

Horst Kächele, Helmut Thomä

- 1.1 Keletkezéstörténet – 2**
- 1.2 Kutatás a kortárs pszichoanalízisben – 3**
- 1.3 Csoport-statisztika vagy egyedi eset – 5**
- 1.4 Statisztikai következtetés egyedi eseteknél – 7**
- 1.5 A junktim mai változata – 8**
- 1.6 A magnófelvétel mellett és ellen – 9**
- 1.7 Elméletvizsgálat – 9**
- 1.8 Folyamatmodellek – 10**

1.1 Keletkezéstörténet

Kutatási programunk több éves fáradozásunk eredményeképp úgy fogalmazható meg, hogy a pszichoanalízis „szülőföldjét” vizsgáljuk, mégpedig, mint mindig, magát a pszichoanalitikus helyzetet. Meggyőződésünk, hogy csak a páciens és az analitikus közötti interakció gondos vizsgálata alkalmas arra, hogy általa megértsük a pszichoanalitikus kezelés központi jellegzetességeit, s ezáltal kidolgozhassuk a folyamat empirikusan ellenőrzött elméletét.

H. Thomä, a szeniorszerző, az 1968. október 11-i DPV-gyűlésen Ulmban következőképpen indokolta a szisztematikus folyamatkutatás szükségességét a pszichoanalitikus folyamatkutatásról tartott pódiumbeszélgetésen:

1. Az irodalomból úgy tűnik, a pszichoanalitikus és a kapcsolatos pszichoszomatikus kutatás alapvetően két irányú, melyeket röviden folyamat- (process) és eredmény- (out-come) kutatásnak nevezünk. A folyamatkutatás lényege, hogy egyedi esetek pszichoanalitikus kezelését tudományosan kiértékeljük, míg a vizsgálatoknál, amelyek elsősorban a terápiás eredményekkel foglalkoznak, kezelt és kezetlen esetek összehasonlítása folyik. A két kutatási irány természetesen több ponton találkozik, hiszen a terápia eredménye összefügg a pszichoanalízis folyamatával. A folyamat és eredmény közötti különbségtétel visszavezethető az 1936-os marienbadi kongresszusra és különösen E. Bibring előadására.

Lehet, „az analitikus munka egyik érdemi lényege éppen az, hogy kutatás és kezelés egybeesnek” (S. Freud, 1912e, 380. o.); másutt Freud (1926a, 293-294. o.) az „értékes találkozásról”, a „gyógyítás és kutatás közötti junktimról”¹ beszél. De Freud ezen megállapításaiból nem következik eo ipso, hogy kezelés és kutatás azonos lenne. Bár a pszichoanalitikus helyzetbe bizonyos kontrollok beépítettek, ezek kvázi kísérleti helyzetet teremtenek – technikai utasítások, amelyek ismeretét itt feltételezem –, mégsem biztosítják, hogy az analitikus megfigyelései és a megfigyeléseiből levont elméleti

következtetések valóban megbízhatóak lennének.

Ma ezt a junktimot másképpen értelmezzük és különös hangsúlyt kap a „jótékony hatás”, tehát a terápiás változás igazolásának jelentősége. Ezenkívül, ma már nem „kvázikísérleti” helyzetről beszélünk, hanem a szabályok rugalmas kezelését hangsúlyozzuk.

2. A folyamatkutatás a pszichoanalízis leg-sajátabb területe. A pszichoanalízis menetét a pszichoanalitikus helyzetben folyamatok (process) határozzák meg. A specifikus technikai-pszichoanalitikus eszköz ábrázolódik az értelmezésben. A értelmezésben technika és elmélet összekapcsolódnak. A folyamatkutatások a technika tökéletesítését és az elmélet validálását szolgálják (Thomä, 1968).

Ez a visszautalás jelzi, hogy kezdetben a gyógyítás és kutatás kapcsolatában jórészt a Freud által közép-pontba állított „igazság igényt” hangsúlyoztuk. Nem véletlenül figyelmen kívül hagytuk a jótékony hatást, vagyis a terápiás dimenziót, mint minden analitikus felvilágosítás elengedhetetlen következményét. Mindez csakúgy mint Freud számára, számunkra is magától értetődött.

A kezelésfolyamat egyes vonatkozásainak vizsgálatára irányuló sokrétű fáradozásunk első tárgya az értelmezés volt. Thomä és Houben (1967) ezt először úgy próbálták vizsgálni, hogy az értelmezést mint az analitikus technikájának fontos oldalát és mint a páciens reakcióját fogták fel, hogy felbecsüljék az előbbi hatását az értelmezést követő reakciókra. E vizsgálódások során, amelyek a heidelbergi előmunkálatokban gyökereztek, majd Ulmban folytatódtak, tudatosodtak bennünk mind az értelmezések hatékonyságával kapcsolatos problémák, mind az elméletek igazságának kapcsolódó vonatkozásai is. Ezt a problémát máig sokrétűen vitatják, miként Leuzinger-Bohleber hozzászólásában (1995, 43. o.) az *Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument*hez Strenger (1991) meggyőző, „externális koherenciára” irányuló igényét a klinikai-pszichoanalitikus feltételezések terén összefoglalja.

Az értelmezések módszeres vizsgálatához Isaacs (1939) javaslatát követtük, s már 1963-ban kidolgoztunk egy megértési sémát. Ez azt igényelte az analitikustól, hogy az óra jegyzőkönyvének leírása során

¹ Lásd 1. kötet 10. fejezet a junktim tételről

elméletileg lokalizálja értelmezéseit, s pontosan adja meg a páciens ezekre adott reakcióit (pontosabban lásd Thomä és Kächele, 1988, 24–25.). A vizsgálatok során arra a felismerésre jutottunk, hogy a megfelelő validáció kérdése csak empirikus folyamat- és eredménykutatás révén vethető fel. Számos szerzővel egybehangzóan (egyebek között Wallerstein és Sampson, 1971) valamennyi ide vonatkozó kutatásunkat az egyedi eset módszerre építettük (Schaumburg et al., 1974), mert ez felel meg legjobban a pszichoanalízis meissneri (1983) jellemzésének, mely szerint a pszichoanalízis a szubjektivitás tudománya.

Az esettanulmány újraértékelése, amellyel Wallerstein és Sampson (1971) a klinikumot és a kutatást próbálták összekötni, döntő módszertani ösztönzést nyújtott kutatási stratégiánk kidolgozásához. Áttekintésükben azt hangsúlyozták, hogy szükséges-e és egyáltalán lehetséges-e a pszichoanalízisben a terápiás folyamat formalizált és szisztematikus vizsgálata. Őket idézzük:

„Úgy véljük, felmutattuk, hogy a válasz ma mindkét kérdésre hangsúlyos 'igen'...Meggyőződésünk, hogy az informális esettanulmány-nak, erős meggyőző ereje ellenére bizonyos valódi és nyilvánvaló korlátjai vannak” (Wallerstein és Sampson, 1971, 47.o.).

Fejtegetéseiket követve – és Ulmban messzemenően követtük ezeket – a módszeres esettanulmány a klinikai és tudományos tevékenység metszéspontjába kerül.

Davison és Lazarus (1994) szintén pozitívan nyilatkoznak az intenzív esettanulmány lehetséges előnyeiről:

Az esettanulmány

- kétséget ébreszthet egy általánosan elismert elmélettel szemben,
- értékes heurisztika lehet egy következő, kontrolláltabb vizsgálat számára, ha nem is ténylegesen kontrolláltan, de lehetővé teszi ritka, fontos jelenségek vizsgálatát,
- lehetőséget ad új alapelvek és elképzelések új módon való megtapasztalására,
- bizonyos körülmények között egy jelenség elegendő kísérleti kontrollját engedélyezi, hogy tudományosan elfogadható információhoz jussunk és
- hússal láthatja el az elméleti csontvázat.

Az érvek és ellenérvek felsorakoztatásával újra felfedezték az esettanulmány-módszertant (Bromley, 1986); új metodológiai kezdemények (Jüttemann, 1990) és minőségi kérdésfelvetések újraértékelése (Faller és Frommer, 1994; Frommer és Streeck, 2003) közben tartósan megváltoztatták nemcsak a társadalomtudományokat úgy általában, hanem a terápiakutatás különleges területét is. Hogy érdekes, a területet gazdagító válaszokat kapjunk, ma már hangsúlyosabban annak a tisztázásáról van szó, mely kérdések mely metodológiai megközelítéssel vizsgálhatóak (Kächele, 1986; Stuhr, 2001). A sokféle megközelítés közös célja, hogy megfeleljen „a társadalomtudományok szubjektív faktorának és az egyedi sorsot helyezze a kutatási fázisok fókuszába” (Leuzinger-Bohleber, 1995, 446. o.).

1.2 Kutatás a kortárs pszichoanalízisben

❶ Különbséget teszünk klinikumon belüli és klinikumon kívüli kutatás között.

Az angloamerikai nyelvterületen a következő fogalmakról beszélnek: „research in psychoanalysis” vs. „research on psychoanalysis”. A tudományos vizsgálatok a *pszichoanalízisben* a terápiás helyzetből indulnak ki. Optimistán feltételezzük, hogy a gyakorló klinikusok a pszichoanalitikus módszert kritikusán alkalmazzák és ezzel eleget tesznek a tudományos gondolkodás alapvető előfeltételeinek. Az angol nyelvben a „re-search” szóval a következő szójáték lehetséges: Wallerstein (2001) különbséget tesz „search” és „research” között. Az analitikusok állandóan kutakodnak („searching”), de hogy eljussanak a „search”-tól a „research”-ig, ahhoz szükség van az adatok bizonyos formalizálására és rendszeres kategorizálására. Az uralkodó címke-kultúrában a pszichoanalitikus szerzők munkájukat legtöbbször az áttételi és viszontátvételi folyamatok leírására korlátozzák. Ez erős szubjektivizmushoz vezet. A kezelési beszámolók kritikus bemutatását jellemzi, hogy utalnak pszichoanalitikus koncepciókra. Ennyiben a kutatásorientált analitikus szemben áll a klinikusokkal, akik „online” maradnak. Ezzel a megnevezéssel illetve Moser (1991) az együtt-lebegő magatartást és szembeállította az objektív off-line magatartással. Itt a történetek szubjektív átélése és a kezelés közben és kívül a történetekről objektív-

ló gondolkodás közötti ingázásról van szó. Nem csak kezelési beszámolók írásakor találja magát az ember off-line helyzetben. A kollegiális és interdiszciplináris viták alapját a publikált kórtörténetek képezik.

A kutatás a pszichoanalízisben tehát az anyaföldre, azaz a terápiás helyzetre vonatkozik és mindig érinti az analitikus személyét is, az ő gondolkodását és cselekedetét, ami nem csak általa, hanem harmadik személy által – tehát kívülről – is megfigyelésre kerül. Ennyiben a „research in psychoanalysis” és a „research on psychoanalysis” szembeállítás szétválasztja azt, ami összetartozik (Perron, 2003). Mindkét szemléletmód klinikumon belüli kutatásra vonatkozik. Hogy a klinikai szemléltetéseket – a címkétől az átfogóbb kazuisztikáig – az egyedi eset kutatás rangjára emelhesük, explicitté kell tenni a folyamattal szemben támasztott jelentős kritériumokat. Ebben az szellemben vizsgálta Leuzinger-Bohleber (1989) empirikus módon öt összesített egyedi eset tanulmányban a „kognitív folyamatok változását a pszichoanalízisben”. A vizsgálatot az tette lehetővé, hogy az ulmi szövegbankban rendelkezésre állt négy analízis dialógusa.

A klinikumon kívüli kutatásnak két nagy, független területe létezik. A pszichoanalízis alkalmazása a kultúra különböző területein nem ismer határokat, mivel a humán tudományokkal való interdiszciplináris csere óriási térre számot ölel fel, ami felsorolással csak tökéletlenül megfogható, ezért ettől most teljességgel eltekintünk. Ezzel szemben behatóbban szeretnénk foglalkozni a klinikumon kívüli, kvázi-kísérleti kutatással.

A hipotézisek felülvizsgálatának leghelyénvalóbb módszere ugyan a kísérlet (Campbell, 1967), ám az a vizsgálati tárgy bizonyos manipulálhatóságát feltételezi, ami klinikai helyzetben nem lehetséges. Ezért korlátozott a klinikumon kívüli kutatás jelentősége. Hogy a kísérleti bizonyítékok mekkora horderejűek a pszichoanalitikus elméleti konstrukciók felülvizsgálata terén, arról jó szándékú bírálóktól is átfogó másodlagos elemzések állnak rendelkezésünkre (Fisher és Greenberg, 1977; Kline, 1981), amelyeket már régebben összefoglaltunk (Käthele et al., 1991). Szép példája az ilyen kísérleti kutatásnak Shulmané (1990), aki egyes kohuti és kernbergi (hipo)tézisek érvényességét hasonlítja össze.

Nincs okunk arra, hogy a klinikai helyzetet a kísérlet fogyatékos változatának tekintsük, ami egy korábbi kedvelt nyelvi fordulatból következne, miszerint a

pszichoanalitikus kezelési helyzet kvázi-kísérleti keret. Shakow (1960) kritizálja ezt a felfogást, szerinte a pszichoanalitikus interjúról, inkább mint szemiatuális eljárásról kellene beszélnünk (88. o.). A megfelelő vizsgálati módszerek ennek következtében nem kísérletek, hanem a szisztematikus anyagelemzés módszerei. Az egyes esettanulmányban nem szükséges lemondani a pontosságról, olyan eljárások alkalmazhatók, amelyek adekvátak a vizsgált rendszerrel (Frommer és Rennie, 2001). *Psychoanalyse – eine Theorie in der Krise* című könyvében Marshall Edelson különösen hangsúlyozta, hogy az egyes esetekre vonatkozó kutatásnak módjában áll túllépni a heurisztikus, felfedezésre orientált látószögön (Edelson, 1985, 1988); de valójában ő maga sem szolgáltat konkrét példával.

Általában említésre méltó az a disszonáns viszony, ami a kutatási problémákat tárgyaló nagyszámú publikáció és a kevés valóban végrehajtott projektről írott cikk között áll fenn. A pszichoanalízis történetében többségben vannak azok a publikációk, amelyeket újabban a koncepciókutatás megnevezéssel illetnek. Dreher (1998) a pszichoanalitikus koncepciókutatásba való bevezető művének németül a következő címet adta: *Empirie ohne Konzept?* (Empíria koncepció nélkül?)². A fogalmak a pszichoanalitikus elméletnek és változásának kozmoszát jelölik. Ezért áll a koncepciók hatása és azok klinikai tapasztalathoz való kapcsolata, azaz operacionalizálása a szó legtágabb értelmében, egy évszázada a középpontban. A definíciók papíron rögzítik, mi volt és mi ma a pszichoanalízis. Gyorsan informálódhatunk a joggal nagyra becsült Laplanche és Pontalis féle *Vokabular der Psychoanalyse* (1972) segítségével. Hogy ezekkel a definíciókkal a pszichoanalitikusok mit tesznek a gyakorlatban, az jellemzi a realitást. A tiszta, absztrakt koncepciókutatás a levegőben lebeg és olyan papírtigris, mely képes írásban rögzített definíciókkal pszichoanalitikus identitásokat meghatározni és a tudományos előrelépést megakadályozni. Mint ahogy azt már a 2. kötet előszavában kifejtettük, Dreher maga vitte a tiszta koncepció kutatást ad absurdum úgy, hogy könyvét egy a képnélküli fogalmak ürességéről és fogalomnélküli nézetek vakságáról szóló Kant-móttóval vezette be (Dreher, 1998, 74. o.). Produktivitás elleni az a koncepciókutatás, amely a klinikai és empirikus tudományos vizsgálatokat a szük-

2 Az angol kiadásban *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis* (Dreher, 2000) elkerülte a provokatív-polémikus német címet.

ségszerűen behatárolt kérdésfelvetések miatt kritizálja. Világossá teszi ezt az a három példa, melyeket Dreher a koncepciókutatás jelentőségének bizonyítására kiválasztott. Leginkább a Luborsky által a CCRT-módszer („Core Conflictual Relationship Theme Method”, azaz központi kapcsolati konfliktustéma módszer) segítségével az áttétel megértéséhez végzett vizsgálatokat kritizálja. (Luborsky és Crits-Christoph, 1990). Dreher egy mindent felölelő áttétel-fogalomból kiindulva érvel és innen bírálja Luborsky szükségszerűen részleges definícióját és empirikus vizsgálatát. Vagyis nem azt bírálja, hogy Luborsky visszanyúlt Freud magdefiníciójához, hanem az áttétel fogalmának időközben fellépő konceptuális kiterjesztését az egész kapcsolatra vonatkozóan. Ez a kiterjesztés nem teremt fogalmi teret az új kapcsolat nem áttételfüggő vonatkozásainak.

❶ Az etiológiai kutatás a pszichoanalízisben az ismétlési kényszer változatos formáinak áttételi kliséként való megfigyelésével kezdődik.

A jövőre irányuló jelen terápiásan döntő dimenziói, az új tapasztalat „itt és most”-ja az áttétel fogalmához kapcsolódó, elengedhetetlen okkutatással konceptuálisan háttérbe szorult. Luborsky ezt olyan „segítő kapcsolatnak” nevezte, melynek formálásához az analitikus jelentősen hozzájárul, hiszen célja, hogy az átélés és viselkedés tudattalan feltételeit megváltoztassa. Luborsky biztosan rögtön leszögezné, hogy empirikus vizsgálata az áttétel fogalom csak egyetlen, bár központi szempontjára vonatkoznak. Ennyiben Dreher kritikája nem helyénvaló. Legjobb esetben is az aggodalom kifejezésének tekinthetjük, hogy a túlságosan beszűkített operacionalizálás által a pszichoanalízis könnyen elszegényedik. Valójában egyetlen klinikai szemléltetés sem boldogul a tágran megfogalmazott operacionalizálás értelmében vett konceptualizálás nélkül. Erről szól a második példa is, amellyel Dreher egyfajta önálló konceptuális kutatást vél demonstrálni. Utal a Dorothy Burlingham indította és Joseph Sandler alatt megvalósított Hampstead-indexre (Bolland és Sandler, 1965). Utóbbi úgy született, hogy tanácstalan, képzésben álló jelöltek klinikai jelenségek tömegével konfrontálódtak és azzal a követeléssel, hogy a jelenségeket rendeljék hozzá a dokumentáció meghatározta kategóriákhoz és fogalmakhoz. Sandler (1987) mint megmentő a bajban, bevetette tehetségét a fogalmak tisztázása érdekében. A klinikai jelenségekkel való konfrontációban új fogal-

makat is alkotott, amelyeket diplomáciai képességével vezetett be a szakmai közösségbe.

Kritikáját követően, miszerint Luborsky feltehetően hézagosan vette figyelembe az átfogó áttétel fogalmat és miután hiába próbált a Hampstead-indexen absztrakt koncepciókutatást demonstrálni, megemlíti Dreher a Sigmund Freud Intézetben Sandler vezetésével végrehajtott traumakutatást (Dreher et al., 1987; Dreher és Drews, 1991). A vizsgálat eredményére számítani lehetett: a pszichoanalitikusok ezt a fogalmat is erősen szubjektíven használják. Dreher tehát rájött, hogy koncepciókutatás tárgyra vonatkoztatás nélkül lehetetlen. Tisztán koncepciókutatók is a szubjektumokat veszik tárgykul.

1.3 Csoport-statisztika vagy egyedi eset

Az egyedi eset vizsgálata során fellépő módszertani és statisztikai kérdések vitatottak, amennyiben a statisztikában általában nagy esetszám szükséges (Kordy, 1986), s emiatt az egyedi esettanulmányt hosszú ideig tudománytalannak tartották.

A szakirodalomban hosszú ideig az az álláspont uralkodott, hogy az egyedi esettanulmányok nem alkalmasak alapkutatásra. Bellak és Chassan (1964) erről így írnak:

„A klinikai kutatás területén régóta él az a nézet, hogy a páciensek csoportjai között tett összehasonlítások a statisztikailag érvényes klinikai-tudományos kutatás sine qua nonját alkotják, s az egyedi eset legjobb esetben az intuíción és a klinikai felismerés státusára törhet, de nem hozzáférhető statisztikai tesztek és érvényességi próbák számára... (Ez a nézet) szerencsétlen módon ezt a természeténél fogva felületes módszertant a tudományosság egyetlen mintájaként továbbörökítette a klinikai kutatásban” (Bellak és Chassan, 1964, 23.o.).

Túlnyomóan gyakorlati okok azonban mégis az egyedi eset vizsgálatok módszertanának újrafelfedezéséhez vezettek, majd az elméleti és statisztikai értékelés folyamata is kibontakozott (Bortz és Döring, 1995, 289–299. o.).

A statisztikai következtetés során a következő alapvető nehézségek adódnak: bár valamely szignifikáns

eredményről (α tévedési valószínűséggel) elmondható, hogy túlzottan véletlenszerű, ám egy nem szignifikáns eredményről nem mondható, hogy feltétlenül véletlenszerűnek kell lennie. Kis, megbízhatatlanul összeállított csoportok eredményeinek statisztikai értékelésekor ez a nehézség különösen korlátozó érvényű.

A kutató által önkényesen megállapított első fajta kockázat, α , amely közvetlenül meghatározza valamely eredmény szignifikanciáját, valószínűvé teszi az alternatív hipotézis elfogadását, jóllehet a nulla-hipotézis helyes. A nulla-hipotézis emellett azt mondja, hogy az eredmény véletlenszerű; az alternatív hipotézis viszont azt, hogy az eredmény nem véletlenszerű, hanem jelentős (= szignifikáns). Emellett fennáll a második fajta kockázat, β is, ami megadja, hogy mekkora valószínűséggel fogadjuk el a nulla-hipotézist, jóllehet helyes az alternatív hipotézis. Ez a β kockázat – azonos α kockázat mellett – nagyobb mintavétel esetén kisebb, mint kisebb merítéskor. Kis kiterjedésű, nem-homogén mintavétel esetén tehát előfordulhat, hogy az anyagban előforduló jelentős különbségek a nagyfokú második kockázat miatt nem mutathatók ki, azaz az eredményt ugyan értelmesen lehetne értelmezni, ám statisztikailag nem lenne szignifikáns. A megfigyelések egymástól való függése, ami a klinikai kutatásban szinte szabálynak számít, statisztikailag a megfigyelő számára szintén kedvezőtlenül hathat. Az azonos osztályon fekvő páciensekre vonatkozó megfigyelések egymástól való függetlensége például a páciensek egymás közötti érintkezése folytán nem biztosítható.

Az említett nehézségekből kiútként Chassan (1979) az egyes páciensek intenzív vizsgálatát javasolja:

„Nehéz megérteni, miért hanyagolják el annyira a formális klinikai kutatásban az intenzív egyéni foglalkozást. Azt kell vélelmeznünk, hogy e mulasztás oka annak általános félreértése, legjobb esetben fel nem ismerése, hogy milyen végkövetkeztetések vonhatók le a sokat szidalmazott egyedi esetből. Kétségtelenül a kelleténél még kevésbé általánosan elfogadott, hogy az egyedi eset intenzív statisztikai vizsgálata több lényegi és statisztikailag szignifikáns információt nyújthat, mint például viszonylag nagyszámú páciens valamely rögzített állapotának egyszeri megfigyelése” (Chassan, 1979, 99. o.).

Ez utóbbi megjegyzéssel még konzervatív statisztikusok is egyetértenek. Edwards és Cronbach (1952) például kijelentették, hogy az információs nyereség arányosan növekszik a nem korreláló változók számával. A mérési módszerek finomodása éppúgy erre vezethet, mint a minta esetszámának növelése.

Modellelméleti szempontból az egyedi esettanulmány „intenzív modellnek” nevezhető, amellyel a nagyobb mintában történő egyszeri mérést mint „extenzív modellt” állítjuk szembe (Chassan, 1979). Az egyedi eset értelmes vizsgálatának előfeltétele, hogy a páciensen belül vizsgált jellemző időben változó legyen. A változók megfigyelése különböző feltételek mellett zajlik. A peremfeltételek, mint például az életkor, a nemi hovatartozás, a páciens személyisége és tapasztalatai viszonylag állandók maradnak, ennélfogva jobban kontrollálhatók, mint amennyire nagyobb minta esetén lehetséges volna (Martini, 1953). Másfelől, minthogy a kutató intenzíven foglalkozik az esettel, a peremfeltételeket jól ismeri, s amennyiben értelmesnek látja, ezeket bevonhatja vizsgálatába. Különösen pozitívnak tartja Chassan (1979) azt a lehetőséget, hogy

- az egyedi esettanulmány dinamikusan alakítható,
- a dizájn a vizsgálat során megváltoztatható, mellékhatások vehetők figyelembe és újabb kérdéshelyzetek vezethetők be, ami nagyobb minta esetén csak jelentősebb ráfordítással elérhető. Az egyedi esettanulmány lehetővé teszi, hogy a vizsgált páciens adott vizsgált változójáról kijelentéseket tegyünk. Nagyobb minta vizsgálata során viszont – még szignifikáns eredmény meglete esetén sem – mondható semmi arról, hogy a vizsgált változó az adott páciens esetében miként változik, ami a klinikai kutató számára, aki a vizsgáltól azt is várja, hogy utalásokat tartalmazzon a páciens jobb kezelésére nézve, súlyos hátránnyá jelenik meg (Petermann és Hehl, 1979).

Ezzel az egyedi esettanulmány (single-case-study) legfontosabb korlátját érintettük. A modern empirikus tudományokban él az a követelmény, hogy az esetekre vonatkozó általánosításoknak nagyobb mintavételeken kell alapulniuk. Bár az össznépségre vonatkozó kijelentések mindig aránylag kis mintákon alapszanak, de ezek tartalmazzák az interindividuais különbségekre vonatkozó információkat is, ami az egyedi esettanulmányban nem valósul meg. Ezért az ilyen kutatások eredményeinek általánosíthatósága lényegileg korlátozott.

Am Chassan (1979), mint az esettanulmány-módszer elkötelezett védelmezője nem fogadja el ezeket a kifogásokat. A vizsgált eset, írja, változói tekintetében meghatározott populációból ered; ha konkretizáljuk a változókat, az eredmény általánosítható arra a népeségre, amelynek ugyanilyen változói vannak. Ebben az összefüggésben, minthogy a változók az egyedi esetben jobban ismertek, mint bármely mintavétel esetén, ebből Chassan (1979) szerint következik, hogy az egyedi esetben jobb az általánosíthatóság. A vizsgált csoportra vonatkozó eredmények alapján történt visszakövetkeztetések érvényessége függ a vizsgált csoport kiválasztásának véletlenszerűségétől, ami a klinikai kutatásban általában nem adott. Ezen kívül gyakran a felállított kritériumoknak eleget tevő összes páciens bevonják a vizsgálatba, s így nem marad populáció, amelyre visszakövetkeztethetnek.

Ténylegesen a megismerés egyedi esettanulmányokból általánosabb kontextusokba való áttételének problémája megoldható úgy, hogy azonosítjuk a konkrét paramétereket, melyek jelentőséggel bírnak az egyedi esetben éppúgy, mint a populációban. Ez lehet pl. az anorexia esetében a súly- vagy a testérzékelési zavar. A speciális besorolása az általánosba az eset-összehasonlítás illetve az eset-szembeállítás módszereivel zajlik, amennyiben ezt lépésenként és a szükséges óvatossággal tesszük. A túláltalánosítás elkerülésére „meg kell állapítanunk az érvényességi terület határait” (Tress és Fischer, 1991, 614. o.).

1.4 Statisztikai következtetés egyedi eseteknél

Az egyedi esettanulmány problémáival foglalkozó módszertani vita központi kérdése, megengedhető-e „egy esetből” vagy $N=1$ -ből az egész populációra érvényes megállapításokat levonni. Megjegyezzük, hogy a matematikai-statisztikai analízis céljai itt szerényebbek és hogy az „eset” fogalom klinikai és statisztikai kontextusban teljesen más jelentésű. A pszichoterápiás egyedi esettanulmányban gyakran több terápiás ülés mintájával dolgozunk, melyeket megfigyelt statisztikai esetként fogunk fel. Az ülések időbeli egymásutánisága miatt a statisztikai mintában a megfigyelt esetek rettegő függősége is közrejátszik. Az idő változó, pl. a dátumként vagy ülésszámként operacionalizálva, egyúttal lehetőség arra, hogy ezt a függőséget statisztikailag kontrolláljuk. A populációt, melyre statisztikai

technikák segítségével következtetünk, a vizsgált személy (a klinikai eset) adott terápiában vagy terápiás szakaszban szereplő üléseinek összmennyisége adja. Az alkalmazott statisztikai teszt α -hibája tájékoztat a visszakövetkeztetések bizonyosságáról. Az alapazonosságot tehát a vizsgált személy, adott esetben maga a vizsgált páciens-terapeuta-diád képezi.

Abban az esetben, ha egy terápia összes ülését vizsgáljuk, az α -hiba figyelembe vétele más értelemet nyer. A humán megfigyelőnek többnyire nehéz a törvényszerűt a véletlenszerűtől megkülönböztetnie. A megkülönböztetésnél értékes segítséget nyújthatnak a statisztikai módszerek; az α -hiba ekkor a szignifikancia helyett felfogható a lelet relevanciájaként.

Az egyedi esettanulmányok statisztikailag biztosított eredményeinek egy részénél megkérdőjelezhető azok más klinikai esetekre való alkalmazhatósága. Ez a lényegileg lehetséges és elvárt általánosítás azonban nem matematikai-statisztikai természetű. Az a pletyka, miszerint Freud saját álmairól készült feljegyzései alkotják a pszichoanalízis alapját, legendás példává vált a két társadalomtudós, Bortz és Döring (1955, 299. o.) kutatási módszerekről írott elismert tankönyvében.

Bortz és Döring (1995) megfontolják az egyedi esettanulmányok leleteinek érvényességét:

„Az egyedi esettanulmányban egyetlen vizsgálati egység... kerül alapos kutatásra és leírásra, melynek során a megfigyelési módszerek gyakran központi szerepet játszanak. A minőségi egyedi esetmegfigyelés segít, hogy individuális folyamatokra és fejleményekre vonatkozó kérdéseket megválaszoljunk. Így klinikai területen nagyon fontos, hogy a páciens fejlődését a pszichoterápia során pontosan megfigyeljük, hogy aztán a beavatkozás sikerességét megítélhessük” (Bortz és Döring, 1995, 298. o.).

Továbbra is aktuális Chassan fent említett megkülönböztetése:

„A széleskörű mintavételi vizsgálatokkal ellentétben, melyek tendenciaszerűen sok objektumot metszetként szemlélnek (*extenzív kutatás*), az egyedi eset kutatásban egy eset összetettsége kerül a lehető legátfogóbban és legrészletesebben vizsgálatra (*intenzív kutatás*)” (Chassan, 1979, 298. o.).

A humántudományok területén az egyedi esetvizsgálatból nyert adatok általánosíthatósága különleges lehetőségeket teremt:

„Az egyedi esettanulmányok a magas elemszámú mintavételi vizsgálatokkal szemben biztosítják a vizsgálati terület jobb áttekinthetőségét és ezáltal a potenciális zavarkeltő változók jobb felügyeletét is; különösen alkalmasak pszichológiai, gyógyászati, pedagógiai és más hasonló hipotézisek vizsgálatára” (Chassan, 1979, 542. o.).

A leletek esetre jellemző és nem általánosítható része komplementer jelentésű. A csoportorientált kutatás ugyanis azokra a tulajdonságokra fókuszál, melyek a vizsgált populáció legtöbb egyedében közösek. Az egyetlen emberre jellemző jelenségeket, melyek individualitását alkotják, egy kalap alá helyezik pl. a „tiszta hibaváltozó” elnevezést viselő egyszerű megfigyelési hibákkal. Mivel ez a vizsgált kollektíva minden résztvevőjére érvényes, a csoportos vizsgálatok az individualist szisztematikusan elhanyagolják. Az egyedi esettanulmány különösen alkalmas az egyediség és individualitás dimenzióját kutatni és méltatni.

1.5 A junktim mai változata³

Az egyedi eset tudományos kutatása nézetünk szerint a junktim mai változata. Ebben az értelemben a Freud által követelt „jótékony hatás”, tehát a terápiás siker, mint pragmatikus igazságkritérium (► lsd. 2.1 fejezet). Megkívánja a klinikustól, hogy pontosítsa a struktúrára és a pszichodinamikára vonatkozó hipotéziseit, s önkritikusan keresse azokat a kritériumokat, amelyek ezeket megerősítik vagy cáfolják. Ilyen alapon végezhető a pszichoanalitikus terápiára vonatkozó kutatás.

A formalizált értékelés lehetősége meghaladja a klinikai egyedi eset kutatás heurisztikus, hipotézisképző funkcióját s a junktim gondolatát új vonatkozással gazdagítja. Ebben az értelemben tartja paradoxonnak Eagle (1988), „hogyan pszichoanalitikus szerzők szinte minden célra próbálják alkalmazni a klinikai adatokat, kivéve azt az egyet, amelyre a legalkalmasabbak – a terápia által előidézett változás értékelésére és megértésére” (Eagle, 1988, 209.o.).

Ennek az eljárásnak a mintapéldájával szolgál Joseph Weiss és Harold Sampson, a Mount Zion Pszichoterápiás Kutatócsoportjában, amely az elhárítás elemzésének két versengő elméletét vizsgálta az egyedi eset kapcsán (Weiss & Sampson, 1986; Neudert et al., 1990).

A döntés, hogy az egyedi esetből nyert hipotéziseket nagyobb csoportokon is ellenőrizni kell-e, függ attól, hogy a vizsgált állítás milyen igény szintet képvisel a pszichoanalitikus elmélet keretei között. Egy sor további kutatásban a Mount Zion Pszichoterápiás Kutatócsoport egy hosszú pszichoanalitikus esetről kidolgozott kontroll-uralom elmélet fogalmát tervelemzéssel rövidebb terápiákon ellenőrizte, a fogalom általánosíthatóságára tekintettel (Silberschatz et al., 1991, ► lsd. 5.9 fejezet).

Ez a vizsgálat az egyesült államokbeli pszichoanalízis első mintaesetét, Mrs C. Hartvig Dahl (New York) által jegyzett pszichoanalitikus kezelését használta, amit a későbbi években csak Dahl-lal kooperáló kutatók elemeztek (Bucci, 1988, 1997; Dahl és Teller, 1993; Horowitz, 1977; Spence et al., 1993, 1994; Jones és Windholz, 1990). Az „Anonymus” név alatt megjelentetett „specimen hour”-ral (1988) először vezette be (az akkor még anonim) analitikus és kutató Dahl a mintaeset mintaórát kifejezést.

További példákkal szolgál a mindennapi klinikai gyakorlathoz viszonylag közel álló egyedi esetelemzésre Luborsky és munkacsoportja, már 1953-ban Cattell-lal való közös munkájuk során propagálták a P-faktor-analízis terápiakutatásba való bevezetését (Luborsky, 1953, 1995):

A philadelphiai pszichoanalitikus intézetben munkacsoportot hoztak létre, amely elsősorban az áttétel fogalmának klinikumközeli, módszeres megértésével foglalkozott. Négy analitikus kezelésről töltöttek ki a pszichoterapeuták az ülésekre vonatkozó kérdőíveket; ezek az analitikust mint szakértőt saját tevékenységével kapcsolatban állásfoglalásra kérték. A napi adatok nagyobb idősorokban történő egyesítése világosan megmutatta, hogy a két kedvező lefolyású analízisben az áttétel erőssége a vége felé egyértelműen csökkent; a két kedvezőtlen kimenetelű esetben viszont nőtt (Graff & Luborsky, 1977).

Az egyedi eset kutatás módszertanának ismeretekben gazdag s különösen módszertanilag színvonalas áttekintése található Hilliard (1993) valamint Fonagy és Moran könyvében (1993). Utóbbiak a fiatalkori

³ A junktim kifejezésre lásd Thoma-Kächele 1. kötet 10. fejezet

diabétesz pszichoanalitikus kezelésén bemutatták az egyedi eset metodika mintaszerű alkalmazását is (Moran & Fonagy, 1987). Újabb, költséges, de kifejezetten tartalmas vizsgálati lehetőségek adódnak ott, ahol idősoros analitikus eljárást alkalmaznak (Brähler et al., 1994; Brosig et al., 1997).

1.6 A magnófelvétel mellett és ellen

A klinikai megbeszélések szempontjából előnyös ugyan, ha az analitikus részletesen beszámol érzéseiről és gondolatairól az ülés során s ezt írásos jegyzőkönyvben rögzíti; ez lehetővé teszi, hogy más kollégák kialakítsanak alternatív látásmódot. Ugyanakkor ismételt kimutatták az ilyen beszámolók rendszerszerű gyengéit, amelyek az úgynevezett Pulver-kutatásból (1987a-c) és Fosshage módosított replikációiból (1990) valamint Streecknél (1994) is kiderültek.

Időközben kellően ismertté váltak a nem-formalizált kezelési protollokon alapuló kutatások gyengéi. Ahogy Spence (1986) mondja, analitikus narratívákat gyakran burkolt pszichodinamikus feltevéseknek megfelelően konstruálnak meg. Ráadásul gyakran szinte lehetetlen kifizetni az analitikus hozzájárulását; többnyire csak szelektíven néhány értelmezést közölnek. Megállapíthatatlan, mit hagytak ki s mi hangzott el valójában. Tudományos vizsgálódásokban nem elegendő kizárólag az analitikus emlékezetére hagyatkozni – ennek az álláspontnak különösképpen analitikusok számára kellene egyértelműnek lennie.

Egy Meyerrel közösen végrehajtott projektünkben az analitikus „értelmező visszatekintés” kifejezéséből („Liegungsrückblick”), az ülésre való visszatekintésben (Kächele, 1985), nem véletlenül jött létre a „hazugsági visszatekintés” („Lügungsrückblick”) kifejezés (Meyer, 1988).

Emiatt új kutatási paradigmát teremtettek, amikor bevezették a magnófelvételeket a pszichoanalitikus helyzetbe (Meyer, 1962a, b; Gill et al., 1968). Egészen elégedtek Alexander projektjével, aki 1961-ben, két évvel halála előtt, a Ford Foundation anyagi támogatásával létrehozott egy kutatócsoportot, amely az egyik általa végzett és hangfelvételen rögzített heti kétórás pszichoterápia 100 ülését vizsgálta. A kezdeményezőjétől eltérő nézetek a csoporton belül, aki nyilvánvalóan nem tudott mit kezdeni technikájának kritikus szemléletével, majd Alexander halála véget vetettek a projektnek,

amit csak 1994-ben publikáltak összefoglalóan (Eisenstein et al., 1994).

Az eszköz immár nem vitatott a kutatásorientált pszichoanalitikusok tudományos közösségében (Thomä & Kächele, 1988, 26. o. skk.). Ezzel szemben az IPA hivatalosan továbbra is elutasítja a hangfelvételeket (ld. 2. kötet, 30. o.). Természetesen egyetértünk Colbyval és Stollerral (1988, 42. o.), hogy a felvétel átirata nem arról „számol be, ami valóban történt”, hanem csak „arról, amit valóban leírtak”. Erre a figyelmeztető megszorításra csak azt válaszolhatjuk, hogy megtaláljuk milyen kép rekonstruálható az átirat alapján az „igazi” pszichoanalitikus folyamatról. A hangrögzítés eszköze által teremtett legfőbb előrehaladás abban rejlik, hogy független megfigyelőknek lehetővé teszi, legyenek akár pszichoanalitikusok, akár más tudományágak képviselői, hogy önálló megállapításokat tegyenek arról, mi történik a rendelőben. Ezáltal számos társadalomtudományi módszer bevonható a pszichoanalitikus folyamatkutatásába.

1.7 Elméletvizsgálat

Kutatómunkánk alapvető célján túl, jelesül, hogy önálló hozzáférést nyerjünk az in-vivo anyaghoz, azt is feladatunknak tekintjük, hogy felülvizsgáljuk a klinikai pszichoanalitikus elmélet bizonyos vonatkozásait. Ahhoz, hogy megtudjuk, mit tesznek a pszichoanalitikusok, nem látszik elegendőnek a személyes elméletekre és ezen személyes elméletek állítólagos alkalmazására hagyatkozni (Sandler, 1983, 1991). A koncepciókutatás ugyan alapos utánagondolást igényel a fogalomtörténet terén is, nem korlátozódhat azonban „armchair-theorizing”-ra. Kutatnunk kell, milyen módon transzformálják az analitikusok gondolkodásukat a terápiás helyzetben. Módszeres leírást kell adnunk arról, hogy mit mondanak az analitikusok, s milyen szerepet játszanak a dialógusban a páciensek. Ehhez a magnófelvételek kellő alapot szolgáltatnak; még pontosabb lejegyzési lehetőségek bizonyosan megfontolandóak, de az ilyen kérdések eldöntéséhez nem feltétlenül szükségesek.

A videó-felvételek, amelyeket Krause (1988, 1989) bőségesen alkalmaz a face-to-face terápiákban, a fekvő analízisekben még nem bizonyultak meggyőzőnek. Ennek oka a fekvő páciens kisebb fokú arcmozgásában rejlik (F. Pfaefflin szóbeli közlése).

Kutatókként a klinikai hipotézisek klinikumon kívüli vagy belüli ellenőrzése miatt sokféle ismeretelméleti és módszertani kérdéssel foglalkoztunk (Thomä & Kächele, 1973; lásd 2. fejezet). Nehézségeink ellenére egyértelmű, hogy a klinikai pszichoanalízis számos jellegzetes fogalma és elmélete olyan területekre vonatkozik, amelyek végső soron nyelviileg is megnyilvánulnak. Bár a tudattalan folyamatok jól vizsgálhatók és vizsgálják is őket kísérleti helyzetekben (Kächele et al., 1991), mi az ökológiai érvényességet tartottuk szem előtt, amikor a pszichoanalitikus ülések természetes, nem-kísérleti anyagát vizsgáltuk. Mert a kezelés során jönnek létre azok az adatok, amelyek megerősíthetik vagy cáfolhatják a klinikai feltevéseket (Hanly, 1992). Úgy határoztunk, hogy a megfelelően lejegyzett pszichoanalitikus kezeléseket kutatjuk.

1.8 Folyamatmodellek

A pszichoanalitikus kezelés folyamatmodelljei nem absztrakt, elméleti entitások; gyakorlatilag a pszichoanalitikus mindennapi munkájának részei. Ezeket a folyamatalkzatokat az analitikusok nemzedékei átadják egymásnak. Gyakran csak metaforikusan, de kimondatlan elméleteket tartalmaznak. Sandler (1983, 43. o.) joggal elvárja, hogy tegyük nyílttá e koncepciók magándimenzióit. Ilyen kutatást végezve meglepve tapasztalnánk, milyen sokféle jelentést kapcsolnak az analitikusok egy olyan fogalomhoz, mint amilyen a „pszichoanalitikus folyamat” (Compton, 1990).

Jelen ulmi tankönyv első kötetében bemutatunk néhány folyamatmodellt (► 9.3. fejezet), s felvázoltuk a saját folyamatmodellünket is, amelynek alapja a „fókusz fogalma” (► 9.4. fejezet). Fókuszon a terápiás munka mindenkor középponti, interakcióban teremtett témáját értjük, amely a páciens által hozott anyagból és az analitikus megértéséből fakad. Minthogy az egyes fókuszokat a közös nevező, a központi konfliktus kapcsolja össze, ez a folyamatmodell rövidebb és hosszabb kezelésekre egyaránt alkalmazható. Ezenkívül különböző elméleti koncepciókkal is összeegyeztethető. Ezért a következő végkövetkeztetést vontuk le: „A pszichoanalitikus terápiát mint *folyamatos, időben nem korlátozott fokális terápiát szemlélhetjük, amely változó fókusszal zajlik*” (1985, magyar kiadás, 314. o.)

A pszichoanalitikus kezelés menete ulmi folyamatmodelljének ez a koncepciója a kialakuló módszeres elméleti kutatásokkal való foglalkozásunk eredménye

volt (Luborsky & Spence, 1971, 1978). Igen határozottan felismertük, hogy a pszichoanalitikus folyamatkutatásnak túl kell lépnie azon a szubjektív állásponton, amely terápiás lehetőségeit illetően minden elméleti álláspontot egyenértékűnek tekint. Pulver végkövetkeztetése (1987c, 289.o.) szerintünk empirikusan nem igazolható. A klinikai pszichoanalízisnek nézetünk szerint a narratív önfélreértésből – hogy ismét visszatérjünk Habermas ítéletére Freud szcientista önfélreértéséről – át kell alakulnia modern empirikus tudománnyá, feltéve, hogy nem kíván a nem-medikális senkiföldjén kikötni (Meyer, 1990).

Szükséges a terápiás interakció leíró vizsgálata, s természetesen annak leíró vizsgálata is, ami az analitikusban (König, 1993, 1996) és a páciensben történik, különösen az internalizálás vizsgálata, ahogy azt az Intersession-Questionnaire (Orlinsky, 1990; Arnold et al., 2004) felfogja. Ehhez alapvetők azok a kutatások, amelyek arra vonatkoznak, hogy miként fejeződnék ki verbálisan és nem-verbálisan a tudattalan fantáziák (Krause et al., 1992). Ebből nyilvánvaló, hogy az alapos és megbízható leírás szükségességét tartjuk az elméleti általánosítás és az etiológiai rekonstrukció előfeltételének.

A kezelésfolyamat interaktív alapozásának tisztázásakor nemcsak arról van szó, hogy különbözőképpen reagálunk ugyanarra az anyagra, hanem arról, hogy beismerjük: az analitikust a páciens anyaga személyesen érinti. Klinikai terminusokkal kifejezve: gyakran állapítjuk meg, hogy a viszontlátétel megelőzi az áttételt. A kutatás nyelvén úgy mondanánk, hogy az analitikus kognitív és affektív elképzelései létrehozzák azt a szemantikus teret, amelyet a páciens használhat. Az érintettség tényleges foka csak magnófelvétellel megállapítható. Meglepő, mennyi problémát kell leküzdenie az analitikusnak, ha egy kollégának átadja az ülés átíratát. Mert az ilyen átírat túl könnyen „elárulja”, ami az önmegítélésből elmaradt: a jelentős eltérést a saját professzionális ideál és a köznapi rutin között (Kubie, 1958; Fonagy, 2005).

Dahl et al. (1978a) kimutatták, hogy a pszichoanalitikus észlelésének szelektív faktora hatékony, amikor páciense anyagával dolgozik; az együttelebegő figyelem követelménye a Sandler értelmében vett tudattalan szerepelvárásokat ébreszthet. Az ítélet és evidenciaképződés problémáira való különböző utalások igazolják az analitikus helyzet kétszemélyes megalapozását, amely helyzetben a reális kapcsolat és áttétel között nem oly

szilárd határ húzódik, mint reális versus fantáziált között; ehelyett ezeket mint a szociális térben létrejövő konstrukciókat kell megértenünk (Gergen, 1985; Gill, 1997).

Ezért az áttételi neurózisban a lelki konfliktusokat, legalább részben interakcióban hordják ki; ennek mi-kéntje ahogy fejlődik a diádikus folyamat funkciója. Formája sajátos minden terápiás diádban, amely eleve minden pszichoanalitikus kezelésnek az egyedi történet státusát kölcsönzi. Sok folyamatmodell mégis kizárja ezt a historikus egyediséget.

A gondolkodás hatókörét a kezelésfolyamat freudi modelljén szemléltetjük, a sakkjátékkal való összehasonlítással. A sakk a megnyitás szakaszában, olyan szabályokat léptet életbe, amelyek megteremtik a történés potenciális menetét s léteznek minden különleges körülménytől függetlenül. Ugyanakkor az egész világon azonos szabályok szerint sakkoznak. Ezen túlmenően léteznek stratégiák és taktikák, amelyek a játék különböző szakaszaiban hasznosak, például a megnyitás vagy a végjáték során. Ezek minden játékos egyéni technikája szerint térnek el egymástól, s interaktív módon a diádikus helyzetben szabályozódnak, amikor a játékosok számításba veszik az ellenfél feltételezett erősségeit és gyengéit.

Mondhatjuk-e, hogy a pszichoanalízisben van valami, ami hasonlít ehhez a konkrét helyzettől különválasztható, rögzített szabálygyűjteményhez? A sakkban könnyű különbséget tenni a szabályellenes és a szabályszerű lépések között; a pszichoanalízisben nehéz ilyen megkülönböztetés (Thomä & Kächele, 1985, 222.). Sok pszichoanalitikus még hisz abban, hogy a pszichoanalitikus helyzet a konkrét céloktól elkülönítve meghatározható. A pszichoanalitikus kezelésmo-delljének ilyen koncepciója lehetne Freudnak az a megállapítása, amely az áttételi neurózis függetlenségét mondja ki a befolyásoló analitikustól:

„Beindít egy folyamatot, a meglévő elfojtások feloldásának folyamatát, felügyelheti, előmozdíthatja azt, akadályokat távolíthat el az útból, kétségtelenül sokat ronthat is rajta. Egészében véve azonban az egyszer beindult folyamat a saját útját járja, nem írható elő sem az iránya, sem ama pontok egymásutánja, ahol támad” (Freud, 1913, 463. o.).

A mi olvasatunkban ez a megállapítás többértelmű. Freud valóban abban reménykedett, hogy a technikai szabályokkal a lehető legjobban megközelítheti a kísérleti tudományok ideálját. Bár a szabályokat azért alkotta, hogy megakadályozza a köznap interakciót páciens és analitikus között, az ilyen interakció mégis kikerülhetetlen (Swaan, 1980). Ma már nyilvánvaló, hogy Freud elgondolása hiábavaló volt. Sohasem volt és sohasem lesz lehetséges szociális nulla-helyzetet teremteni, bár hosszú ideig ez volt a pszichoanalitikusok alapvető utópikus fantáziája.

Éppily kevésbé dolgozhatunk azzal a gyakran hangoztatott feltevessel, hogy általában véve minden kezelési folyamat olyan szakaszokon halad keresztül, amelyek a lineáris, koraitól a későbbiig haladó átdolgozás formáját öltik, ahogy Fürstenau (1977) folyamatmodellje fogalmaz. A természetszerű linearitás helyett fókuszok sorozatát koncipiáljuk, amelyek mindenkor a páciens szükségletei, vágyai és az analitikus lehetőségei közötti kiegyenlítődési folyamat eredményei, s mottójuk: mi történik, mikor, mely időben és mely analitikussal.

Zárszó

A pszichoanalitikus terápia kutatása még mindig a mostohagyerek helyzetében van; nem túl sokan foglalkoznak vele. A kutatás tudományos intézményekhez kötött, mert ott áll rendelkezésre a szükséges infrastruktúra. A súlypontok közé ma éppúgy odatartozik a pszichoanalitikus terápia formáinak átfogó összehasonlító értékelése, és a pszichoanalitikus cselekvés középponti terápiás koncepcióinak mikrofolyamat szintű elemzése. Empirikusan mindeddig nem plauzibilis a standard pszichoanalízis szigorú elhatárolása más, belőle levezetett pszichoanalitikus terápiás eljárásoktól. A személyhez kötött pszichoanalitikus működés nagy változatossága következtében nagyon változatos formát ölt az, ami ma nemzetközileg pszichoanalízisnek számít, s olyan sokrétűségről gondoskodik, amely szigorú klaszifikációval csak mesterségesen felosztható, ahogy az az IPA Research Committee „Open Door Review”-jából megérthető (Fonagy et al., 2002).

Talán többet segít, ha azonosítjuk a pszichoanalitikus-terápiás működés lényeges dimenzióit, s mindenkor a páciens érdekében és vele együtt találjuk ki, miféle keverék és milyen adagban kívánatos a számára.

- ❶ Az egyes pszichoanalitikus feladata továbbra is, hogy gondos esettanulmányokkal járuljon hozzá ahhoz, hogy ténykedését megalapozottan bemutassa.

Mivel manapság a „common ground” Gabard fogalma szerint (1995) viszontáttetelek ezreiből áll, elvárhatjuk,

hogy a szubjektív önértékelések legalább a terápiás cselekmény előfeltételeiként kerüljenek ábrázolásra. Kritikus klinikusok akkor járnak jó úton, ha hozzájárulnak a pszichonanalitikus terápia objektíválásához. Freud aggodalma, miszerint a terápia agyonüti a tudományt, fölöslegessé válik. Továbbra is minden egyedi eset hozzájárul a pszichoanalitikus tudás bővüléséhez.