inte tycktes förbättras. Att temat med intrapersonellt avstånd dyker upp i denna studie så väl som i annan forskning skulle kunna tyda på att både terapeuter och klienter kan uppmärksamma en form av interpersonell distans i terapier, som ger upphov till missnöje eller undermåliga resultat. Att finna hjälpsamma sätt att kommunicera om den terapeutiska relationen verkar vara relevant oavsett terapiinriktning, då deltagarna i denna studie gått i KBT och deltagarna i von Below och Werbarts studie (2012) alla gått i PDT.

**Missnöje med det terapeutiska arbetet.** Missnöje med mål och upplevelser av att slösa tid som klienterna beskriver i denna studie skulle kunna vara kopplat till en bristande överenskommelse om vad som är viktigast och mest aktuellt för klienterna. Det är möjligt att deltagarnas missnöje hade kunnat minskas genom ett utökat fokus på och återkommande

kommunikation kring målen med terapierna. Det verkar som att deltagarna upplever missnöje både gällande vad man inom KBT brukar kalla sessionsmål och terapimål. Kåver (2016) skriver om vikten av att KBT-terapeuten aktualiserar båda dessa typer av mål tillsammans med klienten regelbundet. Inom feministisk psykoterapi förespråkar man också utformandet av tydliga terapeutiska kontrakt under början av terapin, för att sedan underlätta ett gemensamt förhandlande kring mål och arbetssätt (Magnusson & Marecek, 2010).

En upplevelse av att terapeuten i för hög grad arbetar efter en egen agenda skapar missnöje hos två av deltagarna i studien. Kanske finns det en risk att studentterapeuters iver att lära sig bedriva psykoterapi tar överhanden och klientens vilja blir sekundär. Möjligen är detta något som är mer vanligt på studentterapimottagningar. I så fall kan handledarna fylla en viktig roll i att uppmärksamma dylika processer och ge hjälpa terapeuten att skapa en bättre balans i terapirelationen.

Missnöjet verkar också kunna kopplas till upplevelser av att arbetssättet är för ytligt och att klienterna inte är delaktiga i dialogen kring hur terapin ska bedrivas. Detta stämmer överens med resultaten från tidigare forskning, där man påvisat att missnöjda klienter upplevt att terapeuten hade en egen vision om vad som var viktigt i terapin (Bowie, McLeod & McLeod, 2016; Nilsson et al., 2007). Möjligen kan resultaten i denna studie tyda på att en metod inte passar alla klienter (eller terapeuter). Den svenska Socialstyrelsen presenterade under 2017 nya riktlinjer för val av behandling vid psykisk ohälsa. I riktlinjerna har man fastslagit att störst stöd för behandling av depression och ångestsyndrom finns för KBT (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2018). Det är möjligt att tänka sig att det innebär vissa begränsningar att rekommendera samma behandlingsmetod till alla klienter utan att ta hänsyn till deras preferenser eller förväntningar. Nilsson et al. (2007) har i sin studie om klienters missnöje med terapi exempelvis lyft att klienternas missnöje till stor del kan vara relaterat till terapimetoden, där missnöjda KBT-klienterna verkade önska sig en mer PDT-lik terapi och vice versa. Det går dock inte att helt säkert uttala sig om de metodönskemål som deltagarna i denna studie har, eftersom det inte är en uttalad del av frågeställningen. Dessutom är begreppet KBT en paraplyterm som kan innehålla många olika metoder. Behandlarens skicklighet eller följsamhet gentemot metoden är en annan fråga som behöver aktualiseras innan man kan uttala sig om innebörden i dessa resultat.

**Jämförelser med tidigare terapeuter.** Samtliga deltagare i studien hade erfarenhet sedan tidigare av psykoterapeutisk behandling. För tre av dem kom jämförelser med deras

tidigare terapeuter att bidra till en upplevelse av missnöje. Detta kan visa på vikten av att fråga klienter med tidigare terapierfarenheter om deras upplevelser av terapi för att kunna bemöta deras förväntningar och farhågor inför den aktuella terapin. Å ena sidan skulle det kunna påverka terapin positivt att klienten har en tidigare positiv upplevelse av psykoterapi om det leder till en ökad känsla av hopp och tillförsikt. Å andra sidan kan det vara så att klienterna har höga förväntningar och upplever att terapeuterna under utbildning inte kan leva upp till deras positiva förväntan och istället blir besvikna. I denna studie verkar delar av missnöjet vara kopplat till studenternas brist på erfarenhet, vilket även framkommer i Ebbesson Dehlin och Hultqvists (2014) studie där vissa deltagare uttryckte att det varit en nackdel att träffa en studentterapeut jämfört med en legitimerad psykolog.

Terapeutjämförelserna i denna studie väcker frågan om varför klienter med tidigare positiva terapierfarenheter valde att denna gång vända sig till studentterapeuter. Kanske valde just dessa deltagare studentterapi av ekonomiska skäl eller för att tillgängligheten var större och behandlingstiden kortare än hos privatpraktiserande terapeuter. Att studentterapin i så fall blir något av ett andrahandsval skulle kunna påverka förväntningarna. Forskning visar att klienternas förväntningar och tankar om terapins hjälpsamhet verkar vara en faktor som i stor utsträckning påverkar utfallet (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011). I denna studie förblir dock dessa resonemang spekulationer, då deltagarnas förväntningar och resonemang inför terapin inte är något som uttryckligen undersökts.

**Svårigheter att uttrycka missnöje.** Två deltagare berättar att de var oroliga för att kritisera terapeuten i sin professionella roll, eftersom terapeuten fortfarande var under utbildning. Det kan tänkas att klienterna påverkas av att båda parter i studentledd terapi kan sägas behöva något från den andre. Klienten behöver hjälp med sina problem och studentterapeuten behöver genomföra en terapi inom en viss tidsram, på ett visst sätt, för att bli godkänd på sin utbildning. Klienterna vet om att deras studentterapeuter enbart har en klient, vilket skiljer sig från hur det fungerar i en behandling hos en yrkesverksam psykolog.

Tre av deltagarna berättar att svårigheterna med att uttrycka kritik är något som de känner igen från andra delar av sina liv. De berättar om att upplevelserna i terapin stämmer med hur de hanterat upplevelser av att vara missnöjd med interpersonella relationer även utanför terapirummet. Svårigheter att sätta gränser och hävda sig skulle kunna vara en del av svårigheten att uttrycka missnöje i terapin. Man skulle kunna resonera kring att det är extra viktigt att lyfta och arbeta med frågor om missnöje tillsammans med klienter med denna typ

av interpersonellt fungerande. Ingen deltagare i denna studie pratade med sin terapeut om sitt missnöje. Detta skulle kunna tyda på att studentterapeuter behöver tränas i hur sådana samtal kan underlättas. För nybörjarterapeuter skulle det kunna vara extra svårt att inleda samtal om missnöje, varför handledarnas insikt i denna typ av processer kan bli ett viktigt stöd. Möjligtvis skulle regelbundet användande av kvantitativa mått på hur klienterna upplever terapin kunna vara till hjälp. Miller och Duncan (2004) beskriver exempelvis hur sessionskattningsformulär kan användas för att initiera en dialog om hur samarbetet framskrider.

Att en deltagare lyfter osäkerhet kring hur terapi "bör" eller "ska" gå till som något som hindrar honom från att uttrycka missnöjet skulle kunna ses som relevant. Kanske skulle det vara hjälpsamt för klienter som har undringar över sin terapi men inte vill vända sig till sin egen terapeut att få tydlig information om att de också kan vända sig till ansvarig för psykoterapimottagningen. Dessutom skulle detta kunna tyda på vikten av att informera klienter vid terapins start om hur behandlingen kommer att gå till samt vad man som klient kan förvänta sig och kräva av sin terapeut.

Att klienter tycker att det är svårt att prata med sin terapeut om negativa upplevelser av terapin är något som påvisats i tidigare forskning (Bowie, McLeod & McLeod, 2016; Nilsson et al., 2007; von Below & Werbart, 2012). Samtidigt berättar samtliga deltagare i denna studie att de tycker att de själva haft del i att de inte känner sig nöjda. Alla deltagarna tar terapeuten i försvar när de reflekterar över sina upplevelser av missnöje. Westra et al. (2010) har också funnit en tendens hos klienter att lägga skulden på sig själv för misslyckanden och missnöje i terapi.

**Effekter av terapin.** Samtliga deltagare i studien berättar om någon typ av positiv effekt av terapin. Att deltagarna i vissa fall upplevde att de "kom ett steg på vägen" eller fick viss symtomlindring och ändå var missnöjda tyder på att upplevelsen av missnöje är komplex och mångbottnad. Det är möjligt att diskutera vilka utfall som ska ses som relevanta. En deltagare tyckte till exempel att hon fått med sig viktiga insikter från terapin men önskar att hon hade kunnat få mer hjälp. Utifrån materialet i denna studie går det inte att uttala sig om vad deltagarna upplevt som viktigast. Timulak (2010) konstaterar att hindrande element i terapin kan vara tätt sammanlänkade med hjälpsamma element, vilket skulle kunna bidra till att begripliggöra en del av komplexiteten i fenomenet missnöje. Om det är möjligt att både vara missnöjd och uppleva symtomförbättring så skulle det kunna berätta något för oss om

vad användandet av självskattningsformulär potentiellt missar. Huruvida skattningsskalor, formulär och skriftliga terapiutvärderingar verkligen fångar hur klienterna upplevt sin terapi är en fråga som ställs också av Nilsson et al. (2007).

Två deltagare i studien berättar att de anser att det är deras eget arbete och engagemang som lett till att de förbättrats. Det verkar som att dessa deltagare har fått hjälp med viss symtomlindring och samtidigt fått en negativ interpersonell erfarenhet. Att en klient upplever att hen har en aktiv del i processen och har möjlighet att påverka sitt eget liv kan ses som positivt. Inom KBT är målet med terapin att klienten på sätt och vis ska bli sin egen terapeut och ha större förmåga att hantera sitt liv (Kåver, 2016). Man har också sett i tidigare studier av KBT att förändringar gällande mastery/self efficacy (bemästrande) predicerar symtomförbättring (Schwartz, Hilbert, Schlegl, Diedrich & Voderholzer, 2018).

En deltagare beskriver att terapin varit hjälpsam, men att den varit för kort och att problemen återkommit snart efter att han avslutat behandlingen. Ett möjligt sätt att arbeta med hantering av återfall i KBT är vidmakthållandeplaner, i detta fall blir det dock en spekulation att uttala sig om vidmakthållandeplanens eventuella bristfällighet. Deltagaren själv berättar att han upplevde att terapin varit för kort för att kunna åstadkomma ett bestående resultat. Kanske hade detta missnöje därför hanterats bättre på en mottagning där behandlingens längden är mer förhandlingsbar då terapierna på psykoterapimottagningen i Lund är tidsbegränsade och påverkas av studenternas terminer. Återfall är vanliga inom psykologisk behandling, exempelvis fann Steinert, Hofmann, Kruse och Leichsenring (2014) i en metaanalys att runt 40 % av de som behandlats för depression hade upplevt någon form av återfall vid långtidsuppföljning.

Dimidjian och Hollon (2010) definierar negativa och skadliga effekter som terapihändelser som har en kausal negativ effekt, det vill säga händelser som producerar ett resultat som är sämre än vad det skulle varit utan behandling. I denna studie beskriver fyra av deltagarna incidenter eller upplevelser som potentiellt uppfyller detta kriterium. En deltagare berättade att hon upplevde att händelser under terapin gjort att det kändes svårare att öppna sig för andra. En annan deltagare beskrev att hennes upplevelser från terapin fick henne att tvivla på huruvida terapi verkligen kunde hjälpa henne. Om klienter tappar tilltron till psykoterapi och avstår från att söka psykoterapeutisk behandling så kan detta ses som en allvarlig negativ effekt. En annan deltagare berättar att hon blev uppmuntrad att känna starka

känslor, vilket för henne upplevdes som plågsamt. Att deltagaren själv upplever att hon inte förstod varför hon skulle känna känslorna och att hon inte ville känna dem är värt att ta på allvar. Linden (2013) diskuterar hur svårt det är att definiera huruvida starka emotionella upplevelser är positiva eller negativa effekter. Det kan vara svårt att avgöra om det är ett nödvändigt ont eller om det uppkommit en misskommunikation mellan terapeuten och deltagaren om varför dessa känslor kan vara hjälpsamma att känna. Timulak och McElvaney (2013) lyfter i sin studie att en upplevelse av utmanande sårbarhet verkar ha varit en gemensam erfarenhet för en grupp som fått goda terapiutfall. Författarna beskriver också en koppling mellan goda utfall och upplevelsen av en mer jämlik relation till terapeuten. De menar att en större upplevd jämlikhet skulle kunna underlätta för klienterna att våga utsätta sig för känslomässig sårbarhet i terapirelationen. Ingen deltagare i denna studie beskriver relationen till sin terapeut i termer av jämlikhet eller trygghet. Man skulle kunna spekulera kring om upplevelser av känslomässig sårbarhet i terapi där klienten inte upplever en tillitsfull relation kan bidra till både missnöje och negativa effekter. Genom att berätta för sin klient att vissa delar av behandlingen kan upplevas som plågsamma skulle man möjligtvis kunna motverka att klienter upplever otrygghet kopplat till smärtsamma känslomässiga upplevelser i terapi. Detta skulle kunna liknas vid hur man inom medicinsk behandling berättar om möjliga biverkningar. Samtidigt får detta vägas mot risken att avskräcka klienter eller störa positiva förväntningseffekter.

Det är ovisst om eller hur terapeuterna i denna studie informerade deltagarna om möjliga negativa effekter i början av terapin. Det skulle kunna betraktas som etisk relevant att informera klienter om möjliga negativa effekter vid terapins start. Samtidigt påpekar Rozental et al. (2018) att det finns en risk med att lägga för stor vikt vid potentiella negativa effekter under terapins inledning. Det skulle kunna få negativa konsekvenser för de positiva förväntningarna och riskera att göra behandlingen mindre effektiv. Vissa forskare har gått så långt att de föreslår att alla effekter av psykoterapi i sig är att betrakta som placebo-effekter (Wampold, Frost & Yulish, 2016). Även om det inte råder konsensus om detta påstående inom psykoterapiforskningen så kan det berätta något för oss om vikten av att klienterna tror på att de kommer att kunna må bättre.

En deltagare berättar att han plågas av ångest över obehagliga minnen från en exponeringsintervention. I detta fall kan man spekulera om huruvida övningen var lämpad och anpassad för just denna deltagare. Exponeringsövningar är förknippade med ökad ångest

under själva exponeringen, övningarna förutsätter dock att klienten har en välgrundad förståelse för interventionens syfte och att den hamnar på en lagom utmanande nivå (Kåver, 2016).

Det är möjligt att spekulera i huruvida vissa av deltagarna i denna studie haft en för komplex problematik för att kunna få rätt sorts behandling på mottagningen. Psykoterapi hos en studentterapeut innebär till exempel att behandlingen är tidsbegränsad och att terapeuten har lite eller ingen erfarenhet av att bedriva terapi sedan tidigare. Under det första informationssamtalet på mottagningen bedömer en legitimerad psykoterapeut huruvida klienten är lämplig för att gå i terapi hos en student. Psykoterapeuten ska här ta hänsyn till komplexiteten i de problem som klienten presenterar. Delgadillo, Huey, Bennett och McMillan (2017) pekar i en studie på att komplex problematik (härtill räknas exempelvis personlighetssyndrom) är kopplat till sämre utfall i psykoterapi. De konstaterade i sin studie att klienter med komplex problematik fick ett bättre utfall om de fick genomgå högintensiva interventioner i behandlingens början. Kopplat till detta diskuterar de vikten av att dessa klienter identifieras och får en behandling som är anpassad efter deras behov.

### **Metoddiskussion.**

**Kritik mot IPA.** Metoden IPA som den beskrivs av Jonathan Smith (Smith et al., 2009) har fått motta kritik kopplat till de kunskapsanspråk som görs och de vetenskapsfilosofiska grundantagandena som finns bakom metoden (Giorgi, 2011; Murray & Holmes, 2013; Van Manen, 2018). Det finns skilda meningar bland Husserls efterträdare och uttolkare kring möjligheten att vetenskapligt beskriva verkligheten utan att kunskapen påverkas av den egna förförståelsen. Detta innebär att de vetenskapliga metoder som utarbetats av forskare som inspirerats av den fenomenologiska filosofin skiljer sig åt när det kommer till hur man anser att man bör förhålla sig till frågan om tidigare förståelse och forskarens möjlighet att förhålla sig objektivt när man studerar psykologiska fenomen (Smith et al., 2009).

En begränsning i denna studie kan anses vara den relativt grunda förståelse för fenomenologi som presenteras inom metoden IPA såsom den beskrivs av Smith et al. (2009). Användandet av IPA kan ses som utmanande då den genom att integrera fenomenologi med hermeneutik och göra det tillgängligt för mainstream psykologin försöker integrera ett antal till synes oförenliga vetenskapsfilosofiska perspektiv.



Giorgi (2011) kritiserar IPA eftersom han menar att Smith inte på ett tillfredsställande sätt tar hänsyn till vikten av den fenomenologiska reduktionen. Giorgi menar också att metoden inte förser läsaren med möjlighet att replikera forskningsförfarandet. Giorgi avsäger sig med sin beskrivande fenomenologiska metod helt tidigare kunskap och söker finna ett sätt att beskriva verkligheten utan att påföra en tolkande dimension (Allwood & Erikson, 2010). Van Manen (2018) går så långt att han menar att IPA i själva verket inte går att kalla en fenomenologisk metod. Han menar istället att det handlar om tolkande psykologisk analys. Murray och Holmes (2013) framför en liknande kritik och föreslår att IPA kompletteras med Merleau-Pontys fenomenologi om kroppen och språket. De menar att IPA som metod riskerar att kollapsa in i kognitivism eftersom den inte tar hänsyn till människan som en kropp i en kontext. De presenterar en kritik mot hur IPA hanterar subjektet som en koherent enhet. I stället anser Murray och Holmes (2013) att det fenomenologiska undersökandet inom hälsovetenskap och psykologi bör förstå subjektivitet som grundad i en dynamisk relation. De kritiserar IPA eftersom de menar att man inom denna metod ser på människan som en kogniserande varelse som utför rättframma beskrivningar av upplevelser. Detta ses som en reduktionistisk definition av fenomenologi som underlåter att se människans oundvikliga arbete för att förstå sin egen upplevelse genom sin kropps interaktion med språket och världen. Genom att inte ta hänsyn till denna kognitiva bias riskerar man att förlora taget om fenomenologin och syssla enbart med beskrivningar av tankar snarare än av upplevelser. "The spoken word is a gesture, and its' meaning a world" skriver Merleau-Ponty (1962, s. 214). Denna studie hade kunnat gagnas av att skapa större utrymme för förståelsen av klienternas språkliga och sociala miljö. Murray och Holmes (2013) har föreslagit att användandet av diskursanalys, det vill säga studiet av språket som en plats för handlande, utgör ett perspektiv som kan behövas för att göra metoden lämpad att syssla med de etiska frågeställningar som vi möter inom psykologin. Denna studie ger upphov till etiska frågeställningar som rör försvarbarheten i att bedriva terapi utan att på förhand informera klienten om möjliga negativa effekter och hur vi ska hantera att en så pass stor del av klienter är missnöjda med sin terapi eller får negativa effekter. En annan fråga som väcks gäller huruvida det alls är relevant att klienten är missnöjd om hen har uppnått symtomförbättring genom behandlingen. Av denna anledning skulle det vara relevant att mer uttryckligen fördjupa sig i de etiska aspekterna inom upplevelsen av missnöje.

**Urval och generaliserbarhet.** Deltagare med olika åldrar, kön och huvudsaklig sysselsättning har deltagit i studien. Samtliga fem deltagare har gått i KBT. Den ursprungliga frågeställningen gällde upplevelsen av missnöje hos klienter som gått i PDT eller KBT, men endast KBT-klienter uppfyllde inklusionskriterierna. Alltså kan resultaten från denna studie inte sägas bidra med kunskap om upplevelsen av missnöje med andra terapiformer. Möjligtvis skulle man kunna spekulera kring huruvida vissa teman skulle kunna falla under common factors eller relateras till terapeutvariabler. Studien har undersökt upplevelsen av missnöje i studentledda terapier, vilket ytterligare begränsar generaliserbarheten. Flera av resultaten har dock kunnat relateras till tidigare forskning kring missnöje med mer erfarna terapeuter, vilket tyder på att upplevelsen av missnöje i studentterapi verkar ha mycket gemensamt med upplevelsen av missnöje i psykoterapi med legitimerade psykologer. Det låga deltagarantalet gör att resultatet inte lämpar sig för statistisk generalisering på en bredare population. Resultatet skulle möjligen kunna bidra till att belysa eller utveckla teoretiska modeller kring negativa effekter av psykoterapi och terapeutisk allians.

**Instrument och procedur.** Under intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide. En annan möjlig väg att gå hade varit användandet av helt öppna intervjuer för att styra deltagarnas berättelser ännu mindre. Ytterligare en intressant alternativ metod hade varit att använda fokusgrupper. Fokusgruppsformatet hade kanske kunnat underlätta för de deltagare som tyckte att det var svårt att uttrycka missnöje även under intervjun. Deltagarna hade kunnat få ta del av varandras upplevelser och möjligen känt sig mindre utsatta eller ensamma.

Eftersom ett eller ibland två år passerat sedan vissa av deltagarna genomgick sin behandling, tyckte vissa deltagare att det var svårt att minnas vad som hänt. Kanske hade det varit bättre att intervjua deltagare precis då de avslutat sin terapi.

Detaljer och aspekter av deltagarnas berättelser har avidentifieras för att skydda anonymiteten. Anonymiseringsprocessen kan gjort skeenden och detaljer som hade kunnat vara givande att undersöka vidare mer diffusa. Till exempel hade det kunnat vara intressant att berätta om deltagarnas tidigare erfarenhet av terapi/terapiinriktning och diskutera hur det kan ha påverkat deras upplevelser. Genom att fråga deltagarnas terapeuter om hur de upplevt terapierna, använda sig av skattningsformulär eller analysera videofilmer hade man kunnat få fler intressanta perspektiv.

Det kan ha påverkat deltagarnas berättelser att intervjuerna ägde rum på Institutionen för psykologi i regi av två studentterapeuter. Det skulle kunna ha varit en försvårande omständighet att deltagarna blev intervjuade av en person som har en roll som studentterapeut om det gjorde det svårare för deltagarna att berätta öppet om sin upplevelse av studentledd terapi. Att intervjuledarna var blivande psykologer kan å andra sidan ha varit till hjälp eftersom det medför kunskap om samtalsmetodik och en förtrogenhet med utmaningar som är förknippade med både klient- och terapeutrollen.

Det finns en risk att deltagarna har påverkats av social önskvärdhet. Det skulle kunna innebära att de berättade sina historier enligt vad de trodde att intervjuledarna var intresserade av, då de visste att fokus för studien har varit just missnöje.

**Validitet.** För att öka studiens validitet har de kriterier som presenterades i inledningen av Elliot, Fischer och Rennie (1999) eftersträvat. Bryman (2016) diskuterar trovärdighet som en form av validitet att ta hänsyn till vid bedömning av kvalitativa studier. Denna trovärdighet handlar om att de personer som deltagit i studien själva ska uppfatta att beskrivningarna stämmer överens med det som de själva berättat. Det är möjligt att låta deltagarna ta del av materialet och få möjlighet att ge återkoppling på vad de läst. Denna studie hade kunnat gagnas av att återföra resultatet till deltagarna och låta dem kommentera resultatet, men det var inte möjligt på grund av tids- och utrymmesskäl.

I denna studie är det klienternas egna, retroaktiva berättelser av hur de upplevt missnöje som har varit i fokus. Det innebär att man inte på ett konkret sätt kan uttala sig om kausala samband mellan terapeuters beteende och deltagarens missnöje. Att sträva efter att nå en renodlat objektiv position att observera deltagarna från har inte heller varit studiens syfte.

**Reliabilitet.** Att denna studie använder sig av en tolkande metod innebär att andra forskare hade kunnat finna andra tolkningar. Bryman (2016) lyfter fram pålitlighet (dependability) som en form av reliabilitet att ta hänsyn till när man granskar kvalitativa studier. För att öka pålitligheten i denna studie har materialet granskats växelvis mellan författarna och handledaren har inkluderats i processen att kritiskt granska de teman som utkristalliserat sig. Under arbetet har varje tema som identifierats cirkulerats genom texten ett flertal gånger för att säkerställa att det funnits stöd i deltagarnas berättelser för dessa teman. Ett annat sätt att ytterligare öka studiens pålitlighet hade varit att bjuda in fler utomstående kollegor att granska råmaterialet och på så sätt få syn på inre bias eller tendenser till att tolka

materialet utifrån egna idéer och föreställningar. Detta har inte varit möjligt på grund av etiska skäl.

### **Slutsatser**

Denna studie har funnit att upplevelsen av missnöje med psykoterapi kan vara mångbottnad och ibland motsägelsefull. Upplevelser av att terapi gett positiva resultat samexisterar hos flera deltagare i studien med missnöje och med upplevelser av negativa effekter som uppstått både under och efter terapin. Upplevelserna av missnöje har för deltagarna i denna studie varit mer kopplade till negativa interpersonella upplevelser än till bristande symtomlindring.

Klienters upplevda missnöje med psykoterapi är ett komplicerat vetenskapligt område. Det finns många frågor kvar att undersöka för att kunna förstå mer om vad som gör att vissa klienter upplever att de blir missnöjda och hur sambanden kan se ut mellan missnöje, negativa effekter och terapiutfall. Detta är en relativt liten studie på en avgränsad population av klienter, vilket begränsar möjligheterna till statistiska generaliseringar. Då flera av de resultat som presenteras stämmer väl överens med vad tidigare forskare funnit skulle det kunna tyda på att missnöje med studentterapi har mycket gemensamt med missnöje med psykoterapeutisk behandling hos legitimerade psykologer.

En av de viktigaste slutsatserna i denna studie är vikten av att föra ett kontinuerligt samtal kring relationen och samarbetet mellan terapeut och klient. Det verkar också vara av vikt att kommunicera om förväntningar på terapin och tidigare erfarenheter av terapi. Att löpande kommunicera om terapins fortskridande samt ge utrymme för att uttrycka upplevelser av missnöje skulle kunna vara en viktig del i att hantera dessa upplevelser. Studien visar hur viktigt det är att terapeuter under utbildning utvecklar en förmåga att metakommunicera med klienterna om terapi samt lär sig mer om potentiella negativa effekter. Att ta klienters upplevelser på allvar och finna sätt att kommunicera om svåra frågor även när det känns obekvämt skulle kunna vara avgörande för klienters upplevelse av behandlingen.

### **Studiens kunskapsbidrag**

Studien har fokuserat på klienter som gått i studentledd terapi och den kan ge unik insikt i de svårigheter och utmaningar som kan uppkomma när klienter möter studenter som ska träda in i terapeutrollen för första gången. Studien kan erbjuda en mer nyanserad och

fullständig bild av hur klienter själva upplever missnöje med olika aspekter av sin terapi. Den kan utgöra ett komplement till kvantitativa studier om negativa effekter genom att belysa och berika de teoretiska modeller som utarbetas. Slutligen kan studien tänkas ses som ett fönster in i ett rum där klienters upplevelse av missnöje kan undersökas, ett rum som är viktigt att utforska.

### **Förslag till framtida forskning**

För att möta de komplexa frågor som väcks kring hur negativa effekter och missnöje potentiellt samspelar med effektiva aspekter av en behandling skulle det kunna vara givande att genomföra longitudinella studier som undersöker hur missnöje gestaltar sig och förändras under terapiprocessen, vid avslutet och vid en senare uppföljning. Utvecklingen av tekniker eller hjälpsamma skattningsinstrument som kan underlätta för klienter att prata om sina upplevelser av missnöje eller negativa effekter av terapin skulle kunna vara en relevant fråga för framtida forskare.

Det skulle kunna tänkas intressant att titta närmare på statistiska skillnader i allians eller utfall hos de klienter som har tidigare erfarenheter av terapi, jämfört med de klienter som har sin första erfarenhet av terapi med en studentterapeut. Användandet av fokusgrupper för att undersöka klienters missnöje eller negativa effekter eller att intervjua terapeuter till missnöjda klienter är en annan möjlig väg att gå. Ytterligare en möjlighet är att undersöka upplevelser hos missnöjda klienter som gått i olika typer av terapi och jämföra resultaten. Att vissa klienter går upprepade gånger i psykoterapi på grund av att de inte upplevt varaktig förbättring kan ses som relevant för psykoterapiforskare att förstå mer om.

För att undvika ett synsätt där klienter ses som passiva (eller i värsta fall motsträviga och svårbehandlade) mottagare till terapi, så kan det vara relevant att psykoterapeuter och forskare i större utsträckning tar klienternas berättelser på allvar och ser dem som aktiva deltagare med viktiga åsikter. Detta innebär att fortsätta undersöka vad klienter tycker är viktigast och svårast för dem i terapin.

## Referenser

- Allwood, C. M. & Erikson, M. (2010). *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion- vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Audin, K., Connell, J. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 184-196.
- Bandelow, B., Sagebiel, A. Belz, M. & Görlich, Y. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 30, 1-6.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65, 13-20.
- Blanchard, M. & Farber, B. A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 29, 90-112.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research & Practice*, 37(6), 708-716.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bowie, C., McLeod, J. & McLeod, J. (2016). "It was almost like the opposite of what I needed": A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 16 (2), 1-87.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5. uppl.). Oxford: University Press.
- Bystedt, S. (2014). *Klinikers perspektiv på negativa effekter av psykologisk behandling*, (Psykologexamensuppsats, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm) Hämtad från [https://docs.google.com/document/d/13kNELD28QWOB\\_WiVOYM-HCSH0Fpm6o2\\_dpdxZrh8oQ/edit](https://docs.google.com/document/d/13kNELD28QWOB_WiVOYM-HCSH0Fpm6o2_dpdxZrh8oQ/edit)

- Chow, D. (2018). *The first kiss- Undoing the Intake Model and Igniting the First Sessions*. Daryl Chow Associates.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 67(2), 184-192.
- Constantino, M. J., Vîslă, A., Coyne, A. E. & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260.
- Cuervo, L. G. & Clarke, M. (2003). Balancing Benefits And Harms In Health Care: We Need To Get Better Evidence About Harms. *British Medical Journal*, 7406, s.65.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58 (1), 7–19.
- Cushman, P. & Gilford, P. (2000). Will Managed Care Change Our Way of Being? *American Psychologist*, 55(9), 985.
- Delgadillo, J., Huey, D., Bennett, H. & McMillan, D. (2017). Case Complexity as a Guide for Psychological Treatment Selection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 835– 853.
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163.
- Doran, J. M., Safran, J. D. & Muran, J. C. (2016). The Alliance Negotiation Scale: A psychometric investigation. *Psychological Assessment*, 28(8), 885–897.
- Ebbesson Dehlin, J. & Hultqvist, P. (2014). *Det var jobbigt och det var bra - Fem klienters upplevelser av psykoterapi* (Psykologexamensuppsats, Lunds universitet, Institutionen för psykologi). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=4316364&fileId=4316371>

- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M. & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447–455.
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.
- Forand, N., Haglin, D. & Fishman, B. (2011). Cognitive Behavioral Therapy in Practice: Treatment Delivered by Trainees at an Outpatient Clinic Is Clinically Effective. *Behaviour Therapy*, 42, 62-623.
- Giles, D. C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. London: Routledge.
- Giorgi, A. (2011). IPA and Science: A Response to Jonathan Smith. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42, 195–216.
- Hannan, C. Lambert, M., Harmon, C., Nielsen, S., Smart D. & Shimokawa K. (2015). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-63.
- Hansson, W., Curry, K. & Bandalos, D. (2002). Reliability Generalization of Working Alliance Inventory Scale Scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), 659-73.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C. & Denman, D. W. III. (2001). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. I C. D Hill, (Red.) *Helping skills: The empirical foundation* (s. 147–167). Washington DC: American Psychological Association.
- Horvatovic, I. (2018). *Terapi har inte bara bra effekter – ”många riskerar att må sämre”* [onlineartikel]. Sverige: SVT nyheter. Hämtad från: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/terapi-kan-ha-daliga-effekter>
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C. & Rosendahl, J. (2018). Adverse effects of psychotherapy: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 7(1), 1-7.
- Kline, A., Cooper, A., Feeny, N. & Rytwinski, N. (2018). Long-term efficacy of



- psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 59, 30- 40.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267.
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling- en grundbok i kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi- att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Lambert, M. J. (2013). Outcomes in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51.
- Lambert, M. & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcomes. *Psychotherapy*, 38(4).
- Lambert, M. J. & Cattani, K. (2012). Practice-Friendly Research Review: Collaboration in Routine Care. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 209–220.
- 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.
- Lundh, L-G. (2014). The search for common factors in psychotherapy. Two theoretical models, with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5), 131-150.
- Löf, A. & Rosendahl, V. (2010). *Symtomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi- en utvärderande och undersökande studie på en utbildningspsykoterapimottagning* (Psykologexamensuppsats, Lunds universitet, Lund). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=1734557&fileOid=1734591>
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2010). *Genus och kultur i psykologi: teorier och tillämpningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

- McElvaney, J. & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(4), 246–253.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. [Elektronisk resurs]. Hämtad från <http://methods.sagepub.com.ludwig.lub.lu.se/book/qualitative-research-in-counselling-and-psychotherapy>
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Miller, S. D. & Duncan, B. L. (2004). *The outcome and session rating scale. Administration and scoring manual*. Chicago, IL: Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Murray, S. J. & Holmes, D. (2013). Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) and the Ethics of Body and Place: Critical Methodological Reflections. *Human Studies*, 37(1), 15–30.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553–566.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98 –102.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., s. 307-389). New York: Wiley.
- Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E. & Hendry C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse Researcher*, 18(3), 20-24.
- Prout, K. (2013). *An Investigation of Clinically Significant Change Among Clients of a Doctoral Psychology Training Clinic* (Graduate Theses and Dissertation). Utah State University.
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4),

394–418.

- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G. & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4, 307.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2018). *Interpersonell terapi (IPT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och tidsbegränsad psykodynamisk terapi (tidsbegränsad PDT) vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna*. (SBU- kommentar). Hämtad från [https://www.sbu.se/contentassets/653639b91dcf4de0ab6e194bfc3790f/ipt\\_kbt\\_tidsbegransad\\_psykodynamisk\\_terapi\\_lindrig\\_medelsvar\\_depression\\_vuxna.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/653639b91dcf4de0ab6e194bfc3790f/ipt_kbt_tidsbegransad_psykodynamisk_terapi_lindrig_medelsvar_depression_vuxna.pdf)
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1979). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. I C. A. Kiesler, N. A. Cummings & G. A. VandenBos (Red.), *Psychology and national health insurance: A sourcebook*. (s. 540–550). Washington DC: American Psychological Association.
- Schwartz, C., Hilbert, S., Schlegl, S., Diedrich, A. & Voderholzer, U. (2018). Common change factors and mediation of the alliance– outcome link during treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 584–592.
- Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11, 261-271.
- Smith, J. A. (2007). Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 3-11.
- Smith, J. A. Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage publications.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2014). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41–42.

- Smith, J. A. & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. I H. Cooper (Red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Research Designs* (s. 73-82). American Psychological Association.
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J. & Leichsenring, F. (2014). Review: Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107–118.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421–447.
- Timulak, L. & Keogh, D. (2017). The client’s perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556–1567.
- Tsang, E. W. (2014). Generalizing from Research Findings: The Merits of Case Studies. *International Journal of Management Reviews*, 16(4), 369-383.
- Tschacher, W., Junghan, U. M. & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy- Results of an Expert Survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 82–96.
- Van Manen, M. (2018). Rebuttal Rejoinder: Present IPA For What It Is—Interpretative Psychological Analysis. *Qualitative Health Research* 28(12), 1959-1968.
- von Below, C. (2018). För att undvika suboptimala terapiutfall är metakommunikation viktigt. *Psykologtidningen. Forskning & Metod*, s. 32-35.
- von Below, C. & Werbart, A. (2012). Dissatisfied psychotherapy patients: A tentative conceptual model grounded in the participants’ view. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(3), 211–229.
- Walfish, S., McAlister, B., O’Donnell, P. & Lambert M. J. (2012). An investigation of self assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644.
- Wampold, B. E., Frost, N. D. & Yulish, N. E. (2016). Placebo Effects in Psychotherapy: A Flawed Concept and a Contorted History. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 108–120.
- Werbart, A., von Below, C., Brun, J. & Gunnarsdottir, H. (2015). “Spinning one's wheels” Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 25(5), 546-564.

- Werbart, A., von Below, C., Engkvist, K. & Lind, S. (2018). "It was like having half of the patient in therapy": Therapists of non-improved patients looking back on their work. *Psychotherapy Research: Journal Of The Society For Psychotherapy Research*, s. 1-14. DOI: 10.1080/10503307.2018.1453621
- Westra, H. A., Aviram, A., Barnes, M. & Angus, L. (2010). Therapy was not what I expected: A preliminary qualitative analysis of concordance between client expectations and experience of cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy Research*, 20(4), 436–446.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology* (2. ed.). Maidenhead: McGraw- Hill Education.
- Ybrandt, H., Berglund, K., Strid, C., Kivi, M. & Knutsson, J. (2019). Clinical outcomes in the routine evaluation of psychotherapy given by trainees: Effects on clients' interpersonal problems and psychological symptoms (Accepted/In press): *International Journal of Psychotherapy*, 23, 1.
- Öst, L-G., Karlstedt, A. & Widén, S. (2012). The Effects of Cognitive Behavior Therapy Delivered by Students in a Psychologist Training Program: An Effectiveness Study. *Behaviour Therapy*, 43, 160-173.



# LUNDS UNIVERSITET

*Institutionen för psykologi*

## **Upplever du att du är inte är helt nöjd med den behandling du fått på Psykoterapimottagningen i Lund?**

Vi vet sedan tidigare forskning\* att alla som går i behandling hos en psykolog inte upplever sig nöjda. Många gånger är det svårt att som klient uttrycka detta eftersom man kan känna sig beroende av psykologen. Det är viktigt att få reda på mer om vad som bidrar till att man inte är helt nöjd med sin terapi.

Vi är två studenter som läser psykologprogrammets sista termin och skriver vår examensuppsats. Den kommer att handla om terapier där klienten på olika sätt inte är nöjd med behandlingen eller studentterapeuten. Vi har valt att undersöka behandlingar på Psykoterapimottagningen vid Lunds Universitet.

Vi vill komma i kontakt med personer som har gått i behandling hos en studentterapeut och har just dessa erfarenheter. Ansvariga för Psykoterapimottagningen har dina kontaktuppgifter eftersom du tidigare gått i behandling hos en studentterapeut.

För att samla in information kommer vi att genomföra intervjuer med frivilliga deltagare. För vi ett stort intresse kommer vi att göra ett slumpmässigt urval av de som är intresserade. Om du vill delta innebär detta att du träffar en av oss vid ett tillfälle under ungefär en timma. Vi kommer att ställa en del frågor kring dina upplevelser och du väljer fritt vilka av dem du vill svara på. Om du godkänner så kommer vi också att hämta ut information om hur du besvarat frågorna i formulären du fyllt i om ditt mående och om din relation till terapeuten.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst under processen välja att avsluta ditt deltagande utan att du behöver ange en anledning. Vi kommer inte att veta namnet på din terapeut och din terapeut kommer inte att få reda på att du valt att delta i studien. Alla svar kommer att analyseras och presenteras anonymt, vilket innebär att ingenting du berättar kommer att kunna kopplas till dig som person eller till din specifika studentterapeut.

Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden. Vi bedömer att risken för att intervjun ska skapa psykiskt lidande är mycket liten. Om du trots det skulle uppleva att intervjun väcker obehag på något sätt finns det möjlighet att komma i kontakt med ansvariga på mottagningen som kan hjälpa till med stöd. Om det finns ett stort intresse för deltagande och man inte blir slumpmässigt utvald att delta har man också möjlighet att få kontakt med Catharina Strid (se kontaktuppgifter nedan) som är ansvarig för studien, per telefon eller personligen om man så önskar.

Om du har några frågor eller funderingar kring studien är du varmt välkommen att höra av dig till ansvarig för studien Catharina Strid (se kontaktuppgifter nedan).

Om du vill vara med i studien - kontakta Psykoterapimottagningen på telefonnr **046-222 91 24** eller via mail [psykoterapimottagningen@psy.lu.se](mailto:psykoterapimottagningen@psy.lu.se)

Vi skulle vara mycket tacksamma för din insats!

Vänliga hälsningar

Sofia Gabinus och Petra Carlsson Thyrvin, psykologstudenter termin 10

Catharina Strid, Phd, ansvarig för studien, leg psykolog, leg psykoterapeut och verksamhetschef vid Psykoterapimottagningen i Lund.

**E-postadress:** [catharina.strid@psy.lu.se](mailto:catharina.strid@psy.lu.se)

**Telefon:** 046-222 91 16

Institutionen för psykologi, Lunds Universitet

\*

Werbart, A., von Below, C., Brun, J., & Gunnarsdottir, H. (2015). "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 546–564. doi:10.1080/10503307.2014.989291

Bowie, C., McLeod, J., & McLeod, J. (2016). 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 16(2), 1-9. doi:10.1002/capr.12066



# LUNDS UNIVERSITET

*Institutionen för psykologi*

## **Information om pågående studie vid psykoterapimottagningen:**

*Missnöje med terapi - en kvalitativ undersökning av klienters upplevda missnöje med psykoterapibehandling hos studenter på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.*

Du blir tillfrågad om Du vill delta i den här studien eftersom Du har gått i behandling vid psykoterapimottagningen i Lund. Vi har tillfrågat dig eftersom vi sökt efter personer som upplever missnöje med sin behandling och du har svarat på vår förfrågan. Vi har tillgång till dina kontaktuppgifter eftersom du tidigare gått i behandling på psykoterapimottagningen.

### **Bakgrund**

Vi är två studenter som läser psykologprogrammets sista termin och ska skriva vår examensuppsats. Den kommer att handla om terapier där klienten på olika sätt inte är nöjd med behandlingen eller studentterapeuten. Vi vet från tidigare forskning att alla som går i behandling hos en psykolog inte upplever sig nöjda och att det kan vara svårt att som klient uttrycka detta. Det är viktigt att få reda på mer om vad som bidrar till att man inte är helt nöjd med sin terapi.

Mottagningen för psykoterapi har som rutin att alla sökande besvarar ett antal frågeformulär kring livssituation och hälsotillstånd innan de påbörjar sin behandling vid mottagningen, samt efter avslutad terapi. Detta görs för att kunna säkra kvaliteten på behandlingen och rutinerna på mottagningen. När du avslutade terapin besvarade du även frågor om hur du upplevde relationen till studentterapeuten och om ditt mående.

Vi vill intervjua dig om din upplevelse av missnöje och därutöver även titta på de formulär du fyllde i vid terapins avslut.

### **Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka hur klienter som avslutat sina terapier med studentterapeuter på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi vid Lunds



universitet har upplevt missnöje. Fokus ligger på att beskriva missnöje i terapi ur klienters perspektiv för att få ökad förståelse, vilket kan förbättra möjligheterna för terapeuter att hantera missnöje i terapisituationer.

### **Vad innebär det att delta för dig?**

Om du samtycker till att delta i studien så genomförs en intervju med dig som tar ungefär en timma. Vi kommer att ställa frågor kring dina upplevelser och du väljer fritt vilka av dem du vill svara på. Om du godkänner så kommer vi också att hämta ut information om hur du besvarat frågorna i utvärderingsformulären du fyllde i vid terapins början och avslut om ditt mående och om din relation till terapeuten.

Deltagandet i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst under processen välja att avsluta ditt deltagande utan att du behöver ange en anledning. Det kommer inte att påverka din framtida möjlighet att åter få behandling på psykoterapimottagningen om du önskar det. Om du vill avbryta ditt deltagande kan du kontakta den ansvariga för studien, Catharina Strid (se kontaktuppgifter nedan), eller bara säga till under intervjun. Om du väljer att avsluta ditt deltagande kommer dina uppgifter från formulären eller det du berättat under intervjun inte att användas i forskningsstudien.

Då fokus i studien ligger på hur missnöje upplevs så kommer information som skulle kunna härledas till dig som klient eller till din specifika terapeut att anonymiseras. Vi kommer inte att veta namnet på din terapeut och din terapeut kommer givetvis inte att få reda på att du valt att delta i studien.

### **Dina uppgifter**

Dina intervjusvar och dina skattningsresultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Catharina Strid (se kontaktuppgifter nedan). Dataskyddsombud är IT-ansvarig Lars Kindberg 046-222 31 90). Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

### **Resultatet**

Det finns möjlighet att ta del av det övergripande resultatet av studien om du så önskar. Om du vill det så berätta för intervjuledare Petra eller Sofia, så kommer du att få att ta del av information om var den färdigställda studien finns att läsa när den är klar. Om du inte önskar ta del av studien behöver du inte säga någonting. Om du önskar att ta del av de inspelningar som gjorts av intervjun eller hur du skattade din terapi när du gick på mottagningen är det bara att säga till Petra eller Sofia så lämnas den informationen ut till dig.

### **Försäkring**

Du omfattas av försäkring under ditt deltagande i studien via Lunds Universitet.

**Finns det risker och/eller fördelar för dig med att delta?**

Vid alla typer av forskning som involverar människor är forskarna skyldiga att redovisa eventuella risker som studien medför för deltagarna och vi vill självklart att deltagandet i studien ska kännas tryggt. Vi bedömer att risken att för att intervjun ska skapa psykiskt lidande är mycket liten. Om du trots det skulle uppleva att intervjun väcker obehag på något sätt finns det möjlighet att komma i kontakt med ansvariga på mottagningen för ett uppföljande samtal. Du kan när som helst avbryta utan att du behöver ange något skäl.

För att dina svar ska kunna användas i vår forskning ber vi dig således ta ställning om du samtycker till att delta. Om du samtycker, så signerar du det bifogade samtyckesformuläret där du ger ditt tillstånd till att vi kan använda dina avidentifierade svar från skattningsformulären (som finns på en dator) samt det du berättar under intervjun till forskning vid psykoterapimottagningen.

**Vem ansvarar för studien?**

Huvudansvarig forskare för studien är Catharina Strid, PhD, leg psykolog, leg psykoterapeut och verksamhetschef vid Psykoterapimottagningen i Lund.

Besöksadress: Allhelgona Kyrkogata 14 O

Telefon: 046-222 91 16

E-post: [Catharina.Strid@psy.lu.se](mailto:Catharina.Strid@psy.lu.se)



**LUNDS**  
UNIVERSITET

*Institutionen för psykologi*

KOD – fylls i av mottagningen

## **SAMTYCKESBLANKETT**

Jag ger mitt samtycke till att forskarna i forskningsstudien: *Missnöje med terapi - en kvalitativ undersökning av klienters upplevda missnöje med psykoterapibehandling hos studenter på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet* får använda intervjun med mig som handlar om mina erfarenheter av terapi på psykoterapimottagningen i Lund.

Jag ger också mitt samtycke till att forskarna i ovanstående forskningsstudie får använda de skattningsformulär jag fyllde i, i kvalitetssäkrings syfte, innan och efter att jag avslutade min terapi på psykoterapimottagningen i Lund.

Jag har muntligen informerats om att det pågår forskning och jag har tagit del av den skriftliga informationen om denna studie och om hur de uppgifter som inhämtas från mig kommer att användas. Jag har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag är medveten om att mitt deltagande i forskningen är frivilligt och att jag när som helst och utan att behöva ge någon förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag är medveten om att jag är anonym under deltagandet och att ingenting jag säger och ingen information från skattningsformulären kommer att kunna kopplas till min person eller min studentterapeut.

Jag samtycker till att delta i studien *Missnöje med terapi - en kvalitativ undersökning av klienters upplevda missnöje med psykoterapibehandling hos studenter på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet*

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

SÄTT KRYSS NEDAN:

-----

## Semistrukturerad intervjuguide

### **Missnöje med terapi - en kvalitativ undersökning av klienters upplevda missnöje med psykoterapibehandling hos studenter på Psykoterapimottagningen vid Lunds Universitet**

- Berätta lite om hur du upplevde terapin på psykoterapimottagningen i Lund.
- Kan du beskriva ett tillfälle du minns när du upplevde att du var missnöjd med terapin?
- Hur hanterade du det missnöjet? Lyfte du det med din terapeut? Hur upplevde du det?
- Vad hade din terapeut kunnat göra för att minska ditt missnöje?
- Kan du berätta om ett tillfälle då din terapeut efterfrågade feedback på sin roll som terapeut eller utvärderade ert arbete tillsammans?

Alla frågor kommer att följas med kommentarer som: “Berätta mer”, “På vilket sätt?” och “Hur upplevde du det då?”

---

Fördjupade frågor att använda vid behov:

- Berätta lite om hur du upplevde din relation till din terapeut. Vill du ge ett specifikt exempel på det?
- Upplevde du att du fick hjälp med de problem du sökt för? På vilket sätt var det hjälpsamt i så fall? Har du något specifikt exempel?