

Horst Kächele, Helmut Thomä,

- 3.1 Pszichoanalitikus kutatás – 66**
- 3.2 Freud kórtörténeteinek módszertani paradigmaként – 68**
- 3.3 Az egyedi személyiség mint kutatási tárgy a társadalomtudományokban – 81**
- 3.4 A kórtörténettől az egyedi eset kutatásig – 90**

* Aktualizálva Kächele alapján (1991b)

3.1 Pszichoanalitikus kutatás

A pszichoanalízisről mint tudományról folyó vita az utóbbi években az egész világon megéledt. Minél világosabbá válik a köztudatban, hogy a pszichoanalízis mint pszichológiai rendszer nagy befolyást gyakorolt és gyakorol a pszichoszociális szakmára és a modern kultúrára egyaránt, annál feltűnőbb az a körülmény, hogy ennek az elméleti és gyakorlati rendszernek a keletkezése után 70 évvel bizonyos alapvető fogalmakat még mindig ellentétben ítélik meg (Grünbaum, 1998). Mégsem tekinthetjük túlzásnak, ha Freud első kísérletét, hogy a neurotikus tüneteket alapvetően másként magyarázza, mint kortársai, tudományos forradalomnak nevezzük. Freud próbálkozásai előtt a pszichiátria „elfajult konstitúció” következményeinek tekintette a hisztériás tüneteket – tehát szomatikus adottság következményének. Freud döntő hozzájárulása a pszichológiai kutatás fejlődéséhez két feltevés kidolgozásában rejlett: a hisztériás tünetek első sorban pszichés, ha nem is szükségszerűen tudatos jelenségeknek, továbbá értelmes lelki képződményeknek tekintendők. A pszichologizmus és a determinizmus saroktétele, mint Mayman (1973) kiemeli, a két legfontosabb saroktétel, amelyre a pszichoanalízis a mai napig épül. (Lásd ehhez különösen Rapaport fejtegetéseit a pszichoanalízis módszertanáról szóló kevésbé ismert előadásában; Rapaport, 1944).

E két feltevés bevezetése, amelyekkel az ehhez szükséges megfigyelési módszerek kialakulása járt együtt, döntő fordulópontot és módszertanilag új paradigmát (Kuhn, 1962) jelent. A pszichoanalitikus elmélet és gyakorlat fejlődésében az egyik középponti ellentmondás, hogy Freud egyfelől jelentékeny és élesesű módszertani gondolkodónak számít a tudományelmélet történetében (lásd ehhez Kaplan, 1964, aki tankönyvében átveszi Freudnak az elmélet legfontosabb alapfogalmainak túl korai és szigorú meghatározása elleni érveit), másfelől viszont az empirikus pszichoanalitikus kutatás elméleti hozadéka csatlóást okoz: Mayman (1973) így kommentálja Hilgard, Kubie és Pumpioan-Mindlin (1952) összefoglaló munkáját:

„A pszichoanalitikus és kvázi-pszichoanalitikus kutatás ötven éves áramlatában a fontos próbálkozások zömét érintik, s ezek szinte kivétel nélkül érdekesek, de – szintén majdnem

kivétel nélkül – elméleti hozamukat tekintve csatlóást keltőek” (Mayman, 1973, 4. o.).

Kétségtelenül Freud sajátos munkamódjának is tulajdonítható, hogy a pszichoanalitikus felismerések a tudományos-elméleti kritika kereszttüzében kerültek: számára ugyanis új hipotézisek felkutatása sokkal fontosabb volt, mint a klinikailag szerzett ismeretek további empirikus módszerekkel történő fardságos ellenőrzése.

A pszichoanalitikus elméletnek a negyven éve folytatott pszichoanalitikus kutatás során történő állandó továbbfejlesztése, amelyet még maga Freud indított el, jól nyomon követhető bizonyos központi fontosságú klinikai fogalmak, például a szorongás-fogalom (Compton, 1972) kapcsán. Amde nem mindig minden fogalmat idomítottak a fejlődés adott fokához, némelyik, például az álomelmélet hosszú ideig alig változott (Edelson, 1972): a teljes pszichoanalitikus elméletnek ez a hiányzó konzisztenciája válik nyilvánvalóvá az olyan rendszerezési próbálkozások nyomán, mint amilyen Rapaporté (1960) vagy Gillé (1963), s ez a pszichoanalitikus elméletalkotás egyik sajátossága maradt. Amit általában „pszichoanalitikus elmélet”-nek neveznek, az inkább kutatási program, amely sokfajta elmélet laza összekapcsolását jelenti, s ezek tudományelméletileg igen eltérően ítélandók meg. Létezik például pszichoanalitikus elmélete az emlékezésnek, az észlelésnek, a figyelemnek, a tudatnak, a cselekvésnek, az érzésnek, a fogalomalkotásnak, az élettörténeti fejlődésnek, hogy csak néhány alapvető elméletet említsünk. Ezekre épülnek a klinikai elméletek, amelyek igen sokféleképpen fogalmazódnak meg (vö. például a szorongás-elméletet a nárcizmus-elmélettel, vagy a kezelés elméletét, amelyen belül ismét csak különbséget kell tenni a kezelésmenet elmélete és az eredmény elmélete között). Az egyes alkotórészek, rész-elméletek ellenőrzése szintén mindenkor önálló feladat, amelyet a legkülönbözőbb módszertani eljárásokkal kell megoldani. Ami a pszichoanalízis klinikai elméletét illeti – s csak ebben a tekintetben foglalkozunk az idevágó kérdésekkel –, még igen eltérő nézetek fogalmazódnak meg a hipotézisellenőrző kutatás módszereit illetően.

A pszichoanalízis és az akadémikus pszichológia közötti viszály indítéka a klasszikus pszichoanalitikus módszer mint kutatási eszköz megítélése. A pszichoanalízis klinikai jelentőségét nem vitatják annyira, az elméleti vitáknak is kevésbé tárgya. Tudománylogika-

ilag azonban a kutatás és terápia együttesének (Freud, 1927) megítélése még ma is annyiban vitatott, amennyiben hipotézisek ellenőrzésére törekcszenek. Sarnoff (1971) félreérthetetlenül fogalmazza meg a kísérleti pszichológus véleményét arról az állításról, hogy a pszichoanalitikus helyzet kvázi-kísérleti helyzet:

„Logikailag nem következik, hogy a pszichoanalitikus terápia végzése eszményi, szükséges vagy elégséges módszer a (freudi) személyiség-felfogásból fakadó levezetések ellenőrzésére. Voltaképpen a sokféle ellenőrzetlen esemény miatt, amely a páciens és analitikus közötti interakcióban bármely pszichoanalitikus ülés során bekövetkezik, bizony kijelenthetjük, hogy az ilyen ülések akár minimális mértékben sem képesek eleget tenni az ellenőrzés tudományos elvének, amelyre a freudi személyiségelméletből levezethető hipotézisek ellenőrzése céljából van szükség” (Sarnoff, 1971, 8. o.).

Ebből adódik a következtetés, hogy bármely kijelentés, amely a pszichoanalitikus üléseken szerzett tapasztalatra támaszkodik, tudományosan érvényesnek csak akkor fogadható el, ha kísérletileg ellenőrzött. Ezt a felfogást azonban Kubie (1952) már igencsak elutasítóan fogadja:

„Sok ilyen laboratóriumi kitalálással csak földhözragadt módon és korlátozott érvényre lehet bizonyítani sok mindent, ami a való életben ismételtlen bebizonyosodik. Nem szabad olyan problémákra pazarolni a kísérleti eszközöket, amelyeket már egyértelműen bizonyítottak, s amelyekkel szemben csakis emberi elfogultságaink tesznek vakká bennünket. A kísérletezőnek inkább ott kellene kezdnie, ahol a naturalista befejezi” (Kubie, 1952, 64. o.).

Ezután azzal hasonlítja össze a helyzetet, mint amikor van Leuwenhoek feltalálta a mikroszkópot. Ebben az értelemben Kubie úgy véli, elegendő keresztülnézni az analízis mikroszkópján, hogy meggyőződjünk a vitatott kérdések érvényességéről. Szerintünk is kétségtelen, hogy bizonyos elemi jelenségek, amelyekre a pszichoanalitikus elmélet épül, nem szorulnak kísérleti ellenőrzésre: alig vagy egyáltalán nem szükséges értel-

mezni, hogy a pszichés folyamatoknak két, egy elsőleges és egy másodlagos fajtája létezik; a megfigyelés számára nyilvánvaló, hogy álombeli vagy drogok által kiváltott állapotok olyan „pszichés folyamatokat idéznek elő, amelyek nem engedelmcskednek a rendezett logikus gondolkodás törvényeinek” (Rapaport, 1960, 117. o.). Mihelyt azonban ezeken az első megfigyeléseken túllépve, pontosabb kijelentésekhez szeretnénk jutni, új módszertani útra kell tértünk. A sokféle, egymásnak ellentmondó klinikai elmélet létezése a pszichoanalízisen belül, miként a sokféle eltérő pszichoterápiás iskola is nyilvánvalóvá teszi, hogy az analitikus megfigyelési módszer mint társadalomtudományi eszköz csak feltételeken hasonlítható a természettudományok megfigyelési eszközeként használatos mikroszkóphoz. Ezért Rapaport (1960) szerint a pszichoanalitikus elmélet pozitív bizonyítékai az összegyűjtött klinikai megfigyelések területén lehetnek fel:

„A rendszer első vívmánya fenomenológiai volt: ráirányította a figyelmet egész sor jelenségre és a köztük fennálló kapcsolatokra, s ezek ennek nyomán látszólag először értelmesnek és ésszerű megfontolások számára hozzáférhetőnek” (Rapaport, 1960, 116. o.).

A fenomenológiai szint, a kapcsolatok rendezése tekintetben az összegyűjtött klinikai anyag Rapaport (1960) szerint egyértelműen pozitív szerepet játszik a pszichoanalitikus rendszerek szempontjából. A rendszer elméleti tételei, tehát például a speciális neurózis-elmélet szempontjából azonban ez a bizonyosság már nem áll fenn:

„Minthogy a klinikai kutatásnak nincsenek szabályai, a bizonyító anyag legnagyobb része az elmélet számára még akkor is jelenség szintű és anekdotikus marad, ha terjedelme az objektív érvényesség látszatát kölcsönzi neki.” (Rapaport, 1970, 116. o.)

A klinikai megfigyelések értékelésében – amit nem szabad összekeverni a klinikai értelmezés technikájával – hiányoznak az egyértelműen megállapított szabályok: ez tehát a legfőbb gyengéje a klinikai kutatás eddigi ellenőrzésének a pszichoanalízisben.

„Ebben a helyzetben sürgősnek látszik újlag felülvizsgálni Freud esettanulmányait, hogy megállapíthassuk: tudásunk mai állása mellett adódnak-e belőlük szabályok a klinikai kutatás számára, vagy sem.” (Rapaport, 1970, 116. o.)

Az itt bemutatott vizsgálatok ebből az indítástól születtek, s Freud kórtörténeteit didaktikus és a tudományos bemutatásra vonatkozó elveik szerint tekintjük át. Megpróbálom bizonyítani, hogy Freud egyszerre próbál ideografikus és nomotetikus módon eljárni, s ez a törekvés klinikai típusok természetébe torkollik. Meyer (1971) már évekkel ezelőtt hangsúlyozta a tipológikus szemlélet jelentőségét, de nem igazán talált értő fülekre.

Ezt követően szeretnénk világossá tenni, hogy az egyedi személyiség kutatása a pszichoanalízisben kórtörténeti keretbe illeszthető. Befejezésül a pszichoanalitikus tudományos beszámoló történeti fejlődését úgy jellemezzük, mint átmenetet a kórtörténetből az egyedi esettörténetbe.

3.2 Freud kórtörténetei módszertani paradigmaként

Rapaport követelése ellenére a pszichoanalízisben és a pszichoterápiában kevés figyelmet szenteltek az eset-ábrázolásnak, mint a tudományos kommunikáció eszközeinek (Stuhr és Denecke, 1993). Ezért különösen érdekes, hogy az utóbbi években viszont megjelent néhány munka, amelyek a pszichoanalízis tudományelméleti státuszát egy freudi kórtörténet kapcsán próbálta tisztázni. M. Sherwood (1969) a pszichoanalízis magyarázó elveinek logikai elemzése során fejtegetéseinek középpontjába Paul Lorenz, a Patkányember történetét állítja. Eközben mindazonáltal utal arra a sajátos helyzetre is, „hogy feltehetően nincs még egy terület, ahol ilyen átfogó elméleti építményt emeltek volna ennyire vékony alapzatra”. (Sherwood, 1969, 70. o.)

A formális-logikai struktúra szempontjából elemezte Perrez (1972) a Farkasember kisgyermekkori neurózisának ábrázolását. Mindkét szerző az érvelés menetének érvényességét ellenőrzi az esetek ábrázolásában (miközben átmenetileg eltekintenek a tartalmi érvényesség problémájától). Ha Sherwood inkább

azt próbálja tisztázni, hogy egyáltalán miféle logika felel meg a pszichoanalízisnek, addig Perrez csupán nomotetikus-általánosító koncepciót dolgoz ki. Eközben – mi mást is várhattunk volna – hézagokat fedez fel az ábrázolásban, nem-teljes levezetéseket s csupán vázlatos magyarázatkezdeményeket a Hempel-Oppenheim-séma értelmében vett teljes magyarázatok helyett (lásd ehhez Stegmüller, 1969). A tudományelméletileg megalapozott igényeknek ez a korlátozott teljesítése kétségkívül hozzájárul ahhoz is, hogy Perrez éppen egy esetábrázolást választott vizsgálati tárggyul. Problematikusnak érezzük a burkolt feltevést, hogy a nyilvánosság-ra hozott kórtörténet a tényleges történet reprezentatív leképezése s ezért a pszichoanalízis tudományelméleti státusza egy kórtörténet kritikai feldolgozásával meghatározható. Mert a kezelés menete és az esetábrázolás közötti leképezési viszonyt tudásunk szerint egyáltalán nem vizsgálták módszeresen. Így nyitott kérdés marad, hogy a kórtörténet befejezetlensége magának a kezelésnek az összefoglaló bemutatására vezethető-e vissza, vagy a megfigyelési anyag volt elégtelen a kezelésben. Éppen a visszanyúlás egy olyan esetábrázolásra, amelynek középpontjában az akkoriban Jung és Adler által képviselt felfogás „cáfolata” áll, kényszerített ki egy olyan szelektív bemutatást, amelyben inkább a vitatott pontok kerültek szóba, más, nem vitatott feltevések viszont levezetés nélkül kerültek felhasználásra.

Ezek a kifogások azonban nem érintik Perrez elvi bírálatát: inkább azt a kérdést kellene feltenni, hogy miként is festene a pszichoanalitikus folyamat olyan ábrázolása, amelyik a megfigyelés szintjén nem mutatja a klasszikus kórtörténetek említett fogyatékosságait. Maga Freud kezdettől tudatában volt kórtörténetei tudományos tökéletlenségének. Félig csodálkozva, félig önigazolásaként hangzik a *Studien zur Hysterie*-ben Freudnak az a megjegyzése, hogy kórtörténeteit „úgy kell olvasni, mint novellákat (Freud, 1895a, 227. o.), s hogy úgyszólván hiányzik belőlük a komoly tudományosság”. A művészi szándékot azonban Freud rögtön a következő mondatban visszautasítja:

„Azzal kell vigasztalnom magam, hogy ezért az eredményért nyilvánvalóan inkább a tárgy természete, mint az én elfoglaltságom felelős” (uo.).

1 Schalmey (1977) munkája vélhetően még kevésbé ismert; a Schreber-eset kapcsán a pszichoanalízis érvelési és bizonyítási logikáját is elemzi.

Bár Freud mint író, tudományos szövegek szerzőjeként nagy megbecsülésnek örvendett, amit 1930-ban kapott Goethe-díja is igazol (s amit ugyanebben az évben nagy tanulmányában Walter Muschg is hangsúlyoz), az a tény, hogy miként a költő, élettörténeteket, emberi sorsokat kell leírnia, nem tette vakká a szakadékkal szemben, ami a költőktől elválasztotta:

„Egy további bonyodalmat is figyelembe kell vennem, amely kétségkívül egyáltalán nem foglalkoztatna, ha egy novellához kellene költőként ilyen lelki állapotot kitalálnom, s nem mint orvosnak, boncolgatnom kellene” (Freud, 1905e; idézi Schönauf, 1968, 11. o.).

Freud írói képességei kétségtelenül döntően hozzájárultak a kórtörténet kiformálódásához a pszichoanalízis keretei között. Wittels többek között ezt írja Freud-életrajzában:

„Stekel közölte, hogy Freud azt mondta neki, később regényíró szeretne lenni, hogy a világra hagyja, amit a páciensei meséltek neki” (Wittels, 1924, 13. o.).

Mint E. Kris (1950) hangsúlyozza, Freud intellektuális konfliktust élt át.

„A felismerések, amelyek megnyitáltak előtte, hallatlanul újak voltak: az ember lelki életének konfliktusait kellett a tudomány eszközeivel ábrázolnia. Bizonyára csábítóan hatott az új terület bekebelezését a beleérző megértésre alapozni, például a kórtörténeteket elsősorban az életrajzi adalékokba gyökereztetni és minden felismerést az intuícióra alapozni, ahogy a költőktől megszoktuk” (Kris, 1950, 8. o.).

Freud irodalmi biztonsága az életrajzi anyag ábrázolásában, amely először a *Studien*-ben bontakozott ki teljes mértékben, kézenfekvővé és közvetlenné kellett tegye a kísértést.

A levelekből (Freud-Fliess-levelezés) tudjuk, mennyire képes volt már ekkor is lélektanilag átszínezni a költészet motívumképzését; C. F. Meyer két novellájának elemzése alkotja a legkorábbi ilyen irányú próbálkozásokat (Kris, 1950, 20. o.).

Intuitív megértés és tudományos magyarázat elmentése nevezhető az említett intellektuális konfliktus középpontjának, s az elméletben és gyakorlatban ez a konfliktus máig sem enyhült. 1928-ban Freud azok közé sorolja magát, akiknek „kínokkal teli bizonytalanság és lankadatlan tapogatózás közepette kellett utat törniük”; s összehasonlítja magát másokkal, akiknek megadatott, hogy a „saját érzéseik forratagából a legmélyebb felismeréseket mégis szinte fáradság nélkül varázsolják elő.” (Freud, 1928, 410. o.).²

Vajon az esszézerű ábrázolási forma csupán a „pszichoanalízis tárgyi természetének” következménye? A látszat ellenére, amelyet a kórtörténetek keltethetnek, Kris szerint soha nem lehetett kétséges, melyik oldalon áll Freud.

„A tudomány iskolájába járt, s a gondolat, hogy az új pszichológiai tudományos módszerre alapozza, ez lett Freud életműve.” (Kris, 1950, 20. o.)

Meissner (1971) Freud módszertanát vizsgálva a klinikai pszichoanalízist úgy határozza meg, mint a szubjektivitás tudományát, mint az ételés és módosulásai ellenőrzött megragadására való kísérletet (281. o.). Sherwood (1969) ugyanilyen szóközi kérdést tesz fel olvasóinak:

„Mi is a megismerés tárgya (a pszichoanalízisé): mi áll az analitikus érdeklődésének középpontjában ebben az esetben?” (Sherwood, 1969, 188. o.).

Sherwood szerint a Patkányember esettörténetére adott magyarázat kísérletében Freud úgy határozza meg ezt a páciens, mint individuális embert:

„Freud, s mint megfigyelő utódai, mi is az egykori páciens egyénnel szembesülünk, akinek élettörténete számos képtelenséggel – eseményekkel és magatartásformákkal – ismert meg; ezek magyarázatra szorulnak, s az érthető emberi viselkedésmódok összefüggésébe ágyazandók. Miként a történetíró, Freudot is

2 Lange-Kirchheim (1999) nemrég felülvizsgálta a Freud sugallta vélekedést, miszerint Freud kerülte a költőt, mint pl. Arthur Schnitzler társaságát. Különösen az 1922-26 közötti időszakban erősödött a személyes kapcsolatuk (112. o.).

az események és az egyéni történet bizonyos sajátos lefolyása érdekli” (Sherwood, 1969, 188. o.).

Az egyes kórtörténetek céljának ez a módszeres meghatározása mégsem fedti teljesen Freud szándékait, mert mindegyik kórtörténet áttekinthetetlen utalásokat tartalmaz más, hasonló konfliktusokkal viaskodó páciensekre. Mindenütt találunk tehát megjegyzéseket a fellelt tényadatok általánosíthatóságáról, például a *Farkasemberben* ezt a mondatot:

„Ahhoz, hogy e két utóbbira vonatkozó megállapításokból új általánosításokra tegyünk szert, számos ilyen alaposan és mélyen analizált esetre van szükségünk.” (Freud, 1918b, 140. o., magyar kiadás: 173. o.).

A Sherwood által elhelyezett hangsúlyok helyességét illetően döntőnek látszik az a körülmény, hogy új ismeretek szerzése az egyes esetről mindig csak összességében lehetséges. Ezáltal vág egybe az általunk kifejlesztett klinikai vizsgálati technika módszertani sajátossága az egyes kórtörténettel, amit Meissner (1971) is hangsúlyoz: „Az analitikus módszertannak végső soron az egyedi eset ábrázolásán kell alapulnia” (302. o.). A kórtörténet funkciójaként ennek következtében az egyedi események magyarázatát nevezzük meg, ami a pszichoanalitikus narratíva (Farrell, 1981) ideografikus mozzanatának tematizálását jelenti. A pszichoanalízis elméleti helymeghatározásának problémája ebben a bonyodalomban gyökerezik, amelyet a szubjektum bevonása hoz magával. Erre a körülményre már Hartmann is utalt *Grundlagen der Psychoanalyse* című történetileg jelentős munkája (1927) bevezetésében:

„A pszichoanalitikus pszichológiát történetileg az jellemzi, hogy abból a szakadékból nőtt ki, amely az elemi lelki folyamatokat természettudományosan, főként kísérletileg vizsgáló pszichológiát látszólag áthidalhatatlanul választotta el a költők és filozófusok „intuitív” pszichológiájától. A pszichoanalízis történeti jelentősége a pszichológia szempontjából abban rejlik, hogy a lelki életnek azokat a területeit tette a természettudományos szemlélet számára hozzáférhetővé, amelyeket addig az

alkalmi megfigyeléseknek s a tudományosan többé-kevésbé felelőtlen, ráadásul többnyire értékelő pszichológiai aperçu-nek engedtek át” (Hartmann, 1927, idézve 1972, 8. o.).

A kórtörténet jelentőségét a klinikai pszichoanalízisben abból a szempontból is értékelni kell, hogy a pszichoanalitikus kutatás első évtizedeiben fontos kommunikációs közeg volt a gyakorlatban egymástól elkülönülten dolgozó pszichoanalitikusok számára. A didaktikus oldal vélhetően sokkal erősebben befolyásolta a pszichoanalitikus képzés koncepcióját, s emiatt a későbbi kutatók kiképzését is, mint általában gondolkodja (Michels, 2000).

A kórtörténetnek ezt a központi helyét a pszichoanalitikus képzésben könnyen szemléltethetjük, ha áttanulmányozzuk a legkülönbözőbb pszichoanalitikus intézetekben elhangzott előadások jegyzékét. Az a hat kórtörténet, amelyet Freud részletesen bemutatott, a mai napig a pszichoanalitikus klinikumba való bevezetésként szolgál, igaz, át- meg átdolgozott formában. Jones például ezt írja a Dóra-esetről: „Az első kórtörténet évekig modellként szolgált a pszichoanalitikus kandidátusok számára.” (1962, 306. o.) A szoros kapcsolat terápia, kutatás és képzés között egy olyan közlési formát hagyományozott át, amelyben a rövid esetbeszámoló számított annak a természetes formának, amelynek a kutatás szempontjából való relevanciája ragyogó megerősítést nyert.

A problémákat, amelyeket a keletkezében lévő empirikus társadalomkutatás fokozatosan rendszerezett – csak egyet említve közülük: a klinikai megfigyelés megbízhatóságának problémája –, a pszichoanalitikus kutatók közössége emiatt csak későn és habozva fogadta be. A részletes freudi esetbemutatókat emelték mintaképpé:

„Freudnak ez a hat értekezése az ábrázolás és a tartalmi eredetiség tekintetében egyaránt mesze föltötte áll mindennek, amivel azóta akár-mely analitikus próbálkozott” (Jones, 1962, 304. o.).

Az eszményítés levonása mellett is talányos marad, vajon miért nem ösztönzött legalább a freudi kutatások részletessége és pontossága számos további kórtörténetet, melyek mára a pszichoanalitikus megfigyelések aranybányájának számítanának. Mint később bemu-

tatjuk, csupán néhány kísérlet született átfogó klinikai ábrázolásra. Mielőtt a továbbiakban eleget tennénk Rapaport felszólításának s Freud esettanulmányait módszertani szempontból vennénk szemügyre, hadd soroljunk fel néhány élettrajzi adalékot, amelyek Freudnál az esettanulmányok létrejötté szempontjából nagy jelentőségűek voltak.

A freudi élettrajzból

Freud képzése eleinte teljesen azon a vágányon haladt, amelyet a Brücke laboratóriumában végzett természet-tudományos tanulmányai jelöltek ki számára. Klinikai neurológiai tanulmányai tovább erősítették az empirikus-kísérleti orientációt. A helmholtzi iskola gondolati irányzatától különösen az afáziáról szóló munkájával (Jones, 1960, 256. o.) határolódott el elméletileg. Jones azonban azt is hozzáteszi, hogy Freud ugyan jó klinikusnak, rendkívül ügyes hisztológusnak és önálló gondolkodónak bizonyult, a kísérleti pszichológia terén azonban alapjában véve nem volt sikeres.

A plasztikus ábrázolás hangsúlyozása terén Freud mintaképe vélhetően Charcot lehetett, akiről 1893-ban maga ezt írta:

„Mint tanár Charcot egyenesen lebilincselő volt, mindegyik előadása, felépítését és tagolódását tekintve kis műalkotás, formailag tökéletes s oly hatásos, hogy az ember egész nap képtelen volt kiünni füléből a hallott szavakat s elhessegetni a bemutatott tárgyat” (Freud, 1893f, 8. o.).

Nekrológiában Freud különösen Charcot klinikai koncepcióját emeli ki, amelyet sajátos adottságai révén különösképpen továbbfejlesztett:

„A nem ismert dolgokat rendszerint újból és újból szemügyre vette, napról napra erősítette az általuk keltett benyomást, míg végül megszületett benne a megértésük. Szellemi pillantása előtt ekkor rendezetté vált a káosz, amely ugyanazon tünetek ismétlődő felbukkanása miatt látszott annak; kialakultak az új körképek, amelyekre bizonyos tünete csoportok állandó összekapcsolódása volt jellemző: a teljes és szélsőséges esetek, a 'típusok' bizonyos fajta szemantizálás segítségével voltak kiemelhetők, s a típusokból kiindulva tekintette át szeme az

enyhébb esetek, a *formes frustes* hosszú sorát, amely a típus említett jellegzetes jegyeitől a bizonytalanság felé tartott. Ezt a fajta szellemi munkát, amelyben nem volt párja, „nozográfiának” nevezte, s „büszke volt rá” (uo., 22. o.).

Freud szemében tehát Charcot nem tépelődő, gondolkodó volt, „hanem művészi tehetség, vizuális típus, látó” (uo., 22. o.). A Freud által rendkívül tisztelt személy ábrázolásából az is kiviláglik, mely vonásokat szeretett volna maga Freud – akkortájt nem nagyon tudatosan – önmagában a középpontba állítani.

Freud akkori sikertelen kísérleti munkáinak szembeállításra az ugyanebben az időszakban végzett leíró hisztológiai munkáival, szintén erre a különbségre utal:

„A szem előnyben részesítésének a kézzel, a passzív szemlélődésnek az aktív cselekvéssel szemben két oldala van: vonzódás az egyikhez s viszolygás a másiktól. Freudnál mindkettő jelen volt” (Jones, 1960, 75. o.).

Vélhetően ez a beállítódás okozta, hogy Freud a különböző aktív terápiás technikáktól, például az elektrotérápiától vagy a hipnózistól is elfordult:

„Inkább megfigyelni és hallgatni szeretett, abban bízva, hogy a neurózist, ha egyszer már felismerte, így valóban meg tudja érteni, s úrrá tud lenni az erőkn, amelyek okozták” (uo., 76. o.).

Csak találgatni tudjuk, mekkora lehetett Charcot hatása Freud klinikai kutatásaira – soha nem mulasztotta el, hogy „az elméleti orvostudomány túlkapásaival szemben védelmezze a látásra és rendezésre épülő tisztán klinikai munka jogait” (Freud, 1893f, 23. o.).

„...Azt hiszem, sokat változom. Részletesen szeretném felsorolni Neked, hogy mi hat rám. Charcot, a legnagyobb orvosok egyike, zseniálisan józan ember, egyszerűen magával ragadja nézeteimet és szándékaimat. Megannyi előadása után mintha csak a Notre Dame-ból távoznék, a tököly új érzésével... Hogy az elvetett mag hoz-e termést valaha, nem tudom; de hogy nem volt még ember, aki ennyire hatott

volna rám, azt biztosan tudom.” (1885. október 10-i levél Martha Bernaysnek, idézi Jones, 1960, 222. o.).

Jegyesének Párizsból írt leveléből azonban levonható a következtetés, hogy Freud főként Charcot hatására tért át a neurológiáról a pszichopatológiára. Charcot-tól nemcsak a klinikai módszert, hanem a hisztéria rehabilitálását és a neurotikus kórképek kutatása jelentőségének elismerését is átvette:

„Charcot munkássága először is újból visszaadta témának méltóságát; fokozatosan megszoktuk a gúnyos mosolyról, amelyre a páciens akkortájt bizton számíthatott: már nem kellett szimulánsnak számítania, minthogy Charcot minden szakmai tekintélyével kiállt a hisztérikus jelenségek valóságára és objektivitása mellett” (Freud, 1893f, 30. o.).

Freud empirikus, ám nem kísérleti módszere kétségtelenül méltó a nagy mester, Charcot mintájához. Amikor Freud Párizsba ment, az anatómia eleinte jobban érdekelte a klinikai kérdéseknél. Az elhatározást, hogy befejezze a mikroszkópnál végzett munkát, Jones (1960) lényegében személyes okokra és Charcot tudományos befolyására vezeti vissza (252. o.).

Freud esetpéldáihoz

Tudomásunk szerint pontos összehasonlítást még senki sem végzett Charcot és Freud betegségábrázolásai között. Charcot nozografikus módszerének ábrázolása mégis különösebb nehézség nélkül alkalmazható Freud klinikai ábrázolási formájára. Hiszen az analitikus munka középpontjában a lelki élet tipikus folyamatai közötti kapcsolat áll. A tünetek helyébe a pszichés mechanizmusok lépnek, s ezek feltárásában rejlik a döntő lépés, amellyel Freud meghaladta a leíró pszichopatológiát.

Emmy von N.

Már említettem a kórtörténet sajátos jellegének freudi igazolását, amely az Elisabeth von R.-eset epikrizisében található. A *Studien zur Hysterie* című kötetben közölt kórtörténetek közül az első (Emmy von N.) mindazonáltal még messze nem hasonlít novellára. Az ábrázolás, formáját tekintve folyamatban lévő kezelés jegyzőkönyvére emlékeztet, amelyet alig átdolgozott formában tesznek közzé. Nyelvezete józan és tárgyilagos, s messzemenően a megfigyelés szintjén marad. Maga a kórtörténet szerzője több év után a kezdő iránti elnézéssel tekint vissza erre az ábrázolásra:

„Tudom, hogy manapság egyetlen analitikus sem olvasná némi együttérző kuncogás nélkül ezt a történetet. De ne feledjük, hogy ez volt az első eset, amelyben a kataritikus eljárást kimerítően alkalmaztam” (1924-es kiegészítés, Freud, 1895, 162. o.).

Más kérdés, vajon ez a „kezdő” valóban részről-e elnéző mosolyunkra. Egy chicagói kutatócsoport alaposan tanulmányozta Freud tudományos stílusát a *Studien zur Hysterie* időszakában, s e vizsgálódásból kitűnt, hogy már azok a kórtörténetek is mintapéldák voltak:

„Freud a klinikai bizonyítékokat és az elméleti állításokat más-más absztrakciós szinteken mutatta be, amelyeket a megfigyelési adatokból induktív következtetések révén vezetett le. Világosan jelezte, amikor deduktív logikával alkot hipotéziseket, s ilyeneket csak ritkán alkalmazott. Dedukciókat azért alkalmazott, hogy elméleteit olyan klinikai előrejelzésekkel validálja, amelyeket azután a rendelőkben lehetett tesztelni” (Schlesinger et al., 1967, 404. o.).

Freud kijelentései az életművében található esettanulmányok módszertani nehézségeiről azt mutatják, hogy teljesen tudatában volt az esettörténet mint tudományos közlési forma problematikusának, s mindig is hangsúlyozta az ilyen közlemények heurisztikus jellegét. A következőkben ezért felsorakoztatunk néhány ilyen megállapítást, melyek egytől egyig a nagy kórtörténetekben találhatók.

Dóra

Az *Egy hisztéria-analízis töredékét* például a következő szavakkal vezeti be:

„Sok év telt el azóta, hogy 1895–1896-ban megjelentek nézeteim a hisztériás tünetek kialakulásáról és a hisztériára jellemző pszichés folyamatokról. Most, amikor jelen munkámban a korábbi nézeteimet kívánom alátámasztani egy betegség történetének és gyógyításának részletes leírásával, nem takaríthatok meg néhány bevezető gondolatot, amelyek egyrészt különböző szempontból igazolják tevékenységemet, másrészt csökkenteni igyekeznek az olvasó elvárásait dolgozatom iránt” (Freud, 1905e, 163. o., magyar kiadás: 9. o.).

Fő célja az volt, hogy „abból az anyagból, amelyből ezekre a kutatási eredményekre jutottam”, valamint hozzáférhetővé tegyen „a szélesebb közvélemény számára” (uo., 8. o.). Mindazonáltal rögtön elismeri, hogy eközben a közlés során jelentős technikai nehézségeket kell leküzdenie. Az orvos az ülések során nem készíthet jegyzeteket, „mert felkelténé a páciens bizalmatlanságát, őt magát pedig megzavarná a felmerülő anyag megfigyelésében. Még számomra is megoldatlan probléma, hogyan rögzítek egy hosszú ideig tartó kezelés történetét egy esetleges közlés céljából”. A Dóra-esetben két, a közlés szempontjából kedvező körülmény segített:

„először az, hogy ez az analízis csupán 3 hónapig tartott, másodsor, hogy az esetet megvilágító anyag két – az analízis közepe táján, illetve a végén elbeszél – álom köré csoportosult.

Az álmodok szövegét közvetlenül az óra után feljegyeztem, így biztos támaszt nyújtottak a belőlük kiinduló értelmezések és az emlékezetem számára” (uo.).

Igy volt lehetséges, hogy Freud ezt a kórtörténetet a kezelés befejezése után, emlékezetből írta le. Ez az emlékezet jelentős teljesítménye, s motiváló tényezőként nem mulasztja el kiemelni, hogy memóriáját a közzététel iránti érdekek élesítette.

A Dóra-eset számos klinikai másodelemzés követte (többek között Deutsch, 1957; Kanzer, 1966; Erikson, 1962; Levine, 2005; Mahony, 1987, 2005). Módszertani szempontból S. Marcus (1974) utalt a szöveg nyelvi minőségére és meggyőző erejére; valódi mestermunka a meggyőzés mesterségében, véli D. Spence (1987). Ezen kívül Hertz (1983) egy kevésbé ismert munkájára is utal: Freud és Dóra egyformán hallgatagok; egyikük sem meséli el a teljes történetet, s bizonyos bizonytalanság marad fenn a két főhős tudásának eredetét illetően.³ Dóránál nem világos, hogy miért; Freudnál megfontolt tartózkodásról van szó. Teljesen más a véleménye Bredének (2002): ő félrevezetőnek tartja Spence véleményét, amely a Sherlock Holmes-hagyományhoz köti az ügyet. Ez utóbbit azt sugallja,

„hogy létezik az adatgyűjtésnek egy pozitívista módja, s a neurotikus megbetegedésekre egyértelmű magyarázat adható. Valójában azonban az esettanulmányban laza összefüggés áll fenn klinikai és magyarázó narratíva között” (Brede, 2002, 243. o.).

Ehelyett azt javasolja, hogy „az esettanulmányban a tudományos megfigyelések és azok pszichoanalitikus eredményei ábrázolásának önálló műfaját lássuk” (uo., 243. o.). Az általa javasolt kritériumoknak – időbeli struktúra, értelemkonstrukció, töredékjelleg és megfigyelői szubjektivitás – azonban még be kell válniuk. De hogy miben, az kérdéses.

3 Utalunk kell az irodalomtudományi – nagyrészt feminista – írásokra, amelyek a Dóra-eset kapcsán születtek (King, 1995; Lange-Kirchheim, 1999).

Kis Hans

Freud következő kórtörténete *Egy ötéves kisfiú főbiájának analízise*. A „kis Hans” (Freud, 1909b, 241-377. o., magyar kiadás: 129-258. o.). A bemutatás alapja itt a páciens apjával (aki, mint ismeretes maga is jelen volt kezelés során) felvett és gyorsírással rögzített jegyzőkönyv. Freud maga kommentálja a kezelést, s epikrizisben foglalja össze, amelyben három irányból vizsgálja az előadott megfigyeléseket:

„az első, hogy mennyiben támasztja alá azt a megállapítást, amit a Három értekezés a szexualitás elméletérőlben (1905) tettem; a második az, hogy mit tehetünk eme igen gyakori betegségfajta megértéséért; a harmadik, hogy mit nyerhetünk belőle a gyermeki lelki élet megértésére és nevelési céljaink kritikája számára” (Freud 1909b, 336. o., magyar kiadás: 218. o.).

Az itt bennünket érdeklő módszertani kérdés – jelesül hogy mi a kórtörténet mint gyakorlati és tudományos közlési eszköz jelentősége – keretei között ez a beszámoló azzal tűnik ki, hogy viszonylag világos a választóvonal megfigyelés és magyarázó kommentár között. Ez azzal a szereposztással magyarázható, amelynek során az apa terapeutaként beszámol és Freud mint kontrollanalitikus kommentál. Az apának a pszichoanalízis iránti érdeklődése vélhetően alátámasztja a keresett anyag iránti figyelmet, mindazonáltal a szövegben világosan felismerhető távolsgáttartás áll fenn. Valószínűleg ez játszhatott közre abban, hogy a főbiájának ezt az esetét más beállítódású pszichológusok is újraértelmezték. Így születtek pszichoanalitikus kiegészítések és más megoldási kísérletek, például Baumeyer (1952), Gardner (1972) és Loch és Jappe (1974) tollából. Ez az esetbemutatásnak vélhetően a javára írható, ha egyáltalán lehetővé tesz különböző értelmezéseket.

Patkányember

Ugyanebben az évben tett közzé Freud egy további átfogó kórtörténetet is. A *Megjegyzések egy kényszerneurotikus esetről* (Freud, 1909d, 379-463. o., magyar kiadás: 259-340. o.) című írásban persze sokkal több van, mint amit a szerény cím sejtet. A Patkányember, Paul Lorenz esete ugyanis a hat nagy esettanulmány közül az egyetlen, amely teljes és sikeres kezelést ismert. Ezt az esetbemutatást sok tekintetben példaszerűnek kell neveznünk. A beszámolóval kapcsolatos technikai nehézségek, amelyekről Freud még a Dóra-eset kapcsán panaszkodott – hogy például egyáltalán nagyobb kezelési periódust kell emlékezetben tartani –, itt megoldódtak. Az esetről szóló beszámoló ugyanis naponta készített feljegyzéseken alapul, amelyekre Freud rendszerint esténként kerített sort.

Bár Freud éppen ebben az esetben óv attól,

„hogy magát a kezelési időt használja a hallottak rögzítésére. Az orvos figyelmének elterelődése nagyobb kárt okoz a páciensnek, mint ami a kórtörténetben a reprodukció hűség nyeresége révén megbocsátható” (Freud, 1909d, 385. o., magyar kiadás: 265. o.).

A naponta készített feljegyzések mindazonáltal elengedhetetlen alapként szolgálnak a későbbi tudományos értékelés számára. Minthogy azonban Freud a kéziratot és az azt előkészítő jegyzetanyagot egyaránt meg szokta semmisíteni, s ezen kívül még attól is óvott, hogy a kezelés befejezése előtt magyarázatokat kíséreljünk meg, gyakran halljuk azt a véleményt, hogy a pszichoanalitikus kórtörténetek – miként Pallasz Athéné Zeusz fejéből – csak a kezelés befejezése után, az analitikus fejéből pattantak ki. Ilyenkor kimondatlanul abból indulnak ki, hogy mintegy az analitikus „fejében” (= a tudattalanban) gyűlik fel a tagolódi az egész idevonatkozó anyag. Freud ezzel szemben szívesebben készített igen alapos feljegyzéseket:

„Csodálatos véletlen folytán azonban az esetre vonatkozóan készített feljegyzések, amelyeket Freud estéről estére készített, fennmaradtak, legalábbis a kezelés első négy hónapjára vonatkozóan, és James Strachey ezeket, az eset történetével együtt angol fordításban közreadta” (Jones, 1962, 274. o.).

Érdekes részletesen tanulmányozni ezt a kórtörténetet, mert felépítéséből különösen jól ki világlik Freud képessége arra, hogy drámaian formálja meg a közte és az olvasó között folyó párbeszédet.⁴ A bevezetésben Freud „az itt következő lapok” két funkcióját emeli ki:

egyrészt „**kivonatos közlések**” egy kényszerneurotikus eset kórtörténetéből, másrészt más, korábban analizált esetekre is támaszkodva, ehhez kapcsolódik „**néhány töredékes adat**” a lelki kényszerfolyamatok genezisééről és finomabb mechanizmusáról.

A kórtörténet töredékes jellegét Freud azzal indokolja, hogy utal orvosi kötelességére, miszerint különösen a nagyvárosban kell, hogy óvja páciensét az indiszkrét kíváncsiságtól. Hozzáteszi: „nehogy valaki azt higgye, hogy kifogástalannak és követendőnek tartom a közlés eme rendjét és módját.” (Uo., 261. o.) Az elméleti magyarázatok töredékes jellegének szintúgy nem lehet mintaalkotó funkciója, ellenkezőleg, Freud azon beismerésével kapcsolódik össze, hogy „eddigelé még nem sikerült a kényszerneurozís egy súlyos esetének komplikált szerkezetét maradéktalanul áttekintennem.” (Uo., 262. o.) A kórtörténet jobb áttekintése végett az alábbi táblázatot készítettük:

⁴ Hadd emlékeztessünk itt más klinikai oktatókra is, akiknek didaktikai tehetsége a páciensről alkotott elképzelés könyv formába történő áttételét is tültelte. Ilyen például V. von Weizsäcker *Klinische Vorstellungen* című munkája (1943).

Bevezetés		
I. A kórtörténetből		
A	A kezelés bevezetése	1. ülés
B	Az infantilis szexualitás	1. ülés
C	A nagy kényszeres félelem	2. és 3. ülés
D	Bevezetés a kezelés megértésébe (Elmélyítés, Freud magyarázata tudatos és tudattalan közötti pszichológiai különbségről)	4. ülés (5. ülés)
	(További gyermekkori emlékek)	(6. ülés)
	(ugyanaz a téma)	(7. ülés)
E	Néhány kényszerképzet és azok jelentése	
F	A kórok	
G	Az apakomplexus és a patkányötlelet megoldása	
II. Az elméletről		
A	A kényszerképződmények néhány általános jellemzője	
B	A kényszerbetegek néhány lelki sajátossága – viszonyuk a realitáshoz, a babonához és a halálhoz	
C	Az ösztönélet, valamint a kényszer és a kétség levezetése	

A téma részletes kibontása szigorú időbeli sorrendben történik. Az olvasó szinte Freud vállá fölött (vagy detektívtükrön át) kukucskál: a bemutatás egyes pontjain Freud, mint klinikai tanár, a páciens felől mintegy az olvasóhoz fordul, s összefoglalja az előző bemutatások jelentését:

„Amit páciensünk a kezelés első óráján élénk tár 6–7 éves korából, az nemcsak a betegség kezdete, amint azt ő véli, hanem már maga a betegség.” (Freud, 1909d, 388. o., magyar kiadás, 267. o.)

Ezekkel a szavakkal vezeti be például az infantilis szexualitás tárgyalását. Ezt követik az elméleti előrenyúlások, a már megszerzett tudás kifejtése: „Tökéletes kényszerneurózis, amelynek immár egyetlen lényeges eleme sem hiányzik, ugyan

akkor a későbbi szenvedés ...maga és előképe” (uo., magyar kiadás: 267. o.).

Freud ábrázolási technikája tehát ingadozik a rövidebb anyag igen gondos leírása és az alapos elméleti feldolgozás között. Ez az elméleti irányultságú tisztázás nemcsak az eddig elmondottakat szolgálja, hanem olyan hipotézisekhez is vezet, amelyek a magyarázat további menetét fogják meghatározni:

„Ha másutt szerzett felismeréseinket erre a gyermekneurózis esetre alkalmazzuk, fel kell tételeznünk, hogy itt is, tehát a 6. életév előtt olyan traumatikus élmények, konfliktusok és elfojtások vannak” (uo., magyar kiadás: 269. o.).

5 Nem véletlenül utalt Freud egyik lábujjgöndörében arra, hogy a fejtegetések a kezelés leírására vonatkoznak.

A 2. ülés során említi meg a páciens azt a tényleges élményt, amely arra indította, hogy felkeresse Freudot. Freud technikája, amellyel az olvasót a páciens által adott ábrázolás mellé állítja, abban rejlik, hogy maga is változtatja a résztvevő orvos és a szentvelen beszámoló szerepét. „A többes szám mehökkentett, mint ahogy talán az olvasónak is érthetetlen. Mindaddig csak arról az egyetlen ötletéről hallottunk.” (uo., magyar kiadás: 272. o.) A „hallottunk” bevonja az olvasót a kezelés terébe, az analitikus esetbeszámolóba. Míg a 3. ülés továbbra is a kiváltó esemény leírását tartalmazza, addig a 4. ülésben Freud egy további esemény ismertetését használja fel arra, hogy a páciens bevezesse a kezelés megértésébe. A további egyeztetés az analitikus munka hatásmódjáról az 5. ülésen különösképpen érdekes a munkaszövetség keretei szempontjából, ahogy manapság a kezelés bevezetésében elengedhetetlen kapcsolati szintet nevezünk. Az elismerő ítélet, amelyet Freud páciensével éreztet (Freud, 1909d, 402. o., magyar kiadás, 280. o.), annyira megörvendezteté őt, hogy a következő, 6. ülésre további, nagy jelentőségű infantilis anyagot hoz. Az apa halála iránti vágy a 7. ülés uralkodó témája is. Ez után Freud lezárja a kórtörténet exozicációját, de még egyszer nyomtatékosan utal arra, hogy a 11 hónapos kezelés menete megegyezik az első órákban ismertetett lefolyással. Freud, az író most változtat az ismertetés technikáján. A folyamatos leírás helyett összefoglalóan bemutat először néhány kényszerképzetet (E), a kórok magyarázatát (F), az apakomplexus tisztázását és a patkányötlelet megoldását (G).

Az értekezésnek ebben a részében példászerűen – pars pro toto – analizál tüneteket s vezeti vissza ezeket oki összefüggéseikre. Ezek a példák már egy általánosabb összefüggésbe tagolódnak; ahányszor alkalom kínálkozik rá, elhatárolja és megkülönbözteti ezeket a hisztéria tüneteitől, illetve utal más páciensekre is. Egyszersmind Freud megkísérli tárgyalni az elemzett mechanizmusok általánosíthatóságának kérdését is:

„A kényszerneurózisra jellemző az ilyen kétütemű kényszereslekvés, amelynek az első ütemét a második szünteti meg. Ezeket a páciens tudatos gondolkodása természetesen félreérti, és másodlagos motivációt tulajdonít neki – racionalizálja. Igazi jelentősége azonban a két, megközelítőleg egyformán nagy ellentétes rezdülés – mint azt eddig tapasztalhattam, mindig a szeretet-gyűlölet ellentét – konfliktusának megjelenítésében rejlik. Különleges elméleti érdeklődést igényel, mivel itt a tünetképződés új típusa ismerhető fel. Ahelyett, hogy – amint az a hisztériánál rendszerint megtörténik – olyan kompromisszumra jutnának, amely megelégszik a két ellentét egyben történő ábrázolásával, azaz a két legyet ütnének egy csapásra, itt mindkét ellentétet külön-külön kielégítik, előbb az elsőt, majd a másodikat, természetesen megkísérelve, hogy a két egymással ellentéteset valamilyen logikus kapcsolatba hozzák – gyakran a logika elferdítésével” (uo., magyar kiadás: 291–292. o.).

Az itt tárgyalt kórtörténetből származó hosszú idézet szemlélteti, milyen szoros kapcsolatot teremt Freud ebben a közlési formában klinikai bemutatás és fogalmi erőfeszítés között. Az elméleti kifejtések biztonsága, amely a részletekben is az értelmezés biztonságaként csapódik le, arra emlékezteti az olvasót, hogy az itt analízált példa **nem egyetlen** a maga nemében, hanem csupán arról van szó, hogy a szerző ezen az egy eseten teszi próbára saját elgondolásait. Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy Freud az egyedi kórtörténetek vizsgálati eredményeit egyben általánosítható produktumoknak tekintette.

Gyakorlat és elmélet viszonyának felcserélése

Az értekezés második részében megfordul gyakorlat és elmélet viszonya. Ha eleinte a klinikai fejtegetések mindenkor elméleti tartalma után tudakozódott, most az elméleti megfontolások kerülnek középpontba, s a klinikai példa csak szemlélteti azokat. A kényszerneurozisz törvényszerű folyamatai, amelyek az egyes esetekből elvonathatók és önállóíthatók, most a pszichoanalitikus elmélet építménye szempontjából való jelentőségük szerint vizsgálatnak. Világossá válik az elmélet igénye, hogy olyan általános érvényű kijelentéseket tegyen, amelyek végső soron kulturális, fejlődéstörténeti hipotézisek szintjén fogalmazódnak meg. Kiindulva abból, „hogy számba kell venni a neurozisz genesisében a gyermekkor óta elsüllyedt szaglási gyönyör szerepét”, amit más neurotikusoknál, kényszerbetegeknél és hisztérikusoknál is fellelt, Freud felteszi a kérdést,

„vajon az ember neurotikus megbetegedésekre való hajlamának kialakulásában nincs-e jelentős szerepe annak, hogy eltávolodott a földfelszíntől, aminek következtében elsorvadt a szaglása, és így organikus elfojtotta a szaglási gyönyört. Érthető lenne, hogy a kultúra növekedésével éppen a szexuális élet esik az elfojtás áldozatául” (Freud, 1909d, 462. o., magyar kiadás, 338. o.).

A freudi esettörténetek egyik jellegzetessége, hogy egyrészt az egyes eset konkrét analízisét tartalmazzák, másrészt viszont olyan messzeható hipotéziseket fogalmaznak meg, amelyek igazán építenek a klinikai megfontolások egész gazdagságára.

A fent említett folyamatosan készített **feljegyzések** még külön bemutatásra szorulnak. 1955-ben, a *Standard Edition* 10. kötetében tették közzé őket. Elisabeth Zetzel mégis csak 1965-ben fedezte fel őket, amikor egy előadásra készülve megszokott *Collected Papers* helyett a *Standard Edition*-hez nyúlt. Felfedezése a freudi értelmezés fontos kiegészítéséhez vezetett. A klinikai jegyzetekben ugyanis több mint 40 utalás található arra a rendkívül ambivalens anya-fiú kapcsolatra, amelyet a freudi esettörténet 1909-ben közzétett formájában nem vesz kellően figyelembe (Zetzel, 1966). Ezek a feljegyzések aláhúzzák, mekkora jelentősége van a klinikai megfigyelés és az elmélet között értelmezés különválasztásának. Maga Freud nem tudott hová lenni a csodálkozástól, amikor a páciens az első interjú során, miután megtudta a feltételeket, ezt mondta: meg kell kérdeznem anyámat. Az esetről szóló beszámolóban hiányzik a páciensnek ez a – számunkra ma is fontos – reakciója. A Patkányember esetének Freud feljegyzéseinek bevonásával történő további érdekes feldolgozása és újrafeldolgozása található Shengoldnál (1971), Beiglernél (1975), Hollandnál (1975) és Mahonynál (1986).

Az *Egy kisgyermekkorú neurozisz története*, Freud „legérdekesebb és kétségtelenül legfontosabb kórtörténete” (a *Studienausgabe* szerkesztői előszavából, magyar kiadás, 77. o.) szintén viszonylag rövid kezelési időszakot érint. Miután az analízis már 4 éve tartott, s semmiféle lényeges haladást nem sikerült elérni (Jones, 1962, 327. o.), Freud határidőt szab a kezelésnek.

„A megszabott határidő könyörtelen nyomására csökkent az ellenállás, a betegséghez való rögzülése, s az analízis immár viszonylag rövid idő alatt mindazt az anyagot szolgáltatni tudta, amely lehetővé tette gátlásai oldását és tüneteinek megszüntetését” (Freud, 1918b, 34. o., magyar kiadás, 85. o.).

A kisgyermekkorú neurozisz feltárása, amelyet Freud ebben a munkájában leír, saját bevallása szerint szinte kizárólag ezekből az utolsó hónapokból ered: a határidő megszabásától a kezelés befejezéséig terjedő időszakból. A páciens „nyílt felszólítása” ellenére Freud nem volt hajlandó „megbetegedésének, kezelésének és egészsége helyreállításának teljes történetét megírni”, mert rájött, „hogy ez a feladat technikailag kivitelezhetetlen, társadalomilag pedig megengedhetetlen”. A töre-

dekes beszámoló – ami némileg önironikus elnevezés, Freud vélhetően összehasonlítást tett más kórtörténetek terjedelmével – a kezelés- és kórtörténet bizonyos kombinációja, s a következőképpen tagolódik:

- I. Előzetes megjegyzések
- II. A környezet és a kórtörténet áttekintése
- III. A csábítás és közvetlen következményei
- IV. Az álom és az ösjelenet
- V. Néhány vitás kérdés
- VI. A kényszerneurozisz
- VII. Análerotika és kasztrációs komplexus
- VIII. Újabb adalékok a kezdeti időszakból – Megoldás
- IX. Összefoglalás és problémák

Köztudott, hogy a közlés célja egyebek között az volt, hogy leküzdjék a pszichoanalízis eredményeivel szembeni ellenállás egy újabb formáját. C.G. Jung és A. Adler olyan átértelmezéseket kezdtek eszközölni, melyekkel kiküszöbölik „a megdöbbentő újdonságokat”. „A gyermekkorú neurozisos tanulmányozása ezen lapos vagy erőltetett átértelmezési kísérletek teljes elégtelenségét bizonyítja.” (Freud, 1918b, 31. o., magyar kiadás, 83. o.). A vita stílusa, mint az Freud *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* (1914b) című munkájából világosan érezhető, figyelemreméltóan visszafogott; ehelyett az „analitikus anyag objektív méltatására” történik kísérlet. Kanzer (1972) *The wolf-man by the wolf-man* című gyűjteményes kötetéről (1971) írott recenziójában kiemeli, hogy Freud a farkas-álomra vonatkozó tapasztalataitól ösztönözve arra buzdította tanítványait, hogy hasonló, korai szexuális tapasztalatokra utaló álmokat gyűjtsenek és számoljanak be róluk. Az erre adott reakció előmozdította gyermekek közvetlen megfigyelését és analízisét. Ezt a pszichoanalitikus módszertan mérőföldkövének tekinthetjük, minthogy a közös kutatások jelentőségét hangsúlyozta (Kanzer, 1972, 419. o.). Mivel Freud ebben a kórtörténetben ismét hangsúlyozza, „hogy még senki sem talált módot arra, hogy az analízisből fakadt meggyőződését valamiképpen az analízis leírásában helyezze el” (Freud, 1918b, 36. o., magyar kiadás, 87. o.), figyelemreméltó ez az utalás.

1 A pszichoanalitikus kutatás módszertana korántsem kötődött a priori egyes esetek sikeres leírásához.

A Farkasember későbbi kezelésétől remélt kiegészítések, a pszichoanalízis leghíresebb páciense felnőtt neurozisének bemutatása azonban csalódással járt. A Farkasember önéletrajzi feljegyzései nem nagyon tisztázzák azt a gyermekkor, amelyre oly nagy bizonyítási teher nehezedett.⁶ Mahony (1984), mint pszichológiai képzettségű irodalomtudós egész monográfiát szentel a Farkasembernek.

Freud hatodik kórtörténetét, *A női homoszexualitás egy esetének pszichogenezisének* kihagyhatjuk módszertani fejtegetéseinkből, minthogy Freud leírásában „az eseményeknek csak a legáltalánosabb körvonalai, valamint az esetből leszűrt tanulságok szerepelnek”, mert a részletes taglálást az orvosi diszkréció követelményei lehetetlenné tették (Freud, 1920a, 271. o., magyar kiadás: 223. o.).

Annál érdekesebb az 1911-ből származó negyedik kórtörténetet módszertani szempontból tárgyalni. A *Pszichoanalitikus megjegyzések egy önéletrajzilag leírt paranoia-esethez* (*Dementia paranoides*) egy olyan páciensről szól, akit Freud sohasem látott. Szigorú értelemben véve tehát itt nem is kórtörténetről van szó [vö. Adler Fr. R. esetét (1928)]. Freud mintha úgy is érezné, hogy indokolnia kell a körülményt, hogy „a paranoia analitikus kutatása speciális nehézségekkel jár az olyan orvosok számára, akik nem állami intézetekben dolgoznak.” (Freud, 1911c, 240. o., magyar kiadás, 351. o.) Minthogy a terápiás kilátásokat csekélynek értékelte, Freud rendszerint nem tudott elegendő analitikus anyaghoz jutni ahhoz, hogy „analitikus döntéseket” hozzon. (uo., 240. o.) Ám ügyes fordulattal, amely a paranoiáról eddig szerzett ismereteket használja fel, a kedvezőtlen helyzet kifejezetten kedvezővé változik:

„A paranoia pszichoanalitikus vizsgálata egyáltalán nem volna lehetséges, ha a pácienseknek nem lenne egy sajátosságuk: ha eltorzított formában is, de éppen azt árulják el, amit más neurotikusok mint titkot elrejtene. Mivel a paranoiásokat nem lehet belső ellenállásaik leküzdésére készíteni, és különben is csak any-

6 A Farkasember érvényes szerkezetének igen világos és didaktikusan jól tagolt áttekintésére lásd Lebovici és Soule (1978, 73. o. skk.).

nyit mondanak, amennyit akarnak, ezért ennél az állapottól az írásbeli közlés vagy a nyomtatott kórtörténet a pácienssel való személyes ismeretség helyébe léphet” (Freud, 1911c, 240. o.).

Ami eleinte önigazolásnak mutatkozott, az jelentős előnynek bizonyult. Freud felszólíthatja az olvasót, hogy „legalább egyszeri átolvasás erejéig” ismerkedjen meg magukkal az „Emlékiratok”-kal. Ami eddig lehetetlen volt, nevezetesen hogy a lehetséges bírálóknak még a kiindulási adatokat is rendelkezésére bocsássa, arra itt első ízben kínálkozott megoldás. Így került sor MacAlpine és Hunter angol fordítására is (1955). Nem lévén elégedettek a paranoid psziché homoszexuális konfliktusával kapcsolatos, addig érvényben volt tétel terápiás következményeivel, ismét az „összöveghez” fordultak, amelyet addig inkább idéztek, mint valóban olvastak:

„Ezért elolvastuk Schreber emlékiratait, s ezt követően tanulmányt tettünk közzé (MacAlpine és Hunter, 1953), amelyben kimutattuk, hogy a tudattalan homoszexualitás kivételése, bár tünettanilag szerepet játszik, nem adhat fenomenológiai vagy etiológiai magyarázatot a folyamatban lévő betegségre vagy annak kimenetelére” (MacAlpine és Hunter, 1955, 24. o.).

E tapasztalat nyomán határozták el, hogy lefordítják az *Denkwürdigkeiten* Schrebertől, s nem haboznak módszertani álláspontokról és didaktikai szempontból is dicserni ezt az önéletrajzi beszámolót:

„Bárki számára, aki pszichiátriát tanul, Schreber, a diszciplína leghíresebb páciens egyedülálló betekintést nyújt egy szkizofrén lelki világába és gondolkodásába, nyelvi viselkedésébe, érzéksalódsáiba és hallucinációiba, a betegség belső fejlődésébe, menetébe és kimenetelére. Önéletrajzának előnye, hogy oly mértékben teljes, amilyen orvos esettanulmánya soha sem lehet: anyagát nem szelektálta, dolgozta át vagy ritkította meg valamely köztes tényező a páciens és pszichózisa között, valamint mindkettő és az olvasó között. Minden kutató tehát a páciens termékeinek teljességé-

hez férhet hozzá. Voltaképpen az emlékiratok a legjobb olyan pszichiátriai szövegnek tekinthetők, amelyet egy páciens írt a pszichiátereknek” (MacAlpine és Hunter, 1955, 25. o.).

Freud beszámolóját Schreber szenátusi elnökről eleinte több pszichoanalitikus szerző is befogadta és alkalmazta. K. Abraham 1914-ben egy neurotikus fényképről esetét vizsgálta; ilyen esetet a szakirodalom addig külön nem dolgozott fel.

„Mégis létezik... egy utalás, amely fontos útmutatást nyújt a bennünket foglalkoztató affektusok tekintetében” (Abraham, 1914, 327. o.).

Az utalás Schrebernek arra a téveszméjére vonatkozik, hogy percekig képes volt elviselni a nap fényét anélkül, hogy elvakította volna. Amennyiben a pszichotikusnál feltételezhető a megvakulás veszélyének téves félreismerése, akkor Abraham a neurotikusnál a megvakulás veszélyétől való szorongást, túlzott félelmet tételez fel.

Kutatástörténetileg különösen érdekes, hogy miként alakult ki egy olyan Schreber-kutatás, amely MacAlpine-hoz és Hunterhez hasonlóan nemcsak a *Denkwürdigkeiten* Freud által kiragadott helyeivel foglalkozott. Addig Freud beszámolóját egész sor jelentős pszichoanalitikus tette magáévá s hivatkozott rá, mint követendő példára (Abraham, 1914, 1923; Bonaparte, 1927; Fenichel, 1931; Spielrein, 1912; Storch, 1922; Brenner, 1939). 1945-től kezdve alakult ki az önálló Schreber-kutatás, amelyet különösen az amerikai pszichoanalízisben Nederland (1951, 1956, 1957, 1958, 1959a, 1959b, 1960, 1963 és 1974), Katan (1949, 1950, 1952, 1953, 1954, 1959) és Nunberg (1952) munkái fémjelznek. Egy sor más kutató is részt vett a vitában, például Searles (1965), White (1961, 1963), Kitay (1963).⁷ Különösen érdekes, hogy 1946-ban Franz Baumeier lett annak a kórháznak az orvosigazgatója, amelyben Schrebert áptolták, s bőséges új anyagokra bukkant, amelyeket a rákövetkező években tett közzé (1952, 1956, 1970). Katan és Nederland tanulmányai mellett Baumeier írásai a legfontosabbak, amelyek hozzájárultak a pszichoanalitikus megértés mélyüléséhez. Jacques Lacan buzdítására elkészült a *Denkwürdigkeiten* francia fordítása is, amelyet a Lacan-csoport

⁷ A felsorolás egyáltalán nem teljes. További utalások találhatók Nederlandnál (1974) és Meissnernél (1976).

szemináriumain elemeztek. Maga Lacan strukturális nyelvi elemzésnek vetette alá a szöveget, ami különösen Schreber „alapbeszédének” megértését mozdította elő (Lacan, 1959). Utóljára Israels (1989) és Lothane (2005) közleménye mélyítette tovább a Schreber kutatás körüli vitákat.

A döntést, hogy egy nyilvánosan hozzáférhető esettörténetet választottak kiindulópontul, még termékenyebbé tette, hogy a mű pszichoanalitikus körökön kívül is tudományos elemzések tárgyává vált. A *Crowds and Power* (Canetti, 1962; német kiadás: *Masse und Macht*, 1978), melyben Canetti a Schreber fejegyzéseket két fejezetben analizálja, a Freudot érő kritika nem nevesített:

„Ezt az esetet részleteiben, és magát a paranoiát próbálták elfojtott homoszexuális hajlamokra visszavezetni. Ennél nagyobb alig elképzelhető” (Canetti, 1978, 518. o.).

Mégis világos, kire gondolt Canetti (ld. Rohrwasser, 1999, 153. o.).

Amikor a kórtörténetek áttekintését a Schreber-eset freudi elemzésével zárjuk, azt akarjuk bemutatni, hogy itt a további kutatás szempontjából különösen kedvező konstelláció teremtődött: az eredeti és az értelmezés egyértelműen elválasztható egymástól, s állandóan újabb és újabb értelmezések kísérhetők meg. Freud kórtörténeteinek és azok módszertani sajátosságainak méltatása kétségtelenül más szemléletmódok alapján is lehetséges. Steven Marcus irodalmi műalkotásként elemezte a Dóra-estét, s azt találta, hogy a kórtörténetek új irodalmi műnemet alkotnak, „alkotó teljesítmények, amelyek önmagukban hordozzák elemzésüket és értelmezésüket” (Marcus 1974, 78. o.).

Ezek az utalások arra, hogy Freud írásában az „esettörténet” a közlés közege volt, a hat nagy kórtörténetre (Jones, 1962, 304. o. skk.) vonatkoztak. Az elhatárolás Freud más klinikai közléseitől kétségtelenül elég bizonytalan, nem mennyiségileg s valamilyen kifejtett elhatárolási kritérium alapján történt. Ezekben az esetekben azonban egyes páciensek átfogóbb bemutatásáról van szó, s általuk egyszersmind általános összefüggések is megnyilvánulnak.

100 évet átfogó visszatekintésben *Freud und Dora* címmel (Levine, 2005) az irodalomtudós és pszichoanalitikus Mahony (2005) lejegyzí személyes felfogását Freud esettörténeteiről:

„Freud esetjelentéseiről szóló trilógiám – Dóra, Patkányember, Farkasember – születése közben lenyűgözött, hogyan ötvöznek ezek a művek különböző nézőpontú tapasztalatokat: Freud számára ezek a narratívák a professzionális tudást szervezték, „igen nagy jelentőséget” tulajdonított nekik; a gyógyítatlan szubjektumok, Dóra és a Farkasember preödipális és ödipális „roncsként” később megbékültek Freud híres narratíváinak alanyaként betöltött szerepükben; és nem utolsósorban mert Freud esettörténetei sok rákövetkező analitikus generáció számára önigazoló, professzionális tapasztalatgyűjteményként szolgáltak” (Mahony, 2005, 43. o.).

Jelentős idő eltelt, míg – Mahony szerint – sikerült az analitikusoknak optimális értelmező távolságot teremteniük Freud erős hatású szövegeivel szemben és míg megszabadultak a generációkon átörökölt idealizációtól. A Mahony ezen publikációja kapcsán kialakult vitában Sachs (2005), aki 1956-tól egy amerikai intézet kandidátusa volt, nyomtatékosan figyelmeztetett, milyen deformáló hatásúak az ilyesfajta idealizációk a fiatal analitikusok pályájában. Mindenesetre, mint Sachs-szal együtt megállapíthatjuk, a mostanában uralkodó dezidealizálásnak is megvan a maga veszélye:

„Olyan újító lelkesedéshez vezet, ami az objektivitást a teljes szubjektivitással helyettesíti. Lehet, hogy elkerülhetetlenek ilyen szélsőséges kilengések, de nem kívánatosak, mert az ilyen extrémek között a szükséges feszültség létfontosságú az olyanfajta tudományok számára, mint amilyen a pszichoanalízis is” (Sachs, 2005, 50. o.).

3.3 Az egyedi személyiség mint kutatási tárgy a társadalomtudományokban

Tudományosan rendkívül érdekes, hogy amikor Freud az esszézerű kórtörténetet alkalmazta, ez nem számított egyedi jelenségnek, hanem olyan átfogó szellemi összefüggésbe ágyazódott, amelyet bár részleteiben Freudnak nem kellett feltétlenül ismernie, hatásának kibontakozásában vélhetően része volt (lásd ehhez

például P. Brücknert Sigmund Freud magánolvasmányairól, 1975). Bár a tudományos világra, különösen képpen az orvostudományra a természettudományos kutatási módszerek nagy sikerei hatottak, ezeknek az évtizedeknek a szellemi légköre mégsem volt annyira egységes, mint azt az egyetemeken tanított iskolás orvostudomány sejtette. A pszichiátria tudományként létrejöttét a 19. században az intézeti pszichiátria uralta, egész addig míg Griesinger tézise, miszerint a kedélybetegségek agyi betegségek lennének, a német pszichiátria alapjává vált. Az első újkori intézetek pszichiátereiről írja Bodamer (1953) visszatekintve ezt a rendkívül figyelemreméltó dicsőítményt:

„Közülük nem kevesen maguk is költők, mint Zeller, Jacobi, Heinroth és Feuchtersleben. Belső elhivatottságból és humánus lelkesedésből fordulnak a pszichiátriához, amely akkoriban mint szakágazat még egyáltalán nem létezett, s amely számára először helyet kellett teremteniük, miután Franciaországban, Angliában és Európa más országaiban tett tudományos utazásaik során személyes benyomást nyertek az elmeügy állásáról...Pszichiátria akarata és pszichoterápiás hatásuk vezérlő csillaga egy olyan filozófiai antropológia eszméje, amelyet orvosi jellegűvé alakítottak át. Ezáltal váltak azon gondolatok képviselőivé, amelyekkel először Hamann, Herder és Humboldt gazdagították az európai öntudatot. A klasszika személyiségteremtő ereje bennük egészen irodalmi stílusukig bezárólag világos. Számos körtörténetük Kleist, Schiller és Jean Paul ábrázolásaira emlékeztet” (Bodamer, 1953, 520. o.).

Ebben a cikkében Bodamer különösen a pszichiátria szoros német-francia kapcsolatait hangsúlyozza az 1870-es háború előtt. 1871-től azonban a pszichiátriában két nép útja elválk.

„Charcot azt panaszkolja az ifjú Freudnak, hogy a német-francia háború óta megszűnt az érintkezés a német tudósokkal, s ez kárára van a tudománynak” (Bodamer, 1953, 522. o.).

A szétzilálódott kapcsolat újrafelvétel talán nem véletlenül a pszichoanalízis keletkezésével függ össze.

A Bernheimnél, Liebaultnál és Charcot-nál tett látogatásai nyomán Freudon egyfajta terápiai optimizmus lett úrrá, amelynek nyomán szinte annak a francia radikalizmusnak bécsi misszionáriusává vált, amely komoly kutatási tárgynak tekintette a hisztériát. Amilyen komolyan harcolt a hisztériakutatás tudományos jogosságáért, ugyanúgy állt ki az új kutatási koncepció módszertani következményeiért is. Schlessinger és munkatársai (1967) azzal emelik ki ennek a módszertani lépésnek a fontosságát, hogy utalnak a Bécsben ebben az időszakban uralkodó klasszikus pszichiátria hagyományra, amely távolról sem osztotta a francia iskola terápiai optimizmusát. A pszichiátria fejlődését mindazonáltal lényegesen nem befolyásolták az egyes emberek élettörténeti irányultsága, intenzív tanulmányozásának ezek az első kezdeményei. A szomatikus orvostudományra támaszkodva, amelyben – a felvilágosodás kezdete óta – különválasztották a betegséget a mindenkori egyéntől, az egyénekből „esetek” lettek.

Az egyetemi pszichiáterek nyomulásával, s ennek nyomán a gyakorlatival szemben az elméleti irány előtérbe kerülésével elmúltak azok az idők, amikor az olyan pszichiáterek, mint Zeller, pácienseik művészen kidolgozott bemutatásával akartak hűkö lenni humanista eszményeikhez. A pszichiátria esettanulmányok, amelyekre döntő befolyást gyakorolt Kraepelin nozológiája, belső elrendeződésüket tekintve a boncasztalon demonstráló patológus eljárás módjához idomultak. A betegséggység eszméje (azonos ok, anatómiai lelet, állapot és lefolyás) a klinikai rendezés-elmélethez vezetett. A pszichiáterek egész életerejét egyfajta „furor classificatorius” foglalta le (Liepmann, 1911. idézi Thomá, 1958).

Érdekes megfigyelni, hogy a 19. század második felében hogyan szűnt meg a lélektanban is az egyén romantikus felmagasztalása. Wilhelm Wundt, a kor szak reprezentáns pszichológusa azt a felfogást képviselte, hogy fontosabb jegeiket tekintve nagyjából minden ember egyforma. A kísérleti lélektan nagy felrendelése (például Fechner *Elemente der Psychophysik*, Helmholtz *Lehre von den Tonempfindungen*, vagy akár Ebbinghaus *Untersuchungen zum Gedächtnis* című munkája alkották azokat a kutatási paradigmákat, amelyekhez az utánuk következő nemzedékek is igazodtak ugyanazt a fejlődésirányt képviselve, mint amelyiket korábban a pszichiátriában vázoltunk.

Annál figyelemreméltóbb viszont, hogy a romantikus beállítottságot nem lehetett egyszerűen háttérbe

szorítani, hanem az előbbiekké szinte egy időben bonthatott ki az individualitás témájának virágkora is. A századforduló táján közlemények sokasága foglalkozott az „individualitás” problémájával a pszichológiában. Példaként említsük meg az alábbiakat:

- G. Baur: *Individualität* (1880),
- W. Dilthey: *Beiträge zum Studium der Individualität* (1924).

Huber egyedi esetkutatásról írt monográfiájában utal erre a általános korszakelmre.

„Az említett munkák ékesszóló példái egy olyan intenzív tudományos vitának, amelynek életre keltésében nem jelentéktelen szerepe volt Nietzsche 'nagytilü' pszichológiára való felhívásának” (Huber, 1973, 9. o.).

A történeti tudományok jelentős előrehaladása ily módon kihatott az emberrel foglalkozó, „humán” tudományokra is, és Hehlmann (1963) szerint sok kortárs pszichológus számára felmerült a kérdés, vajon a történeti eljárás nem szolgálhatna-e modellként a pszichológia számára is:

„A pszichés élet, éppúgy mint a történelmi élet, nem megfigyelhető fizikai dologként állnak a kutató előtt, ennél fogva nem is észlelhetők és mérhetők a fizikai megfigyelés analógiájára, nem ismételhetők meg tetszés szerint, hogy újra megmérhetők legyenek. Inkább csak dokumentumokból tárhatók fel, írhatók le, konstruálhatók, illetve rekonstruálhatók” (Hehlman, 1963, 251. o.).

Különösen nagy visszhangot váltott ki ez a felhívás a gyermeklélektan területén: ha volt egyáltalán ideografikus korszak a pszichológiában, akkor az a századfordulóra esett; ez a pszichogrammok kora. A genetikai adatok feletti örömben mindenki az átlagos és átlag feletti gyermekek fejlődését tanulmányozta. Huber továbbá utal arra, hogy a század eleje egyszersmind a nagy önszichogrammok korszaka is.

Szinte megszámlálhatatlan patogramm és klinikai esettanulmány jelent meg. Csak néhányat emlíünk példaként:

J.B. Cutten *The case of John Kinsel* (1903), Th. Fluornoy (1900, 1901 és 1904) és A. Lemaître (1903) szomnambulizmus tanulmányai, Morton Price *The Study of Multiple Personalities, a 'Very Remarkable Case'* (1901), vagy A. Wilsin *Double Consciousness* (1903, 1904) (Huber, 1973, 12. o.).

Ebből a sokféle forrásból alakult ki a társadalomtudományok területén az úgynevezett ideográfia-vita nyomán a **személyes dokumentumok módszere**, mint önálló technika, amelynek megismerési tárgyát első ízben Allport (1942) rendszerezte.

Ami a fejlődésnek a századforduló időszakában sokféle módon létrejött – s e tekintetben a pszichoanalitikus koncepció az idők szavát követte –, az elég későn vált önálló módszerre.

Életrajzi és kazuisztikus ábrázolások

A következőkben konkrétan az életrajzi és a kazuisztikus ábrázolások elhatárolásával foglalkozunk, hogy jobban jellemezni tudjuk a pszichoanalitikus esettanulmány sajátosságait. Személyes dokumentumok kutatási anyagnak történő felhasználása különböző ábrázolási formákat ölel fel. Ide tartoznak

- az önéletrajzok és más személyekről készült biográfiák,
- a személyes feljegyzések és
- a másokhoz írt levelek;

példa gyanánt csak megemlíjük a *Das Tagebuch eines jungen Mädchenst*, amelyet 1920-ban Hug-Hellmuth tett közzé, s amelyet Charlotte Bühler (1931) később hamisítványként leplezett le. A módszertani jellegzetességek közé tartozik Allport (1942) szerint az alapvető affinitás az első és a harmadik személyben történő ábrázolás között. A megírás, az értékelési és értelmezési lehetőségek szabályainak tekintetében, az önéletrajzok és a másokról írt biográfiák nagyon hasonlítanak egymásra. Mindkét forma vélhetően azért alakult ki, mert bizonyos helyzetekben csak az egyik vagy a másik volt alkalmazható. Hans Thomae (1968) például azt írja, hogy a felnőtt ember életének vagy akár élete egyes rövid időszakainak megragadásához a közvetlen megfigyelés gyakorlati okokból korlátozottan lehetséges; itt a megfigyelt önéletrajzi ábrázolása a választott módszer.

A különböző ábrázolásmódokban közös azonban, hogy középpontjukban az egyén áll. Az egyes szemé-

lyiség ábrázolását azonban mindig a társadalmi folyamatok háttere előtt kell szemlélni, tekintsük bár ezeket a vizsgált egyén fejlődése fontos feltételének, vagy bizonyos morális vagy statisztikai normákat tételező mércének. Az egyénnek ezt a társadalmi összességét a különböző esetábrázolásokban eltérő mértékben teszik nyilvánvalóvá és reflektálttá. Például Thomas és Znaniecki munkájában (1927), amely az egyik legátfogóbb társadalomelméleti vizsgálat a lengyel parasztok helyzetéről hazájukban és az Egyesült Államokban mint bevándorlási célszágban. Lengyel bevándorlók számtalan levelét állították szembe egyetlen bevándorló élettörténetének részletes önéletrajzi bemutatásával. Ezáltal világossá válik, hogy a társadalom és az egyén egymással összefonódó, egymást feltételező tényezők:

„Ebben az összefüggésben az ember mindkettő, a társadalmi fejlődés állandóan alkotó tényezője és megalkotott eredménye, s ez a kettős viszony fejeződik ki minden egyes elemi társadalmi tényben” (Thomas és Znaniecki, 1927, 1831. o.).

A különböző tudományágak esettörténeteiben, nem utolsósorban a leírás mindenkorileg egyszerűsítésében is ez a kölcsönös függőség tükröződik.

Az egyes esetek vizsgálatának valamennyi említett formájában közös továbbá a tagoltságnak az a foka, amelyet a pszichoszociális tudományok valamennyi módszerének elgondolt kontinuumával szemben érvényesítenek. Az „adatokat” a naturalista megfigyelés segítségével ragadják meg, ábrázolásuk saját szavakkal történik, s e közben nem szükséges figyelembe venni semmiféle előzetesen adott tagolást s nem kell alkalmazni már rögzített megfogalmazásokat.

Az egyes szakterületeken az egyedi eset bemutatásának módszere eltérően fest, ami – összefoglalóan – mindenekelőtt a vizsgálandó egyének kiválasztásában s azok többé vagy kevésbé teljes és összehasonlítható bemutatásában mutatkozik meg; mindezek a tényezők valószínűleg függenek a vizsgálat célkitűzésétől (a szociológia vonatkozásában lásd ehhez Szczepanski, 1974).

Eljárás – Jaspers módszertana

Például tanulmányozhatók az életrajzi módszer egyes formáinak szétválasztásából adódó problémák a kazuisztika és életrajz Jaspers által tett megkülönböztetésében.

„A kazuisztikában olyan szempont a mérvadó, amelynek segítségével kiválasztható, ami a jelenségekben lényeges és beszámolóra érdemes. Az életrajzban az adott egyén egészének összefüggő egysége a mérvadó, s ennek segítségével választható ki, mely szempontok szolgálhatják ennek az egésznek a szemléletes-ségét” (Jaspers, 1965, 566. o.).

Ez a megkülönböztetés rászolgál arra, hogy közelebbről szemügyre vegyük. Mert Jaspersnek a pszichopatológiai megismerés módszerével kapcsolatos fejtegetései tartósan hatottak a német pszichiátriára; nem utolsósorban általa szilárdult meg a pszichiátriai gondolkodás kettős talajba ágyazottsága: józan kazuisztika és mesterséges életrajz – az egyik a hétköznapi életre alkalmazva, a másik épülésre művelve – közvetlenül álltak szemben egymással. Jaspers életrajz-felfogása azonban a filozófiai feltevéseken alapul, hogy a lelki élet időbeli alakzat, amely egészésként hat:

„Egy embert megragadni azt igényli, hogy életét a születéstől a halálig tekintsük át... A lelki betegség az élet egészében gyökerezik, s a megértéshez nem ragadható ki belőle. Ezt az egészet az ember bioszájának nevezik, leírása és elbeszélése az életrajz” (Jaspers, 1965, 563. o.).

Adott biosz egységének, lezártságának és teljességének keresése során azonban Jaspersnek el kell ismernie, hogy ezen a mércén mérve csak kevés életfolyamat nevezhető tartalmi értelemben lezártnak; a legtöbb ember még élete beteljesedése előtt vagy anélkül meghal (uo., 564. o.). Az egész egysége, amely eleinte objektív kritériumnak látszik, a megfelelő életrajz koncepciója ideáltípus tervnek, eszmének bizonyul:

„Az abszolút életrajz az ember lényegét az őt körülvevő és hordozó metafizikai lét egészében láttatná” (Jaspers, 1965, 565. o.).

Minthogy abszolút megismerés nem lehetséges, az empirikus életrajzot mégis olyan életrajzi szempontok vezérik, „amelyek viszonylag teljes szemléleti képeket tesznek lehetővé számunkra az élet időbeli alakjában” (uo., 565. o.). Jaspers szerint ebből következik, hogy az életrajzi megismerés kettős viselkedésmód:

„Azt ábrázoljuk és írjuk le, ami az általános életrajzi megismerés menetében hozzáférhetővé válik – az életrajzból eset lesz –, s azt érintjük, éreztetjük meg s annak válnak belső részesévé, ami ez az egyed, egyszeri ember, akiről mesélünk. Ekkor ő nemcsak eset, hanem az emberlét történeti alakban lévő mással nem kiváltható szemlélete, amely mint ilyen számunkra feledhetetlen és pótolhatatlan, akár van objektív történeti jelentősége, akár nincs, feltéve, hogy szerető tekintetünk előtt, mint ilyen láthatóvá válik” (Jaspers, 1965, 565. o.).

A kutató józan, értelmes „elfogulatlansága” (uo., 568. o.) így az eset paradigmaként való megismerését eredményezi; „Az orvos részvétele a másik sorsában” azonban olyan érintettséghez vezet,

„amelyben a határtalanul értelmezhető véletlenek, egyszerűségek, sejtések, lehetőségek egy pillanatra metafizikailag egyértelművé válnak. Amit megpillantok, azt nem az értelem pusztán empirikus szemével látom. Ezért csak azt tudom elbeszélni és az elbeszélésben megéreztetni, ami számomra nyilvánvalóan látszott, de nem volt igazolható, mert sohasem tudhatom, hogy létezik-e, vagy sem, ezt soha nem bizonyíthatom be” (Jaspers, 1965, 568. o.).

Az életrajzi megismerésnek ez a kettébontása racionális és irracionális pólusra érthetővé teszi, miért került számkücskába végül a pszichopatológia K. Schneiderrel. Az egyén kategóriája szubjektumként csak a szubjektív, átélő követés számára volt hozzáférhető; az általánosító megismerési lehetőségek eszerint a józan értelmi funkciókhoz kötődtek. A szubjektivitás, mint az objektív összefüggések megismerésének eszköze ezzel zárójelbe téve. A szubjektumnak az életrajzi megismerésbe történő bevezetése csak látszólag vezet itt tovább. Bár Jaspers eszményi körtörténetében összekapcsolódik a nozológiai és az életrajzi pólus, a valóságban

azonban szakadék választja el őket egymástól. Az, hogy az empátikus ismétlés pszichoanalitikus megismerési folyamatában sikerül áthidalni ezt a szakadékot s kapcsolatot teremteni objektív és szubjektív megismerési teljesítmény között, világossá teszi, mekkora haladást jelentett a pszichoanalízis a pszichés betegségek megértése számára.

Az életrajzi eljárás ábrázolása Jaspersnél burkoltan azt is jelenti, hogy az életrajz nemcsak a másik ember képe, hanem egyszersmind a saját átélését is rögzíti:

„S magának az elbeszélésnek az ereje a jelenvalóság látásának megszerzésében gyökerezik: nem tudnám másodszorra úgy elmesélni, ahogy elsőre sikerült” (Jaspers, 1965, 568. o.).

A leírandó egyén hat az életrajz írójára, attól függetlenül, hogy például történelmi személyiségről vagy kortársunkról van szó. Idegenkedést, csodálatot, együttérzést idézhet elő, s ezek az érzelmek tartósan befolyásolják az életrajzi ábrázolást. Az életrajzíró és életrajzában hőse között elképzelt interakció áll fenn, amely valóságos következményekkel jár, például az életrajz érzelmi színezetét illetően. Az életrajz emiatt egyszersmind egy intrapszichés tárgykapcsolat története is.

A kazuisztikus ábrázolást leírásának illetően szubjektívizálásról Jaspers szerint némileg megóvja, hogy a szűken meghatározott feladat kevés teret enged a leíró személyes vonásainak bemutatására. Mindazonáltal túlzásnak tartjuk, ha ebből alapvető ellentétet konstruálunk életrajz és kazuisztika között. Inkább fokozati különbségről van szó: a megfigyelések, azok kiválasztásának és bemutatásának mennyiségileg erősebb vagy gyengébb személyes színezetéről.

A kazuisztika jaspersi leírásának még az a fikció szolgált alapul, hogy a pszichiátriában létezik a természetudományoshoz hasonló megfigyelési mód, amelyben elhanyagolható a megfigyelő szerepe és hatása a vizsgálati helyzetre. Ennek megfelelően viszont az „életrajzi észlelést”, „teljes együttaladésként” ábrázolták, így az egyik megrövidítést, a másik eltúlzást von maga után. A „szerető tekintet” és annak a megfigyelési helyzetre gyakorolt hatásai kritikai reflexiója túlvezethette volna Jasperset a statikus és genetikai megértés szembeállítására.

Eljárás – Thomaes módszertana

Hans Thomaes (1968), aki az önéletrajzi anyagban rejlő lehetőségekkel foglalkozott, méltatja Sigmund Freud alapvető érdemét, jelesül hogy a modern pszichológiában meghonosította az életrajzt, mint adott ember „sorsának” tudományát, azaz mint az „élmények” és lelken belüli „struktúrák”, s az ezekhez csapódó megváltozott élmények s beszűkült és megszilárdult struktúrák sorának vizsgálatát (184. o.). Freud a biográfiai vizsgálódást egyrészt a koragyermekkor irányába bővítette, amelyet addig csak futólag érintettek, illetve tárgyalnak, másrészt a felfogás, átélés és reakció különböző „síkjainak” figyelembe vétele felé tágitotta. A pszichoanalitikus életrajzírásra jellemző, hogy „az elsődleges elméleti beállítódás, az analízis kereső-reflektorának megfelelően a szabad ötletek és az álomanalízis módszerén át a múlt valamennyi 'eseményére' irányul, amíg fel nem tárja a koncepcióhoz illő elsődleges élményeket.” (Thomaes, 1968, 185. o.) Az egyén életrajzi feltárulkozásának ezt a formáját Thomaes „esemény-állapot-analízisnek” nevezi: az elméleti cél összefüggés létrehozása egyetlen vagy néhány gyermekkor esemény és a páciens valamely adott időben fennálló „állapota” között.

„Az egész eljárás sajátos problematikája kiválglik ott, ahol az akármilyen régi eseménytípus és valamely 'tünet' előfordulásából etiológiai végkövetkeztetéseket vonnak le. A problematikusságot különösképpen erősíti, ha egyetlen erőteljes eset bemutatásának kellene hordoznia a bizonyítás terhét” (Thomaes, 1968, 186. o.).

Más helyen is nyilvánvaló, hogy Thomaes, aki mint pszichológus különösen erős hangsúlyt fektet az (ön)életrajzi anyag módszertanilag pontos értékelésére, a pszichiátriai-pszichoanalitikus kórtörténetek legnagyobb fogyatékoságát a végkövetkeztetések ellenőrizhetetlenségében látja:

„Minden beteg történet a másokra vonatkozó megfigyelések és az eset explorálás során létrehozott önanamnézisnek kapcsolata. Az esetbemutatásban azonban nem mindig világos a határ a viselkedésnek a harmadik személy, illetve maga a kliens által történő ábrázolása között. Ugyanazon módszer sok alkalmazása

támaszkodik a pszichoterápián belül szinte kizárólag a páciens kijelentéseire, amelyeket itt persze az értelmezés anyagának, s nem önmagában vett tényeknek tekintenek. A kijelentés különböző forrásainak ez a kritikátlan kezelése teszi az életrajzi modell alkalmazását gyanússá az 'objektív' lélektan számos híve előtt” (166. o.).

Ebben az összefüggésben Thomaes hangsúlyozza, hogy a pszichoanalízis a leírandó jelenségeket tematikus szempontok szerint választja ki, míg a lélektan azon fáradozik, hogy az életrajzi módszert módszereken alkalmazott szűrőpróbának vesse alá.

Thomaes beismeri, hogy az életrajzi módszer, ahogy a lélektanban alkalmazzák, nem tesz eleget olyan mértékben a tudományosság általánosan alkalmazott kritériumainak, mint több más módszer; mindazonáltal létezik egy sor olyan kérdésfeltevés, amely megválaszolására az életrajzi az egyetlen alkalmazható módszer, hiszen a szó legtagabb értelmében vett tesztek is csak feltételeken használhatók, mivel a személyiségnek csak túl kicsiny területét ragadják meg, s a megfigyelés gyakorlati és etikai okokból legtöbbször még technikai segédeszközök használatával sem lehetséges. Azonban néhány, az objektivitás, megbízhatóság és validitás általános érvényű kritériumaiból levezetett követelménynek, mindenképp teljesülni kell, különösen az (ön)életrajzi (eset)ábrázolásokra vonatkozóan:

1. Legyenek áttekinthetőek azok a feltételek, amelyek mellett valamely bemutatott jelenség s a róla szóló beszámoló létrejött, ami megfelel a kísérleti feltételek ellenőrizhetőségére és változtathatóságára vonatkozó követelménynek;
2. Követelmény, hogy az eset bemutatásába a lehető legkevesebb szívárogjon be a meglévő elméleti elfogultságokból, hogy ily módon különböző szerzők egyazon esetre vonatkozó vizsgálatai összehasonlíthatók legyenek;
3. A kijelentések konkrétságának követelménye, amelyet sem a homályosság kedvéért, sem az elméleti jelszavak kedvéért nem szabad feladni;
4. A bemutatás teljességének követelménye, ami lehetővé teszi alternatív magyarázatok megfogalmazását;
5. A szabotosság követelménye, amin az elmondottak bizonyos szempontok szerinti elrendezését értjük.

Eljárás – Dollard módszertana

A Thomaes által megállapított kritériumokkal ellentétben, amelyek kizárólag az esetbemutatás formai kialakítására vonatkoznak, Dollard (klinikai pszichológus, E. Sapir tanítványa a Yale Egyetem Emberi Kapcsolatok Intézetében) már 1935-ben hét követelményt állapított meg az esetbemutatások tartalmi tagolásaira vonatkozóan (Dollard, 1953, 8. o.).

1. A leírandó szubjektumot egy sor kulturális feltétel, például társadalmi normák által meghatározottaknak kell tekinteni.
2. Valamely leírt viselkedésmód biológiai feltételei, például bizonyos szexuális ösztönzők csakis akkor említhetők, ha társadalmi relevanciájuk van, azaz a motivációban szerepet játszanak.
3. Figyelembe kell venni a családi csoport különleges szerepét a kulturális javak átadásában.
4. Egyértelművé kell tenni a biológiai fejlődés egyes lépcsőfokainak a társadalmi viselkedésbe történő beépülését.
5. Be kell mutatni, hogy a tapasztalatok a gyermekkoról a felnőttkorig mindig összefüggnek és egymásra épülnek.
6. A társadalmi környezetet, az egyén milióját mint fontos tényezőt gondosan és alaposan meg kell határozni.
7. Az élettörténeti anyagot egységes elméleti rendszer szerint kell fogalmi formára hozni.

Empirikus vizsgálatában Dollard hat életrajzi bemutatásra alkalmazta ezt a hét kritériumot: három pszichoterápiás, két szociológiai és egy önéletrajzi jellegűre. A következő bemutatásokról van szó:

1. A. Adler: *Die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen* (1928). Nyolc előadás, melyet Adler egy fóbiás-kényszerneurotikus tüneteket mutató serdülőkorú lány önéletrajzi írásáról tartott.
2. J. Taft: *31 Gespräche mit einem sieben Jahre alten Jungen* (1933). Beszámoló egy pszichoterápiáról O. Rank nyomán.
3. S. Freud: *Egy öt éves fiú fóbiájának analízise* (1909a)
4. W.I. Thomas és F. Znaniecki: *The Polish in Europe and America* (1927). Egy Amerikába bevándorolt lengyel önéletrajza, amelyet abból az átfogó kutatásból ragadtak ki, amely lengyel parasztok helyzetével foglalkozott Lengyelországban és az Egyesült Államokban.

5. C.R. Shaw: *Der Jack-Roller* (1930). Egy büntetendővé vált ifjú története a rossz szülői háztól különböző nevelési intézeteken át a társadalomba való sikeres újraintegrálódásig, önéletrajzi dokumentumokból összeállítva.
6. H.G. Wells: *Experiment in Autobiography* (1934). Saját életének leírása.

Dollard arra az eredményre jut, hogy kritériumainak a freudi esetbemutatás tesz messze a legjobban eleget.

„Összefoglalóan utalnunk kell Freud fogalmi rendszerének egyedülálló konzisztenciájára és szépségére. Szilárd és szervesen zárt, néhány középponti fogalom köré csoportosított. Megalapozott és tagolt szerkezetű, s hatókörében egyetlen kérdés sem marad megválaszolatlanul. Bár a kulturális látószög hiányzik belőle, s néha biológiai elfogultságok tűnnek elő, mégsem tartalmaz semmit, ami ellentmondásban lenne kultúrantropológiai tudásunkkal. Amit a kulturális antropológia hozzá tudna tenni, az a rendszer bármifajta jelentősebb megváltoztatása nélkül hozzáférhető, amivel pedig a pszichoanalízis a maga részéről tudna az antropológiai kutatásokhoz hozzájárulni, arra ott sürgős szükség mutatkozik (Dollard, 1935, 28. o.).”

Allport azt bírálja Dollard munkájában, hogy elfogult a freudi lélektan irányában. Világossá teszi ezt az ítéletek táblázatos ábrázolása, amelyet az általa meghatározott hét kritérium alapján Dollard egyedi esettanulmányainak szenteltünk.⁸

Attól eltekintve, hogy szembeszökő, hogy Dollard előnyben részesíti a freudi kórtörténeteket, felismerhető a pszichoterápiás beteg történetek és a szociológiai esettörténetek néhány érdekes sajátossága.

❶ A klinikai esetek erőssége, hogy figyelembe veszik a koragyermekkor jelentőségét, s a fogalmi rendezés során egységes gondolati séma szerint járnak el. Gyengéjük, hogy hiányzik belőlük a kulturális látószög.

A szociológiai esetek pozitív és negatív oldala éppen ellentétes. Dollard munkájának döntő fogyatékosága

⁸ Az összehasonlítás módszerének részleteit taglaló táblázat az eredeti műben található (Kächele, 1981b, 148. o.).

Allport szerint az, hogy a kritériumok felállítását elötte nem szögezte le, nézete szerint milyen célt kellene szolgálnia az esetbemutatásnak. Mintha a kritériumokat kifejezetten a freudi elméletnek kedvezve állapította volna meg.

Módszertani szempontból is emelhetők kifogások Dollard vizsgálatával szemben. Hat, különböző tudományból, illetve különböző iskolából származó munkát vizsgál meg, tehát hat egyedi esetet tanulmányoz. Minthogy az egyedi eset tanulmányozásának eredményeit csak különleges feltételek fennállása esetén s a legnagyobb elővigyázatossággal (lásd Schaumburg et al., 1974) szabad általánosítani, ezért például abból, hogy Dollard pozitívan ítéli meg a „kis Hans” kórtörténetét, még nem lehet arra következtetni, hogy valamennyi pszichoanalitikus kórtörténet eleget tesz a Dollard által megadott kritériumoknak; ilyen következtetés még Freud összes kórtörténetére vonatkozóan sem vonható le.

Az életrajz csakis a legtrikább esetben szolgál puszta arra, hogy adott egyént a saját személyes világában írjon le. A kérdésfeltevés, amelynek jegyében minden esetbemutatást írunk, többnyire bizonyos célra irányul. Ebben a vonatkozásban Thomae szerint (1952) három felfogás különböztethető meg:

1. Az oksági, amelynek esetében a jelenségeket okilag bizonyos változókra próbálnak visszavezetni; ez a legelterjedtebb, ahogy a természettudományokban is az okság elve uralkodik.
2. Az egyedi jelenségek valamely típus alá rendelése vagy abban történő egyesítése; ez az értelmetlen absztrahálás veszélyét rejt magában.
3. A finalista vagy funkcionalista, amely a jelenségeket túlnyomóan valamire való értelmük, funkciójuk szerint ragadja meg.

Thomae szerint a finalista vagy funkcionalista felfogást a pszichoszomatikus orvoslás és a pszichoanalízis képviseli. A pszichoanalízis azonban egyszersmind tipizál is, bár Thomae nem akarja belátni, hogy a bizonyítási teher nem egyetlen esetre nehezedik. Szinte minden egyedi eset pszichoanalitikus bemutatása mögött sok hasonló áll; a leközölt egyedi kórtörténet rendszerint valamely klinikai tapasztalat tipikusnak mondott példán történő szemléltetése.

Ezzel ismét ahhoz a sajátosságához értünk, amelyről már a freudi kórtörténetek kapcsán említést tettem. A kórtörténet középponti tudományos és didaktikus

funkciója a típus kiemelése, ahogy ezt Freud láthatóan Charcot-tól átvette.

❶ A sok-sok „torz formából” kiolvasni az ideáltípus alakzatot, s ezt valamely példa kapcsán szabatosan bemutatni: vélhetően ez adja a meggyőző kórtörténet hatását.

Emiatt elengedhetetlen, hogy a pszichoanalitikus, kiváltképp a klinikai kutatás keretei között megismerkedjünk a típus fogalmával, mert elsőrendűen fontos gondolati eszköz. A tipizálás mint rendező művelet problémájára vonatkozó megjegyzéseink a Hempel (1952, 1972) által javasolt típusfogalmakra támaszkodnak.

Típusfogalmak

Osztályozási típus. Legegyszerűbb típusnak Hempel először is az osztályozási típust nevezi. Ez úgy keletkezik, hogy a tipizálandó egyedeket különböző kategóriákba soroljuk. A besorolás a teljesség, egyértelműség és kizárólagosság kritériumai szerint történik. Bár az osztályozásnak ez a formája a napi gyakorlati-klinikai gondolkodásban közkezdelt, a megkívánt feltételek csak ritkán teljesülnek. A páciensek „tipikus interakciós minták” szerinti, vagy „tipikus analízis karakterként”, „tipikus szuicid karakterként” való megjelölése fellelhető, ha ilyenkor az osztályozási típusra gondolunk.

❶ A gyakorlatilag hasznos tipizálásnak ebben a formájában, amely különösen gyakori a pszichoanalitikus karakterológia területén, figyelmen kívül marad a genetikus-dinamikus szempont.

Inkább a diagnosztikus döntési folyamat során fel dolgozandó kognitív tartalmak klinikai igények által megkívánt leegyszerűsítéséről van szó. Hempel szerint az osztályozási típus többnyire a tudományok fejlődésének korai szakaszában lehet fel. Az osztályozási típusok ilyenkor rendezőelvével gyanánt működnek, amelyekkel tagolható a megfigyelt világ sokfélesége. Azonban csak akkor vannak jelen, ha a fent említett feltételek tényszerűen is teljesültek. E téren azonban a pszichoanalitikus-klinikai fenomenológia, a rendszer leírás több mint megbízhatatlan. Éppenséggel sok vitát jellemez, hogy nincs egyértelműen leírva az empirikus alap, amelynek az elméleti fogalmakba foglalásáról vita folyik.

Szerintem ez érvényes az éppen most folyó vitára is, amelynek tárgya a nárcizmus. Kohut és Kernberg páciensei vélhetően jelentősen különböznek egymástól, így eredményként különböző magyarázó koncepciók adódnak. Ennélfogva ennek alapján még korántsem tisztázódna, mi a tipikusan nárcisztikus ebben az osztályozó értelemben. Az itt érintett problémák megoldására példamutatón indulnak el Meyer et al. (1976), akik faktoranalitikus módon próbálják feltárni a pszichoanalitikus karaktertipológia szerkezetét.

Szélső típus. Módszertanilag igényesebb, tehát logikailag magasabb szinten álló típusként jelöli meg Hempel a szélső típust.

❶ Ezt a típust két szélsőséges jegy kidomborodása jellemzi, amelyek a valóságban ritkán, illetve soha sem lelhetők fel.

A két szélsőség között rendezhetők el a tipizálandó szubjektumok, amelyek így a két pólus valamelyikéhez való közelséggel, illetve a tőle való távolsággal jellemezhetők. A gyakorlatban elgondolhatók átmenetek osztályozási és szélső típusok között, elméletileg azonban ilyen átmenet nincs. A pszichoanalitikus klinikum szempontjából ennek a típusnak nincs sok értelme. Bár lehet arról beszélni, hogy egy páciens inkább vagy kevésbé analízis struktúrált, az „egyáltalán nem analízis”, illetve a „szélsőségesen analízis”, azonban ezek mint tisztán empirikus jegyosztályok nem értelmes képzetek. Egy olyan fogalom, mint az „analízis” vagy „analízis” esetében inkább ideáltípusról van szó (lásd lentebb). Annak viszont lehet értelme, hogy külön kutatási célokra bizonyos fogalmakat szélsőségesen tipizált operacionalizálásnak vessünk alá.

Ideáltípus. Míg az osztályozási és szélső típusok empirikus típusok, azaz empirikus jegyeik alapján állapíthatók meg, addig az ideáltípusról olyan modellről van szó, amely mint értelmező vagy magyarázó séma megfigyelhető tényeket és fogalmakat kapcsol össze egymással. Ebben különbözik a gestalt fogalomtól is, amely csak empirikus-jelenségszintű tényállásokat fog át. Ennél a típusnál, amely e három típus közül a legmagasabb logikai szinten van, magának a típusfogalomnak a problematikusága tűnik elő. Nyilvánvalóvá teszi, rendszerint mekkora része van az elméletnek az ilyen típusok konceptualizálásában.

Öngyilkosjelölt típusok. Így például a három, Henseler (1974) által leírt öngyilkosjelölt-típus

- orális-nárcisztikus,
- analízis-nárcisztikus és
- fallikus-nárcisztikus,

kétségtelenül ideáltípusok modellek, minthogy elméletileg meghatározott fejlődési szakaszok szerint tagolódnak. Mármint lehetségesnek kellene lennie, hogy a három csoport fennálló különbségeit ennek az elméleti levezetésnek a keretei között is elhelyezzük. A három csoport a szuicid fantáziák tartalma szerint különbözik egymástól, aminek nyomán a három típus valamelyikébe sorolódtak: látszólag véletlenül, inkább mellékesen különböznek életkor tekintetében is (Henseler, 1974, 74. o.). Ennek a leletnek az elemzése két hipotézishez vezet, amelyeknek eltérő az etiológiai relevanciája; a harmadik hipotézis integrálja a két lehetőséget: életkorspecifikus társadalmi helyzetek határozzák meg a konfliktus-témák tartalmát; ezek azonban azért lépnek így módon a megélés előterébe, mert ezek a problémakörök a sajátos élettörténet alapján amúgy is aktivizálódnak. A döntés terhe még mindig (ma, 1998-ban) a szerzőé, hogy empirikusan igazolja az elméleti tervet.

❶ Ennyiben világossá tehető, hogy az ideáltípus fogalma az elmélet ellenőrzéséhez vezet. Ez az igény a pszichoanalitikus kazuisztikában burkoltan merül fel.

A cél nyílt megfogalmazása Weiszäcker *Studien zur Pathogenese* című munkájának előszavában található meg:

„Néhány kórtörténet következik, néhány megfontolással együtt arra vonatkozóan, hogy mi mutatkozik bennük tipikusnak. Az előtérben tehát a leíró patogenezis marad; az elméleti lehetőségekkel csak utalásszerűen foglalkozunk. Mint mindenütt, itt is elengedhetetlenek a tények, s a legcsekélyebb torzítás nélkül kell beszámolni róluk. Egy ilyen beszámoló azonban csak akkor válik tudománnyá, ha valamilyen kérdést dönt el, azaz előre jelzett és a gyakorlatban beigazolódtat következménye lesz” (Weiszäcker, 1935, 6. o.).

Ezekkel az utalásokkal, amelyeknek tárgya a típusfogalom jelentősége a pszichoanalitikus kazuisztikában, használható elhatárolódást kaphatunk az életrajzi módszertől (ld. Gerhardt, 1998). Arra az általánosító igényre utal, amely a pszichoanalitikus kazuisztikában mindig is jelen volt. Mindazonáltal fel kell tenni a kérdést, vajon a kazuisztikus ábrázolási mód azon a rendkívül értékes szolgálatán kívül, hogy típusokat emel ki a megfigyelt világ sokféleségéből, módszertanilag is kellően átdolgozott-e ahhoz, hogy lehetővé tegye a klinikai tipológia ellenőrzését. Ezzel kapcsolatban a Deneke és Stühr körüli hamburgi munkacsoport egy sor érdekes dolgozatot publikált, melyek a tipológiai megközelítés és a kvantitativ értékelés gyümölcsöző összekapcsolásával „validáló kongruenciát” teremtenek (Deneke et al., 2003; Stühr et al., 1997; Wachholz és Stühr, 1999).

A továbbiakban az ide kapcsolódó kutatási erőfeszítésekkel foglalkozunk, amelyeket a kórtörténet egyedi eset kutatásba való átalakulásaként értelmezünk.

3.4 A kórtörténettől az egyedi eset kutatásig⁹

A következőkben arra a fejlődésre próbálunk rámutatni, amely Freud kórtörténetei óta a klinikai tényállások közlése terén a pszichoanalízisben végbement. A tudományos közlés organumaiban eleinte többé vagy kevésbé mesterkélt ábrázolt klinikai miniatűrök, kezelés-kivonatokat, egyedi megfigyelések, álmoelemzések nyertek polgárjogot. Kiváló példák találhatók erre Ferenczi *Bausteine zur Psychoanalyse* című munkája 2. *Praxis* kötetében, amely 1927-ben állt össze, s amelyben az olvasó még ma is érzi az újonnan feltárt s immár megfigyelendő, megértendő és közlésre érdemes világ iránti lelkesültséget. A „kis kakasimádó fiú” története burkoltan a „kis Hansra” emlékeztet, 1913-ban keletkezett.

A korszakra jellemző beszámoló az a P. Schilder által 1927-ben közölt eset is, amely egy hályogműtét utáni pszichózisról számol be.

„A pszichoanalitikusnak ritkán van lehetősége arra, hogy az egész anyagot közzé tegye,

amelyre következtetéseit alapítja. A pszichózis, amelyről röviden be kívánok számolni, rövid megfigyelési idő után is annyira világos és egyértelmű leleteket kínál, hogy lehetséges az irathű ábrázolás. Már csak ezért is jogos a kórtörténet részletes közzététele” (Schilder, 1927, 35. o.).

A „részletes közzététele” ilyen bevezető indoklása után maga a munka összesen csak mintegy 9 oldalnyi terjedelmű – Schilder egy 53 éves nőpáciensről számol be, akinél hályogműtét nyomán pszichotikus izgalmi állapot alakult ki. A kialakuló tünetek leírása után, amikor különösen olyan képzetek állnak a középpontban, miszerint teste megsérül, belőle húsdarabokat metszenek ki, Schilder a következőképpen foglalja össze az esetet:

„A közfelfogás szerint a szemműtét a nőpáciens általános felfogóképességét, általános tudatát olyan irányba aktiválja, hogy egész testét károsítva érzi, ezen belül különösképpen nemi szerveit...Az, hogy a pszichózist éppen egy szemműtét idézi elő, amiatt figyelemreméltó, mert közismert, hogy gyakran a szem jelenti a nemi szerveket. Hangsúlyozni kell azonban, hogy más műtétek is előidézhettek, férfiaknál és nőknél egyaránt, kasztrációs komplexust” (Schilder, 1927, 42. o.).

Innen a szerző ezt az egy kórtörténetet összehasonlítja és osztályozza:

„A pszichózis a Meynert-féle tudatszétézés (amnesia) típusába esik. Formailag vélhetően kevésbé tér el a hályogműtét utáni pszichózisokra vonatkozó közölt megfigyelések többségétől, amennyiben rövid kórtörténetekből egyáltalán ítéletet lehet alkotni” (Schilder, 1927, 43. o.).

Megemlíti még néhány olyan műteti beavatkozást, amelynek a szakirodalomban kasztrációs hatást tulajdonítanak, majd a szerző e szavakkal zárja ismertetését:

„Nem kétlem, hogy a kasztrációs komplexus fontos szerepet játszik a posztoperatív psi-

chózis kialakulásában, s úgy vélem, hogy ezen eset vizsgálati eredményeinek általános jelentőséget kell tulajdonítani” (uo., 44. o.).

A szerző vélhetőleg azért teszi meg oly nagy biztonsággal az egyéni állapotfelveletől az általánosításhoz vezető lépést, mert több másik meggyőző tapasztalat is mellette szól, jöllehet ezeket nem tették közzé. Ez a jellegzetessége annak a klinikai kutatási hagyománynak, amelyet Rapaport klinikailag hatásosnak nevez, ennek ellenére nem tekint érvényesnek. Végére is nem bánánk, ha tudnánk, hogy pszichotikus epizódok szeműtétek után gyakrabban lépnek-e fel, mint más műtétek következtében, aminek feltételezésére, tudván, mekkora jelentőségű a szem, mint jelképes szexuális szerv, nagyon is hajlunk – illetve hogy ez a lelet csupán egy vágygondolatnak felel-e meg.

A tudományos közlés módjának megváltozása hozta magával, hogy a kezelésre vonatkozó szóbeli protokollokat megpróbálták hozzáférhetővé tenni a nyilvánosság számára. Ennek szükségessége már annak nyomán is megmutatkozott, hogy időnként olyan impozáns sikerekről számoltak be, amelyek jogos kételyt ébresztettek. F. Boehm (1923) Sadger *Die Lehre von den Geschlechtsverwirrungen auf psychoanalytischer Grundlage* (1921) című könyvéről írt ismertetésében például ezt olvassuk:

„Amikor a szerző kijelenti, hogy a pszichés impotencia egy esetében már négy ülés után tartós gyógyulást ért el az anyai kötődés feloldása révén (96. o.), akkor Freud tanítványi körében kétségek ébrednek. De még ha nem is kételkednénk ebben az egyedülálló teljesítményben, a munkának akkor is van egy lényeges fogyatékossága: a technikának, amelynek révén négy ülésben feloldható az anyához való kötődés, az egész eddigi pszichoanalitikus terápiát forradalmasítania kellene” (F. Boehm, 1923, 538. o.).

A kritikusnak ebben az esetben szerencséje volt. Sadger kezelési beszámolóját sztenografikus párhuzamos leírással készítette és ezek a terjedelmes és részletes ábrázolások lehetővé tették a referens (Boehm) számára a kezeléstechnika világos kritikáját, továbbá a Sadger felállította végkövetkeztetések elméleti relevanciájának bírálatát:

„A kórtörténeteket úgy kell olvasni, mint cikkeket vagy regényeket, amelyeket a pszichoanalitikus szakirodalomban csak részben elolvasható és hiányosan megértő páciensek írhatnak szenvedésük keletkezéséről. Mindannyian szakadatlanul magyarázatkísérletekkel, értelmezésekkel és kérdésekkel jönnek, miközben a jelenben mutatkozó jelenségeket egyszerűen tudatos gyermekkori benyomásokra „vezetik vissza”, ismétlődések, egyszerű megszokások gyanánt ábrázolják őket: „Talán erre lehetne visszavezethető” – ez mindannyiuk sztereotíp kifejezése...

Feltűnt nekem, hogy Sadger páciensei ugyanazokat a kifejezéseket, ugyanazt a német nyelvet használják, mint maga Sadger a szövegében. Minél jobban elmélyedtem ezekben a kórtörténetekben, annál erősebb lett bennem a meggyőződés, hogy a rövid kezelések során Sadger valamennyi páciense a szerző erős, s a páciensben valószínűleg tudattalanul maradó hatása alá került, s az ő kedvéért, ellenállás nélkül azt „asszociálta”, amiről olvasmányai és ráutaló kérdések alapján fel kellett tételeznie, hogy magyarázatkísérletei talán tetszenek majd az orvosnak. Ennek következtében, mint említettem, a gyorsírási feljegyzések nyomán közzé tett kórtörténeteknek sajnos nincs bizonyított erejük; az avatatlank számára ezen kívül nem nyújtanak találó képet a pszichoanalitikus kezelésről” (Boehm, 1923, 539. o.).

Világosabban talán nem is szemléltethető, mekkora előnyei vannak a gyorsírásban rögzített, sőt talán szó szerinti kezelési protokollok közzétételének, hiszen ezek a megítélésnek mégis csak olyan alapját alkotják, amelynek nem csupán az önmagát leíró analitikus evidenciáira kell épülnie. Hogy Freud miért nem tette soha közzé protokolljait, s hogy egyáltalán technikai fejtegetései miért csupán néhány munkára korlátozódtak, amelyek ráadásul messzemenően csak a pszichoanalitikus munka első tíz évére vonatkoznak – azt itt részletesen nem tárgyalhatjuk.

Brody (1970) demográfiai értékelést állított össze Freud pácienseiről, amely kiterjed a Freud munkáiban említett valamennyi páciensre. A feltevés, hogy ezáltal reprezentatív elemzést végzett Freud klienseiről, mindazonáltal rendkívül problematikusnak látszik.

⁹ Ezt a részt A.E. Meyernek ajánlom, akinek elkötelezett vitairatja *Nieder mit der Novelle – hoch lebe die Interaktionsgeschichte* (1994) a régi gondolatokba újra életet lehel.

Brodynak már pusztán az a hivatkozása, hogy 1900 után erősen csökken a közzé tett kórtörténetek száma, a pszichoanalízis fejlődése szempontjából minőségileg elégtelenül súlyozza a *Studien zur Hysterie*-ben bemutatott pácienseket.

Mindenképpen nagy volt a jelentősége, hogy Edward Glover 1939-ben, elégedetlen lévén a pszichoanalitikusok között uralkodó módszertani egyetértéssel – „hiszen a módszer Freud végül is egyértelműen leírta” –, empirikus felmérést végzett a Brit Pszichoanalitikus Társaságon belül. Egészen egyszerű kérdések kapcsán például

- „Mikor értelmez az óra folyamán?”
- „Mennyit értelmez?” és
- „Mit értelmez?”

először vált nyilvánvalóvá, hogy a pszichoanalitikus módszer mint ideáltípus meghatározás empirikusan jelentős játéktérrel enged meg, amelyet a pszichoanalitikusok aztán ki is töltenek. Mint később Bálint (1950) is rámutatott, a sokfajta technikai változat oka nem utolsósorban a pszichoanalízis „terápiás céljának változásaiban” keresendő, mely változások az eltérően felfogott elméleti fejleményekre vezethetők vissza. Glover kísérlete ezért azon feszültségek keretei között is értelmezhető, amelyek a Brit Pszichoanalitikus Társaságban a különböző iskolák kialakulása nyomán keletkeztek. Még ma is meglehetősen különbség áll fenn a technika számára szükséges elmélet és a rendelkezésre álló elméleti anyag között, s ez a francia analitikusokkal folytatott vitában is megfigyelhető. Jó példa erre Widmer-Perrenoud nemrég megjelent recenziója Kestenberg és Decobert *La faim et le corps* (1975) című könyvéről:

„Aki az esetleírásokhoz azzal a várakozással fordul, hogy jobban megérti az elméletet s megismerkedik az anorexiások kezelésének egy sajátos technikájával, csalódní fog... Szakadék tátong tehát az anorexiások nárcizmusával kapcsolatos árnyalt elméleti megfontolások s ezen felismerések kezelésben való alkalmazása között” (Widmer-Perrenoud, 1972, 587. o.).

Esetbemutatók Freud után

A Freud utáni pszichoanalitikus szakirodalmat a némileg is átfogó kezelési beszámolók szerint áttekintve kevés olyan bemutatással találkozunk, amelyek – megközelítő terjedelemben számolva – több mint 30 oldal

las publikációt jelent. Áttekintettük az ilyen kezelési beszámolók előttem ismertté vált példáit (lásd 3.1 táblázat). Lehet, hogy néhány közlemény elkerülte a figyelmünket, ez az összeállítás mindazonáltal informatív és összességében reprezentatívnak minősülhet.

Valószínűleg jogosulatlanul hagytuk ki a fenomenológiai vagy antropológiai kutatók értékes tanulmányait, mint például Binswanger tanulmányait a szki-zofréniáról (pl. Ellen West) (ld. Thomä, 1961). Ezek középpontjában azonban inkább a páciensek megértése, mint a kezelési eljárások bemutatása áll. Nem soroltuk ide a nagy pszichiátriai kórtörténeteket sem. Szintén figyelmen kívül hagytuk a terjedelmes pszichobiográfiai tanulmányokat, amelyek Freud Leonárdjának nyomdokain új tudományos szakterületet tár-tak fel.

Az általunk feldolgozott példákat a továbbiakban csak részben kommentáljuk, s kiemeljük a számunkra legfontosabbnak látszó eseteket.

■ A 3.1 táblázat a szerzőt, a páciens megjelölését, lehetőség szerint életkorát, nemét, a nevet, amelyen a páciens a szakirodalomban ismertté vált, a kezelés dátumát és időtartamát foglalja magába – s amennyiben a beszámolókból kiderült, a közzététel időpontját, a jegyzőkönyvezés módját, a beszámoló megközelítő terjedelmét, mindenkor a közlemény oldalszámának formájában. A feldolgozásban – amelynek hiányos voltát ismételtelen hangsúlyoznunk kell – szereplő munkák megjelenésének évszámát tekintve a következő benyomásunk támad: 1930–1959 között 6, 1960–1979 között 20 beszámolót találtunk.

Ez a felsorolás kétség kívül nem megbízható, megerősíti azonban a benyomást, amelyet a szakirodalom tanulmányozása során szereztünk. Egyre több terjedelmes esetbeszámoló kerül nyilvánosságra. Érdekes ezzel kapcsolatban, hogy viszonylag hosszú idő telik el kezelés és közzététel között. A felsorolt 26 beszámoló közül 11 szól gyermekekről, illetve fiatalokról páciensekről; ami ahhoz képest, hogy sokkal kisebb a gyermekterapeuták száma, fölöttébb jelentős arány. Ezek a gyermekek továbbá szinte mindig pszichotikus vagy prepsichotikus megbetegedésben szenvednek. A felsorakoztatott beszámolók terjedelme az általunk önkényesen meghúzott 30 oldalas alsó határ és több mint 600 szövegoldal között változik. Néhány kivételtől eltekintve az ülések utáni gondos leírásokról van szó. Szóbeli jegyzőkönyveket csak Felix Deutsch és Stoller alkalmaz; Dewald

3.1 táblázat A Freud utáni idők esetleírásai

Szerző	Eset	Kezelés időpontja	Időtartama	Közzététel időpontja	Anyag	Terjedeleme (oldal)
Adler	„R. kisasszony”			1928	Utólagos leírás	146
Taft	7 éves fiú		31 óra	1933	Párhuzamos leírás	161
Wolberg	42 éves férfi, „Johan R.”	1940	4 hónap	1945	Utólagos leírás	169
Berg	Fiatal férfi	1940 körül		1946	Párhuzamos leírás	Kb. 240
Sechehay	18 éves nő, „Renée”	1930	10 év	1947	Utólagos leírás	107
Deutsch	28 éves férfi	1948 körül	14 óra	1949	Szó szerinti	140
McDougall-Lebovici	9 éves fiú, „Sammy”	1955	166 óra	1960	Párhuzamos leírás	270
M. Klein	10 éves fiú, „Richard”	1944	93 óra	1961/1975	Utólagos leírás	490
Thomä	26 éves nő, „Sabine”	1958	304 óra	1961	Utólagos leírás	70
Parker	16 éves fiú	1955	200 óra	1962	Utólagos leírás	355
Bolland – Sandler	2 éves fiú, „Andy”	1960 körül	221 óra	1965	Utólagos leírás	88
DeBoor	22 éves férfi, „Frank A.”	1960 körül	580 óra	1965	Utólagos leírás	30
Pearson	12 éves fiú, „Serdülő”		6 év	1968	Utólagos leírás	140
Milner	23 éves nő, „Susan”	1943–1958	15 év	1969	Utólagos leírás	410
Dolto	14 éves fiú	1968–1973	12 óra	1971	Utólagos leírás	160
Bálint	43 éves férfi, „Baker úr”	1961–1962	29 óra	1972	Utólagos leírás	130
Dewald	26 éves nő	1966 körül	304 óra	1972	Párhuzamos leírás	620
Winnicott	30 éves férfi	1954		1972	Utólagos leírás	
Argelander	35 éves férfi		Kb. 600 óra	1972	Utólagos leírás	75
Stoller	30 éves nő			1973	Párhuzamos leírás	400
Winnicott	2 éves kislány, „Piggle”	1964	14 óra	1978	Utólagos leírás	200
Firestein	25 éves nő			1978	Utólagos leírás	30
Goldberg	25 éves férfi			1978	Utólagos leírás	108

3.1 táblázat A Freud utáni időszak esetleírásai – folyt.

Szerző	Eset	Kezelés időpontja	Időtartama	Készítési időpontja	Anyag	Terjedelme (oldal)
Goldberg	31 éves nő	1966 körül	Kb. 600 óra	1978	Utólagos leírás	98
Goldberg	22 éves férfi, „E. úr”	1972 körül	2 év	1978	Utólagos leírás	134
Ude	6 éves kislány	1975 körül	2 év	1978	Utólagos leírás	160

beszámolója azonban, az ülésen történő leírás miatt majdnem megközelíti a szó szerinti jegyzőkönyvek pontosságát. Ennek az első áttekintésnek az a célja, hogy megkönnyítse néhány ilyen kezelési beszámoló most következő taglalását; eközben azonban a szerzők módszertani beállítottságának elemzésére szorítkozunk.

Kiválasztott kezelési beszámolók

A Tavistock Klinikán is működött Charles Berg angol pszichoanalitikus *Deep Analysis* (1946) című beszámolójával szeretnénk kezdeni. A háború előtt találkozott egy fiatalemberrel, aki feltűnt szokatlan tünetei miatt; voltaképpen normális volt, mégis nagyon szeretett volna pszichoanalitikussal konzultálni. Ehhez kapcsolja Berg az esetbeszámoló indoklását:

„Emiatt éreztem kísértést arra, hogy lépésről-lépésre feljegyezzem analizisét, abban a reményben, hogy a téma iránt érdeklődőkkel megoszthatom a klinikai anyag kutatásából nyert felismeréseimet” (Berg, 1946, 9. o.).

A kezelési beszámoló bemutatása a kezelés közben készített feljegyzésekre épül és az időrendet követi; az anyag kiválasztásának alapja a klinikai előrehaladás. Ezzel jórészt azt a kifejtési formát követi, amelyet Freud *Patkányembere* példáz – bár Berg nem hivatkozik Freudra. Az első beszélgetést részletesen ismerteti, majd az első üléseket még aprólelkesebben.

Fokozatosan sűrítési folyamat indul el, s a kiválasztást egyre inkább a tematikus szerkezet határozza meg. Bizonyos csúcspontok – mint az áttétel kezdete, regresszió a gyermekkora, rögzülés az apához stb. – szabják meg a bemutatás későbbi menetét. Háromfelvonásos darabról van szó, az apa, az anya és a fiú nézőpontjából,

a beszámoló ráadásul ennek megfelelően három „könyvre” is tagolódik.

Figyelemreméltó D. Winnicott egyik kezelési beszámolójának sorsa. 1954-ben az újlatin pszichoanalitikusok kongresszusán számolt be annak a skizoid férfinak az analiziséről, aki az analizis során önkívületi állapotokat élt át, amelyek megértése a kezelés további menete szempontjából döntő fontosságúvá vált. 1972-ben jelentek meg Winnicott feljegyzései e kezelés utolsó hat hónapjáról, meghozza *Fragment of an analysis* címmel Giovacchini terjedelmes kezeléstechnikai művében „elrejtve”. Érdekes, hogy már az előadás írásos változatában, amely németül 1956-ban a *Psyché*-ben jelent meg, a következő félreérthetetlen utalás található:

„A kezelés utolsó négy hónapjáról véletlenül szó szerinti beszámoló készült, amely mindenkinek a rendelkezésére áll, aki szeretne elmélyedni a pácienssel folytatott addigi munkában” (Winnicott, 1956, 207. o.).

Bizonyára a pszichoanalitikusok egymás közötti kommunikációjának sajátos problémájára utal, hogy Winnicottnak erre az ajánlatára csak halála után tudtak reagálni. Időközben a kezelésről szóló beszámoló külön is megjelent (francia kiadásban 1975-ben, németül 1982-ben). Annie Anzieu szeretetteljes-kritikus recenziója az Európai Pszichoanalitikus Egyesület bulletinjében (11. sz.) közvetlenül is nyilvánvalóvá teszi, mennyire előmozdítja a vitát egy ilyen publikáció. Az amerikai szerkesztő (Giovacchini) csodáló beállítottságával ellentétben Annie Anzieu bírálatában az analitikusi értelmezés örömeit leljük fel, amely nem engedi meg, hogy tagolatlanul hallgassa a páciens beszédét. „A helyzet nem olyan, amilyenre egy francia analitikus rendszerint hivatkozik”. (Anzieu, 1977, 2. o.) Az

amerikai szerkesztők szemében éppen az analitikus jól észlelhető aktivitásának van különlegesen pozitív jelentősége:

„Az előttünk álló példa világossá teszi, milyen előnyök származhatnak az analitikus kezelés részletes bemutatásából. Nemcsak Dr. Winnicott klinikai-elméleti felfogását ismerjük meg, amely szerintünk már eddig is jelentősen hatott a pszichoanalitikus elméletre s hatni fog a későbbiekben is, hanem az is világossá válik, mennyire izgalmas és kielégítő lehet egy páciens kezelése. Az olvasó figyelmét különösképpen arra hívánk fel, hogy miként képes Dr. Winnicott a fantáziát és az álomanyagot a napi rutintevékenységekkel egyesíteni az analizis szolgálatában” (Giovacchini, 1972, 455. o.).

Éppen azért, mert a pszichoanalízisben elmélet és technika között ilyen sajátos, személyhez kötött közvetítés áll fenn, kivételesen nagy eseményként kell méltatni, hogy egy jelentős pszichoanalitikus valamely kezelési protokollja egyáltalán hozzáférhető, s ezáltal, legalábbis első megközelítésben, közvetlen benyomásokat szerezhetünk és önálló ítéletet alkothatunk technikáról és elméletéről. Hasonló hagyatékot képvisel Melanie Klein beszámolója egy gyermekanalízisről, melyet röviddel halála előtt (1961-ben) készített. Maga ad magyarázatot arra, milyen célokat követ ez a terjedelmes publikáció:

„Az itt következő esettörténet közreadásával különböző célokat tartottam szem előtt. Először is a korábbiaknál részletesebben szeretném szemléltetni módszeremet. Az általam készített részletes jegyzetek nyomán az olvasónak lehetősége nyílik, hogy megfigyelje, miként igazolódnak az értelmezések a rájuk következő anyagban. Láthatóvá válik az analizis napról napra történő fejlődése, s a benne megnyilvánuló folyamatosság.

Rendkívül részletes jegyzeteket készítettem, a pontos sorrendben azonban természetesen nem mindig voltam biztos, s szó szerint sem tudtam felidézni a páciens asszociációit és az én értelmezéseimet. Ez az esetek anyagának megértése során általános nehézségnek nevezhető. Szó szerint csak úgy lehetne feljegyezni

a megnyilvánulásokat, ha az analitikus az ülés során is jegyzeteket készítene; ez viszont rendkívül zavaró a páciens, megtöri az asszociációk zavartalan áramlását, s elvonná az analitikus osztatlan figyelmét az analizis menetétől” (Klein, 1961, 15. o.).

A kezelés rövidege nemcsak a kedvező lefolyásnak köszönhető; a szerkesztő közlése szerint már eleve abból indultak ki, hogy csak négy hónap áll rendelkezésre. Fontos, hogy M. Klein mindazonáltal úgy vélekedik, hogy ez az analizis semmilyen tekintetben sem tér el a megszokott időtartamú analizisektől.

Ez egy kutatási kérdések szempontjából különösképpen alkalmas beszámoló, vélhetnénk, hiszen pontosan 93 ülésről tartalmaz feljegyzéseket, s ezek átlag 5 oldalnyi terjedelműek. Geleerd részletes recenzióján (1963) kívül csak D. Meltzer nemrég megjelent s a kezelés menetének módszeres leírását tartalmazó alapos tanulmánya (1979) ismeretes előttünk.

Néhány évvel korábban Párizsban már megjelent J. MacDougall és S. Lebovici beszámolója a 9 éves Sammyről, akit az előző évszázad ötvenes éveinek közepén kezeltek Párizsban. A kezelésről szóló pontos beszámoló maga a fiú kezdeményezte, mert hosszú ideig csak akkor volt hajlandó megszólalni, ha analitikusa minden szavát leírta: „Írja, amit diktálok, én vagyok a diktátora” – ezt kiabálta (1969, 1. o., angol kiadás). Nyolc hónap elteltével, vélhetően egyértelmű javulást követően, véget ért a pszichotikus gyermek kezelése: a szülők mellékelték s a rá következő évekről szóló beszámolóiból mindazonáltal kiderül, hogy ez a gyermekanalízis-töredék csak a kezdet volt:

„Sammy másnap New Yorkba utazott. Így ez az analizis, csupán nyolc hónapos kezelés után, s még nagyon is a kezdeteknél tartva, hirtelen véget ért” (az analitikus megjegyzése az utolsó ülés jegyzőkönyvében, 166. sz., 1955.9.9.).

❶ Gyermekek kezelését szemmel láthatóan gyakrabban teszik közzé, mint a felnőttekről szóló beszámolókat.

1965-ben tette közzé például a Hampstead Klinikán dolgozó Sandler és Bolland a 2 éves Andy esetét. 50 hét alatt 271 ülésről adnak heti összefoglalókat. Ezen túlmenően a kezelési beszámoló az úgynevezett Hampstead-

index munkamódszerét is szemlélteti. A Hampstead Klinikán működő kutatócsoport az indexálással, azaz az analitikus anyag sematikus feldolgozásával „egyfajta kollektív analitikus anyagot próbál teremteni, amely az egyes kutatóknak és szerzőknek sok kolléga által összehordott tényanyagként áll rendelkezésére.” (Anna Freud előszava az 1977-es német kiadáshoz, 12. o.) Az Hampstead-index kutatási eszközként való felhasználásáról Sandler (1962) számol be.

Térjünk most át Dolto (1973) beszámolójára. 14 éves Dominique nevű páciensét 12 ülés alatt „gyógyította ki” pszichotikus regressziójából (173. o.). Eljárását Dolto is Freud kórtörténeteire, különösen az olyan gyermek-kórtörténetekre hivatkozva igazolja, mint a kis Hans. Bírál is:

„Manapság sok kicsiny és még kisebb töredéket olvasunk, amelyek több száz ülés nyomán születtek; beszélgetés-, álom- vagy viselkedésmód-töredékek, amelyek többnyire azt szolgálják, hogy igazoljanak valamilyen technikai vizsgálatot vagy az áttételtől és viszontáttételtől szóló elemzést. Az ilyen töredékek kiválasztásának indokával kapcsolatban a klinikus csak a fejét csóválhatja” (Dolto, 1973, 7. o.).

Dolto ezen kívül amellel érvel, hogy legyen jelen harmadik személy is a kezelési helyzetben. Így módon „egy pszichoanalitikusan képzett személy jegyez fel mindent, amit akár a páciens, akár az analitikus mond” (uo., 8. o.). Dominique esetében azonban ez a feltétel nem teljesül, így a feljegyzések a terapeutától származnak.

A negatív bírálat, amelyben ez az esetbeszámoló az amerikai recenzió (Anthony, 1974) részese, a pontos jegyzőkönyv nélkül aligha látszana annyira tárgytorónak, s vélhetően nem derült volna ki ennyire világosan, hogy „úgy látszik, minden nemzet a saját pszichoanalitikus kertjét műveli” (684. o.). A német recenzió (Hass, 1976) ezzel szemben láthatóan tesz a Lacan-féle kert.

Ezt a kritikát azért kell pozitívan értékelnünk, mert képes arra, hogy ideológiai különbségeket kimutatható empirikus alapjukra vezessen vissza (lásd ehhez Kächele et al., 1973). Ezért Dolto „rendkívül részletes jegyzetekre” irányuló követelése vélhetően nem vizsgálat, amennyiben ezeket közzé is teszik és didaktikus s az elméletet bemutató feladatok céljából rendelkezésre

állnak. Ez ellen sajnos számos indok szól, melyek nem egykönnyen cáfolhatók. Első helyen valószínűleg a páciens védelme és a pszichoanalitikus védelmi igénye említendő. Gyakran az időbeli távolság lehet az akadály megannyi probléma közzétételének. Feltehetően az sem véletlen, hogy Winnicott feljegyzései csak húsz év múlva váltak hozzáférhetővé, s Melanie Klein Richard esetét is csak 1961-ben adták ki (Klein, 1975, német kiadás). Bálint Baker nevű páciensével végzett fokális terápiája pedig csak a kezelés után tíz évvel jelent meg. David Malantól tudjuk, hogy Bálint Mihály csak később (1952 körül) szánta rá magát, hogy maga is vigyen eseteket. Az első kettőt állítólag eredménytelenül kezelte; a harmadik kísérletben azonban, szakirodalmi feldolgozása révén a pszichoanalitikus kezelés új típusa, a fokális terápia öltött testet.

„A könyv alapjául Bálint Mihály Baker-esetét szolgál, amelyet maga írt le (5. fejezet). Az egyes kezelések utáni kommentárok sajnos meglehetősen 'aszimmetrikusak'. Ez Bálintnak abból a szokásából adódott, hogy megfigyeléseit rögtön a mindenkor órá után diktálja le; ezeket a feljegyzéseket azonban nem közzétette. Később mégis úgy döntött, hogy csupán kisebb stílári változtatásokkal, az eredeti formában iktatja be őket a fejezetbe” (Malan, 1973, 7. o.).

E csoportmunka – amely az idők során alakult ki – célja a következő volt:

„A Baker-eset kapcsán minden részletében meg akartuk vizsgálni a páciens asszociációi és a terapeuta által választott beavatkozások közötti interakciókat. Ez a szemléletmód elméleti szempontból a kezelési folyamat kutatásának, másfelől a kialakuló orvos-páciens viszony tanulmányozásának fogható fel” (Malan, 1973, 10. o.).

Amennyiben ezt a tanulmányt a megfigyelési adatok nyilvánossága szempontjából vesszük szemügyre, felmerül néhány kérdés, melyeket a munkacsoport tagjai vetettek fel s rögtön meg is válaszoltak:

„A vizsgálat anyagát az órák összefüggő jegyzőkönyvei alkotják, amelyeket rendszerint a

kezelés után a titkárnőnek lediktáltuk. Az órák folyamán nem készítettünk jegyzeteket. A terapeuta tehát teljesen az emlékezetére hagyatkozott. Tudjuk, hogy ez a módszer felvet bizonyos aggályokat, s vannak puristák, akik szeretnék kizárni a kutatásból. Készségesen elismerjük, hogy az emlékezetből történő felidézés nem annyira megbízható, mint a magnófelvétel. Másfelől állítjuk, hogy az egyes kezelési órák és összességében a teljes kezelés belső összefüggései egyaránt messzemenően bizonyítják eljárásunk érvényességét és felhasználhatóságát... Itt hadd utaljak csak arra, hogy a mi jegyzetelési módszerünk világosan felismerhető a páciens karaktere és a terápiás eljárás mikéntje, míg magnófelvétel esetén mindkettőt fáradtságos munkával kell kihámozni a szerkezet által rögzített nyersanyagból. Továbbá a magnófelvétel mit sem mond olyan értelmezésekről, amelyeket a terapeuta mérlegelt, de végül nem mondott el, vagy az óra légköréről, a terapeuta eredeti várokozásairól, az óra hozamára vonatkozó változó elképzeléseiről, utólagos ötleteiről stb.; az általunk választott módszer révén viszont mindezek a fontos összetevők érvényre jutnak” (Malan, 1973, 10–11. o.).

Ebből a gondolatmenetéből kitűnik, hogy a pszichoanalízisben a nyilvánosság számára hozzáférhető nyers adatok nemcsak a páciens és a terapeuta verbális megnyilvánulásai. Csak a legnyersebb behaviorista vitathatná, hogy a terapeuta megfontolásai, szándékai és beállítódásai hatékony közreműködői a terápiás folyamatnak. Így felvetés tehát e folyamat szubjektív dimenzióját is bevonja a kutatásba, s ezáltal számos létfontosságú kérdés felvetésére nyílik alkalom.

A leírt kezelésben formálisan ezt az összefüggést illetően lényeges, hogy a kezelési órák ábrázolásában sajátos tagolódás megy végbe:

1 már a kezelés előtt meg kell állapítani bizonyos sémát, amely eleve megszabja a kidolgozandó tematikus pontokat.

Ezáltal lehetőség nyílik a kezelés menetének viszonylag rendszeres dokumentálására.

A kezelésmenet leírására szolgáló ilyen sémát egyébként már 1951-ben meghonosította Mitscherlich

ch a heidelbergi Pszichoszomatikus Klinikán. *Vom Ursprung der Sucht* című monográfiájában már 1947-ben három olyan részletes kórtörténetet ismertet, amelyekben a kezelésmenet ábrázolása szinte kizárólag az álomanalízis vezérfonala mentén történik.¹⁰ Ennek a „rendszeres kórtörténetnek” kellene kiegészítenie az „élettrajzi anamnézist”, hogy így megragadhatóvá váljék a kezelése menete. Ma még nehéz megállapítani, valójában hány ilyen „rendszeres kórtörténet” íródott. Megjelenni mindaddig egyetlen jelent meg az Alexander Mitscherlich tiszteletére összeállított ünnepi kiadványban:

„Bár alig néhány páciens és betegségük lefolyása részesült módszeres leírásban, egy ilyen darab felidézése az úttörő korszakból pillanatnyilag számos okból több mint jogos” (Thomá, 1978, 254. o.).

Visszatekintve a szerző szisztematikus lyukakat is fedez:

„Kétségtelenül egyénen túlmutató jelentőségű, hogy beszámolómban szinte csak a páciens jut szóhoz, bár A. Mitscherlich sémájában az áttétel – viszontáttétel pólus szerepel és elvárja figyelembe vételét a terápia során. Valóban akkoriban pontosan jegyzőkönyveztük, de inkább csak lejegyeztük, amit a páciens közölt. Érzéseinket, gondolatainkat és magyarázatainkat a technika megértésénél elhanyagoltuk és ennek megfelelő a beszámoló ábrázolási stílus” (Thomá, 1978, 258. o.).

Vélhetően e felfogástól ösztönözve, de nem közvetlenül annak hatására született Thomá (1961) anorexia nervosa és deBoor (1965) az allergia pszichoszomatikáját tárgyaló átfogó esettörténete. Sabine B. esetének terjedelméről Thomá ezt írja:

„Még egy olyan kimerítő beszámoló is, mint az itt következő, csak válogatást jelent a 304 kezelési órán tett megfigyelésekből és a rájuk vonatkozó megfontolásokból. Ahhoz, hogy

¹⁰ Lásd még French *The Integration of Behaviour* című 1958-as munkájának harmadik kötetét, amelyben a klinikai bizonyítás a páciens hosszú álomsorozatára támaszkodik. Álomsorozatok kísérleti alkalmazására lásd Geist és Kächele, 1979.

ki tudjuk ragadni a lényegét, az áttételre és az ellenállásra vonatkozó tapasztalatokból indulunk ki, s ezek váltak a bemutatás vezérfonalává” (Thomä, 1961, 150. o.).

A következőkben a szerző szabadkozik a „beszámoló jelentős hossza” (közel 70 oldal) miatt, ám a rendelkezésre álló részletes kezeléisleírások hiányával nem próbálja igazolni, hogy itt annyira részletekbe menően írja le az esetet. A kezelés bemutatását 16 fejezetre tagolja, ezek közül a leghosszabb 38 órát, a legrövidebb 9 órát foglalt magába. A kezelés tagolásának ezt a módját módszertanilag olyan utalással indokolja, hogy a kezelés egyes szakaszait „főtémák” szerint írja le. Kétségtelenül érdemes lenne gondosan megvizsgálni azokat a döntési folyamatokat, amelyek az analitikus folyamat ilyen feldarabolásához vezettek.

1971-ben Argelander *Der Flieger* című esettanulmánya már egyértelműen pozitívan viszonyul a részletes beszámolóhoz. A kezelésmenet időrendbe állított bemutatása elméleti bevezetés és összefoglaló-kritikus zárómegjegyzések között található; az anyag kiválasztása során követett eljárásról a szerző ezt írja:

„Az analitikus anyag dokumentálása során változtatom az összefoglaló beszámoló formát a szó szerint visszaadott jegyzőkönyv-részletekkel, különösképpen azokon a helyeken, amelyeket témám szempontjából fontosnak vélek” (Argelander, 1971, 10. o.).

Minthogy az esetbemutatással a szerző az akkoriban folyó nárcizmus-vitához kívánt adalékkal szolgálni, a témákra összpontosítást a hagyományos pszichoanalitikus betegétörténetekből vette át.

Argelander külön beszél a bemutatás formájáról, időrendben jegyzi fel az analízis eseményeit, szigorúan és rendszeresen idéz szó szerint, s igen tárgyilagos, elméleti és személyes elfogultságoktól távolságot tartó összefoglaló beszámolókat alkalmaz – mindebből világosan kitűnik a szerzőnek az a törekvése, hogy esetbemutatását áttekinthetőbbé tegye, mint amilyenek a korábbi esettörténetek gyakran voltak. Mégsem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy Argelandernek ahhoz, hogy a munka terjedelmével ne lépjen túl bizonyos határokat, válogatnia kellett s hosszú időszakokról csak a kezelés menetének összefoglaló leírásával tudott szolgálni.

Az itt vizsgált esetbemutatás terjedelmének kérdése külön említést érdemel; igen kézenfekvő az érv, hogy valamely munka jelentősége nem mérhető le terjedelmén. Mindaddig azonban, amíg klinikai megfigyelésekről van szó, a kezelésről adott beszámoló terjedelme bizonyos fokig valóban utal a felsorakoztatott megfigyelések klinikai közelségére.

Összehasonlításul érdemes megemlíteni Z. úr Kohut (1979a) által ismertetett esetét, amelyben két pszichoanalízis menete ábrázoltatik, amelyek ráadásul technikakezelésük tekintetében jelentősen különböznek egymástól. Ez az eset 1979-ben jelent meg az *International Journal*-ben. Bár a klinikai adatok már viszonylag részletesen közzétételre kerültek (Kohut, 1979b, 172–216. o.), egy ilyen eset mégis sokkal részletesebb bemutatást érdemelne. Az esetet megalapozni szándékozó kijelentéshez, miszerint „az új szelfpszichológia klinikai területén is hasznos”, ellenőrizhető bizonyítékokat kellene csatolni.

Kohutról megjelent életrajzában a szerző habozás nélkül arról beszél, hogy Z. úr második analízisét Kohut egyszerűen kitalálta, és amivel azt próbálta érzékelteni, hogyan mehetett volna végbe a második analízis (Storz, 2001, 308. o.).

„Talán a legemléltésre méltóbb, amit Kohut valaha tett, az, hogy egy tisztán önletrajzi esettörténetet írt, a saját történetét. Mindezt 1977 nyarán, 64 évesen. Egyetlen más cselekedete sem mutatta ennél világosabban heroikus önértékelését. A *The two analysis of Mr. Z.*, melyet Kohut komor pszichoanalitikus esetanyagként publikált a szakma legjelesebb folyóiratában, felfedi legmélyebb pszichológiai tapasztalatát” (Storz, 2001, 308. o.).

Német nyelvterületen ez a tanulmány Cremerius (1982) kritikai értékelése révén vált igazán ismertté. 1984-ben Kohut ismét „elégedettségét” fejezi ki a világirodalom első fiktív pszichoanalízisének eredményességével kapcsolatban. Ebben közvetetten ki- fejezést kap Ruth Eiszlernél folytatott tananalízisének határozott kritikája. Ruth Eiszlert egyébként – amikor elutasították, hogy a Chicagói Pszichoanalitikus Intézet kandidátusa legyen – taktikai okokból választotta. Értékelésében nem habozik megemlíteni, hogy a (fiktív) kezelés során a analitikus magatartása és atmoszférája megváltozott, és mindezt saját szelfpszichológiai

elmélete tette lehetővé (Kohut, 1984). Még utolsó, *Wie heißt die Psychoanalyse?* című művében is (1987) vitázva kritikusaival a következőt írja:

„A *Two analysis of Mr. Z.* tanulsága a következő: az eset nem csak annak az útját és módját mutatja be, hogyan hozzák elméleti változtatásokat az analitikus olyan helyzetbe, hogy meglasson új klinikai konfigurációkat, hanem azt is megmutatja, hogyan befolyásolja az analitikus szelftárgy-áttétellel alkotott felfogása a klinikai anyaggal való bánásmódot azon bővített empátia eszközével, amilyen empátiát az új kezek eredményeznek” (Kohut, 1987, 139. o.).

A szelfpszichológiához részletesebb esetek találhatók viszont abban az „Esetkönyvben”, amelyet Goldberg 1978-ban jelentetett meg. Viszonylag terjedelmes eset-beszámolók találhatók itt főként azokról a páciensekről, akik Kohut könyveiben csak rövid utalások formájában bukkannak fel. Ennyiben a könyv válasz a Kohut elgondolásaival foglalkozó „megannyi klinikus makacs és egyértelmű kérésére” (Goldberg, 1978, 1. o.). I. asszony és A. asszony analízisének egyenként közel 100 oldalon történő bemutatása kétségtelenül kitűnő klinikai irányú elemzést tesz lehetővé.

De még a kezeléseknél részletesebb bemutatása is olyan igényre látszik utalni, amelyben kezeléseket végző analitikusok és kutatók egyaránt osztoznak. Paul Dewald például elhatározta, hogy egy teljes pszichoanalitikus kezelést feljegyez, úgy hogy az órák alatt gondos jegyzeteket készít. Amikor tervét 1972 áprilisában az Amerikai Pszichoanalitikus Egyesület műhelymegbeszélésén előadta, Dewald hangsúlyozta, hogy

„a folyamat jelenlegi felfogása alapján a tapasztalt analitikusok többsége viszonylag hatékony kezelésre képes, s az anekdotikus leírás jelenlegi módszertana számottevő tudásanyag felhalmozódáshoz vezetett. Ám ha a pszichoanalízis a saját szakterületén túli tudományos hatásra törekszik, akkor ezen a területen további kutatásra van szükség” (idézi Dorpat, 1973, 171. o.).

Dewald egy olyan kezelést ír le, amelyet eleinte nem tudományos céllal végzett. Módszeres feldolgozása csak a terápia lezárulta után egy évvel kezdődött.

Mindamellett a kezelés folyamán is részletes, szinte szó szerinti jegyzeteket kellett készítenie a párbeszédről, s megpróbálta kommunikáció nem-verbális elemeit is beilleszteni. Érdekes, hogy az analitikus „verbális beavatkozásait” külön megemlíti, mintha nem lenne magától értetődő, hogy a pszichoanalitikus dialógushoz az analitikus megnyilvánulásai is hozzátartoznak.

Mint várható, a jegyzetkészítés technikai problémává válik. Dewald mindazonáltal biztosít bennünket, hogy a párhuzamos leírás a páciens rendszerint a teljes pszichoanalitikus helyzet, a kezelési folyamat részének fogadta el. Kiderült továbbá, hogy a páciens erre adott reakcióit éppúgy analizálni lehetett, mint az analitikus realitásához adott egyéb reakciókat. A páciens, akit Dewald bemutat, fiatal nő, aki klasszikus, kevert, többféle fóbiával, szabadon lebegő szorongással, depresszióval és frigiditással egyenes neurozissal szenved. Kiderült, hogy a páciens igen gyorsan hozzászokott az analitikus helyzethez, s jól tudott együttműködni. A kezelés emiatt csak 24 hónapig tartott (ami 347 órának felel meg), s egyaránt vezetett a tünetek javulásához, valamint a személyiség strukturális átalakulásához.

Mintegy egy évvel a kezelés befejezése után kezdte el Dewald diktáfonra mondani feljegyzéseit, s eközben különösen a páciens saját idiómáit próbálta visszaadni. Feljegyzéseinek közreadásához azonban ki kellett választania egy részletet, mert a teljes anyag túlzottan terjedelmes volt.

Mindebből kiderül, hogy itt bizonyos ellentmondás áll fenn az eredeti adatok nyilvánosságra hozatalának tudományos követelménye s ama gyakorlati korlát között, ami abból adódik, hogy még rövidebb pszichoanalízist sem lehet teljes mértékben közre adni. Hogy mi „lehetetlen”, azt természetesen a tudósok közmegegyezése szabja meg. Csak miután az ilyen feljegyzések jellegüket tekintve elsődrendű adatforrásnak számítanak, változtathatók meg az ilyen lehetlenségek.

Dewald elhatározta, hogy a kezelés bizonyos szakaszaiból húzás nélkül adja közre az órák jegyzőkönyvét. Egyidejűleg összefoglaló fejtegetéseivel mintegy mindenkor kerekké teszi a lejegyzést, s így az olvasó az analitikus megfontolásai is betekint. A kezelés nem szó szerint bemutatott szakaszairól igen tömör összefoglalásokat csatolt. Az alábbi táblázat ad áttekintést, hogyan oszlik meg a megjelentetett anyag teljes terjedelme a kezelés egyes részei és a közzététel közege között:

A kezelés időtartama	24 hónap = 347 óra
Ebből szó szerinti lejegyzés	107 óra
Szűrőpróba	1+3; 11., 13., 15.; 23.+24. hónap
A klinikai anyag összterjedelme	656 oldal
Ebből a szó szerinti szöveg terjedelme	510 oldal
Ebből az összefoglalások terjedelme	146 oldal

Mi volt Dewald célja ennek a kezelésnek a lejegyzésével? A műhelymegbeszélés referense erről a következő összefoglalást teszi közzé:

„Az eset közzétételével Dewald célja, hogy klinikai szemszögből áttekintést adjon a pszichoanalitikus folyamatról, s eközben pszichoanalitikus adatokat mutasson be és dokumentáljon. Most, hogy ezek az adatok hozzáférhetőek a nyilvánosság számára, lehetségessé válik különböző szemszögekből való vizsgálatuk. Más kutatók például megegyezésre tudnak jutni, hogy pontosan ebben az esetben miben állt az analitikus folyamat. Ugyanezeket az adatokat kiindulópontként használhatná előrejelzés céljából valaki, aki még nem tanulmányozta az esetet, ennél fogva mentes az előítéletektől a kezelés menetére vonatkozó előzetes tudás tekintetében” (Dorpat, 1973, 172. o.).

Dewald beszámolóval a terjedelmet és a jelentőséget tekintve egyenértékűnek látszik R. Stoller 1973-as, *Splitting. A Case of Female Masculinity* című tanulmánya. Stoller éveken át foglalkozott a pszichoszexuális fejlődés kérdéseivel; a szokatlan nópaciensről szóló 400 oldalas beszámoló bevezetésében ő is állást foglal célkitűzésével kapcsolatban haladó klasszikus esettanulmány védelmezői és a kísérleti kutatás képviselői, akik megtanultak kételkedni az egyedi klinikai közlések értékében. Az alábbi bekezdés szemléltetheti a könyv előszavának stílusát, azét a könyvét, amely összességében az átfogó esetbemutató mellett védőbeszédnek tekinthető:

„Bár az emberi viselkedés pszichodinamikus forrásainak feltárása igen fontos, s bár a vonatkozó irodalom igen részletes, még sincs egyetlen pszichoanalitikus beszámoló sem, amelyben a végkövetkeztetéseket a hozzájuk vezető adatok egészítik ki. Ha ilyen adatok nem állnak rendelkezésre, meg kell bocsátanunk a bírálóknak, akik nincsenek meggyőződve következtetéseink érvényességéről... Ha valakinek a beszámolóját olvassuk, sem Önök, sem én nem tudjuk, vajon azért van-e igaza, mert meszerien és eleven stílusban ír, mert összhangban áll az elismert tekintélyekkel, vagy azért, mert végkövetkeztetése adataiból következnek: azért nem tudjuk, mert nincs hozzáférésünk az adataihoz” (Stoller, 1973, XIII. o.).

Ebben az előszóban is megismétlődik egy időközben ismertté vált szöveg: hangsúlyozni szeretném azonban, hogy itt nem módszertani kívülről álló jutnak szóhoz, hanem tapasztalt klinikusok, akik már évek, évtizedek óta a hagyományos közlési stílushoz szoktak. Mert abban a kérdésben, hogy az itt felhozott példák stílusalkotók-e, vagy azok lesznek, perdöntő, hogy a klinikum az eddig rendelkezésre állónál több információt igényel-e a kezelésről. A pszichoanalitikus dolgozó szobájába való konkrét bepillantást immár nem mint infantilis voyeurkódést gúnyolják ki, hanem az utóbbi években klinikai, didaktikus és tudományos szempontból is kezd tiszteltetelméltővé válni.

A pszichoanalízisnek az a sajátossága, hogy csak emberek közötti kapcsolatban átéltető és megtanulható, hosszú ideig azt eredményezte, hogy a kezelési beszámolók közzétételét lebecsülték; az uralkodó vélemény ugyanis az volt, hogy nem mutathatók be és nem közzétehető semmiféle kezelés fontos elemei. Ha viszont elolvassuk tapasztalt pszichoanalitikusok kezelési beszámolóiról szóló lelkes ismertetéseket, ezekben rendszerint ennek ellentétét hangsúlyozzák. M. James például ezt írja Winnicott *The Piggle* című munkájáról:

„Meglehetősen figyelemreméltó, milyen kevés klinikai beszámoló van, amelyik az új, tanuló analitikusnak elmondaná, hogyan dolgoznak más, sikeresnek mondott analitikusok. A *The Piggle* egyike azon ritka nyitott leírásoknak, amelyek stílust teremtenek” (James, 1979, 137. o. – a szerzők kiemelése).

Szeretnénk remélni, hogy nemcsak Winnicott kezeléstechnikája teremt stílust, hanem az általa és mások által gyakorolt nyitottság is. Mindazonáltal bizonyos kockázat rejlik az ilyen nyitottságban. Guntrip beszámolója Fairbairnnél és Winnicottnál végzett két kiképző analízisére például halála (1975) után jelent meg, s vélhetően élő, különösképpen a fiatal analitikusok azon próbálkozása sem volt egyszerű vállalkozás, hogy beszámoljanak a „diványon töltött tanulóéveikről” (Moser, 1974; Kaiser, 1996). Y. Loewenfeld (1975) Moser vallomásos könyvének ismertetésében nyilvánvalóvá teszi, milyen sajátos követelményeket kell támasztani egy ilyen, céhbéli társ által írott szakmai kezelési beszámolóval kapcsolatban. A nyilvánvalóan csak „félíg meggyógyított lelkeről” szóló nemrég megjelent *Bekenntnisse* a sikerszerző elmélyíti az olvasó kétségét az ilyen feltehetőleg többször átdolgozott emlékező szövegek validitásáról (Isd. Fried, 2004), a kiképző analitikusával kapcsolatos korábbi idealizálását vehemensen visszavonja. Ennek ellenére Brentano (2005) kritikája pozitív, hiszen, mint mondja, továbbra is hiányoznak a vallomások.

A páciensekről szóló beszámolókat egyszerűbb sajtószerszűrésekben s mindenkor indítékaik szerint elfogadni. A Freud iránti hódolattétel (Wortis, 1954; Blanton, 1971; Doolittle, 1976) vagy az olyan irodalmilag különösen igényes tapasztalati beszámolók, mint Hannah Green *I never promised you a rose gardenje* (1964), Marie Cardinal *Les mots pour le direje* (1975) és Rey *Eine Saison bei Lacanja* (1995) könnyebben elnyerik rokonszenzünket. Ritkák még az olyan próbálkozások, amelyek célja olyan közös tapasztalati beszámoló létrehozása, amelyben páciens és terapeuta egyaránt nyilatkozik a kezelésről (Yalom és Elkin, 1974). Mary Barnes páciens pszichiáterével közösen megírt *Reise durch den Wahnsinn* című könyve, a londoni Kingsley Hallról szóló beszámoló az antipszichiátriai időszakból bizonyos kételyeket is ebreszt az ilyen közös beszámolók terápiás funkcióját illetően (Barnes és Berke, 1972). Recenziójában Curtius „a páciens-nevelődési regények és a terapeuta-páciens levelezések új irodalmi műfajáról” beszél (Curtius, 1976, 64. o.).¹¹ Külön kommentárt szentel ennek a műfajnak A.E. Meyer is (1994), amikor nagy élvezettel idézi Krause

11 Továbbá olvasásra érdemes példák a túlföntül ismert F. Zornon (1977) kívül Erdheim (1985) írólag meggyőzően táltalt tapasztalatai a pszichoanalitikus leányáról és Rey (1995) munkája Lacannál végzett analízisére.

bonmot-ját a Schattenmund-kulturáról. Egyedülálló irodalmi igényt testesít meg pl. Overbeck kísérlete, hogy eljusson „az esetbeszámólótól az esetenovelláig – avagy az elbeszéléstől az írásig” (1994) és hogy olyan „tényregényt” írjon, amelynek a főhőse egy jólismert klinikai típushoz tartozó páciens (Overbeck, 1997). A kérdést, hogy az írás vajon segíti-e az író, Musch (1981) vizsgálta frankfurti poétika-előadásain és ítélete nem éppen pozitív (104. o.); ez élesen ellentétes az írás terápiás értékéről alkotott optimista közhiedelemmel (Pennebaker, 1997).

Mai trendek

Amikor ez a beszámoló 1981-ben megjelent, az összegyűjtött esetbemutatók bizonyították, hogy az előző évtizedekben gyakrabban publikáltak részletes esetelemzéseket. A pszichoterápiás helyzetben történetek iránti közérdeklődésnek megfelelő, hogy a pszichoanalitikusok számára egyre fontosabb, hogy részletekbe menően megtárgyalják egymással klinikai tapasztalataikat. Ennek az irányzatnak az egyik példája a Strotzka által 1978-ban kiadott szöveggyűjtemény, amely esettanulmányokat tartalmaz a bécsi Melylélek-tani és Pszichoterápiás Intézetből; a különböző pszichoterápiás iskolák közösen itt dolgozó képviselői a munkájukat is közösen kívánják közzé tenni kezelési beszámolók formájában.

De egy az 1980-as évekből származó példa bizonyítja, hogy a megfelelő beszámoló körüli problémák régóta pokoli feszültségeket hordoznak magukban.

1981-ben Casement a 32. Nemzetközi Kongresszuson Helsinkiben egy technikai problémára hívta fel a figyelmet (*Some pressures on the analyst for physical contact during the re-living of an early trauma*); a következő évben megjelent ez a munka (Casement, 1982). A szerző a továbbiakban a mű két kötetes, bővített kiadását publikálta (Casement, 1985; 1990) és összegyűjtötte különböző irányultságú vitapartnerek fontos állásfoglalásait (Casement, 2000). Ahogy Boesky (2005) utal rá, időközben több mint 25 szerző nyilvánított véleményt az eredeti szövegről és háziiparrá fejlődött az ilyenfajta állásfoglalások megjelentetése (842. o.). Az ellentétek módszertani vitájának eredménye a klinikai evidenciaképzés elégtelen megértésére fókuszál:

„Ha valóban le akarjuk aratni a pluralisztikus pszichoanalízis hasznát, erősen javasoljuk, hogy finomítsunk megértésünkön, mely pá-

ciens vonatkozó információkat használhatjuk a beszámolóban foglalt eredmények alátámasztására” (Boesky, 2005, 860. o.).

A problémát, hogy mint nyeri a analitikus a páciens-től munkamodelljét és mi az, amit beszámolójába belevehet, egy hamburg-ulmi tanulmány keretein belül Meyer (1988) részletesen vizsgálta empirikusan.

A pszichoanalízis időtartama és frekvenciája körüli viták kapcsán Henseler és Wegner (1993) részletes beszámolókat publikáltak olyan „pszichoanalízisekről, amelyek időigényesek”. Az ilyen esetbeszámolókat módszertanilag igényesebben kell felépíteni. Például extraklinikai leletek elérhetőségét is biztosítani kell, hogy az egészségpolitikai ráfordítással tisztában legyünk.

A sok bizonygatás ellenére, ami a „kazuisztikus ábrázolás pszichoanalízisbeli jelentőségéről” beszél (Körner, 1990) Stuhls (2004) felvetett kijelentése még megoldásra vár:

„A történetileg oly gyümölcsöző freudi narratív eljárás mód ma már önmagában nincs olyan helyzetben, hogy az analízis létét igazolja, még akkor sem, ha az „analitikus közösség” tagjai számára didaktikus és identitásalkotó célok szempontjából központi jelentőségű is, mert az esettanulmányok tanulságos kommunikációs eszközül szolgálhatnak” (Stuhls, 2004, 65. o.).

1 Az esettanulmányok olyan narratív formátumúak, amely segítségével egy kezelés interaktív eseményeiből új szociális adalékok nyerhetők egy másik kontextus számára” (Buchholz, 1999, 42. o.).

Ez az új kontextus generálja pl. egy pszichoanalitikus egyesület (DPV) húszoldalas képzést záró beszámolóját, melyekből az ulmi esetarchívumban több mint 400 példány áll rendelkezésre, anélkül, hogy ezeknek eddig akár egyetlen említésre méltó szisztematikus értékelése született volna (örömteli kivétel Klöß (1987) az anyagon végzett tanulmánya: nemspecifikus nyelvi jegyek frissen vizsgázott pszichoanalitikus férfiak és nők körében).

A klinikai címkéknek és klasszikus kórtörténeteknek a kezelés menetéről szóló egyedi esettanulmá-

nyokká történő átalakulási folyamata ismertetésének befejezésül ismét leszögezzük, hogy a didaktikai-klinikai nyereség mellett a társadalomtudományi kutatás módszereivel történő módszeres folyamatkutatásokra is lehetőség nyílik. A kezelésre vonatkozó feljegyzések megfigyelési anyag és következtetések szerint rendezett kínálata, akár teljes beszámoló, akár csupán szűrőpróbaszerű bemutatások formájában egész sor kérdés szempontjából jelenthet értékes és elegendő kiinduló anyagot. Thomä és Houben ezért már 1967-ben arra utaltak, hogy

„az átfogó kazuisztikus anyag, amelyet technikai szemináriumainkon az évek során összegyűjtöttünk, meglevő formájában tudományosan nem értékelhető kellőképpen. A pszichoanalitikus esetbemutatók túl gyakran maradnak az ellenőrizetlen klinikai leírás szintjén. Ezen azt értjük, hogy a beszámolóban még mindig túlságosan keverednek a megfigyelések az elméleti képződményekkel” (Thomä és Houben, 1967, 664. o.).

Egy példában Thomä akkoriban (1967) már megkísérelte, hogy saját esete bemutatása számára levonja a következtetéseket ebből a bírálatból. Elméleti bevezetés után az alábbi tematikus területeket jelölte meg „Ürességtől és fulladástól való szorongás, mint tudattalan kasztrációs szorongás”, „terhességi és születési félelem, mint tudattalan kasztrációs szorongás”, valamint „preödipális szorongási feltételek”. Mindegyik komplexuson belül időrendben mutatja be a fejlődést, s eközben összefoglaló bemutatások váltakoznak az elmondottak igen beható leírásával, ahol a páciens megnyilvánulásait szinte szóról szóra jegyzi le. Emellett azt is jelzi, hogy az elmondottak álmokra, ötletekre, reakciókra, illetve az analitikus részéről megfontolásokra, kérdésekre vagy értelmezésekre vonatkoznak-e.

Az eljárás során szigorúan téma szerint végzi a kazuisztikus bemutatást.

„A hipotézisek validálása szempontjából az értelmezésekre vonatkozó változások a döntőek” (Thomä, 1967, 845. o.).

Ezt a témára irányuló ábrázolásmódot kidolgoztuk és továbbfejlesztettük ulmi tankönyvünk 2. kötetében, ahol szintén megvalósítottuk kórtörténetek klinikailag

termékeny kezelési beszámolóvá történő transzformációját (Thomä és Kächele, 1988, 7.1 fejezet).

A kezelési feljegyzések hasonló szigorúan témára irányuló alkalmazását mutatja be a Mount Zion Csoport (San Francisco) egyik projektje, amelyben a páciens védekezési stratégiájának állandó változásait vizsgálják (Weiss, 1971, Sampson et al., 1972). Az ilyen vizsgálatok során a kezelés teljes lehetséges menetének széles áttekintése helyett csak bizonyos fogalmakat elemeznek módszeresen. Ilyen módszertani elgondolások segítségével a pszichoanalitikus folyamatok szakszerűsége vonatkozó meglevő tagolt hipotézisek is ellenőrizhetők (Fürstenau, 1977; Thomä et al., 1978).

Fischer (1989) a „változás dialektikájának” folyamatmodelljével hozzájárult a pszichoanalitikus kezelés koncepciózus, szisztematikus feldolgozott anyagának fejlődéséhez. Ő használta német nyelvterületen először a Horowitz által kifejlesztett Configurations-Figurations-Analyse-t [CFA; 1979] és kifejlesztett egy hozzáillő szignálrendszert (DVM), amely az egyes megnyilvánulások szintjét kódolja.

Az intenzív, koncepciózus, az anyag részeit figyelembe vevő eljárásra való áttérés, ahogy a ► 4. fejezetben bemutatjuk, már zökkenőmentes (Waldron et al., 2004). További lépések szükségesek a kezelési jegyzőkönyvek formalizált klinikai értékelésében, mint ezt Strupp et al. (1966), Dahl (1972), Kächele et al. (1975) és Knapp et al. (1975) kimutatták. Az ilyesfajta folyamatkutatás módszereire vonatkozó részletes módszertani vitákat először Gottschalk és Auerbach (1966) publikáltak (észrevétlen maradt számunkra a terápiakutatás ténylegesen első readerje: Mowrer [1953]. Ez 1970-ben német könyvtárakban hozzáférhetetlen volt.). A pszichoanalitikus világ számára Wallerstein és Sampson (1971) foglalták össze ezeket a módszertani kérdéseket (teljesen észrevétlenül jelent meg náemtől [1997]: *A Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung*), s mint a bevezetőben említettük, ez a munka jelentős intellektuális segítséget nyújtott kutatásunkban.

A kezelési folyamatok módszeres, folyamatkutatási szempontból releváns dokumentálásához ma már elengedhetetlen a párbeszédnek gépi eszközökkel, akár magnóval, akár videokamerával történő rögzítése. Ezáltal azonban új problémák keletkeztek, amelyek a terapeuták gondjaival kezdődnek (lásd ehhez Gill et al., 1968; Bergmann, 1966) s az összegyűjtött adatmenynyiség értékelésének problémáiig terjednek.

Megoldásukhoz új technológiák épülnek be a pszichoanalitikus kutatásba, amelyek kellő segítséget nyújtanak a kutatóknak. A számítógépes archiválás és szövegelemzés módszerei elkerülhetetlen lépések ahhoz, hogy meg tudjunk birkózni a megragadható adatok sokaságával (► lásd 6.2 fejezet). Ekkor már nem a szó szokásos értelmében vett klinikai-pszichoanalitikus kutatásról kellene beszélnünk, hanem klinikai pszichoanalízisre vonatkozó kutatásról. Pszichodiagnosztikus eljárásoknak az interjúkészítésbe való bevezetésével összhangban s ezek nem vitatható jelentőségét látva a pszichoanalízis alapvető tudományos kérdéseinek tisztázásában (lásd ehhez Mayman, 1973; Blatt és Auerbach, 2001),

- a kezelési jegyzőkönyvek archivumának létrehozása,
- egyfajta pszichoanalitikus adatbank megteremtése, amit Luborsky és Spence követeltek (1971),
- az ulmi szövegbank megteremtése (Mergenthaler és Kächele, 1988, 1993, 1994; ► lsd. 6.2 fejezet)

szintén a pszichoanalitikus kutatás gazdagításához vezetett.

Az átalakulási folyamatot, amelyet néhány példa felsorolásával próbáltunk szemléltetni, az váltotta ki, hogy egyre élesebb bírálat érte a klinikai esetbemutatók bizonyító erejét. Freud kórtörténetei az előadott megfigyelési anyag s a hozzá kapcsolódó elméleti következtetések megvesztegető szintéziséből élnek.

Az évtizedeken át ápolott Freud-hagiográfia bizonyosan hozzájárult ahhoz, hogy az intézetek túlbecsülték ezen esettörténetek didaktikai értékét (Arlow, 1982). Ez hozzájárult, hogy túlbecsüljék az ilyen bemutatások módszertani értékét. Ma vita zajlik, amelynek magva a következő:

1 Vajon a klinikai kutatás állhat-e egyáltalán továbbra is csak ilyen informális kezelési beszámolókból, s nincs-e szükség arra, hogy a klinikai kutatást formalizált kutatási stratégiákkal egészítsük ki?

Szükségessé vált a kutatás erősebb formalizálása és intenzívebbé tétele a lefolyás- és eredménykutatás területén, s ez az utóbbi húsz évben ezen a területen jelentős erőfeszítésekhez vezetett (Kächele, 2001b).

Nem arról van szó, hogy klinikailag szilárdan megalapozott tényállásokat vizsgálnánk felül, jöllehet bizonyos elővigyázatosságra itt is szükség van: vajon meny-

nyire kötelezően elfogadottak a „klinikai tényállások”? Hanem arról is, hogy moláris tudásunkat részletesebben megalapozzuk.

Végezetül mégis hangsúlyoznunk kell, hogy a pszichoanalízis eddigi módszere, amelyet első alakjában Sigmund Freudnak köszönhetünk, elegendő volt ahhoz, hogy a pszichoanalízist az antropológiai tudásunkat gazdagító tudományos fázisok sorában az első helyre helyezhessük. Hans Kunz ezt világosan és egyértelműen fogalmazza meg:

„Nincs korunkban még egy tudomány, amely ennyire intenzíven és átfogóan fordult volna az ember átéléséhez és cselekvéséhez, mint a pszichoanalízis” (Kunz, 1975, 45. o.).

Mégsem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezt az érdeket, amelyet Freud elnyert, a „tudományos kubikosmunka” (Kuhn, 1967) folyamatában lépésről lépésre kell újjáalakítani. Ami a klinikai-pszichoanalitikus kutatás továbbfejlesztését illeti, meggyőződésem, hogy itt fokozódnak a módszertani követelmények, s az egyes kezelt esetek intenzív kutatása nyomán is valódi új világ tárul fel előttünk. Ide számíthatjuk mindennek előtt „a pszichoanalitikus szerepét” (Thomä, 1974), a klinikai-analitikus kutatás mindeddig sötét területét.

A kórtörténet egyedi esettanulmányá alakítása évek óta nagy lendületben van (Leuzinger-Bohleber, 1995), biztosítva a klinikai pszichoanalitikus kutatás új szakaszát.

Amália – a német mintaeset (I. és II. szint)

Horst Kächele, Marianne Leuzinger-Bohleber, Anna Buchheim, Helmut Thomä

4.1 Miért van szükségünk mintaesetekre? – 106

4.2 A páciens – Amália – 107

4.3 A pszichoanalitikus terápia menete – 110

4.3.1 A folyamatleírás elméletéhez – 110

4.3.2 Az analízis menetének hosszsmetszete – 112

4.3.3 Az analízis menetének keresztmetszete – 117

4.4 Amália: 25 évvel a pszichoanalitikus kezelés után – 146

nyire kötelezően elfogadtak a „klinikai tényállások”? Hanem arról is, hogy moláris tudásunkat részletesebben megalapozzuk.

Végezetül mégis hangsúlyoznunk kell, hogy a pszichoanalízis eddigi módszere, amelyet első alakjában Sigmund Freudnak köszönhetünk, elegendő volt ahhoz, hogy a pszichoanalízist az antropológiai tudásunkat gazdagító tudományos fázisok sorában az első helyre helyezhessük. Hans Kunz ezt világosan és egyértelműen fogalmazza meg:

„Nincs korunkban még egy tudomány, amely ennyire intenzíven és átfogóan fordult volna az ember átéléséhez és cselekvéséhez, mint a pszichoanalízis” (Kunz, 1975, 45. o.).

Mégsem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezt az érdeket, amelyet Freud elnyert, a „tudományos kubikosmunka” (Kuhn, 1967) folyamatában lépésről lépésre kell újólágy elnyerni. Ami a klinikai-pszichoanalitikus kutatás továbbfejlődését illeti, meggyőződésem, hogy itt fokozódnak a módszertani követelmények, s az egyes kezelt esetek intenzív kutatása nyomán is valódi új világ tárul fel előttünk. Ide számíthatjuk mindenekelőtt „a pszichoanalitikus szerepét” (Thomä, 1974), a klinikai-analitikus kutatás mindeddig sötét területét. A kórtörténet egyedi esettanulmánya alakítása évek óta nagy lendületben van (Leuzinger-Bohleber, 1995), biztosítva a klinikai pszichoanalitikus kutatás új szakaszát.

Horst Kächele, Marianne Leuzinger-Bohleber, Anna Buchheim, Helmut Thomä

4.1 Miért van szükségünk mintaesetekre? – 106

4.2 A páciens – Amália – 107

4.3 A pszichoanalitikus terápia menete – 110

4.3.1. A folyamatleírás elméletéhez – 110

4.3.2. Az analízis menetének hosszmetaszete – 112

4.3.3. Az analízis menetének keresztmetaszete – 117

4.4 Amália: 25 évvel a pszichoanalitikus kezelés után – 146