

ZNANSTVENI ČLANKI

Horst KÄCHELE*

Vloga raziskovanja psihoanalitičnih terapij v psihoanalitičnem izobraževanju: dvajset dobrih razlogov, zakaj naj bi vedeli več o raziskovanju

Ključne besede: psihoanaliza, psihoanalitično izobraževanje, lastna izkušnja, supervizija, teorija navezanosti, dolgotrajne analize, kratke analize

Povzetek: Ne samo v psihoanalitičnih terapijah ampak tudi v psihoterapiji nasploh je v zadnjih dvajsetih letih prišlo do velikega pozitivnega premika zahvaljujoč raziskovanju psihoterapije. Z dvajsetimi razlogi avtor utemelji pomen raziskovanja v psihoanalitičnih terapijah in izobraževanjih. Razvoj raziskovanja razdeli v pet faz in tako na pregleden način opozori, kaj bi moral psihoterapevt vedeti o raziskovanju psihoterapije, da bi tako v prihodnosti tudi preprečili razvoj ideologij na področju psihoterapije.

Opomba uredništva: Pričujoče predavanje je avtor na povabilo organizatorja predstavil na prvi konferenci Evropske konfederacije psihoanalitičnih psihoterapij (ECP = European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies) oktobra 2004 v Ljubljani. Osvetljuje dvajset pomembnejših tem, ki so pomembne tako za nadaljnji razvoj psihoanalitično usmerjenih psihoterapij, kakor tudi za razvoj psihoterapije kot samostojne znanstvene discipline. Prav ob navedenih temah se razhajajo stališča med psihoterapevti, ko teče razprava o prihodnosti psihoterapije kot samostojne dejavnosti in samostojnega poklica na »visoki znanstveni ravni«, kot to zahteva Strassburska deklaracija iz leta 1990, ki še vedno velja za »magnó charto psihoterapije«. Zato so stališča in utemeljitve eminentnega predstavnika evropske psihoanalize in vodje številnih raziskovalnih projektov v psihoterapiji dragocena orientacija in izziv za razpravo.

The Role of Research of Psychoanalytic Therapies in Psychoanalytic Education: Twenty Good Reasons, Why We Should Know More about Research

Key words: psychoanalysis, psychoanalytic education, self-experience, supervision, attachment theory, long term analysis, short term analysis

Abstract: During the last twenty years not only in psychoanalytic therapies but also in psychotherapy as a whole there was a big positive shift due to the psychotherapy research. The author gives twenty reasons why research is important in psychoanalytic therapies and educations. The development of research is divided in five phases because it makes easier to define what psychotherapist should know about psychotherapy research also to prevent the development of psychotherapeutic ideologies in the future.

Editor's note: Being invited by the organizer, the author presented the following lecture on the first conference of newly-founded ECP (European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies) in Ljubljana. He briefly presents twenty issues, which are important, not only for the future development of the psychoanalytically oriented psychotherapies, but also for the development of psychotherapy as independent scientific discipline. These are the issues where the viewpoints of the psychotherapists differ, when the discussion about the future of psychotherapy as an independent discipline and an autonomous profession on a "high scientific level" as demanded by the Strassbourg declaration from the year 1990, which is still considered as a "magna charta of psychotherapy" takes place. Therefore the views and argumentations of the eminent representative of European psychoanalysis and the leader of many research projects are a valuable orientation and a challenge for discussion.

Tema 1: Psihoanalitično izobraževanje

Prva tema se nanaša na berlinski »tradicionalni Eitingonov model«, ki tako kot kasnejši francoski model ureja standarde izobraževanja Mednarodnega psihoanalitičnega združenja (IPA = International Psychoanalytic Association). Berlinski psihoanalitični inštitut sta si Freud

*Horst Kächele, dr. med., prof., psihoterapevt. Department Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, University of Ulm, Center for Psychotherapy Research Stuttgart; kaechele@sip.medizin.uni-ulm.de

in Eitingon zamislila kot raziskovalno ustanovo in kot ustanovo, ki bi nudila zastoj zdravljenje za navadno prebivalstvo in tako zadovoljila Freudovo (1919a) »Budimpeško zahtevo«. V tem smislu je Fenichel (1930) napisal poročilo o svojem desetletnem delu z ambulantnimi pacienti v Berlinskem psihoanalitičnem inštitutu, v katerem je nazorno pokazal uspešnost psihoanalitične terapije. Poročal je o odnosih med diagnozo, trajanjem psihoanalitične terapije in njenim izidom (izide je prikazal zelo natančno).

V prvi izdaji Berginovega in Garfieldovega *Priročnika za psihoterapijo in spremembo vedenja* je Bergin (1971) napisal prvo pošteno in kritično poročilo o rezultatih psihoanalitične terapije. Nadaljnje izdaje priročnika (lahko ga imenujemo tudi biblija za raziskovalce psihoterapije in je nujen za vsako knjižnico s tega področja) so: druga izdaja 1978, tretja izdaja 1986, četrta izdaja 1994 in najnovejša peta izdaja avtorja Michaela Lamberta (Lambert, 2003).

Tema 2: Balintova kritika iz 1948 in njene posledice danes

Balint je leta 1948 napisal kritično: »Prvotna ideja: psihoterapija za široke množice ... se je v letih razvoja čisto zgubila. Pravično nas, psihoanalitike, obtožujejo, da nas tako malo skrbi zaradi tega. Posledica tega bo, da se bo terapija množic selila drugam in se bo razvijala, pravilno ali narobe, brez nas. Enako velja za drugi prvotni cilj inštituta, za raziskovanje. Rezultati v tej smeri so tako slabi, da so komaj vredni omembe. Morda je čikaški inštitut edina pozitivna izjema«. (Balint, 1948)

Če upoštevamo Balintovo opozorilo, bi morale biti vsako psihoanalitično izobraževanje usmerjeno na uporabo psihoanalitične terapije v obliki, ki je kar najbolj usmerjena na pacienta in ki najbolj ustreza njegovim potrebam, upoštevajoč dane družbene in psihološke omejitve. Zato najpomembnejšo temo današnjega predavanja lahko strnemo v naslednje vprašanje: ali je le ena oblika psihoanalitične terapije ali pa jih je več?

Tema 3: Trenutni izziv

Nemški odbor o profesionalnih standardih v psihoterapiji je zahteval od Nemške krovne zveze za psihoanalizo poročilo o dokazih o učinkovitosti psihoanalize in psihoanalitične/psihodinamične psihoterapije. Po nekaj diskusijah se je naša zveza strinjala s splošnim imenom »psihoanalitične terapije«, ki pokriva področje:

»To ime se nanaša na psihoanalizo z njenimi teorijami o osebnosti, motnjah in zdravljenju. Zdi se nam primerno, da pokrije vse oblike uporabe principov psihoanalitične teorije v zdravljenju.« (Haus in Leuzinger-Bohleber, 2004)

Mislim, da je bila pametna odločitev, da sva Thomä in Kächele napisala *Ulmov učbenik o psihoanalitični terapiji* (Ulm Textbook on Psychoanalytic Therapy) (1985, 1988) v tem duhu (glej opombo 1). Politično bi lahko ta odločitev pomenila pomemben prelom. Podobno kot pri »behavioristični terapiji«, ki pod svojim imenom pokriva veliko raznolikih metod in tehnik, bi namreč lahko tudi splošno ime »psihoanalitične terapije« delovalo povezovalno.

V skladu s stališčem Nemškega odbora za psihoterapijo (<http://www.wbpsychotherapie.de/>) ima postopek psihoanalitične terapije različne oblike uporabe, zato naj bi splošno ime »psihoanalitične terapije« vključevalo:

1. analitično individualno psihoterapijo
2. analitično skupinsko terapijo
3. psihodinamično individualno psihoterapijo
4. psihodinamično skupinsko terapijo
5. analitično terapijo za družine in pare
6. psihodinamično terapijo na stacionarnih oddelkih (»in-patient«)
7. analitično terapijo za otroke in mladostnike (individualna/skupinska)
8. psihodinamično terapijo za otroke in mladostnike (individualna/skupinska)

Tema 4: Kaj potrebujemo za psihoanalitično izobraževanje?

Poglobiti se moramo v štiri glavne točke:

- a) Učna analiza oz. osebna izkušnja
- b) Usmerjanje kako, kaj in kdaj je treba brati
- c) Praktične izkušnje pod supervizijo
- d) Poznavanje rezultatov raziskovanja

Učna analiza oz. osebna izkušnja. Thomä in Kächele (2000) sva priporočila omejevanje posrednega ali neposrednega vpliva psihoanalitičnih institutov na učno analizo. Popolnoma se strinjava s Kernbergom, da se moramo izogibati »vsakršnim birokratskim omejitvam in vmešavanju v učno analizo« (Kernberg, 2000, str. 114). Omejevanje vpliva institutov glede trajanja »didaktične« ali »učne« analize, ni birokratsko dejanje, ampak preudarna pot, da dosežemo tri stvari:

- a) zavarujemo osebne pravice edukantov;
- b) ohranimo sicer stalno ogroženo terapevtsko funkcijo učne analize in
- c) izdelamo strokovni kurikulum, kjer bo delo in znanje kandidatov ocenjeno neodvisno od diagnostičnih ocenjevanj kandidatov in nedoločenih pričakovanj o tem, kakšne spremembe naj bi pri kandidatu nastale ob nadaljnjem »čiščenju« (t. j. pri podaljševanju analize preko kvantitativno določenega obsega analitične »osebne izkušnje«).

Da se izognemo nadaljnjim neskončnim diskusijam o razlikah med »didaktično« in »terapevtsko analizo«, Thomä in Kächele (2000) predlagava, da govorimo o »osebni izkušnji« (Selbsterfahrung), saj predvidevava, da se večina strokovnjakov strinja, da je taka »osebna izkušnja« potrebna zaradi strokovnih razlogov. Po najinem mnenju ni ustrezno, da kandidate ocenjujemo kot paciente, ampak bi jih morali ocenjevati samo po kvaliteti njihovega kliničnega dela. Moja najljubša primerjava je z ocenjevanjem glasbenikovega igranja. Glasbenika namreč nihče ne bo vprašal, koliko ur je vadil, ampak bo vsakogar zanimalo njegovo izvajanje – igranje. Ob tem se sprašujem globlje vprašanje: Ali je morda problem v tem, da ne vemo, kako ocenjevati psihoanalitičnikovo delo in da zato potem štejemo ure seans njegove osebne izkušnje?

Ob tem se izpostavi tudi vprašanje, ali lahko nekdo dela brez osebne izkušnje. Načeloma bi kandidatom, ki mislijo, da lahko delajo brez osebne izkušnje, morali dovoliti, da pokažejo svoja psihoanalitična stališča, mišljenje in sposobnosti v intenzivni superviziji in na kliničnih seminarjih. Kljub temu, da je to stališče utopično, ga lahko obravnavamo kot »stvar načela« zaradi zgodovinskih razlogov. Splošno je znano, da je imelo veliko vplivnih članov Mednarodnega psihoanalitičnega združenja relativno kratko analizo. Do zdaj se ni pokazalo, da bi dolgotrajna analiza po Eitingtonovem ali francoskem modelu pozitivno vplivalo na kasnejšo klinično ali znanstveno kompetenco.

Usmerjanje kako, kaj in kdaj je treba brati. Ali potrebujemo kurikulum s predpisanim seznamom literature? Moja priporočila so sledeča. Kandidati naj sami izberejo, kaj bi brali na osnovi svoje lastne radovednosti. Spodbujajte delo v majhnih skupinah. Začnite najprej s sodobnimi učbeniki in nato preidite na starejše. Za dobro osnovo izberite učbenike, ki so zasnovani na empiričnih raziskavah, kot je npr. Luborsky L. (1984) »Principles of psychoanalytic psychotherapy«.

Praktične izkušnje pod supervizijo

Priporočam naslednje:

- bolje je začeti delati s klienti brez supervizije kot sploh ne začeti;
- kolegialna supervizija (»peer-supervision«) bi morala biti obvezna;
- uporaba supervizije prek e-pošte ali po telefonu lahko koristno intenzivira supervizijski proces;

- pogostost terapevtskih srečanj ni bistvenega pomena;
- uporaba ali neuporaba kavča ni bistvenega pomena;
- vzpodbujajte težavne paciente, da upoštevajo in uporabijo drugo mnenje;
- skupni ogledi videoposnetkov seans so učinkovit način supervizije in intervizije.

Pomni: učenje psihoanalitične terapije je dolgotrajna naloga, ki se nikoli ne konča. Imejte čim več pacientov, saj si boste lahko le tako nabrali dovolj izkušenj.

Poznavanje rezultatov raziskovanja. Glavna znanstvena vira za psihoanalitične terapije sta:

- raziskave o človekovem razvoju (npr. izjemnega pomena so nova odkritja razvojne psihologije o prvih petih letih človekovega življenja, bolj podrobno glej spodaj);
- raziskave učinkovitosti, procesa in izida psihoterapije.

Obstajajo tudi druga pomembna področja, npr. širši družbeni okvir psihoterapije s sociološko-kulturnim razvojem, ekonomija, lingvistika, filozofija (predvsem fenomenologija, hermenevtika, epistemologija) itd. Nujno je tudi, da se poglobimo v odkritja nevrobiologije oz. nevroznanosti (Roth, 2001), ki postajajo za psihoterapijo vse bolj relevantna.

Tema 5: Psihoanalitične osnovne domneve

Za psihoanalizo je pomembna vloga konflikta v človekovem življenju, začenši z rojstvom. Konflikt se kaže v medčloveških stikih in v človekovem osebnem počutju. Če se konflikt izrazi v duševni ali psihosomatski bolezni oz. motnji in ga pojmujejo le kot intrapsihičnega in ne tudi kot medosebne (interpersonalnega), so teoretične implikacije kakor tudi psihoterapevtske tehnike zelo omejene.

Tradicionalno psihoanalitično razumevanje simptoma zahteva iskanje njegovega izvora v življenjski zgodovini osebe. To genetično stališče ni v nasprotju s prepričanjem Kurta Lewina, da lahko le sile in stanja, ki so prisotna »tukaj in zdaj«, učinkujejo v »tukaj in zdaj«. On bi dejal, da lahko večino tega, kar »trenutno vidimo« v posamezniku »tukaj in zdaj«, prepoznamo samo v genetskem odkrivanju tega, kar je bilo prej (Rapaport, 1960).

Tema 6: Zgodnji odnos med materjo in otrokom

V 20. stoletju je prišlo do velikih sprememb v razumevanju razvojnih procesov, ki potekajo v zgodnjem otroštvu. Empirična raziskava zgodnjih odnosov mati-otrok se je začela z Renejem Spitzom. Že leta 1935 je opazoval na stotine dojenčkov, ki so odraščali v sirotišnici, in opisal hospitalizem, za katerega je menil, da je nastal zaradi čustvene prikrajšanosti. Mahlerjeva (1975; 1978) je sledila tradiciji Spitzja in svoje delo razvila v monografiji z naslovom »*The psychological birth of the human being*«.

Raziskovanje v zadnjih tridesetih letih dvajsetega stoletja o razvoju odnosa mati-otrok v prvih letih življenja je prineslo nove zamisli v do takrat konstruiran oz. rekonstruiran psihoanalitični svet dojenčka oz. otroka. Monografija Daniela Sterna (1985) je združila do takrat razdeljena svetova psihoanalize in razvojne psihologije. Nove teorije o razvoju otroka so imele dva glavna učinka: Promovirale so integracijo etologije in teorije komunikacije in akcije, prav tako pa so naredile močan vtis na psihoanalizo in druge psihodinamične šole. Stern je prepričljivo pokazal, da je psihoanalitično razumevanje zgodnjega otroštva konstruirano na podlagi kliničnih izkušenj psihoanalitikov z odraslimi klienti. Zato teorije psihoanalitikov o zgodnjem otroštvu pogosto ne ustrezajo novejšim odkritjem razvojnih psihologov, ki so se na podlagi domiselnih poizkusov z dojenčki in majhnimi otroki dosti bolj približali njihovem svetu in doživljanju. Kljub temu da je bilo večkrat zahtevno odreči se starim teorijam oz. jih na novo premisliti (npr. teorija simbioze Mahlerjeve), so številni psihoanalitiki sledili Sternu in drugim sodobnim raziskovalcem zgodnjega otroštva in revidirali stare teorije, nekatere pa celo odložili v muzej. Prav tako se je Stern zelo oprl na teorijo navezanosti, ki je postala ena od ključnih teorij, s katero bi se moral

spoznati vsak psihoterapevt ne le psihoanalitični terapevt (bolj podrobno glej v nadaljevanju).

Tema 7: Slovo od Freudovega modela gonov (»drive/discharge«)

Model gonov (drive/discharge) je gledal na človekov razvoj z očmi entropijskega modela. Vendar današnji razvojni psihobiologi poudarjajo, da zaradi nevrobiološko determinirane kompleksnosti nevronske mreže (naše možgane sestavljajo bilijoni nevronov z milijoni medsebojnih povezav) ne moremo napovedovati človekovega vedenja. Človek je nepredvidljivo bitje, tako v svojem doživljanju kot vedenju. Kompleksnost živčnega sistema zagotavlja individualnost in jamči samodeterminiranost. Kompleksnost se veča z razvojem. Ljudem je dana zmožnost, da se socializirajo v organski in neorganski svet. Koncept »endogenosti« oz. endogeno povzročene dejavnosti, ki predstavlja osnovni koncept v modelu gonov (Kächele, 2001), se je pokazala kot znanstveno neutemeljena.

Tema 8: Koncept sheme je postal temeljni kamen za razvojne in klinične teorije

Z današnjega zornega kota notranjega objekta ne razumemo več kot izoliranega objekta, ampak bolj kot spomin, ki se oblikuje v kontekstu dejavnosti. Od rojstva se predstave objekta pojavljajo v mnogih kontekstih dejanj variirajoče kakovosti. S ponavljajočimi dejanji komunikacije se ustvarjajo nezavedne sheme, ki lahko postanejo stalne. Stern (1985) obravnava ta aktivni proces kot oblikovanje posplošene predstave delovanja. Predvideva, da dojenček razdeli tok delovanja (npr. hranjenja) v epizode in iz ponavljajočih podobnosti (nespremenljivost / stalnost) se zgradi in posploši prototip oz. shema. Ta shema nadzoruje pričakovanja in vedenje za interaktivne učinke, ki sledijo (Kächele, 2001).

Tema 9: Teorija navezanosti

Teorija navezanosti se je najprej razvijala kot teorija normalnega razvoja, v zadnjih letih pa se je pokazal njen vpliv na klinična vprašanja (Kächele, 2001). Jasno mi je, da skoraj ne more biti precenjena v tem, da nam ponuja dobro osnovo za zgodnje razvojne okvare (klinično znane tudi kot tako imenovane zgodnje motnje). Teorija navezanosti nam ponuja model, ki se ga da preizkusiti v terapevtskem procesu (Strauss, 2002). Povečanje varne navezanosti preko spremembe proceduralnega spomina je zdravilen in zaščiten dejavnik pri duševnih motnjah (Bowlby, 1988).

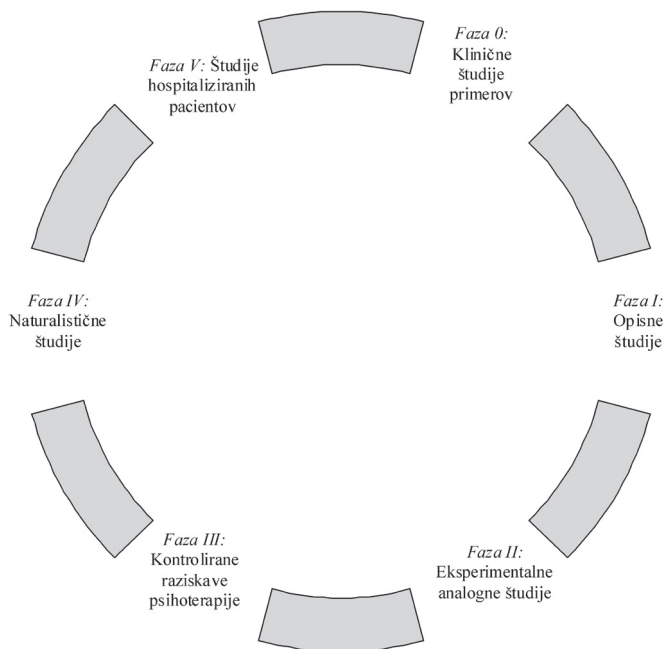
Zato sta pomembni dve postavki:

- terapevtska aliansa zagotovi ozračje varne navezanosti in
- terapevtove funkcije kot objekt navezave zagotovijo korektivno čustveno izkušnjo.

Teorija navezanosti omogoča nov pogled na psihopatologijo in lažje razumevanje odziva na psihoterapijo. O tem govori delo Petra Fonagyja (1996) o razmerju med stanjem navezanosti, psihiatrično klasifikacijo in odzivu na psihoterapijo. Zanimive so tudi raziskave o psihobioloških osnovah navezanosti.

Tema 10: Kaj mora psihoterapevt vedeti o sodobnem raziskovanju psihoterapije?

Uredimo naše dosedanje znanje z razdelitvijo faz raziskovanja psihoterapije (slika 1):



Slika 1: Faze raziskovanja psihoterapije

Tema 11: Faza 0: Klinične študije primerov

»Danes Freudov pripovedni postopek, ki je bil v zgodovini plodovit, ne zadostuje več za obstoj in razvoj psihoanalize, čeprav je to še vedno pomembno orodje za učenje in za občutek identitete članov analitične skupnosti, kajti zgodbe primerov so lahko plodno gradivo za komunikacijo,« meni Stuhr (2004), učenec najpomembnejšega nemškega psihoanalitičnega raziskovalca A. O. Meyerja. Leta 1994 je Meyer sam zagovarjal ostro stališče glede žanra polfiktivnih zgodb: »K vragu s pripovedmi o primerih kot načinom predstavitve psihoanalize – naj živijo zgodbe o interakcijah.« Naslov njegovega napadalnega govora pa se je glasil: »Novele, predstavljene kot psihoanalitične zgodbe primerov, so nepsihoanalitične in neznanstvene (Meyer 1994).«

Kakorkoli nas že učijo druga področja mehkih ved in njihove raziskave – na primer raziskovanje pravljič (Prop, 1928) – ne kaže zavreči kliničnih poročil, kot je npr. »Ulm clinical case studies archive«, ki vsebuje več kot 400 dokončanih poročil edukantov Nemškega psihoanalitičnega združenja. To je nadvse uporabno gradivo, s katerim lahko preučujemo probleme teoretičnega in praktičnega razvoja z metodo primerjalne metodologije (Jütermann, 1990).

Tema 12: Faza I: Zgodnje opisne študije

Morda boste presenečeni, kako je že zgodnje psihoanalitike zanimalo, kaj njihovi kolegi dejansko počnejo v ordinaciji. Vzemimo na primer E. Gloverjev vprašalnik o psihoanalitičnih tehnikah, objavljenega 8. julija 1932.

E. Gloverjev IZVIRNI VPRAŠALNIK (objavljen 8. julija, 1932)

1. Interpretacija

1. Oblika interpretacije

Ali vam je ljubša:

- (1) kratka jedrnata interpretacija
- (2) daljša pojasnjevalna interpretacija ali
- (3) tip povzetka:
 - a) poskus prepričevanja s sledenjem razvoju teme;
 - b) dokazovanje (ali široko razlaganje) z zunanjo interpretacijo

2. Časovno usklajevanje interpretacije

Vprašanje: Kdaj je vaš najljubši trenutek za interpretacijo?

- (1) na začetku seanse;
- (2) na sredini oz. pred koncem (dopuščanje prostora za obdelavo);
- (3) na koncu: metoda povzemanja.

3. Obseg interpretacije

- (1) Ali praviloma govorite veliko ali malo?
- (2) Zgodnje faze: Kako dolgo pustite pacienta, da govori brez vašega vmešavanja? Kdaj začnete s sistematično razlago?
- (3) Srednje faze: Ali je vaša interpretacija v celoti nepretrgana in sistematična ali pa se od časa do časa vrnete na začetek oz. pustite pacienta, da govori?
- (4) Končne faze: Ali menite, da se neprenehoma vmešavate z interpretacijo?

Danes obstajajo številna takšna orodja za raziskovanje terapevtskega odnosa in strategije. Najnovejše je Sandellovo (2000), ki je pomagalo razlikovati med izidi srednje in visoko frekventnih psihoterapij glede na tehniko.

Tema 12: Faza I: Nadaljnje opisne študije

To je bilo zelo plodno, včasih glavno področje raziskovanja psihoterapevtskega procesa. Podrobnosti o ogromni količini zbranega gradiva lahko najdemo v Dahl (1988), Miller (1993) in v poglavjih o terapevtskih procesih v Lambert (2003). Naštel bom samo nekaj dosežkov, ki bi morali biti splošno poznani:

- delovni pakt, npr. pomagajoča aliansa Luborskega (Luborsky's helping alliance) (1976)
- prenos, npr. Luborskega (1966) CCRT, Dahlov (1988) FRAME, Gill in Hoffmanov (1982) PERT (za pojasnitev kratic glej spodaj v temi 13)
- tehnika, npr. Q-Sort Jonesa (2000)
- spretnost, npr. planska diagnoza Weissa & Sampsona (1986), Greneyer (1996)
- analitični proces, npr. lestvice Waldrona (2004)
- protiprenos – npr. lestvice Boucharda in sod. (1995)

Tema 13: Faza I: Opisne študije: metode merjenja bistvenih odnosnih vzorcev

Že od prve mednarodne konference o raziskavah psihoanalitičnih procesov v Ulmu leta 1995 je postalo očitno, kako temeljito so preučevali bistveni koncept psihoanalitične teorije, to je prenos:

1. Metoda jedrne konfliktne odnosne teme Luborskega (Luborsky's core conflictual relationship theme method = CCRT)
2. Horowitzova konfiguracijska analiza (Configurational Analysis)
3. Dahlova metoda okvirjev (Dahl's Frames Method)
4. Gill, Hoffmanova pacientova izkušnja odnosa s terapevtom (Gill & Hoffman's Patient's Experience of the Relationship with Therapist = PERT)
5. Strupp, Binderjev dinamični fokus (Strupp & Binder Dynamic Focus)
6. Weiss, Sampsonova planska diagnoza (Weiss & Sampson's Plan Diagnosis)

Kritika teh polkvantitativnih metod je neizogibna in zaželena (Dreher, 1998). Formalnim raziskovalnim metodologijam lahko brez težav očitamo, da ne zajamejo kliničnih fenomenov v

njihovi polnosti. Kar izgubijo v tem pogledu, pa pridobijo na veljavnosti!

Tema 14: Faza I: Opisne študije merjenja »strukturnih sprememb«

Neskončna debata med psihoanalitiki poteka o tem, kako izmeriti »strukturno spremembo« za razliko od samo simptomatske spremembe. Trenutno imamo tri dobre možnosti:

1. Lestvice psiholoških sposobnosti (Scales of psychological capacities) (Wallerstein, 1994), ki je temeljit testni postopek Münchenske študijske skupine.
2. Heidelberška lestvica prestrukturiranja (Heidelberger Umstrukturierungsskala) (Rudolf, 2000), ki se prav tako uporablja za razlikovanje izida med nizko in visoko frekventnimi psihoanalitičnimi terapijami.
3. Intervju navezanosti za odrasle (»The Adult Attachment Interview«) (Main, 1995) je postal eden od glavnih pripomočkov v raziskovanju mejno strukturiranih oseb v Veliki Britaniji (Fonagy, 2003) in v newyorški študiji o obravnavi mejno strukturiranih oseb (Clarkin, 1991).

Tema 15: Faza II: Eksperimentalne analogne študije

Ta metodologija res ni naša močna točka. Za to obstaja veliko dobrih razlogov, ker je na našem področju težko izvajati prepričljive analogne raziskave. Obstaja pa ena izjema. Študije prostih asociacij so pokazale nekaj opogumljajočih rezultatov. Priporočam kopijo Ulmske eksperimentalne študije o prostih asociacijah kot del vsakega izobraževanja. Raziskava je zelo zabavna in pomaga pri boljšem razumevanju mehanizma terapevtske spremembe (Hölzer, Heckmann, Robbern, Kächele, 1988).

Tema 16: Faza III: Kontrolirane raziskave psihoterapije (randomized controlled treatment studies)

Kontrolirane raziskave psihoterapije (RCT = Randomized Controlled Treatment Studies) so nujno potrebne v modernih raziskavah medicinskih obravnav. Dajejo lahko najbolj kvalitetne dokaze in so znak kakovosti empirično podprtih zdravljenj. Za raziskovanje psihoterapije pa obstajajo številne pomanjkljivosti, ki se jih moramo zavedati:

- selekcija pacientov (npr. izključitev komorbidnosti in drugi izključevalni kriteriji imajo za posledico, da je v teh študijah samo 10 % pacientov iz realnega sveta);
- zanemarjeni so klientovi osebni dejavniki (npr. motivacija);
- zanemarjeni terapevtovi osebni dejavniki (npr. terapevtova notranja koherentnost);
- zanemaren je pomen ujemanja med terapevtom in klientom in to da kvalitete odnosa med terapevtom in klientom ne moremo zavestno spreminjati, kot bi si želeli;
- zanemareno je dejstvo, da je terapevtska aliansa pomemben dejavnik za izid terapije;
- zanemarene so okoliščine in dogodki v klientovem kontekstu (npr. partnerski odnos, zaposlitev, novi odnosi);
- standardizacija in manualizacija terapevtskega postopka (terapevtski postopek je pretirano vkalupljen v sheme, medtem ko vsakdanja izkušnja terapevtov kaže na veliko raznolikost in nepredvidljivost terapevtskih postopkov);
- omejevanje dolžine zdravljenja (v realnem kliničnem svetu so dolžine zdravljenj večje kot v raziskavah);
- nizka zunanja veljavnost ob visoki notranji veljavnosti;
- korelacija med tehnikami (metodami) in izidom terapije, kar je v fokusu klasičnega RCT modela, je relativno majhna (od 15 do 0 %). To ne pomeni, da se moramo odreči tehnikam, ampak da potrebujemo nov okvir razumevanja in raziskovanja v psihoterapiji.

Kontrolirano raziskavo bi rad imenoval raziskovanje testne tube (»test tube research«). Da bi ponazorili eno od pomanjkljivosti kontroliranih študij, smo s pomočjo podatkov iz metaanalize

Graweja in sod. (1994) preverili povprečno število seans in trajanje psihoterapij v okviru kontroliranih študij različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. kognitivno-vedenjske terapije, humanistične terapije, psihodinamične terapije).

Trajanje terapij v kontroliranih raziskavah (Leichsenring, 2002)

Kognitivno-vedenjske terapije

- 429 študij, povprečno 11,2 seans
- 434 študij, povprečno 7,9 tednov

Humanistične terapije

- 70 študij, povprečno 16,1 seans
- 76 študij, povprečno 11,6 tednov

Psihodinamične terapije

- 83 študij, povprečno 27,6 seans
- 80 študij, povprečno 30,7 tednov

Če primerjamo trajanje terapij v teh študijah s kliničnimi izkušnjami terapevtov, pa naj bodo vedenjski, humanistični ali psihodinamični, lahko vidimo, da te povprečne številke ne predstavljajo običajne terapevtske prakse, ki je praviloma daljša.

Kljub temu ni razloga za obup. Na voljo so vsaj tri kontrolirane študije psihodinamično/psihoanalitičnih terapij na vsakem od sledečih področij (Leichsenring, 2002):

Depresija, anksiozne motnje, stresne motnje, disociativne, konverzivne in somatoformne motnje, motnje hranjenja, osebnostne in vedenjske motnje, odvisnost in zloraba.

Tema 17: Kontrolirane raziskave daljših in visoko frekventnih psihoanalitičnih terapij

Pogosto slišimo, da so kontrolirane raziskave daljših psihoanalitičnih terapij nemogoče. V tem smislu so Sandell in sod. (1997) objavili prepričljivo demonstracijo. Kontrolirano raziskavo ambulantnih pacientov s pomočjo skupine psihoanalitikov je izvedla Münchenska raziskovalna skupina Huberja in Kluga. Raziskava meri spremembo simptoma z instrumentom SCL-90, ki je močno priljubljen in osovražen hkrati. Pokazalo se je, da se breme simptomov linearno spreminja med nizko in visoko frekventnimi obravnavami. Raziskava Stuttgartskega centra za psihoterapijo – TRANSOP o učinkovitosti kaže enake rezultate (Kraft, Percevic in sod., 2003). Münchenska raziskava je s pomočjo Lestvic psiholoških sposobnosti (»Scales of Psychological Capacities«) in Ocene prizadetosti (»Impairment score«) tudi pokazala skromne korelacije med trajanjem in intenzivnostjo obravnav ter njihovim izidom.

Tema 18: Faza IV: Naturalistične študije

To je pravo področje raziskovanj psihoanalitične terapije. Na voljo je veliko dobrih študij. Klasične študije, ki jih pozna večina od nas, so: Menningerjeva študija (Wallerstein, 1986), Berlinska študija (Dührssen, 1962), Penn študija (Luborsky, 1988), Heidelberg I študija (von Rad, 1998), Berlin II študija (Rudolf, 1991).

Nadaljnje študije, ki bi jih večina od nas morala poznati, pa so: Stockholmska študija (Sandell, 2000), Göttingenska študija (Leichsenring, 1999), Heidelberška študija (Rudolf, 1997), Newyorška borderline študija (Kernberg, 1999), Finska primerjalna študija (Knegt, 2004), Stuttgartska TRANS-OP študija (Kordy, 2001).

Pomembne psihoterapevtske raziskave hospitaliziranih pacientov pa so: Stuttgartska študija (Tschuschke, 1994), »Nation-widegroup-therapy« študija (Strauss, 2002), TR-EAT študija (Kächele, 2001).

Poseben primer na področju naturalističnih »follow up« študij so retrospektivne katamnestične

študije, npr. »The German Psychoanalytic Associations Follow-up Study (Leuzinger-Bohleber, Target, 2002). Ta raziskava je pokazala nekaj razlik med psihoanalizami in dolgotrajno psihoterapijo z izkušenimi psihoterapevti:

- obe obliki zdravljenja sta imeli pri večini pacientov dolgotrajne stabilne rezultate;
- samorefleksija in internalizacija analitikov je bila večja pri analitičnih pacientih, prav tako je bila bolj raznolika ocena dosežkov in bolj inovativen razvoj ustvarjalnih pripomočkov.

Glavni rezultat je bila identifikacija kliničnih prototipov, osnovana na treh dimenzijah: zmožnost za odnos – zmožnost za delo – ustvarjalnost-samorefleksija. Te tri dimenzije omogočajo klasifikacijo večjih vzorcev v osem kliničnih prototipov:

Tip 1: »res dobri«

Tip 2: »uspešni brez ustrezne refleksije«

Tip 3: »uspešni in za majhno zmožnostjo za refleksijo, vendar socialno dobro integrirani«

Tip 4: »tragični, ki so bili sposobni sprejeti svojo usodo«

Tip 5: »poklicno uspešni in ustvarjalni, ampak še vedno osamljeni ...«

Tip 6: »uspešni znotraj meja svoje ustvarjalnosti z zmožnostjo za delo, vendar z jasnimi mejami ...«

Tip 7: »terapija ni pomagala«

Tip 8: »močno travmatizirani ljudje«

To je dognanje, ki bi ga lahko uporabili v vsakodnevnem kliničnem ocenjevanju naših klientov.

Tema 19: Faza V: Študije hospitaliziranih pacientov

To področje raziskovanja se bo večalo. Potrebuje veliko podatkovno bazo in veliko statistike. Zato je to področje zelo tehnično, ampak vseeno se uresničujejo upi klinikov, da bodo dobili orodja za ocenjevanje individualnega poteka zdravljenja. Z uporabo hierarhičnega in linearnega modeliranja bomo lahko predvideli potek individualnega zdravljenja in primerjali dejansko smer s predvideno (Lambert, 2001).

Tema 20: Zadovoljstvo klientov

Zadovoljstvo klientov je nova tema v raziskovanju psihoterapije, že odkar si je Marty Seligman premislil in se je iz »Savla«, ko je zastopal samo ugotovitve RCT (Seligman, 1994), spremenil v »Pavla« in zdaj razglša, da RCT ni prava pot pri raziskovanju psihoterapije (Seligman, 1995). Poročila klientov so pokazala, da trajanje terapije, ki narašča do sto seans (zlasti pri frekvenci enkrat tedensko), vodi do večjega zadovoljstva, ki – kot se je pokazalo pri kritični ponovni analizi – ni povezano s spremembo simptomov. Zadovoljstvo s terapijo je torej le ena izmed mnogih dimenzij rezultatov.

Zaključek: nikoli ne odnehajmo

Vpliv rezultatov raziskovanja na psihoterapijo oz. na klinično psihoterapevtsko prakso in na psihoterapevtsko izobraževanje stalno raste. Zato mora biti psihoanalitično izobraževanje nanj pozorno. Raziskovanje bo eno izmed močnih orožij proti ideologijam na področju psihoterapije. □

Opomba

¹ Izdaja v nemščini je bila prvič objavljena leta 1985 (1. knjiga: teorija) in 1988 (2. knjiga: praksa). Medtem je bila prevedena v številne druge jezike: angleščina (1987, 1992), madžarščina (1987, 1991), španščina (1989, 1990), italijanščina (1990, 1993), češčina (1992, 1996), portugalščina (1992), poljščina (1996, 1996), ruščina (1997, 1997), romunščina (1999, 2000) in armenščina (2004). Tretja knjiga (raziskovanje) je v nemščini in angleščini na voljo v polnem besedilu na internetu (www.la-vie-vecu.de); krajše verzije so se pojavile v ruščini (2003) in italijanščini (2003).

Literatura

- Balint, M. (1948a). On the psychoanalytic training system. *Int J Psychoanal*, 29, 163–173.
- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. V Bergin, A. and Garfield, S. (ur.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York. Wiley, 217–270.
- Bouchard, M. A. and Normandin, L. (1995) »Counter transference as instrument and obstacle: a comprehensive and descriptive framework.« *The Psychoanalytic Quarterly* 65, 717–745.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 145, 1–10.
- Chambless, D. L. and Hollon S. D. (1998). »Defining empirically supported therapies« *J Con Clin Psychol* 66 (1), 7–18.
- Clarkin, J. and Kernberg, O. (1991). The Cornell Borderline Project. Psychic change and its assessments. 1st IPA Research Conference, London.
- Clarkin, J. F. and Yeomans F. E. (1999). Psychotherapy for borderline patients. New York: Wiley.
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. V Dahl, H., Kächele, H. and Thomä, H. *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer, 51–66.
- Dreher, S. (1998). Psychoanalytische Konzeptforschung. Stuttgart: Verlag Int Psychoanalyse.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patientem nach analytischer psychotherapie. *Z. Psychosom Med Psychoanal* 8, 94–113.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, H., Kenedy, R., Matton, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J con clin psychol* 6, 22–31.
- Fonagy, P. and Kächele, H. (1999). An open door review of the outcome of psychoanalysis. London Research Committee of the International Psychoanalytic Association. [Http://www.ipa.org.uk](http://www.ipa.org.uk).
- Fonagy, P., and Target, M. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships. *Psychoanal Inquiry* 23 (3), 412–459.
- Freud, S. (1919a). Lines of advance in psycho-analytic therapy. *SE vol XVII*, 157–16.
- Gill, M. M. and Hoffman, I. Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patients experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 30, 137–167.
- Glover, E. and Brierley, M. (1940). An investigation of the technique of psycho-analysis. V Glover, E. (1995). The technique of psycho-analysis. London: Tindall & Cox.
- Grande, T. and Rudolf, G. (1997). Die Praxisstunde Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. V Leuzinger-Bohleber, M. and Stuhr, U. *Psychoanalytische Katamneseforschung*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Grande, T. and Rudolf, G. (2003). Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment – The Heidelberg-Berlin Studie. V P. Richardson, H. Kächele and C. Renlund (Eds) *European Psychoanalytic Therapy Research*. London, Karnac, 35–61.
- Grawe, K. and Donati, R. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zu Profession. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Grenyer, B. F. S. and Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy. Mastery of interpersonal conflicts. *J con clin psychol* 64, 411–416.
- Haus, S. and Leuzinger-Bohleber. (2004). Psychoanalytische therapie: eine Stellungnahme für den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 20 (1), 12–125.
- Hölzer, M., Heckmann, H., Robbern, H. und Kächele, H. (1988). Die Freie Association als Funktion der Habituellen Ängstlichkeit und anderer Variablen. *Zsch. Klinische Psychologie* 17, 148–161.
- Huber, D. und Klug G. (2001). Die Müncher prozess-Outcome Studie- Ein vergleich zwischen psychoanalyse und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderen Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. IN Stuhr, U, Leuzinger – Bohleber M. und Beutel M., Stuttgart. Kohlhammer, 260–270.
- Huber, D. and Klug G. (2003). Contributions to the measurement of mode, specific effects in long-term psychoanalytic therapy. IN Richardson, P., Kächele, H. and Renlund, C. *European Psychoanalytic*

- Therapy Research*. London: Karnac, 63–80.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to Psychoanalytic Therapy*. New Jersey: Northvale.
- Jütermann, G., ed. (1990). *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Kächele, H. and Buchheim, A. (2001). Development, attachment and relationship: New Psychoanalytic Concepts. IN Henn, F. A., Sartorius, N., Helmchen, H. and Lauter, H. *Contemporary Psychiatry*. Berlin: Springer, 358–370.
- Kächele, H. and Kordy, H. (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Result of a multi center study across Germany. *Psychotherapy Research* 1, 239–257.
- Kernberg, O. (2000). A concerned critique of psychoanalytic education. *Int J Psychoanal* 8, 97–120.
- Knekt, P. and Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect on four forms of psychotherapies on depressive and anxiety disorders. Helsinki, KELA The Social Insurance Institution, Finland, *Studies in studies in social security and health*, 77.
- Kraft, S., Percevic, R. (2003). Änderungsmuster im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und *Klinischer Psychologie* 8, 218–224.
- Lambert, M. J. (2001). »Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special selection on patient focused research«. *J Con Clin Psychol* 69, 147–149.
- Lambert, M. J. (2003). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Chichester Brisbane, Wiley.
- Leichsenring, F. (2002). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. Ein Überblick über Berücksichtigung vom Kriterien der Evidence- based Medicine.
- Leuzinger-Bohleber, M. and Target, M. (2002). *Outcomes of Psychoanalytic Treatment Perspectives for Therapists and Researchers*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Luborsky, L. (1966). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme. IN Freedman, N. and Grand, S. *Communicative Structures and Psychic Structures*. New York: Plenum Press, 367–395.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy; the groundwork for a study of their relationships to its outcome. IN Claghorn, J. L. *Successful psychotherapy*. New York: Brunner, Mazel, 92–116.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. and Christoph C. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
- Meyer A. E. (1994). Nieder mit der Novelle als Psychoanalyserdarstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40, 77–98.
- Miller, M. E. and Luborsky, L. (1993). *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook*. New York: Basic Books.
- Propp, V. (1928). *Morfologia delle fiabe*. Torino: Einaudi.
- Puschner, B. und Kordy, H. (1991). Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie. *Verhaltensther & Psychosoziale Praxis* 33(3), 487–502.
- Rad, M. und Senf, W. (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankerversorgung: Ereignisse des Heidelberger Katamneseprojektes. *Psychotherapie psychotherapie Med* 48 (4), 88–100.
- Rapaport, D. (1960). The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt. New York: *Int Univ Press*.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Sandell, R. and Blomberg, J. (1997). When the reality doesn't fit the blue print: doing research on psychoanalysis and long term psychotherapy in a public health service programme. *Psychoter Research*

7, 333–344.

- Sandell, R., Blomberg J., Lazar, A., Carsson, J., Broberg, J., and Rand, H. (2000). Varieties of long term outcome among patients in psychoanalysis and long term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP).« *International Journal of Psychoanalysis* 81, 921–943.
- Schmidt, S. and Strauss, B. (2002). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 75, 313–332.
- Seligman, M. (1994). What can you change and what you can't. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50, 965–974.
- Staats, H. and Leichsenring, F. (1999). Changing problems, changing aims: The development of change in psychoanalytic psychotherapy evaluated by PATH, a tool for studying longterm treatments. Psychoanalytic Process research Strategies II. H. Kächele, E. Mergenthaler and R. Krause. [Http://sip.medizin.uni-ulm.de](http://sip.medizin.uni-ulm.de).
- Stern, D. (1985). The interpersonal world of infant. New York: Basic Books.
- Strauß, B. und Buchheim, A. (2002). Klinische Bindungsforschung Theorien –Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, New York: Schatauer.
- Thomä, H. and Kächele, H. (2000). On the devaluation of the Eitington-Freud model of psychoanalytic education. Letters to the editor. *Int J Psychoanal* 81, 806–808.
- Tschunke, V. and Dies, R. R. (1994). Intensive Analysis of Therapeutic Factors and Outcome in Long-Term in-patient groups. *International Journal of Group Psychotherapy* 44(2), 185–208.
- Waldron, S. and Scharf, R. D. (2004). What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales. *Int J psychoanal*.
- Wallerstein, R. S. (1986). Forty-two lives in treatment. A study of psychonalaysis and psychotherapy. New York: Guilford.
- Wallerstein, R. S. (1991). *Assessment of Structural Change in Psychoanalytic Therapy and Research*. IN Shapiro, T. *The Concept of Structure in Psychoanalysis*. Madison: International Universities Press.
- Wallerstein, R. (1998). One psychoanalysis or many. *Int J Psychoanal* 69, 5–21.
- Weiss, J. and Sampson, H.(1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*. New York: Guilford Press.

