
Bojan VARJAČIĆ RAJKO***Negativni izid v psihoterapiji:
subjektivni in družbeni dejavniki****Negative outcome in psychotherapy:
subjective and societal factors***POVZETEK**

Raziskave psihoterapevtskega izida so ugotovile, da se pacientom psihično stanje po psihoterapiji poslabša v približno desetih odstotkih primerov. A v literaturi, ki se ukvarja z negativnim izidom, ni moč najti poglobljenega razmisleka o dejavnikih, ki na ta pojav vplivajo, poleg tega pa so dinamski dejavniki povsem zapostavljeni. V članku smo uporabili raziskovalna dognanja, psihoanalitično teorijo ter socialno-psihološke koncepte, da bi pojav negativnega izida osvetlili tudi z dinamskega vidika. Zagovarjamo tezo, da je negativni izid odvisen od posameznikove psihopatologije (mazohizem, narcizem) ter družbenih dejavnikov (družbena podoba terapevta in stroke ter predstave o delu na sebi kot o trpljenju). Ti dejavniki se pri negativnem izidu prepletajo. Skrajna oblika naše teze glasi, da je negativni izid pojav, ki se prilega posameznikovi patologiji, da ima posameznik od tega določeno psihološko korist. Teoretični razmislek podkrepimo s tremi kliničnimi primeri ter pokažemo na uporabnost dinamskega pogleda na negativni izid.

KLJUČNE BESEDE

Negativni izid, raziskovanje v psihoterapiji, socialna predstava o psihoterapevtu, placebo, mazohizem, narcizem, trpljenje v psihoterapiji.

SHORT ABSTRACT

Psychotherapy outcome research observes that approximately ten percent of patients come out of psychotherapy feeling psychologically worse than before. In the respective literature, we find a lack of thorough understanding of the contributing factors and a total neglect of psychodynamic factors. In our article, we use research findings, psychoanalytical theory and socio-psychological theory to throw light on negative outcome from a dynamic point of view. We advocate the thesis about negative outcome as dependent on the person's psychopathology (masochism, narcissism) and on societal factors (therapist's and profession's societal image and notions about psychological

growth as a process of suffering). These factors are interconnected. Our ultimate idea is that negative outcome as a phenomenon fits with the person's pathology so that a person has some gain from it. We illustrate our theoretical thinking with three clinical cases and show how we can use the dynamic view on negative outcome in our work.

KEY WORDS

Negative outcome, research in psychotherapy, societal image of psychotherapist, placebo, masochism, narcissism, suffering in psychotherapy.

EXTENDED ABSTRACT

Definition of the problem and the thesis

Psychotherapy is intended to be helpful to the patients, however it is documented that in approximately ten percent of cases it actually worsens the patient's psychic state and welfare. We call this phenomenon »negative outcome in psychotherapy.«

It is very difficult scientifically to evaluate negative outcome. There are many methodological and epistemological obstacles in the way. First, a human's psychic apparatus is very complex and has different layers that respond differently to treatment. Second, what are exactly the standards of psychic health and which should we embrace as sufficiently valid? Third, who evaluates the outcome? The patient is in the treatment but every patient has a therapist, a family, co-workers etc., who also have their opinions.

Let us assume that negative outcome really exists. We find it a curious phenomenon. Psychotherapy is there to help, and the patient is not just a passive recipient of therapy but is actively involved in it. How can it happen that the patient lets himself be psychologically damaged or worsened? In the case of negative outcome, we are talking about patients who have finished the therapy. Is not the patient free to go if he dislikes the therapy or if he feels worse about it?

In the article, we will assume three factors that play their part in the negative outcome. First, we assume that masochism and narcissism of the patient are important if we wish to understand why the patients with negative outcome insisted on staying in therapy. Second, we anticipate that a societal image of the therapist or of psychotherapy obscures the patient's thoughts and feelings about the therapy. On the one hand, the therapist is a figure of authority, on the other hand his figure is embedded with irrational and archaic suppositions that abide in our culture. Third, there are a number of societal representations about how psychotherapy brings about change. One of the widely accepted notions is that there is no progress in psychotherapy if one does not go through a process of suffering. If a patient enters psychotherapy with such an orientation, he or she will be likely to prolong their suffering even when it is turning out to be fruitless.

Two socio-psychological factors affect the placebo effect, insofar as placebo effect depends on cognitive elements, on the meaning of things, in our case on the notions and expectations regarding the therapist and the therapy.

Our thesis is largely theoretically derived. In the literature on negative outcome, there is practically no mention of psychodynamic factors, and research data is mainly not subject to in-depth explanation.

Definitons of negative outcome

Bergin (1966, in Hadley and Strupp, 1976) began research on negative outcome and used the term »deterioration effect.« He proved that patients in psychotherapy make more progress but also regress more than persons who were not involved in psychotherapy. Mays and Frank (1985) coined the term »negative outcome« for the designation of clinically important decline in one or more areas of the patient's functioning, where the decline is evident a considerable time after the end of the therapy.

Strupp, Hadley and Schwartz (1977, in Mohr, 1995) proposed the term »negative effect«, meaning the effect of the therapist and not random effects of temporary worsening or life stress.

Yalom and Lieberman (1971) used the term »casualty« in the group format, meaning a relatively long lasting change (eight months by research standards) in the patient who, because of the group process, experienced increased psychological distress or began to use less adaptive defence mechanisms or both.

Grunebaum (1986) spoke about »negative psychotherapeutic experiences,« that have gradations in respect of the level of psychic pain, the duration of negative effects and their influence on the patient's life.

There are also other denominations and definitions in the literature on negative outcome.

Research on negative outcome

It has been documented that psychotherapists have little knowledge of negative outcome (Lambert, 2007, in Jarret, 2008) and are too confident about their skills (Boisvert in Faust, 2006, *ibid.*).

There are many reasons why negative outcome is much less investigated than positive outcome: the psychotherapeutic profession has no interest in emphasizing negative outcome, sponsors are hard to find and such research is ethically problematical.

Nevertheless, there has been a rise in research since the 1960's. The first empirical research that took into account negative outcome was carried out in 1951 (in Mays in Frank, 1985) but Bergin (*ibid.*) In 1966 was the first to specifically investigate negative outcome. Nonetheless, much of the research in those first two decades was methodologically weak (Ericson, 1987).

Research in negative outcome touches upon the following topics: what do patients and therapists regard as negative outcome; what are the impacts of patients, therapists, therapeutic method or school; what is the impact of the duration of a treatment; methodological dilemmas.

Methodological issues

When investigating negative outcome, we encounter various methodological difficulties. Many of them pertain to the research of outcome in general. In viewing negative change in the individual, we have to take into account psychodynamic factors. Mohr (1995), for example, noted that the patient's change for the worse can also signify his increased awareness of his problems, his relative withdrawal of defences or it can express the patient's wish to postpone the end of the therapy.

We will now give some theoretical support for our thesis. First, we will focus on the individual's factors.

Masochism

We find it extremely important to view masochism as a component of negative outcome, because we assume that negative outcome can take place when the patient has psychological gain from it.

Freud (1905a) gave the first metapsychological depiction of masochism which he later reviewed and supplemented. Freud distinguished between three types of masochism, all of which circumvent the pleasure principle. Thus, suffering ceases to be a signal to act and seek relief (as it is normally) but becomes an end in itself, an aim to pursue. For our purposes, the concept of moral masochism is the most valuable. Freud saw it as a need for punishment, closely linked to disguised sexual gratification but also connected with superego's activity against the ego.

Object relations theory contributed alternative explanations. Various authors (i.e. Novick and Novick, 1987) saw masochism as a type of object relating, evolving from early mother-infant interaction, whereby mother caused baby abundant psychic pain. Baby had to withdraw his own aggression that could normally serve him as a defence and instead introjected the mother as an object that causes pain, thus paving the way for seeking pain later in life. Being in connection with the object that causes pain is better than not being connected at all. Valenstein (1973) spoke similarly about attachment to painful feelings and Asch (1976) viewed the masochist's suffering as a means to win the love of a sadistic internal object.

Masochistic tendencies are connected with narcissistic and borderline pathology (i.e. Katz, 1990; Kernberg, 1988). In psychotherapy, such patients sabotage their own treatment and remain ill because they need to suffer. They cannot imagine that they deserve better, because they have fantasies that their success would damage or ruin others (Colson, Lewis and Horwitz, 1985).

A masochistic person is inclined to attach to an omnipotent and charismatic object. As Lieberman and Yalom (1971) observed in encounter groups, many patients with negative outcome described their therapists as charismatic.

We can conclude that masochistic tendencies complicate the therapeutic process because of the patient's need for suffering. A masochist feels »at home« when he suffers

and we suggest that this factor contributes to negative outcome.

Narcissism

Narcissism in psychiatry is a personality disorder with well-established criteria (DSM-V, MKB-10). In psychoanalysis, narcissism is conceptually wider. It stands for certain psychological structure and/ or recognizable modes of interpersonal and intrapsychic functioning.

A person in psychotherapy with marked narcissistic traits is very vulnerable but protects his vulnerable self to avoid emotional traumatization. Grandiosity, rational approach to problems, emotional detachment, idealization or devaluation of a therapist, false self and other narcissistic defences come into play. Such a person can be in competition with the therapist; he cannot let a therapist solve his problems or exert genuine emotional impact on him. He feels humiliated if a therapist knows the answers and experiences interpretations as an attack on his person.

»Destructive narcissism« (Herbert Rosenfeld, 1987) is the psychic constellation that launches specific dynamics in psychotherapy, namely constant attacks on the therapist, disdain, rivalry and envy. The latter is marked and impedes a narcissistic person from gaining »the good« that a therapist offers. Love and care are devaluated and treated as something weak. The destructive part of the self is a relatively independent entity within the whole self. It fuels the self with omnipotent feelings and denies any weaknesses, including a need to relate and be loved.

Our thesis is that patients with negative outcome insist on coming to a therapy because they cannot afford to be losers. They need to prove to a therapist that they are capable of change. They enjoy the rivalry with a therapist notwithstanding the fact that they may feel worse.

In the following two chapters, we consider socio-psychological factors in negative outcome.

Psychotherapist's societal image and placebo effect

The figure of the therapist is a magnet for various kinds of projections and is charged with phylogenetical and ontogenetical archaic expectations and meanings as well as with culturally and historically specific mental images. Both the archaic and the contemporary influence how patients experience psychotherapy cognitively and emotionally. The mechanism, which serves as a mediator of meaning and emotion is the placebo effect (i.e. Frank, 1993). The psychotherapist has an aura of a professional, of a person with special or even extraordinary skills and carries a legacy of ancient healers. In psychotherapy, the important and strong effect of placebo on the outcome is well proved (Frank, 1993). The psychotherapist conveys her or his expertise and authority through various symbolic channels: specially designed consultation room, books on the shelves, diplomas on the walls, specific therapeutic attitude, tone of voice, specific language etc. (Frank, 1993; Zur, 2009; Strong, 1968).

Kradin (2004) asserted that placebo in psychotherapy affects very early psychic complexes in the human, namely the »background self-states of well-being.« The author suggested that some persons do not have the ability to gain from placebo due to their adverse early childhood experiences.

We suggest that patients with negative outcome do not have the above-mentioned emotional ability and/ or they had been cognitively deceived by the therapist's societal image. Such patients persevere in therapy notwithstanding their negative emotional clues.

Psychotherapy and suffering

One of the common ideas about how psychotherapy works is that suffering is inevitable at some point. In our research (Varjačić Rajko, 2013) we found that patients often think of suffering as of a sign of healing, i.e. »a man has to reach bottom before he can start anew« , »pain means healing, «to feel pain signifies that one has reached the core of her or his troubles«... Some of such ideas were borrowed from the therapists.

Psychoanalyst Strupp (1978) is critical about how suffering in psychoanalysis and psychotherapy is theoretically understood and sometimes even desired in the therapy. The author cautions against unnecessary praise of suffering and the effects of such a therapist's stance, i.e. unwarranted prolongation of the therapy.

We assume that the above-mentioned ideas about suffering in psychotherapy can have divergent effects. On the one hand they can help patients come through a difficult phase of therapy and thus bring about new dynamics and change, and on the other hand it can serve masochistic ends or as a rationale for persevering in therapy despite a lack of hope for the better.

We now give three clinical cases to demonstrate the pragmatic value of our theorizing.

Clinical cases¹

Case A

A.'s primary problem was panic attacks and his unwillingness to occupy a responsible family role as a father and a husband. The therapist saw him as a person with obsessive-compulsive, narcissistic and immature personality traits. A. worked in a psychic health institution and had a good enough knowledge of different psychotherapeutic approaches. He was searching for psychoanalysis and expressed antipathy and disdain for cognitive behavioral therapy. He attended analytically oriented psychotherapy for five years on a weekly basis. He functioned in his profession and life but gained little new in the therapy. The therapist observed his inauthentic cooperation in the therapy. The patient tried to be a perfect psychoanalytical patient, tried to free associate, was bringing dreams and wondered much about what he feels in the transference, but none of his endeavoring proved fruitful. He insisted on prolonging the therapy, because he hoped for a thorough change. The therapist finally managed to end the therapy by offering group psychotherapy, which the patient attended for two years without significant breakthrough. The important components of the patient's insistence on continuing in the therapy were narcissistic identification with the »elite« psychotherapy, which fueled him with feelings of uniqueness and superiority; superficial knowledge and idealization

of psychoanalysis, which also influenced his too high expectations; sadomasochistic traits; disregard of cbt, which prevented him from seeking help elsewhere. Here we can clearly see how societal image or representations of certain psychotherapies play a role in the outcome.

Case B

B. was involved in group analysis. She had panic attacks and a personality disorder of a borderline type (which became clearer in the group). She was very motivated but very emotionally sensitive, therefore she often felt bad in during and after the therapy. B. rarely felt really good in the group and fought with her ambivalence all the time: on the one side B. wanted to leave the group, because she found no relief and no meaning and, on the other side she was seeking encouragement and encouraged herself to stay. B. read about group analysis and she heard from her psychiatrist that it would be good to stay in the group and give herself time. The therapist also supported this notion by saying to her that she can gain from the group and that she should keep coming. The patient finally fled from the group without saying goodbye, only explaining herself via her therapist's email.

What we can see in this case is the fight between B.'s feelings and cognition. The latter was influenced by her psychiatrist's notions of the group, the notion of »time and suffering in psychotherapy«and by the information in the internet that presented group analysis as an important and powerful therapy. We can also see how the therapist acted on his theoretical suppositions and therefore could not address the problem entirely and timely.

Case C

C. spoke to his new therapist of his negative experience with the previous therapist. C. was undoubtedly a person with borderline personality disorder and created a strong emotional atmosphere from the very first meeting with the new therapist. His moods swung, he had strong trust issues and often verbally attacked the therapist. When he spoke of his previous experience in therapy, he described how the therapist scorned him, giving him diagnostic labels, but also telling him that he should insist on coming, because he really needs therapy. The patient fell in love with the previous therapist who finally offered him group psychotherapy but not telling other members of the group that C. has parallel individual therapy. In the group the therapist acted similarly towards some of the members, he even screamed at them. Some of the group members left the group and after a while C. did the same. With the new therapist, C. questioned why he had insisted on staying for so long. He compared that experience with his love affairs. We think C. was closest to a real and measurable negative outcome case. His psychic state and self-worth suffered a lot after the therapy and he avoided any situations where he might meet the therapist. The components of negative outcome dynamics were the following: masochism as an element of borderline structure; identification and rivalry with the charismatic therapist; falling in love; a lack of trust in his own feelings; distorted reality check, stemming from lack of borders between the self and the object; looking at the therapy as the ultimate test of one's adequacy; inability to gain from the placebo.

Conclusion

We have tried to throw light on the psychodynamic and societal factors that contribute to the negative outcome, be it objectively measured, subjectively experienced or construed. Our aim was to show that patients with negative outcome had some subjective gain. This stance does not absolve therapists from ethical and professional treatment; it only offers a different point of view. We also tried to pinpoint influential societal factors that are seldom mentioned in the psychotherapeutic discourse but play their part in the process and outcome.

We think that the presented theoretical scheme can help therapists evaluate cases of potential negative outcome. With proper internal supervision, we will be better able to distinguish potential negative outcome from temporary disruptions. It can help therapists to prevent impasse or to end a therapy, thereby leaving both participants unscathed.

Opombe

¹ Our judgments about the components of negative outcome in each case cannot be fully discernible from the short depictions in the extended English abstract.

Opredelitev problema in teza

Psihoterapija naj bi pacientom pomagala, vendar je znano, da lahko psihoterapija tudi škodi (Mohr, 1995). V tem smislu govorimo v psihoterapiji o pojavu negativnega izida (v nadaljevanju NIZ).

Področje NIZ je nejasno začrtano in se izmika enopomenskemu razumevanju; NIZ je težko definirati, prepoznati in raziskovati. Pri tem nas ovirajo kompleksnost človekovega psihičnega aparata¹, odsotnost normativnih kriterijev za uspeh ali neuspeh terapije, različni viri sodbe o negativnem (pacient, terapevt, svojci, služba itd.) ter dejavnik časa, v katerem se lahko negativno preobrne v pozitivno in *vice versa*, kot na primer, ko pacient takoj po končani obravnavi izrazi izboljšanje, po pol leta pa poslabšanje.

Predlagamo, da kompleksnost NIZ zaenkrat pustimo ob strani in pojmujeemo NIZ kot nekaj, kar dejansko obstaja in kar bi zmogli verodostojno izmeriti. Glede na to, da naj bi psihoterapija pomagala in da je pacient v njej aktivno udeležen, je NIZ na prvi pogled presenetljiv pojav. Pacient v psihoterapiji ni pasiven prejemnik metode, ki ga bo ozdravila, in tudi terapevt v psihoterapiji ni enostransko odgovoren (v tehničnem smislu), kot je pogosto odgovoren zdravnik v somatski medicini. Pacient prihaja prostovoljno in v terapiji prostovoljno sodeluje. Kako lahko torej dopusti, da se mu v procesu psihoterapije, ki naj bi jo soustvarjal, stanje poslabša? Je za NIZ torej odgovoren sam pacient, saj ima nenazadnje prosto izbiro, da obravnavo kadarkoli prekine? In če gre do stvari na slabše, zakaj je ne prekine? Pomembno je vedeti, da NIZ ne zajema primerov, ko pacienti predčasno zapustijo obravnavo ali pa iz nje izpadejo; gre za paciente, ki terapijo zaključijo.

V članku bomo v zvezi z 'neplodotvornim vztrajanjem' predpostavili tri vzročne dejavnike, ki v literaturi o NIZ niso obravnavani: a) specifična psihopatologija pacienta, b) vpliv podobe (»imidža«) psihoterapevta kot strokovnjaka ter c) socialne predstave o psihoterapiji kot o delu na sebi, ki ne more biti uspešno brez določenega trpljenja. Za prvega od dejavnikov lahko takoj rečemo, da ga vidimo povezanega z mazohizmom in/ali z nekaterimi elementi narcizma.

Drugi dejavnik se tiče podobe psihoterapevta. V tem smislu lahko ločimo dva dejavnika, ki pa sta med seboj povezana: socialne predstave o psihoterapevtu ter psihoterapevtov status strokovnjaka. Socialne predstave se tičejo bolj iracionalnih, z verjetjem in s predsodki povezanih predstav, ki psihoterapevtu pripisujejo moči ali značilnosti, ki presegajo dejanske ali se razlikujejo od dejanskih. Status strokovnjaka pa izhaja iz dejstva, da ima psihoterapevt strokovno vlogo, da običajno dela v neki ustanovi ali pa je član neke strokovne skupine (društvo, zveza, šola ipd.), da ima dokazila o svoji usposobljenosti, vse to pa ustvarja, podpira in potrjuje dejstvo, da je strokovnjak in s tem na uporabnika napravi določen vtis. Tako postane psihoterapevt avtoriteta, ki (ne da bi to nujno deklarirala) jamči, da je tisto, kar se dogaja v psihoterapiji, tisto, kar *naj* bi se dogajalo. Govorimo o družbeni vlogi strokovnjaka, ki ni omejena le na psihoterapevta, a ima v psihoterapiji večji zaradi znanstvene »mehkosti« področja ter intersubjektivnega polja, v katerem delamo. Zaradi omenjenih »neobjektivnih« značilnosti psihoterapije se mora pacient v večji nasloniti na vero, občutek in zaupanje. Predpostavljamo, da pride pri pacientu, ki vztraja pri škodljivi terapiji, do nasprotja med zaznavo spreminjanja v

negativno smer in doživljanjem psihoterapevta kot strokovnjaka in osebe, ki ima posebne moči in ki na tej podlagi tiho jamči, da je terapija vseeno na pravi poti oziroma da se mora nekje motiti pacient. Na tej ravni ni pomembno, ali pacient terapevta doživlja kot pozitivnega ali negativnega. Doživljanje terapevta kot strokovnjaka lahko pacienta kljub negativnemu dogajanju prepričuje, da vztraja (in kar, mimogrede, prepričuje tudi terapevta, da se z nekom še naprej muči). Za proces in izid terapije je torej 'odgovorna' tudi podoba psihoterapevta, ki je sestavljena iz formalnih (licenca, zaposlitev v podjetju) ali neformalnih označevalcev (socialna predstava o strokovnjaku) in ki pacienta zavaja, da vztraja v zanj škodljivem procesu. A že takoj na začetku moramo prepoznati dejstvo, ki nas lahko spravi v zadrego, in sicer, da enaka podoba preko pojava placeba v večini primerov prispeva k pozitivnim izidom - k intenziviranju terapevtskega procesa ter k zaupanju in vztrajanju, ki se slednjič izkaže kot plodovito. Kakšna je potemtakem vrednost našega utemeljevanja? Zaenkrat lahko rečemo le, da enak dejavnik v primeru negativnega in pozitivnega izida deluje na različne načine in da ima pri različnih pacientih različen učinek. Na podlagi literature o placebo menimo, da je pri psihično bolj motenih pacientih pričakovati manjši pozitivni vpliv opisanih 'dozdevkov', če jih pojmuje kot placebo v širokem smislu koncepta (npr. Kradin, 2004), torej kot vpliv *pomena* nekega zdravila ali zdravlilca na pacienta.

Tretji dejavnik so predstave o psihoterapiji. Te so seveda zelo raznolike, odvisne od posameznikov, celo nasprotujoče si, vendar pa tudi splošne oz. socialne. V naši kulturi lahko prepoznamo predstavo o psihoterapiji kot procesu, ki ne poteka brez trpljenja; ta predstava obstaja hkrati z njej nasprotno, tj., da bo pacient s pomočjo strokovnjaka nekako čudežno in dokaj hitro ozdravljen. Pacienta, ki meni, da brez trpljenja ne bo napredka, lahko taka predstava vodi k ne-zdravilnemu trpljenju in ne da bi bilo to trpljenje le del ali faza procesa.

Menimo, da omenjeni trije dejavniki pri NIZ delujejo z roko v roki. Skrajni nasledek našega razmišljanja bi bila trditev, da NIZ v metapsihološkem smislu ne obstaja, saj je v njem udeležen pacient s svojo lastno voljo in v skladu s svojo psihopatologijo, v kateri ima NIZ določeno nujno. Poudarjamo, da takšna skrajna teza ne odpravlja etične odgovornosti strokovnjaka, gre le za dve povsem drugačni ravni pogleda na neko stvar.

Naše utemeljevanje bo teoretično in temelji na psihoanalitični teoriji in drugih psiholoških teorijah - npr. socialno-psiholoških - ter na izsledkih raziskav izida psihoterapije. Klinični primeri, ki jih podajamo na koncu, niso namenjeni dokazovanju, ampak ilustraciji možnega razmišljanja znotraj predstavljenega teoretičnega okvirja. V teoretičnem uvodu bomo vsakega od treh dejavnikov kratko teoretično opisali, potem pa bomo predstavili tri klinične primere v luči naše teze oziroma razmišljanj. A najprej moramo predstaviti področje raziskovanja NIZ.

Definicije negativnega izida

Začetnik raziskovanja NIZ je Bergin (1966, v Hadley in Strupp, 1976), ki rabi izraz *deterioracijski učinek*. Dokazal je, da so pacienti v psihoterapiji v primerjavi s tistimi, ki niso bili v obravnavi, v večji meri napredovali in v večji meri nazadovali. Mays in Frank (1985) sta takemu izrazu nasprotovala, med drugim zato, ker ne gre za poslabšanje v celoti, ampak je sprememba kompleksen proces, v katerem lahko prihaja do poslabšanja

v eni sferi in izboljšanja v drugi. Zato priporočata rabo izraza »negativni izid« za »[...] pomembno znižanje na enem ali več področjih pacientovega delovanja med začetkom in zaključkom terapije [...], ki vztraja znaten čas po zaključku terapije [...]« (str. 8).

Strupp, Hadley in Schwartz (1977, v Mohr, 1995) zagovarjajo poimenovanje »negativni učinek«, ki je razmeroma trajna negativna sprememba pacientovega stanja in jo je mogoče neposredno pripisati kakovosti terapevtske intervencije, ne zadeva pa prehodnega poslabšanja in ni posledica slučajnega nihanja zaradi življenjskega stresa. Avtorji opozarjajo, da je vsebina NIZ odvisna od definicije duševnega zdravlja in da so pri psihoterapiji vpletene tri stranke (pacient, terapevt in družba), vsaka s svojimi interesi, od katerih je odvisna tudi ocena psihoterapije.

Yalom in Lieberman (1971) v okviru dela s skupinami uporabljata termin »pone-srečenec« [angl. casualty], ki je »[...] posameznik, pri katerem se je zaradi izkušnje v skupini povečala psihološka stiska ali je začel uporabljati manj prilagojene obrambne mehanizme ali oboje; ta negativni učinek ni bil prehodni, ampak je vztrajal osem mesecev po skupinski izkušnji« (str. 17, 18).

Grunebaum (1986) govori o »škodljivih psihoterapevtskih izkušnjah«, ki so jih doživeli bodoči psihoterapevti v okviru lastne individualne izkušnje. Kriteriji za intenziteto negativne izkušnje so stopnja psihične bolečine, trajanje negativnih učinkov in vpliv na pacientovo življenje.

Pogosto uporabljen izraz, ki je prenesen iz medicine, je iatrogenost (iatrogeni simptom, iatrogena motnja). Po definiciji Ameriškega psihiatričnega združenja je iatrogena »[...] tista motnja, ki je izzvana, okrepljena ali povzročena zaradi zdravnikovega odnosa, pregleda, komentarjev ali obravnave« (Boisvert in Faust, 2002: 245).

V literaturi se pojavljajo tudi drugačna poimenovanja in kriteriji za NIZ.

Raziskovanje negativnega izida

Izkazalo se je, da imajo psihoterapevti premalo vednosti o možnosti pojava NIZ (Lambert, 2007, v Jarret, 2008) ter da so v tem smislu preveč zaverovani vase (Boisvert in Faust, 2006, v Jarret, 2008), saj pri svojih pacientih skorajda ne pričakujejo NIZ, medtem ko je incidenca le-tega okrog deset odstotkov (Smith, Glass in Miller, 1980, v Mohr, 1995; Shapiro in Shapiro, 1982, prav tam; Dies in Teleska 1985, v Roback, 2000; Boisvert in Faust, 2003, v Lilienfeld, 2007).

NIZ je mnogo manj raziskan kot pozitivni, za kar obstaja več razlogov, med katerimi so tudi majhen interes financirjev in psihoterapevtov za področje, ki na stroko lahko vrže slabo luč. Hartley, Roback in Abramowitz (1976) so v zvezi z dolgoletnim ignoriranjem pojava NIZ izrazili mnenje, da bi misel na to, da psihoterapija lahko škodi, lahko ogrozila nedotakljive, rigidne in fanatične pristope v psihoterapiji. Raziskav NIZ je med drugim manj tudi zato, ker ne morejo zagotoviti enega pomembnih znanstvenih kriterijev – neodvisne ponovitve –, saj bi bila ta etično sporna. Nemogoče je izpostavljati paciente pogojem, ki so se že izkazali za potencialno škodljive (Lilienfeld, 2007).

Vendarle pa beležimo od 1960 leta naprej porast tovrstnih raziskav. Prva empirična raziskava, ki se je dotikala tudi NIZ, je bila izvedena leta 1951 (Mays in Frank, 1985), šele Bergin (prav tam) pa se je leta 1966 specifično naslonil na NIZ, ko je skoval poimenovanje deteorioracijski učinek. Njegove ugotovitve so spodbijali mnogi avtorji, med najnatančnejšimi analizami pa je bila Maysova (1979, prav tam), ki je ovrгла trditev, da se v psihoterapiji zgodi več poslabšanj kot v pogoju brez obravnave. A dejstvo, da psihoterapija povzroča tudi poslabšanje, je ostalo nespremenjeno. Poznejše študije so morale odgovoriti na vprašanje, ali je za poslabšanje resnično odgovorna psihoterapija in kateri njeni dejavniki. Z razcvetom eksperimentalnih in naturalističnih študij ter z vznikom vprašanja učinkovitosti terapij v javni zdravstveni mreži je postajalo vedno jasneje, da »[...] če lahko obravnava – kakršnakoli – povzroči zelene rezultate, mora biti zmožna povzročiti tudi škodljive učinke. Če bi zanikali to možnost, bi sprejeli predpostavko, da psihoterapija tudi sicer nima nobene potence [...]« (Hadley in Strupp, 1976: 1291).

Raziskave NIZ, ki jih tu nimamo prostora podrobneje povzemati (npr.), obravnavajo naslednja vprašanja: kaj pacienti in terapevti pojmujejo kot NIZ; vplivi pacienta, terapevta in njune interakcije na NIZ; vpliv dinamike skupine; vpliv terapevtske smeri; vpliv trajanja obravnave in metodološka vprašanja.

Metodološke zagate

Pri raziskovanju NIZ naletimo na mnoge metodološke zapreke in dileme. Psihoterapevtski proces se odvija znotraj določenega okolja (bolnišnična ali zunajbolnišnična obravnava, različne vrste bolnišnic, različni oddelki), sledi določeni paradigmi, se odvija krajši ali daljši čas, določen ali nedoločen čas, poteka med dvema osebama ali v skupini in razvije medosebno polje, ki je vselej enkratno, zato je posploševanje ugotovitev težavno. Nekatero osnovno dilemo pri raziskovanju v izjemno kritičnem prispevku o raziskovanju negativnih učinkov dobro izpostavi Erickson (1987), ki ugotavlja, da je večina raziskav pomanjkljivih v opisu ali pri odgovoru na vprašanja, kdo so bili pacienti, kako so bili obravnavani, kdo jih je obravnaval, kaj škodljivega se je počelo s pacienti in po katerih kriterijih so utrpeli škodo. Med merami iz različnih virov (kot so samooocena, opazovanje vedenja na oddelku, strokovna ocena simptomov ipd.) je prihajalo do velikih razlik, tako znotraj iste študije kot tudi med različnimi študijami.

Poleg običajnih metodoloških zagat je na področju psihoterapije potrebno upoštevati tudi psihično dinamiko in subjektivnost na splošno. Mohr (1995) na primer opozarja na pomembno dejstvo, ki v statistično logiko vnaša dinamsko. Izražena negativna sprememba namreč lahko pomeni poslabšanje pacientovega stanja, »[...] lahko pa odraža tudi manj obrambno držo pacienta, ki poroča o težavah in občutjih, ali pa je to poslednji obupani poskus, da bi odložil konec časovno omejene obravnave« (str. 20).

Poseben problem je čas, v katerem merimo spremembe, še posebej, če imamo majhen vzorec, v katerem ne moremo najti skupinskega trenda. Posameznik lahko takoj po obravnavi izrazi izboljšanje zaradi občutka hvaležnosti, ali pa obratno, se prikaže kot v slabši koži, ker ima določene zamere do terapevta ali inštitucije. Yalom (1971) denimo poroča o članu skupine, ki se je v vprašalniku po končani izkušnji ocenil zelo pozitivno, izkazalo pa se je, da je bila njegova izkušnja zanj škodljiva. S pozitivnim ocenjevanjem

v vprašalniku se je želel nekako preslepiti v poskusu preobrniti destruktivno izkušnjo v konstruktivno. Isti pojav je pojasnjeval Frank (1991) s težnjo pacientov po zmanjšanju kognitivne disonance, tj. z nasprotjem med pacientovo zaznavo učinkov in vloženim trudom. Na paciente vpliva tudi trenutno razpoloženje, poleg tega pa imajo psihične motnje svoja časovna nihanja in pacienta lahko z raziskavo ujamemo ravno v fazi poslabšanja ali remisije.

Naslednja dilema je, kdo sodi o spremembah. Pacient morda izraža izboljšanje samopodobe, medtem ko se bližnji o njem izrečejo, da je postal nedostopen in konflikten, strokovnjak pa ugotavlja, da je pacient našel nove obrambne mehanizme v smeri občutenja vsemogočnosti.

In nenazadnje, kako vedeti, da je NIZ posledica obravnave, ne pa drugih dejavnikov v življenju pacienta? Lilienfeld (2007) na primer opozarja na dejstvo, da bi bile lahko osebe, ki so doživele poslabšanje po obravnavi, še bolj poslabšane brez obravnave, in nasprotno, osebe, ki so napredovale pri obravnavi, bi morda brez obravnave napredovale še bolj. Po avtorju je kot NIZ mogoče razumeti tudi škodo, nastalo zaradi pacientove udeležbe v 'napačni' terapiji.

V psihoterapiji je zaradi delovanja splošnih dejavnikov težko ugotavljati, kateri specifični vzroki so pripeljali do NIZ. Skrajni način razmišljanja je vprašanje, ali se lahko »[...] sprememba pojasni že s samo udeležbo v obravnavi« (Kazdin, 1985: 245).

V nadaljevanju bomo predstavili dejavnike, ki smo jih v uvodu nakazali kot pomembne za nastanek NIZ. Mazohizem in narcizem sta povezana s posameznikom, podoba psihoterapevta in psihoterapije pa bolj z družbenimi dejavniki.

Mazohizem

Za namen članka je razlaga mazohizma izjemno pomembna, saj menimo, da do NIZ ne more priti, če pacient v svojem poslabšanju stanja ne najde nekega zadovoljstva.

Mazohizem je metapsihološko prvi opisal Freud (1905a) in je pojmovanje mazohizma skozi leta postopoma dopolnjeval. V delu *Ekonomski problem mazohizma* (1924) je Freud na primer ločil tri vrste mazohizma: erotogeni, ženski in moralni. Mazohizem je razumel kot paradoksen pojav, ki obide načelo ugodja. Trpljenje znotraj mazohizma namreč nima vloge opozoriti posameznika, da mora zoper neugodje nekaj ukreniti, ampak postane trpljenje cilj neke dejavnosti. V osnovi moralnega mazohizma je Freud videl potrebo po kaznovanju: »[...] Nevroza, ki je kljubovala vsem terapevtskim naporom, v nasprotju z vso teorijo in proti vsem pričakovanjem, lahko izgine, če oseba zabrede v muke nesrečnega zakona, izgubi premoženje ali jo doleti nevarno organsko obolenje. Tedaj ena oblika trpljenja odpravi drugo [...]« (str. 384).

V okviru gonske teorije se je skušal mazohizem pojasniti z udeležbo libidinalne zadovoljitve, teorija objektih odnosov pa je k tovrstnemu razumevanju dodala lastne poudarke. Novickova in Novick (1987) mazohizem opredeljujeta kot »[...] aktivno zasledovanje psihične ali fizične bolečine, trpljenja, ponižanja v službi prilagoditve, obrambe in gonske zadovoljitve oralnih, analnih in faličnih stopenj« (str. 381). Avtorja

sta pojasnila razvoj mazohističnih tendenc z dinamiko odnosa med materjo in otrokom v najzgodnejšem otroštvu. Avtorja to dinamiko podrobno opišeta, pri čemer pa se nam zdi bistvena ugotovitev, da je zaradi neugodne zgodnje dinamike otrok ostal zvezan z onipotentnim objektom, ki mu je nudil bolečino namesto zadovoljitve in da je bila ta izbira boljša kot popolno umanjkanje objekta. Ali, kot je dejal eden od dečkov v terapiji: »Ko se počutim dobro, sem popolnoma sam; ko se počutim slabo, sem s svojo mamo« (str. 361). Mazohistični osebi je trpljenje potrebno, da bi se ponovno združila z notranjim objektom in v tej zvezi med objektom in bolečino avtorja vidita bistvo mazohizma.

Asch (1976) v okviru obravnave negativne terapevtske reakcije pri pacientih predpostavlja problem v predojdipskem obdobju, v katerem je prišlo do razvoja mazohističnega jaza. Pacient z mazohističnim jazom skuša ugajati tistemu delu nadjaza, ki zahteva trpljenje in odrekanje kot ceno za svojo ljubezen: »Kaže, da njihova značilna 'potreba po trpljenju' odraža libidinalne težnje do internaliziranega objekta v idealu jaza« (str. 387), ta objekt pa ni ljubeč, ampak sadističen; ko pacient trpi, zadovoljuje ponotranjeni objekt in si tako izbori njegovo ljubezen. Ubogljivost in trpljenje pacientu ne prinašata le olajšanja krivde, ampak tudi narcistično gratifikacijo.

Mazohistične težnje so po psihoanalitičnih avtorjih povezane predvsem s patologijo narcizma (npr. Katz, 1990) in mejne osebnostne strukture (npr. Kernberg, 1988). Dejansko se mejna osebnostna motnja najpogosteje omenja tudi v zvezi z NIZ (npr. Kernberg, 1972; Aronson in Weintreub 1968; oboje v Mohr, 1995; Stone, 1985). Glede na to, da je diagnoza široka, so nekateri avtorji poskušali iskati določene poteze, ki pri pacientih z osebnostno motnjo borderline vplivajo NIZ. Tako Kernberg (1972, v Mohr, 1995) v študiji Menningerjevega sklada ugotavlja, da gre za osebe s slabo močjo jaza in z osiromašenimi medosebnimi odnosi, Colson, Lewis in Horwitz (1985) pa v zvezi z isto študijo natančneje opredeljujejo značilnosti oseb z osebnostno motnjo borderline: kronične težave pri razvijanju zrelih medosebnih odnosov, jezna potrebnost [angl. angry neediness] in nenasitnost potreb, ki jih ne zmorejo zadovoljiti v odnosih, ampak s samoškodovalnim vedenjem ali sabotžo, zloraba psihoaktivnih substanc, neiskrenost in nepoštenost. Avtorji podskupino oseb z osebnostno motnjo borderline z NIZ opisujejo kot mazohistično; želijo sabotirati lastno obravnavo in ostati bolne, da bi se tako kaznovale. Kazen se kaže kot nujna, da bi se olajšali občutki krivde ali da bi se ohranil ambivalenten ali kaznujoč odnos: »Ti ljudje negujejo globoko zasidrano nezavedno prepričanje, da nimajo pravice do boljšega življenja in da bi uspeh ali pridobitev česa dobrega pomenilo, da bodo drugi prikrajšani ali uničeni« (str. 67). Taki pacienti sabotirajo terapijo prav takrat, kadar bi jim lahko pomagala. Mazohizem omenjajo tudi terapevti, katerih mnenja sta zbrala Hadley in Strupp (1976). Eden od njih, Castelnuevo-Tedesco, meni, da so ti pacienti »[...] nagnjeni k razočaranju in [...] imajo poseben talent, da ga iščejo (in najdejo), čeprav hrepenijo, da bi se ga odrešili. Taki pacienti so nujno razočarani s svojo izkušnjo v psihoterapiji, ne glede na to, kaj terapevt stori ali reče« (prav tam: 1296).

Po našem mnenju lahko do zapleta v terapiji pride, ko se terapija, ki naj bi pacientu predstavljala dobro in korektivno izkušnjo (česar si zavestno želita oba udeleženca), sprevrže v igro moči. Dinamika mazohizma namreč tudi pri terapevtu pripelje do opustitve dobronamerne drže do pacienta ter do teženj po sadističnem odigravanju.

Po našem opažanju in mnenju se mazohistične osebe rade identificirajo z omnipotentnim objektom. Na dinamiko podrejanja omnipotentni figuri terapevta bi lahko sklepali v primerih NIZ v skupinah srečanj, ki jih opisujeta Lieberman in Yalom (1971). V teh primerih so bili mnogi terapevti dejansko karizmatični, torej tu ni šlo le za pacientovo izkrivljeno doživljanje ali terapevtovo projektivno identifikacijo. Mnogi pacienti so se podredili osebi, ki so jo občudovali, na ta način pa so izživelili svoj mazohizem, poleg tega pa so preko identifikacije podoživljali svojo omnipotentnost, moč, samozadostnost, sadizem ipd.

Nekatere mazohistične osebe v skladu z našo tezo ostajajo v terapiji zato, ker neugodje v njej doživljajo kot a) libidinalno zadovoljitev ali kot b) olajšanje občutkov krivde, c) nekaj subjektivno znanega (domačega), kar jim prinaša in (ali) jih navdaja z občutkom večje varnosti in osebnostne integritetnosti. Mazohistične osebe lahko vztrajajo pri negativni terapiji prav zato, ker je negativna in jim zato pomaga. Mazohist je lahko pri nadaljevanju agonije aktiven in v terapiji sam skrbi za prevlado negativne dinamike.

Narcizem

V priročniku DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) je narcizem ena od osebnostnih motenj. V psihoanalizi je narcizem pojmovan širše in sicer kot psihična konstelacija, ki se lahko pojavlja znotraj različnih osebnostnih motenj ali pa tudi v odsotnosti drugih očitnih osebnostnih motenj. V našem članku se držimo širšega pogleda na narcizem, teoretično pa smo se oprli na pojmovanja, ki najboljše ilustrirajo našo tezo in izkušnjo pri obravnavi nekaterih pacientov.

V psihoterapiji je narcistična oseba izjemno občutljiva in zelo varuje svoj ranljivi in nesigurni del, da se ne bi izpostavila ter tvegala travmatizacijo. V terapijo seveda vstopi zaradi določenih psihičnih težav, npr. depresije, anksioznosti ali pomanjkanja smisla, vendar v terapiji sodeluje bolj s svojim grandioznim delom. To ne pomeni, da tak pacient ne govori o težavah in ne verbalizira svojih stisk – kar lahko daje vtis, da se je odprl in da priznal svojo nemoč -, vendar gre v takem primeru bolj za razumsko raven, čustvena pa ostaja narcistična, kar lahko prepoznamo v potrebi po idealizaciji terapevta, ali nasprotno, njegovem razvrednotenju; taki pacienti ne ustvarijo pristnega čustvenega stika s terapevtom, ostajajo samozadostni, čustveno se jih nič ne dotakne, pač pa skušajo težave reševati le z razumskim vpogledom. Narcistični pacienti so ves čas tekmovalni s terapevtom, saj si ne smejo dopustiti, da bi ne imeli kontrole nad čustvenim dogajanjem, svoje težave želijo rešiti sami oz. zase ustvariti tak vtis, kot da si s terapevtom v resnici niso pomagali. Za ilustracijo, kakšne težave ima lahko narcistična oseba v psihoterapiji, podajam opis Matjanove (2005), ki integrira različne jezike, ki v psihoanalizi opisujejo narcistično dinamiko:

»Takoj, ko je narcistični pacient v terapiji in mora sestopiti iz lažnega selfa, pride do težav v izražanju selfa. Pristni self je ostal v fragmentih, napolnjen je z agresivno katekso (...). Pacient, ki prej funkcionira s pomočjo idealiziranja terapevta, se zdaj v seansi ne more več aktivirati. Ne najde spontanosti, ne more prepoznavati misli in čustev (...). Problem, ki nastaja v terapiji, ko se začne pojavljati pristni self, je ta, da je realni self popolnoma prazen. (...) Opazimo lahko popolno pomanjkanje skrbi ali zanimanja za druge« (str. 68).

Oglejmo si še, kakšno vlogo ima pri narcizmu agresivnost. Herbert Rosenfeld (1987) v okviru narcizma opiše t. i. destruktivni narcizem. Avtor, ki izhaja iz dela Melanie Klein, postavi destruktivni narcizem ob bok libidinalnemu. Za slednjega je značilna skrb in ljubezen do objekta, ki ga potrebuje za svoje potrjevanje, pri destruktivnem narcizmu pa je ohranjanje psihičnega ravnovesja odvisno od uničenja, ponižanja in razvrednotenja objekta. Rosenfeld z destruktivnim narcizmom povezuje tudi primere negativne terapevtske reakcije, v kateri je pomemben vidik manifesten prezir in zavračanje psihoanalitika, kar pri NIZ, ki je predmet naše obravnave, ni nujna dinamika. Pomembna poteza destruktivnega narcizma je zavist do vsega dobrega, kar lahko nudi terapevt ali terapija, zaradi česar terapevtskih intervencij in osebe pacient ne zmore uporabiti za delo na sebi, pač pa je s terapevtom v stalnem boju. Kadar taka oseba začuti, da je nekdo ljubeč in prijazen, čuti do te osebe prezir in čuti zadovoljstvo ob sadizmu do nje, lastne impulze po ljubezni pa dojema kot slabost. Posameznik destruktivne omnipotentne dele sebe idealizira, ta del ga zapeljuje in se kaže kot benign; oseba ga, denimo, lahko doživi kot notranjega guruja in vodjo ali pa si tako osebo tudi dejansko najde v zunanosti. Destruktivni del osebe v analizi ostaja zakrit, saj je to del občutja destruktivne superiornosti. Takšne osebe imajo po avtorjevi izkušnji za seboj mnogo neuspešnih psihoterapij.

O agresivnosti kot pomembnem aspektu narcistične patologije je podrobneje pisal tudi Kernberg. V nasprotju s Kernbergom in Rosenfeldom pa je Kohut (1971) pri narcističnih osebah videl predvsem potrebo po idealiziranju terapevta in zrcaljenju lastnega narcizma v terapevtu.

Horneyjeva (1936) je v okviru obravnave negativne terapevtske reakcije opisala dinamiko mazohizma, ki naj bi bila značilna za ta pojav, vendar pa je od petih značilnosti takega pacienta opisala tudi dve v temelju narcistični potezi:

- Pacient doživi dobro interpretacijo kot impulz za *tekmovanje*, kot da bi analitik z interpretacijo dokazoval svojo superiornost, inteligentnost ipd. pacient je ogrožen, ker je analitik razumel ali opazil nekaj, česar pacient ni zmožgal sam domisliti.
- Pacient doživi interpretacijo kot *kritiko*, grožnjo svojemu samovrednotenju, udarec svojemu narcizmu. pacient izraža težnje po popolnosti, ki so obrambne narave.

Iz lastne izkušnje želimo potrditi oz. dodati, da so tekmovalne in širše agresivne težnje nekaterih narcističnih pacientov zakrite, in sicer tudi pred njimi samimi, kot da so odcepljene. Vendar pa se v terapiji kažejo skozi sanje, spodrsaljaje, mimobežne pripombe in neverbalno vedenje. V primeru, da jih interpretiramo, se lahko pacienti čutijo užaljene, nerazumljene ali pa so zmedeni. V enem od psihoterapevtskih primerov sem presodil, da je vztrajanje v terapiji, ki več ni prinašala napredka, imelo za podlago željo pacientke dokazati, da ni tako slaba, kot je slutila na podlagi mojih intervencij, ki so naslavljalje njene sovražne impulze.

Nekatere osebe z narcistično strukturo osebnosti v skladu z našo tezo vztrajajo v »neuspešni« terapiji zaradi težnje ponižati in poraziti terapevta ter strahu, da bodo v terapiji sami neuspešni in poraženi. Če niso zmožni preiti v fazo procesa, ko se čustveno odprejo in začutijo čustveno ranljivost ter praznino, bodo vztrajali tudi, če se njihovo počutje poslabša, saj jim bo glavni cilj iziti iz procesa kot zmagovalec, kot tisti, ki ima

v paru prav in ki s tem, da zavrne vse dobro, ki se mu nudi, ohranja občutek superiornosti. Z vztrajanjem tudi dokazujejo sebi in terapevtu, da so oz. bodo sposobni premagati stisko in da za njih odstop ne pride v poštev.

Sedaj prehajamo k socialno-psihološkim dejavnikom NIZ.

Podoba psihoterapevta in placebo

Lik psihoterapevta je magnet za različne projekcije: vsemogočnost, vsevednost, magičnost, nadnaravno ipd. Zagotovo so predstave o psihoterapevtih zelo različne in odvisne od posameznikov, terapevtske šole, kulture itd., vendar pa kaže, da se v tem liku še vedno srečujejo zelo arhaične vsebine, ki so tako ontogenetskega kot filogenetskega izvora. Frank (1991) denimo obravnava psihoterapijo skozi prizmo starodavnih pomagajočih poklicev in jo primerja z retoriko, sugestijo in različnimi oblikami magičnega zdravljenja. Avtor podrobno obravnava tudi učinek placeba, preko katerega omenjeni vplivi delujejo.

Placebo so nevede uporabljali že v pradavnini za namene telesnega in duhovnega zdravljenja, pa tudi v sodobni medicini. Za mnoga zdravila se je šele pozneje izkazalo, da v resnici nimajo predpostavljene zdravilne sestavine: »V vseh kulturah je psihoterapevtski uspeh deloma odvisen od pacientovega zaupanja, da ima terapevt znanje in spretnosti, ki zdravijo. [...] Kulturno specifična verjetja in simboli terapevtovih zdravilnih moči oblikujejo pacientove zaznave in pričakovanja, še preden se oba srečata« (str. 155).

Frank (1993) vsem psihoterapijam pripisuje naslednje učinkovite značilnosti, ki jih lahko vidimo kot tiste, ki sprožajo močne placeboe:

- 1) čustveno nabit, zaupen odnos s pomagajočo osebo;
- 2) prostor oz. okvir [angl. setting], namenjen zdravljenju (posebno opremljen prostor, v katerem so npr. strokovne knjige na policah, izobešene diplome, psihoanalitični kavč ipd.);
- 3) racionalna razlaga, konceptualna shema ali mit, ki ponuja možno razlago za posameznikove simptome in določa ritual, s katerim jih lahko razreši;
- 4) ritual ali procedura, ki zahteva aktivno udeležbo pacienta in terapevta in za katero oba verjameta, da lahko povrne pacientovo zdravje.

Frank torej uspešnost psihoterapije pripisuje bolj njenemu pomenskemu in materialnemu okvirju kot pa posameznim tehnikam in teorijam. Učinek placeba se je v raziskavah dejansko pokazal kot eden od najmočnejših dejavnikov spremembe v psihoterapiji, Shapiro in Morris (1978, v Patterson, 1985) celo menita, da je morda edini razlog za obstoj, priljubljenost in učinkovitost številnih psihoterapevtskih metod.

Strong (1968, v Patterson, 1985) za razlago učinka placeba predlaga socialno-psihološki koncept kognitivne disonance, omenja pa podobne dejavnike kot Frank. Terapevtov vpliv je po Strongu večji, ko ga pacient zazna kot ekspertno, kredibilno in zaupanja vredno osebo. K pacientovi zaznavi, da je terapevt ekspert, prispevajo indikacije terapevtovega statusa (diploma, oprema ordinacije), prestiž oz. sloves ter moč in avtoriteta.

Pomemben dejavnik je tudi terapevtovo pričakovanje, ki ga ta izraža s subtilnimi in z nenamernimi ter tudi namernimi izrazi optimizma, sugestije in podpore.

Pojem strokovnjaka, kot je začrtan v članku, je v literaturi povezan tudi s konceptom moči oz. razlike v moči [ang. power differential] v psihoterapiji. Zur (2009) omenja osem oblik moči, med katerimi so za obravnavani problem pomembne predvsem naslednje:

- moč strokovnega znanja, ki se med drugim kaže v upravičenosti do diagnosticiranja ali poimenovanja zdravega ali patološkega, zaradi česar je za psihoterapijo značilna socialna moč;
- legitimna moč na osnovi strokovne licence, zaradi katere lahko psihoterapevt odloča o prisilni hospitalizaciji, dodelitvi otrok ipd.;
- moč strokovne pozicije in vloge, ki izvira iz spoštovanja strokovne vloge ter tudi iz pričakovanj do psihoterapevta, terapevtovih sposobnosti, pravic in vpliva. To se lahko kaže v obliki »avre« psihoterapevta in mistike, ki obdaja njegovo strokovno vlogo;
- referenčna moč psihoterapevta izvira iz težnje nekaterih obravnavanih oseb, da spoštujejo, obožujejo in posnemajo terapevta ali pa ga ubogajo in mu sledijo, kar hote ali nehote spodbujajo predvsem avtoritarni ali karizmatični psihoterapevti.

Opisani dejavniki so psihoterapiji v večini primerov v pomoč, pri nekaterih pacientih pa vplivajo na šibko presojo realnega dogajanja, predvsem pa obstajajo pacienti, ki so na placebo imuni. Kdo so ti pacienti? Možno pojasnilo nam ponuja Kradinova (2004) razumevanje placeba. Avtor se opira na sodobna nevrološka dognanja ter Jungovo teorijo kompleksa. Kradin psihični kompleks, ki izhaja iz pozitivnih izkušenj otroštva, razume kot »ozadje psihosomatskih stanj dobrega počutja«, ki nastane v zgodnjem otroštvu na podlagi interakcije s skrbniki, predvsem z materjo, ki uravnava otrokovo počutje in mu pomaga, da se potolaži, ko tega še ne zmore sam. Otrok ob skrbni materi občuti prijetno in evforično stanje. Ta izkušnja ostane zapisana kot nevrološki vzorec, kot implicitni spomin, nedosegljiv zavesti, a zmožen sproženja v situacijah placeba. Kradin sklene, da je bistvo učinka placeba prav v sproženju vzorca psihosomatskih stanj dobrega počutja v situacijah, ki so podobne zgodnjemu otroštvu, kjer ima torej pomembno vlogo druga oseba, skrbna, negujoča in pozorna. Avtor zato meni, da je diadni terapevtski odnos bistven za pacientovo dobro počutje in da je domet samopomoči omejen. Poleg tega skuša razumeti negativno terapevtsko reakcijo kot nezmožnost pacienta, da pri sebi izzove učinek placeba.

Na podlagi zgornje teoretizacije torej sklepamo, da gre pri NIZ za paciente, ki po eni strani nimajo kapacitet, da bi iz nastavkov za placebo pridobili nekaj dobrega (vero, upanje, zagon), po drugi strani pa jih status psihoterapevta zavaja, da vztrajajo v neuspešni terapiji.

Psihoterapija in trpljenje

Predstava o psihološkem delu na sebi kot o poti bolečine je stara kot človeštvo. Menimo, da je v 20. stoletju to predstavo teoretično najbolje utemeljila iz Freuda izhajajoča psihoanaliza in jo s tem v družbi podkrepila. Na obravnavano predstavo smo naleteli

tudi v naši kvalitativni raziskavi na enem od psihoterapevtskih oddelkov Psihiatrične klinike v Ljubljani (Varjačić Rajko², 2013). Predstava o psihoterapiji kot o trpljenju je zajemala trditve, kot na primer, da mora človek sprva doseči dno, da bi se lahko potem na novo izgradil, ali pa, da je prav bolečina tista, ki zdravi; da pomeni bolečina, da smo blizu jedra težav ali da je psihična težava kot trn v mesu, katerega izdrtje boli. Eden od respondentov je podelil zanimiv pogled, ki ilustrira vlogo mazohizma v psihoterapiji: *»Že skozi šport vem, da če se ne potrudiš, ne dobiš nekih rezultatov, če ne greš vsak dan teč 20 km, ne moreš na maraton. Ali je to trpljenje, ne morem reči, lahko je užitek, je pa po mojem treba vložiti trud, da se nekam premakne.«* Iz pričevanj respondentov smo videli, da so podobna stališča nekajkrat izražali tudi sami terapevti, verjetno kot način, da pacientom osmislijo terapevtski proces, vplivajo na njihovo motivacijo in nenazadnje, da podajo lastno razumevanje procesa, ki je izhajalo iz psihoanalize in skupinske analize.

Psihoanalitik Strupp je v članku *Trpljenje in psihoterapija* (1978) kritičen do predpostavk, ki upravičujejo dolgo analizo in nujnost pacientovega trpljenja, da bi bile dosežene pozitivne spremembe (še posebej, ker ljudje prihajajo zato, da bi jim trpljenje olajšali). Kot nakaže avtor, je Freud (1919, prav tam) tudi eksplicitno pojmoval, da mora pacient trpeti, če želi v analizi napredovati: *»Čeprav se lahko sliši kruto, moramo poskrbeti, da se pacientovo trpljenje, v meri, ki je na takšen ali drugačen način učinkovita, ne konča prehitro«* (str. 163). Freud je trpljenje (kot posledico analizandove regresije, mobilizacije močnih čustev ter odpravljanja odpora, ki ščiti pred psihično bolečino), videl kot gonilno silo terapije, analitika pa v vlogi nekoga, ki trpljenje med drugim celo spodbuja. V tem smislu izginotje simptomov v klasični analizi ni bil zeleni cilj oziroma se je na ta pojav gledalo s sumničavostjo. Analitiki so na simptomatsko olajšanje gledali kot na beg v zdravje ali transferno ozdravitev, ki je le prehodne narave. Tehnično pravilo, da se morajo analizandovi notranji konflikti, ki izvirajo iz preteklosti, ponoviti v analizi v odnosu do analitika, je narekovalo relativno ignoranco do vidikov analizandovega življenja zunaj analize; namesto tega je moral analitik počakati, da se konflikt pojavi v analizi sami, prej ali pozneje: *»Fraza prej ali pozneje je povzročila dolgoročne posledice, ker je bila v mnogih primerih opravičilo za neutemeljeno podaljšanje obravnave, običajno v upanju, da bo v nekem predvidljivem času statična situacija ponovno postala fluidna. Če je terapevt od začetka zavezan dolgoročnemu vidiku obravnave, ga bo to na neki točki terapije oviralo, da bi temeljito preценil stopnjo doseženih nasproti potencialno dosegljivih rezultatov«* (prav tam: 86). Strupp priznava, da velikih sprememb ni mogoče doseči v kratkem času in da je posameznikovo trpljenje včasih nemogoče obiti, a je povzdigovanje kreposti dolgotrajnega trpljenja in dolgotrajnost terapije pojmoval kot potencialno škodljivo ter neutemeljeno glede na raziskovalne izsledke o učinkovitosti psihoterapij.

Tu je mogoče dodati, da je stališče nekaterih terapevtov in oseb v obravnavi, da je napredek mogoč le ob določenem trpljenju, rezilo z dvema koncema. Po eni strani je tako razumevanje pacientu v pomoč pri motivaciji za psihoterapijo in njeno nadaljevanje, po drugi strani pa zapira oči pred dejanskim negativnim dogajanjem in nezmožnostjo terapevta, da bi vsaj delno olajšal trpljenje, pacienta pa lahko vplete v mazohistično udejanjenje in vztrajanje pri jalovi terapiji.

Na podlagi obravnavanih teoretičnih vidikov NIZ podajamo v nadaljevanju tri klinične primere iz avtorjeve prakse.

Primer A

A. se je po pomoč najprej obrnil k izkušenejšemu in uveljavljenemu kolegu, ki se ukvarja s psihoanalizo. Med uvodnim pogovorom mu je terapevt pojasnil, da ga zaradi pomanjkanja časa ne more obravnavati, in ga je napotil mlajšemu kolegu. A. je imel težave s paničnimi napadi, z generalizirano tesnobo, s socialno tesnobo in z občasnimi depresivnimi občutki. Med terapijo sta s terapevtom poleg simptomatskih težav ugotavljala hujše težave pri vzpostavljanju in vzdrževanju odnosov. A. je ljudi doživljal kot zlonamerne, do njih je gojil agresivne fantazije. Trajnih odnosov (razen z ženo in otrokoma, do katerih pa je bil precej egoističen in usmerjen vase) praktično ni navezal. Doživljal je močan konflikt med uveljavitvenimi težnjami in zavrtostjo. Zaradi svojih težav se je čutil krivega in manjvrednega, še posebej, ker je tudi sam delal z ljudmi in je menil, da bi sam moral biti bolj zdrav kot oni.

A. je bil izjemno naklonjen psihoanalitičnemu pristopu. V svojem poklicu se je srečeval predvsem s kolegi, ki so delali po vzoru vedenjskih in kognitivnih terapij. Do takega pristopa je bil kritičen, občudoval pa je strokovnjake, ki so delali analitično. Tudi sam je prebiral psihoanalitično literaturo. Njegovi interesi v tej sferi so se izkazali kot ovira za vzpostavljanje spontanega odnosa med terapijo. A. se je vedno spraševal, ali je dober pacient, in je terapevtu skušal ugajati. Kljub temu, da je prihajal enkrat tedensko, je skušal delovati, kot bi bil v psihoanalizi. Neredko se je zapletal v podrobnosti, navajal utrinke svojih misli in bežne asociacije, pogosto v povezavi s terapevtom. Med njim in njegovim doživljanjem je bil vedno medij teorije in idealiziranih predstav. V terapevtskem odnosu je bil izjemno napet. Do terapevta je izražal ambivalentne občutke (npr. občudovanje in sovražno tekmovalnost) in se med terapijo pogosto ni dobro počutil. Terapevt je sklepal, da se v terapiji odvija transfer na terapevta kot do očeta, ki ga je zasmehoval, poniževal, bil grob, oziroma transfer na mamo, ki ga ni zaščitila. Nova čustvena izkušnja in uvidi, do katerih sta prihajala, niso vodili k spremembi. A. jih je sprejemal na razumski ravni, ni pa vedel, kako jih uporabiti za spremembo; preprosto ni vedel, kaj bi delal z njimi.

V prvem letu je A. kazal zadovoljstvo s potekom obravnave, čeprav je imel terapevt že takrat vtis, da sodeluje na silo. Proti koncu drugega leta obravnave pa sta začela ugotavljati, da njuno sodelovanje ne vodi k napredku (to vprašanje je sprožil terapevt). Sprva sta skušala osvetliti dejavnike, ki onemogočajo spremembe, slednjič pa sta morala priznati, da ne najdeta prave poti. A. se je prekinitve obravnave ustrašil, deloma zato, ker bi pogrešal podporo in bi lahko njegovi simptomi postali izrazitejši, deloma pa si je težko priznal poraz, da je bil kot psihoanalitični pacient neuspešen. V obdobju 'pogajanja' o morebitni prekinitvi terapije se je terapevt pogosto vprašal, zakaj A. kljub neuspehu in slabemu počutju med terapijo še vztraja in zakaj ne poskusi s kakim drugim terapevtom ali pristopom. (Vmes je vzporedno ponovno poskušal s KVT, a jo je kmalu ponovno prezirljivo zavrnil.) Sklepal je, da je A. ujet v mazohistično-narcistično dinamiko, iz katere se ni zmozel izvleči tudi zaradi svojih idealiziranih predstav o psihoanalizi in njemu kot terapevtu; kot da bi predstave o tem, kako bi moralo biti (ali morda enkrat bo, saj je znano, da psihoanaliza dolgo traja), prevladale nad dejanskim občutenjem in dogajanjem. To je terapevt videl kot enega od razlogov, zakaj A. ni mogel biti jezen ali razočaran nad njim, in je krivdo za neuspeh pripisoval le sebi. Sklepal je tudi, da se je A., ker je sodeloval v analitično usmerjeni obravnavi, počutil večvredno

zaradi identifikacije z elitno terapijo. Menil je, da sta k zavračanju prekinitve terapije prispevala tudi njegova tekmovalnost z njim (v smislu kdo bo koga) in sadizem. Na koncu sta se s pacientom dogovorila za nadaljevanje terapije v skupini.

Vprašanje je, ali v primeru osebe A. lahko govorimo o primeru NIZ. Pri A. ni prišlo do poslabšanja simptomov ali splošnega počutja. Vendar, ali bi A. z drugim terapevtom in metodo lahko napredoval v večji meri in bi potemtakem lahko govorili o NIZ kot o odsotnosti potencialnega napredka? Ali bi mu bolj koristila zdravila in psihiatrično vodenje? Očitno ne, saj je A. te možnosti zavračal. Sam se je odločil in sam vztrajal v nečem, kar je bilo - nekoristno? neuspešno? povprečno? Menim, da smo najbližje resnici, če rečemo, da je bilo to nekaj, kar se mu je najbolj prilegalo. A. je v dinamskem smislu vztrajal zaradi mazohizma (ponavljanja zgodnjih travm) in narcizma (težnje po ohranitvi idealov in občutenju večvrednosti). Kot dejavnik NIZ pa moramo prepoznati tudi vpliv statusa metode in psihoterapevta, katerega dinamiko smo opisali v uvodu.

Primer B

Oseba B. je prišla k terapevtu s prošnjo za skupinsko obravnavo. Njena glavna pritožba so bili panični napadi in težave v družabnem življenju, iz katerega se je zaradi preobčutljivosti umikala ali je bila v opoziciji.

B. je bila v skupini med najdejavnějšími in najbolj motiviranimi člani. Vzpostavila je nekaj dobrih stikov s člani in pozitiven transfer do terapevta, zmoгла prihajati do razumskih in čustvenih uvidov, po drugi strani pa je bila v vojni z dvema članicama skupine, zelo občutljiva, hitro užaljena, vznemirjena ipd. Svojo tesnobo je med drugim lajšala tako, da je o skupinski analizi in simptomih poizvedovala na internetu. Večkrat je med srečanji skupine povedala, kako ji je v skupini težko in kakšen napor vlaga, da sploh pride in ostane vsaj toliko mirna, da sodeluje. Nekajkrat jo je srečanje tako razburilo, da je imela želodčne težave, čutila je močno tesnobo in je naslednjič manjkala, ker se je bala, da bo zaradi skupine z njo še hujše. Ko je bila vznemirjena ali užaljena, je pogosto zagrozila, da je ne bodo več videli. Dostikrat se je med srečanji skupine spraševala, zakaj sploh prihaja. Rekla je, da bi že zdavnaj nehala, če ji psihiatrinja ne bi povedala, da se učinki skupinske obravnave pokažejo šele po dveh letih. Na srečanju skupine je vprašala, ali psihoterapija lahko škodi. Terapevt ji je dal vedeti, da jo vidi kot osebo, ki v skupini lahko napreduje. Po eni od zahtevnejših situacij v skupini je B. izpadla iz obravnave. Kakor je terapevt razumel iz njene obrazložitve, ni več zmoгла prenašati močnih čustev, ki jih je porajala skupinska situacija, imela je preprosto dovolj.

Pustimo ob strani dejanske, skrite, nezavedne razloge za izpad B. iz obravnave. Tu nas zanima njeno dolgotrajno vztrajanje pri terapiji, kljub izjemno neprijetnim občutkom. Pri tem vidim vlogo psihiatričnega in terapevtovega mnenja kot zelo pomembno. B. je njuno mnenje upoštevala, ker sva na podlagi dobrega odnosa zanjo predstavljala avtoriteto. Skleпам lahko, da je B. razumela njuno mnenje na vsaj tri načine: a) trpljenje v terapiji prinaša uspeh, b) metoda deluje, in c) nekje se motim (npr. v svojih občutkih in razumevanju terapije). Pomemben je bil tudi vpliv informacij na internetu, ki so že s samim obstojem verjetno prepričale B., da skupinska analiza ni nekaj banalnega: to je cela znanost, o njej se mnogo piše, sliši se zahtevno. Govorimo torej tudi o avtoriteti metode, ki se je usidrala v svetu psihoterapije.

Tudi za osebo B. ne bi mogli reči, da se je njeno počutje poslabšalo in da gre torej za NIZ. Iz njenega pripovedovanja je terapevt sklepal, da je na nekaterih področjih napredovala, se počutila bolje, bila olajšana. A neprijetni občutki na eni strani so pretehtali pozitivne občutke in upajoč pogled v prihodnje dosežke na drugi. Vendar se tudi tu zastavlja vprašanje, ali ni bila metoda skupinske analize zanjo prezahtevna in ali ne bi pridobila več z drugo, morda krajšo in bolj direktivno metodo, ki jo je vzporedno tudi iskala, npr. edukativno skupino o panični motnji. Pred vstopom v skupino terapevt tega ni mogel vedeti in tudi med obravnavo ne. Tako kot B. je tudi sam čakal, da bo čas opravil svoje, pri čemer se je naslanjal na teorije in predstave o dolgotrajnem terapevtskem procesu.

Primer C

Gospod C. je na prvih nekaj srečanjih opisal svojo preteklo negativno izkušnjo s psihoterapijo. Do te vsebine sta s terapevtom prišla zaradi pacientove potrebe po predelavi te izkušnje in zaradi težav z zaupanjem med njuno terapijo, kar je izražal neposredno in posredno s testiranjem njegove potrpežljivosti, zanesljivosti in dobronamernosti. O svoji izkušnji je povedal približno tako: »K zasebnemu terapevtu sem začel hoditi pred desetimi leti in sem v terapiji ostal pet let. Bilo je zelo zapleteno, saj sem se v terapevta zaljubil. Vendar sem se v odnosu pogosto počutil zelo slabo. Terapevt je večkrat rekel kaj takega, kar me je prizadelo. Nikakor nisva mogla zgraditi normalnega odnosa. Nisem vedel, kdo je kriv za to. Nisem mogel zaupati svoji presoji, ali je problem v meni ali terapevtu. Imel sem občutek, da je terapevt problem vedno iskal v meni. Večkrat sem želel prenehati, a me je terapevt prepričeval, da so te težave in to, kako se kažejo v terapiji, nekaj običajnega in da jaz nujno potrebujem terapijo. Zdelo se mi je, da je večkrat izgubil živce, in pogosto mi je v burnih obdobjih terapije rekel, da sem moten. Ker sem tudi zaradi pomanjkanja financ želel zaključiti, mi je predlagal, naj na terapijo hodim zastonj, poleg tega pa me je želel vključiti v skupino. To sem sprejel. Terapevt me je prosil, naj o brezplačni individualni terapiji ne povem na srečanju skupine, in res nisem. Na srečanjih skupine se je dogajalo podobno kot med individualno terapijo. Terapevt mi je govoril, da manipuliram. Enkrat je kričal name. Tak je bil včasih tudi do drugih članov in dva sta zaradi tega želela zaključiti terapijo. Eden je še nekaj časa vztrajal, ker mu je terapevt rekel, da se v odnosih vede histerično, vendar je potem kmalu odšel. Sprašujem se, zakaj sem vztrajal toliko let. To je bilo podobno kot v mojih preteklih ljubezenskih odnosih. Terapijo sem zapustil enkrat pozimi, ko sem bil v akutnem stanju ter dlje časa v psihiatrični bolnici. Po hospitalizaciji se nisem več vrnil k terapevtu. Pozneje sva še imela kratko komunikacijo, saj je terapevt želel od mene denar za srečanja, ki naj bi bila brezplačna. Nedavno sem se želel udeležiti nekega psihoterapevtskega srečanja, a sem si premislil, ker bi bil on tam.«

Pripoved razkriva mnogo ravnanj terapevta, ki so strokovno in etično sporna, hkrati pa pove mnogo tudi o patologiji samega pacienta. Primer zelo spominja na opis mazohističnih posameznikov s patologijo osebnostne motnje borderline, ki so nagnjeni k NIZ in ki smo ga podali v teoretičnem uvodu. Dejavniki, zaradi katerih je C. vztrajal v negativnem procesu, so naslednji: identifikacija in hkrati tekmovalnost s karizmatičnim in vsevednim terapevtom; zaljubljenost; nezaupanje v lastne občutke, doživljanje in presojo (ki izvira iz pomanjkljive diferenciacije osebe C. med sabo in objektom, nejasne in nestabilne identitete, nezmožnosti soočiti se s svojimi projekcijami in hkrati iz

zavedanja o izkrivljenem doživljanju); konflikt med željo po samostojnosti ter željo po podrejenosti; doživljanje terapevta kot osebe, ki ima kljub vsemu prav; doživljanje psihoterapije kot zadnje možnosti oz. ultimativnega testa lastne ustreznosti; mazohizem; nezmožnost pridobiti iz placeba.

Zanimiva je vloga nezaupanja osebe C. v lastno presojo. Tako nezaupanje je v tem primeru deloma na mestu, saj je tudi aktualni terapevt izkusil, kako C. njegove besede razume povsem napačno, in sicer predvsem kot kritične. Šibka presoja je vplivala na to, da C. ni mogel realno in kritično ovrednotiti spornega terapevtovega ravnanja.

Menimo, da je C. imel izkušnjo NIZ, saj je med obravnavo dekompenziral in ga je izkušnja trajno zaznamovala; vtis je, kot da je C. še vedno prisoten tam, z zlorabljačim terapevtom, kot da ta odnos še traja, kar kaže na povsem nepredelano travmatično izkušnjo. Za NIZ pa tu ni odgovoren le terapevt, saj je C. v negativni proces vnesel mnogo lastne patologije – patologije, ki mu ni tuja in ki pri njem nastopa tudi v drugih odnosih. C. je v terapiji doživel dejansko le še eno od mnogih katastrofalnih medosebnih srečanj in v to bi se prelevila tudi terapija z aktualnim terapevtom, če je slednji ne bi prekinil.

Zaključek

Burna, čustveno negativna, sovražna, trpeča, sadistično-mazohistična atmosfera v psihoterapiji je lahko del običajnega transferno-kontratransfernega procesa, vendar naj bi bila reflektirana, časovno omejena in naj bi prispevala k napredku v terapiji. V primeru, da tudi refleksija ne pomaga, ima terapevt možnost prekiniti obravnavo. V nasprotnem primeru lahko govorimo, da bo proces peljal k NIZ.

Za NIZ je odgovornih več dejavnikov. V literaturi se omenjajo značilnosti pacienta, terapevta, njune interakcije in v skupini – njene dinamike. V članku smo skušali opisati dejavnike, ki v literaturi o NIZ niso obravnavani ali pa le na opisni ravni in kot ozadje. Pripoznali smo, da NIZ ni le nekaj, kar se pacientu zgodi, ampak da ga je soustvaril zaradi potrebe po tem ali/ in zaradi zavajanja družbenih predstav o psihoterapiji in psihoterapevtih.

Menimo, da je v članku predstavljen pogled na NIZ možno uporabiti pri delu s pacienti, ki so »nagnjeni k NIZ.« Potrebno je prepoznati dejavnike, zaradi katerih nekdo vztraja v terapiji, ki jo terapevt pojmuje kot nekoristno, stagnirajočo ali škodljivo. Verjetno je najpomembnejši korak že samo spoznanje, da proces nikamor ne pelje, saj smo tudi mi, psihoterapevti, zaslepljeni s strani mnogoterih teorij, predstav o psihoterapiji, osebnih pričakovanj in ambicij ter kontratransferja. Potrebna je natančna in senzitivna ocena vsakršnega poslabšanja simptomatike pacienta ali daljše negativne atmosfere v terapiji. Gre za zdravilno dogajanje v smislu nujnega odpiranja bolečih tem ali predelave negativnega transferja? Bo ta pacient to znal uporabiti za napredek? So poslabšanja del poteka bolezni ali del terapije? Zakaj pacient, ki mu predlagam zaključiti terapijo zaradi njene nekoristnosti ali najinega neujemanja, tega ne želi sprejeti? Taka in podobna vprašanja nam bodo pomagala premagati zastoje ali pač zaključiti terapijo tako, da bosta oba udeleženca ostala nepoškodovana.

Opombe

¹ Tu gre za različne ravni doživljanja in zavedanja ter različna področja duševnosti, ko lahko na primer govorimo o napredku na enem in nazadovanju na drugem področju, ali pa, ko se nek simptom zamenja z drugim ali se neka napetost usmerja bolj navzven v obliki nestrpnosti in jeze, ne pa več toliko navznoter, ipd.

² Na psihoterapevtskem oddelku za osebe z osebnostnimi motnjami smo raziskovali dejavnike NIZ pri aktualni obravnavi in v ta namen opravili deset poglobljenih intervjujev s pacienti.

Literatura

Asch, S. S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *Journal of American Psychoanalytical Association*, vol. 24.

Bohak, J. (2002). Ali psihoanaliza zdravi? V: Kaj deluje v psihoterapiji? *Zbornik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*, 2002.

Boisvert, C., in Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy: a theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 56. Dostopno na: <http://digitalcommons.ric.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1039&context=facultypublications#page=102>.

Colson, D., Lewis, L., in Horwitz, L. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and psychoanalysis*. V: Mays, D. T., in Frank, C. M. (ur.) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York, 1985.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition – text revision (2000). <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>

Erickson, R. C. (1987). Question of casualties in inpatient small group psychotherapy. *Small Group Behaviour*, vol. 18.

Frank, J. D. (1993). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, USA.

Freud, S. (1905a). *Tri razprave o teoriji seksualnosti*. ŠKUC & Znanstveni institut filozofske fakultete. Ljubljana, 1995.

Grunebaum, H. (1986). Harmful psychotherapeutic experience. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 40, št. 2

Hadley, S. W., in Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 33.

Hartley, D., Roback, H. B., in Abramowitz, S. I. (1976). Deterioration effects in encounter groups. *American Psychologist*, March.

Horney, K. (1936). The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 5.

Jarrett, C. (2008). When therapy causes harm. *The Psychologist*, vol. 21, št. 1. Dostopno na: http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm?volumeID=21&editionID=155&ArticleID=1290.

Kazdin, A. E. (1985). *Assessment and design prerequisites for identifying negative therapy outcomes*. V: Mays, D. T., in Frank, C. M. (ur.) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York, 1985.

- Katz, A.W. (1990). Paradoxes of masochism. *Psychoanalytic Psychology*, vol. 7.
- Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of American Psychoanalytical Association*, vol. 36.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press, New York.
- Kradin, R. L. (2004). The placebo response complex. *Journal of analytic psychology*, vol. 49.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Association for Psychological Science*, vol. 2, št. 1.
- Mays, D. T., in Frank, C. M. (1985). *Negative outcome: historical context and definitional issues*. V: Mays, D. T., in Frank, C. M. (ur.) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York, 1985.
- Matjan Štuhec, P. (2005). Narcizem: normalno in patološko, pristno in lažno. 5. Ormoško srečanje, Zbornik prispevkov. Ur.: Srpak, M. Psihiatrična bolnišnica Ormož.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 2, št. 1.
- Novick, K. K., in Novick, J. (1987). The essence of masochism. *Psychoanalytic Study of a Child*, vol. 42.
- Patterson, C. H. (1985). What is the placebo in psychotherapy? *Psychotherapy*, vol. 22.
- Roback H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention and research directions. *Journal for Psychotherapeutic Practical Research*, vol. 9.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. Tavistock Publications. Hove and New York.
- Stone, M. H. (1985). *Negative outcome in borderline states*. V: Mays, D. T., in Frank, C. M. (ur.) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York, 1985.
- Strupp, H. H. (1978). Suffering and psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, vol. 14.
- Valenstein, A. F. (1973). On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Study of a Child*, vol. 28.
- Yalom, I. D., in Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, vol. 25.
- Zur, O. (2009). Power in psychotherapy and counselling: exploring the »inherent power differential« and related myths about therapists' omnipotence and clients' vulnerability. *Independent Practitioner*, vol. 29, št. 3.
-