

## PREGLED ISTRAŽIVANJA ISHODA PSIHOANALIZE

**Boris Kordić<sup>1</sup>**

Fakultet civilne zaštite, Beograd

*Tekst donosi pregled istraživanja ishoda psihoanalize od njenih početaka do današnjih dana. Navedeni su glavni istraživački projekti do 1991. godine, rađeni prema modelu ujedinjene nauke, kao i glavni istraživački doprinosi i nedostaci datih istraživanja, a posebno je obrađena Pffeferova metodologija specifično razvijena za psihoanalizu. Potom su predstavljena dva savremena istraživanja koja prevazilaze nedostatke ranijih zahvaljujući modelu pluralizma nauka i nekim novim metodološkim rešenjima (npr. dizajn razvijenog panela), a dati su i osnovni rezultati ta dva savremena istraživanja.*

**Ključne reči:** psihoanaliza, model ujedinjene nauke, model pluralizma nauka.

## ISTRAŽIVANJA ISHODA U PSIHOTERAPIJI

Poseban deo istraživanja u psihoterapiji predstavljaju ona istraživanja koja za cilj imaju utvrđivanje efikasnosti primene pojedinih metoda na određenim kliničkim kategorijama. Kao praktično opravdanje za njihovo sprovođenje obično se navode tri razloga (Doidge, 1997; Kantrowitz, 1997; Leuzinger-Bohleber i dr, 2002; Sandell i dr, 2000): 1. ona su korisna za same psihoterapeute jer potvrđuju ili opovrgavaju njihove teorije bazirane na kliničkom iskustvu; 2. interesantna su kada se postavlja pitanje koju terapiju preporučiti određenom klijentu sa utvrđenom kliničkom slikom; i 3. dobrodošla su osiguravajućim društvima u razvijenim zemljama budući da dobijeni podaci mogu da pruže ili ne opravdanje za ulaganje sredstava u određene oblike psihoterapija. Danas se računa da ima oko sto različitih vrsta psihoterapija i većina njih su kratkotrajne terapije u kojima se efekti dejstva mere uklanjanjem simptoma u okviru dvocifrenog broja sesija. To je verovatno uticalo da se isprva primeni istraživački dizajn koji se u farmakologiji pokazao kao superioran, a to je model koji se koristi za testiranje novih lekova gde kontrolna grupa uzima *placebo*.

---

<sup>1</sup> Adresa autora: bkordic@eunet.yu

Glavna intervencija u dizajnu kod psihoterapijskih istraživanja bila je vezana za kontrolne grupe koje dobijaju pažnju lekara na kontrolnim pregledima.

Selidžman (Seligman, 1995) je opisao kako izgleda tipična studija efikasnosti psihoterapije koja se uzima kao zlatni standard za valjanost tretmana. Pored kontrolne grupe koriste se priručnici za tretman i videosnimci kako bi se jasno i nedvosmisleno utvrdilo da se radi o upravo određenoj vrsti psihoterapije, broj sesija je unapred fiksiran, simptomi su operacionalizovani, istraživanje se vrši za samo jedno dobro definisano oboljenje, koriste se serijalne procene, slepi procenjivači, a generalizacije se oprezno izvlače. Sam Selidžman je kritikovao doslovnu primenu ovog dizajna. Istakao je da postoje krucijalne razlike između psihoterapije na terenu i one u studijama efikasnosti i da stoga takve studije, s obzirom na način na koji se izvode, ne mogu predstavljati valjani metod za empirijsko validiranje psihoterapije. Najvažnije razlike koje on navodi su sledeće: 1. terapeuti nisu slučajno pridodati već su aktivno birani od strane pacijenata; 2. poboljšanje se u praksi prosuđuje prema pacijentovom stanju pre tretmana, a ne prema kontrolnoj grupi pacijenata; 3. elastičnost i finoća gradacije je ono što se ceni u praksi; 4. visoko se vrednuje poverljivost, a obeshrabruje se slušanje nekog trećeg; 5. učestalost i broj sesija se podešava prema pacijentovim potrebama; 6. iza prezentovanih simptoma obično se kasnije otkrivaju druge vrste problema; 7. pacijenti često imaju komorbidne tj. multiple poremećaje.

Pored navedenih teškoća sa kojima se susreću studije efikasnosti dodatnu komplikaciju predstavlja primena ovakvog istraživačkog dizajna na terapije sa višegodišnjim trajanjem. Prema nekim kalkulacijama Sandela (Sandell) i saradnika (2000) od 796 studija ne više od 1% se odnosi na terapije duže od dve godine, u ne više od 9 % spadaju psihoanalitički orjentisane terapije od kojih se samo jedna studija tiče individualne, psihoanalitički orjentisane psihoterapije sa, uglavnom, nepsihotičnim pacijentima, dužinom trajanja preko dve godine i sa jednako dugim follow-up-om (Meninger projekt). (Follow up se u čitavom radu koristi u značenju da se nakon završenog istraživanja vrši provera stabilnosti rezultata nakon određenog vremena, npr. nakon 6 meseci, godinu dana ili više godina.) Metodološki problemi s kojima se susreću studije efikasnosti dugotrajnih psihoterapija su brojne. Tu spada pitanje praktičnosti i koštanja, jer istraživanje traje veći niz godina. Zatim pitanje kontrolnih grupa s obzirom da je teško obezbediti grupu koja se neće lečiti toliki niz godina. Kako kažu Lamber (Lambert) i saradnici (1986, str. 181) “uznemirena ljudska bića ne sede mirno kao pacovi u kavezima čekajući da se eksperiment završi. Oni delaju da bi olakšali svoju uznemirenost”. Sledeći problem je sa uzorkom jer se zbog statističke snage traže veliki uzorci, a problem osipanja pacijenata raste sa vremenskim trajanjem istraživanja. Dodatni problem u psihoanalizi predstavlja neuobičajeno jaka poverljivost psihoanalitičke situacije koja čini pacijente nedostupnim za bilo koga sa strane. (Erle, 1979; Erle i Goldberg, 1984; Leuzinger-Bohleber i dr, 2002; Vaughan i dr, 2000).

## MODEL UJEDINJENE NAUKE I MODEL PLURALIZMA NAUKA

Grupa psihoanalitičkih istraživača okupljena oko Merien Lojcinger-Boleber (Marianne Leuzinger-Bohleber), uglavnom članovi Nemačkog i Švajcarskog udruženja psihoanalitičara, najbolje je izrazila konflikt u kojem su se psihoanalitičari našli pred izazovom da prihvate ili odbace važeće naučno-istraživačke trendove. Oni su pošli od teorije haosa koja kaže da se svako zatvaranje sistema odražava na njegovu životnost i postepeno dolazi do gubitka kreativnosti. U tom smislu nije postojalo opravdanje za psihoanalitičare koji su ostajali u krugu istomišljenika i nisu komunicirali sa ostalom akademskom javnošću. S druge strane, opasnost je predstavljalo i preveliko prilagođavanje metodama istraživanja koje su neadekvatne za psihoanalizu, s obzirom da bi to dovelo do udaljavanja od onoga što je specifično i suštinsko za psihoanalizu. Stoga su pošli od kritike modela *ujedinjene nauke* i razmatranja *pluralizma nauka* predstavljenih u knjizi Hampa i Lotera (Hampe i Lotter, 2000).

Osnov kritike odnosi se na razmatranje razlike između svakodnevnog i naučnog iskustva. Prvi su o tome govorili Bejkon (Bacon) i Dekart (Descartes), da bi u XX veku Poperovo gledište bilo jedno od najuticajnijih. Prema Poperu naučno iskustvo je nezavisno od svakodnevnog iskustva zahvaljujući rezultatima merenja koji su nezavisni od istraživača koji sprovodi eksperiment. Otkrića su, po Poperu, iznenadne nove percepcije neočekivanog koje dovode do znanja koje ne koperspondira sa uobičajenim mišljenjem. Eksperimenti u fizici iz XIX veka predstavljali su uzor ovakvog naučnog iskustva. Prvi koji je ukazao da to baš i nije tako, bio je Ludvig Flek (Ludwig Fleck, 1935, prema Trenn i Merton, 1979). On je pokazao da eksperimenti koji su doveli do novih otkrića najčešće nisu jasni i kompletni, a njihovi se rezultati ne mogu ponoviti. Flek smatra da otkrića nisu “jedinstvene percepcije neočekivanog”, već se baziraju na dugotrajnom procesu istraživanja u kojem pojedine percepcije, koje su ispočetka strane i ne uočavaju se, postaju kasnije, ukoliko se prepoznaju kao takve, izazovni novi uvidi u posebnom istorijskom kontekstu otkrića.

Dva modela o kojima se ovde govori predstavljaju i dve tradicije koje se često, opravdano ili ne, označavaju kao *ostrvska* i *kontinentalna tradicija*. Ostrvska ili anglo-američka tradicija teži da primeni model *ujedinjene nauke* kao proklamovanu meru kvaliteta. Jedan od primera je gore opisana studija efikasnosti kao zlatna mera valjanosti psihoterapije. U okviru te tradicije ideali nauke su predstavljeni kroz zahtev za kontrolisanom predvidljivošću – empiričnost, te kroz zahtev za kontrolisane pokušaje slučajnim izborom (RTCs). Pojmovi *naučne objektivnosti* i *nedvosmislene istine* su idealizovani, a epistemološke razlike između različitih naučnih disciplina se poriču. Karakteristično za model *ujedinjene nauke* je razgraničavanje između svakodnevnog i naučnog iskustva, kao i prenaplašavanje metoda, pri čemu je rezultat određenog eksperimenta, tj. nova znanja, nezavisan od istraživača.

Kontinentalna tradicija (Francuska i Nemačka, najpre) je došla do drugačijeg modela, tzv. pluralizma naučnih iskustava, prema kojem ne postoji tako drastična razlika između svakodnevnog i naučnog iskustva, ali činjenica da naučnik ponavlja eksperimente govori o tome da je njegovo iskustvo takvo da on uči da opaža detalje koji čine određeni fenomen tako posebnim. "Neiskusan medicinar je nesposoban da vidi iste stvari kroz mikroskop kao iskusan." (Hampe and Lotter, 2000, prema Leuzinger-Bohleber, M. i dr, 2002) Shodno ovom modelu pažnja se usmerava na *specifično* iskustvo, metode i kriterije kvaliteta u različitim naukama, drugim rečima prihvataju se epistemološke razlike između nesrodnih naučnih disciplina.

Implikacije pluralizma naučnih iskustava su značajne za svaku nauku ponaosob. Naučnici unutar jedne specifične discipline razvijaju osetljivost u okviru posebnosti njihovog naučnog iskustva i ne moraju da se prilagođavaju nekom spoljašnjem kriterijumu *nauke*, već da uobličavaju svoj specifični «kriterij istine i testiranja». Razlika između naučnog i svakodnevnog iskustva nije samo kvantitativna, što bi bilo uprošćavanje i iskrivljavanje stvarne razlike, ona je pre svega prisutna u visoko kritičnoj samosvesnosti potrebe da se reflektuje mogući subjektivitet nečijeg iskustva, što samim tim povlači veći nivo kontrasta u odnosu na svakodnevno iskustvo, te znači preciznost, kompletnost i reprezentativnost. "Pluralizam nauka znači pre svega pluralizam *teorija*, zatim *iskustva*, treće *saznajnih vrednosti* i četvrto pluralizam *metoda*." (Hampe and Lotter, 2000, prema Leuzinger-Bohleber, M. i dr, 2002) Vrednost koja čini mogućim pluralizam u nauci proističe iz težnje za uvidom i odražava se u kapacitetu za intersubjektivnošću koja odbacuje ideju harizmatičke inicijacije. Na taj način je omogućena komunikacija različitih metoda, modaliteta mišljenja i iskustava, kao i različitih saznajnih vrednosti, a da se pri tom ne sklizne sa polja naučnog u teren dogme, ideologije i raznih truzama.

## PSIHOANALIZA I MODELI NAUČNOG ISKUSTVA

Frojd (Freud) je postavio tri glavna zadatka pred psihoanalizu: 1. lečenje pacijenata (klinički rad); 2. obrazovanje (formiranje novih analitičara kroz trening analizu i superviziju); 3. istraživački rad (Varvin, 2003). U svoje vreme Frojd je posmatrao istraživačko-psihoanalitički rad kao nešto što je nerazdvojivo od kliničkog iskustva, ali ne i identično s njim. On je naglašavao potrebu za jasnim razlikovanjem stava analitičara unutar i van psihoanalitičke situacije. Dok je analitičar uključen u psihoanalitički proces naučni interes ne treba da bude u prvom planu već pacijent i njegove produkcije, s obzirom da je analitičar prisutan u psihoanalitičkoj situaciji zbog pacijenta i njegovih interesa, a ne zbog sebe i svojih interesa, makar to bili i naučni porivi. Tek kada se analiza završi celokupni materijal se podvrgava sintetičkom radu mišljenja (Freud, 1912). Ovdje zapažamo jasno razgraničenje koje bi modernim rečnikom izrazili kao razliku između potrebe za reflektovanjem subjektiviteta (tokom kliničkog rada) i kapaciteta za intersubjektivnošću (sintetički rad mišljenja koji iskustvene informacije obrađuje u razumljive verbalne iskaze za druge).

Istorijski je bilo za očekivati da će psihoanaliza pretrpeti snažne kritike i Frojd je toga bio svestan čim je svoje otkriće nesvesnog poredio sa velikim preokretima u paradigmatama na gledanje sveta i čoveka, poput one Kopernika da je zemlja okrugla ili Darvina da je čovek evoluirao od primata. Najčešće se osporavao naučno-istraživački potencijal psihoanalize (kao metoda istraživanja) i ona se smestala u granično područje pseudonauka. Sami psihoanalitičari su reagovali na dva načina, razvijali su svoju disciplinu daleko od ostalog sveta i na taj način bili relativno izolovani od ostalog akademskog okruženja (sem široko čitanih Frojdovih dela), ili su se branili tvrdnjom da je psihoanaliza disciplina na razmeđi između nauke i umetnosti (Fonagy, 1999). Pored toga, od samih početaka, postajala je tendencija da se odgovori na zahteve *izvan* koje su postavljali široko prihvaćeni naučni standardi (*ujedinjene nauke*). Prvi odgovori te vrste odnosili su se na statističke izveštaje o radu pojedinaca, grupa ili instituta u određenom vremenskom periodu. Rani statistički izveštaji su sledeći (navedeno prema Bachrach i dr, 1991):

1. izveštaj Korjata (Coriat) iz 1917, navedeno je 93 slučaja na osnovu “ličnog istraživanja i iskustva”,

2. izveštaj Fenihela (Fenichel) iz 1930. o radu Berlinskog instituta proteklih deset godina,

3. izveštaj Džounsa (Jones) iz 1936. o radu Londonske psihoanalitičke klinike u proteklih deset godina,

4. izveštaj Aleksandera (Alexander) iz 1937. o radu Čikaškog psihoanalitičkog instituta u proteklih pet godina,

5. izveštaj Kesel i Hajmana (Kessel i Hyman) iz 1933,

6. izveštaj Najta (Knight) iz 1941. o 100 pacijenata tretiranih na Klinici Meninger u periodu 1932–1941,

7. 1952. godine Američko psihoanalitičko udruženje je osnovalo komitet koji je prosledio upitnik članovima, ali je bilo teško protumačiti značenje dobijenih odgovora,

8. identičan upitnik je ponovljen 1961. sa, takođe, lošim ishodom.

U svom komentaru o ovakvim izveštajima Frojd je rekao da su oni nastali kao odgovor na kritike spolja, jer psihoanaliza nije ponudila nikakvu statistiku svog uspeha te se stoga ne može ozbiljno uzeti u obzir kao tretman koji leči. Međutim, on je istakao da su takve statistike uglavnom neinstruktivne, budući da je materijal na kom se zasnivaju toliko heterogen da bi samo velike brojke ponudile nešto. “Pametnije je istraživati nečije individualno iskustvo.” (Freud, 1933)

Pa ipak, u drugoj polovini XX veka psihoanalitičari su pokrenuli par velikih kliničko-kvantitativnih studija o kojima će biti više reči u narednom poglavlju. One uglavnom odražavaju potrebu da se istraživanja prilagode opšte prihvaćenom kriterijumu naučnosti i pate od mnogih nedostataka. Mnogi od tih nedostataka pokušavaju da se isprave u novim istraživačkim poduhvatima poput, npr. STOPPP projekat iz Stokholma (Sandell i dr, 2000).

Paralelno sa kliničko-kvantitativnim studijama druge polovine XX veka, Pfajfer (Pfeffer, 1959) je razvio kliničku metodologiju blisku psihoanalitičkom polju istraživanja i time predstavlja prethodnicu koja se uklapa u novu paradigmatu

pluralizma naučnih iskustava u kom svaka disciplina ima svoje posebnosti koje treba da razvija, kao i svoje specifične kriterijume i metode. Novu paradigmu danas posebno brani grupa psihoanalitičara okupljena oko Merien Lojcinger-Boleber (nemačko-švajcarska tradicija) razvivši posebnu metodologiju koja se naslanja na istraživanja Pfajfera, ali istovremeno izlazi u susret i potrebama za kvantitativnim merenjem. Na taj način se traga za rešenjem kako očuvati idiosinkratičnost specifičnu za psihoanalizu, a ipak ponuditi i ono što je opšte važeće.

## **KLINIČKO-KVANTITATIVNA ISTRAŽIVANJA ISHODA PSIHOANALIZE DO 1991.**

1991. godina je uzeta kao prekretna s obzirom da je tada izašao članak Baraha i saradnika (Bachrach, Galatzer-Levy, Skolnikoff i Waldron, 1991) koji daje sažetak trenutnih znanja o efikasnosti psihoanalize. Dojdz (Doidge, 1997) kaže da je to najbolji pregled studija efikasnosti psihoanalize u smislu metodologije, dizajna i rezultata, i da ga je vredno pročitati u celosti. U njemu je dat kritički pregled osam kliničko-kvantitativnih studija završenih psihoanaliza, od toga u šest studija 370 analitičara-kandidata (na edukaciji za psihoanalizu) tretira 550 pacijenata, a u dve preostale 23 iskusna analitičara analiziraju 139 pacijenata.

U uvodnom delu Barah i dr. kažu da će se specifično držati psihoanalitičke perspektive i pozivaju se na Kuna (Kuhn) (1977) radi potvrde da je raširena i legitimna strategija naučnika da rade unutar njihovih vlastitih disciplinarnih matrica. U evaluaciji studija pošli su od sledećih kriterijuma: 1. tretman koji se evaluira se zaista i odvija; 2. tretman sprovode praktičari sa dovoljnim znanjem, veštinama i iskustvom u skladu sa prihvaćenim standardima prakse; 3. tretman se smisleno može evaluirati samo u odnosu na kliničko stanje na koje je primenjen (efektivnost psihoanalize se može evaluirati samo u okvirima obima do kojeg se može očekivati da se dato kliničko stanje poboljša pri ponuđenom stanju znanja, to se zatim poredi sa onim što se može postići ostalim metodima); 4. pacijent mora da bude podoban za psihoanalizu (da participira u zahtevima tretmana, tj. slobodno asocira, misli samorefleksivno i suzdržava se od akcije i pored snažnih osećanja); 5. srodne varijable moraju biti adekvatno konceptualno, operacionalno i pouzdano specifikirane i sistematski studirane.

### **Projekt istraživanja psihoterapije Meninger fondacije**

Predstavlja najcelovitiju i gotovo jedinu studiju koja je obuhvatila skoro ceo životni vek pacijenata. Započela je 1954. pod rukovodstvom Robinsa (L. Robbinsa) i Valerštajna (R.S. Wallersteina) kao naturalistička, longitudinalna i prospektivna studija. Uzorak su činila 42 slučaja odraslih (22 na analizi, 20 na psihoterapiji). U to

vreme je bilo aktuelno tzv. *širenje* granica psihoanalize tako da su i teški slučajevi uzimani u obzir.

Koraci u studiji su bili sledeći: 1. inicijalna evaluacija (10 psihijatrijskih intervjuova, intervjuovi sa članovima porodice, potpuna baterija psiholoških testova, lekarski pregled); 2. redovno snimanje tretmana putem beleški o procesu i supervizijskih beleški, 3. nakon završetka tretmana tim starijih kolega vrši reevaluaciju, 4. reevaluacija dve godine nakon završetka, 5. nastavak reevaluacija u periodu dužem od 30 godina.

Kao metodološki doprinosi studije uzimaju se razvoj metoda *poređenja parova* za reduciranje kompleksnih kliničkih sudova na kvantitativne dimenzije, i izrada skale poređenja zdravlje–bolest. Kao glavna ograničenja se navode nereprezentativnost populacije pacijenata koja uglavnom nije podobna za psihoanalizu, upotreba analitičara–kandidata, značajne modifikacije tretmana, i mali uzorak.

Studija je pokazala ograničenost analize u primeni na teško obolele koje tretiraju neiskusni analitičari, uvažavanje suportivnih elemenata u svim psihoterapijama, i dijagnostičku i prognostičku ograničenost inicijalnih evaluacija.

## **Istraživački projekt Psihoanalitičkog centra Kolumbija.**

Studija je započela 1959. pod rukovodstvom Vebera (J. Webera). Sakupljeni su opširni podaci o 700 slučajeva psihoanalize i 885 slučajeva psihoterapije u periodu od 1945. do 1971. godine. Metod selekcije je bio reprezentativan za psihoanalitičku kliničku populaciju. Prvi izveštaji su odbačeni zbog metodoloških propusta koji su uslovlili da se kasnije uzorak podeli na dva zasebna uzorka prema vremenskim periodima (1945–1961 i 1962–1971).

Studija je pravila razliku između procene analizabilnosti i procene terapijske dobiti (u fazi rada na prvom uzorku). Procena analizabilnosti se vršila skalama procene i to po sledećim oblastima: 1. rukovanje psihološkim podacima; 2. upotreba resursa na završnici; 3. transferne manifestacije tokom tretmana. Merenje terapijske dobiti se vršilo prema sledećim pokazateljima: 1. okolnosti završnice; 2. direktan klinički sud o poboljšanju; 3. skor promene.

U krajnjoj analizi koristio se rigorozni kriterijum uključenosti: samo slučajevi kod kojih postoji potpuna i nedvosmislena informacija o okolnostima završnice, i ukoliko su sudovi analitičara i kliničkih procenjivača bili samopouzđani u vezi njihove procene.

Metodološki nedostaci studije se vide u neadekvatno definisanim srodnim pojmovima, korišćenju neiskusnih analitičara, nemogućnosti nezavisnog praćenja procesa tretmana i analitičarevog ličnog doprinosa, kao i u tome što je fokus podataka više deskriptivan nego intrapsihički. Analizabilnost i terapijska dobit su se pokazale samo neznatno predvidljive, a njihova međusobna povezanost je umerena po svim merama, između 0.30 i 0.40. Dužina tretmana je jedini nezavisno

mereni faktor koji je bio stalno u korelaciji sa terapijskom dobrobiti i analizabilnošću.

## **Prediktivna studija Bostonskog psihoanalitičkog instituta**

Studija se odvijala u dva navrata, prvi je predložen u izveštaju Knajpa (Knapp, 1960), a drugi u izveštaju Sašina (Sashin, 1975). U prvom je uzorak bio 100, a u drugom 130 pacijenata.

Kao zasluge studije ističu se velik broj slučajeva i klinički srodnih varijabli koji su proučavani s posebnom pažnjom u odnosu na pouzdanost, pristrasnost uzrokovanja i kvalitet podataka, podobnost za analizu i reprezentativnost uzorka. Ograničenja leže u retrospektivnoj metodologiji, korišćenju analitičara–kandidata, nije ni omogućena nezavisna studija procesa u tretmanu i dobrinos analitičara i ne pravi se razlika između terapijske dobrobiti i analizabilnosti, te su podaci više deskriptivni nego intrapsihički.

Studija je pokazala da nije moguće predvideti ishod tretmana na osnovu podataka dobijenih na prijemnoj evaluaciji. Zbog primene konzervativnog kriterijuma pouzdanosti zadržano je 46 od 171 faktora koji se tiču pacijenta i nije nađena povezanost ni sa jednim od faktora.

## **Dalja studija Bostonskog psihoanalitičkog instituta**

Kantrovič (Kantrowitz) i kolege su 1972. godine započele prospektivnu studiju podobnosti za psihoanalizu na uzorku od 22 pacijenta upotrebljavajući kliničko testiranje pored redovne kliničke procene pacijenata. Korišćeni su takođe nezavisni procenjivači (psiholozi). Po završetku tretmana ponovilo bi se testiranje i obavio bi se kratak intervju od strane istraživača. Nakon godinu dana od završetka sniman je intervju sa analitičarem radi podataka o analitičkom procesu i njegovom ishodu. Kantrovič je pet do deset godina nakon završetka obavio dva polustrukuisana intervjua sa 17 pacijenata iz uzorka.

Analizabilnost je procenjivana followup intervjuom sa analitičarem prema skali sa 4 izbora: 1. analizabilan sa razrešenjem transferne neuroze; 2. analizabilan sa delimičnim razrešenjem transferne neuroze; 3. analizabilan sa varijacijama, delimično razrešenje transferne neuroze; 4. neanalizabilan.

Posebna zasluga studije je korišćenje ekstrakliničkih metoda za procenu podobnosti i terapijske dobrobiti, a ostale prednosti su upotreba prospektivne metodologije, napor da se prouči doprinos analitičara, naglasak na followup-u, i stalni analitički fokus. Ograničenja studije su u upotrebi malog uzorka, korišćenju analitičara–kandidata, nepreciznoj upotrebi koncepta, neodređenoj pouzdanosti kliničkih skala, kao i korišćenju impresionističkih podataka za neke krajnje tvrdnje.



Zaključci studije su da procene pre tretmana nisu uspele da predvide stepen analizabilnosti i terapijske dobrobiti, i da analizabilnost (slučaj tretmana gde se razvio analitički proces) nije bila povezana sa stabilnošću promene. Naknadni followup intervjui sa pacijentima ukazuju na razvoj samoanalitičke sposobnosti, međutim ovaj zaključak treba uzeti sa rezervom budući da se zasniva samo na dva intervjua.

## Studije Njujorškog psihoanalitičkog instituta

Ističu se dve pilot studije (Erle, 1979; Erle i Goldberg, 1984). Prva studija je rađena između 1967–1969. godine na uzorku od 40 pacijenata na analizama kod analitičara–kandidata, a kao grupa za poređenje poslužila su 42 slučaja kod 7 analitičara. U drugoj studiji uzorak su činili 160 pacijenta kod 16 iskusnih analitičara u periodu od 1973 do 1977 godine.

Studija se odvijala prema sledećim fazama: prijem, izveštaj prijemnog intervjua, snimak susreta Komiteta za prijem, periodični izveštaji o slučaju, diskusija slučaja sa analitičarem i supervizorom u intervalima.

Zasluge ovih studija su u razlikovanju između analitičkog procesa i terapijske dobrobiti, u pridržavanju analitičke perspektive, u promišljenoj diskusiji kliničkih, pojmovnih i metodoloških problema, u potrebi da se odvoji rad kandidata od rada iskusnih analitičara, kao i u naporu da se istraži rad iskusnih analitičara. Ograničenje leži u preliminarnosti studija: studije su impresionističke sa retrospektivnom metodologijom.

Zaključci studija pokazuju da su svi analizabilni imali bar umerenu terapijsku dobrobit, dok su svi slučajevi bez značajne terapijske dobrobiti bili neanalizabilni; neki neanalizabilni su dostigli dobru do odličnu terapijsku dobrobit.

## Osnovni zaključci izvedeni iz kliničko-kvantitativnih studija

Barah i dr. (1991) su formulisali u pet tačaka osnovne nalaze navedenih studija:

1. Pacijenti podobni za analizu izvlače znatnu terapijsku dobrobit. Međutim, većina studija (sem Meninger studije) ne istražuje individualnu prirodu promene niti doprinos analitičara istoj, tako da Frojdova opaska (1933) o interesu analitičara za individualne slučajeve naspram brige za generalne trendove (kojima su se uglavnom bavile ove studije) nije ispoštovana. Pored toga, analitičar je upotrebljen kao krajnji arbitar kliničkog procesa i ishoda, a on je po definiciji osoba podložna pristrasnosti. Doduše, neke studije (Berzins i dr, 1975; Mintc i dr, 1979; Luborski i dr, 1988) pokazuju da je terapeutov sud o ishodu iznenađujuće pouzdan, čak i kritičniji od suda pacijenata i spoljnih posmatrača.

2. Analizabilnost i terapijska dobrobit su odvojene, ali povezane dimenzije. Razlikovanje se pokazalo važnim iz teorijskih i kliničkih razloga. Teorijski gledano, psihoanaliza uzima posmatrane podatke iz analitičke situacije i analitičkog procesa kao empirijsku osnovu za psihoanalitičke koncepte, tako da se konceptualna struktura psihoanalize gradi nezavisno od terapijske dobrobiti (Freud, 1914, 1937). Klinički gledano, studije koje su odvojeno merile analizabilnost pokazuju da je samo polovina slučajeva odabranih kao podobnih za psihoanalizu procenjena da je razvila analitički proces. Međutim, kao što autori upozoravaju, psihoanalitički proces nije slučaj *sve ili ništa*, kako to metodolozi često podrazumevaju. Tokom analize pacijenti osciliraju između perioda uključenosti i perioda povučeniosti iz analitičkog procesa (Coen, 1998).

3. Obim i kvalitet terapijske dobrobiti i analizabilnosti je relativno nepredvidiv na prijemnim konsultacijama za slučajeve koji se smatraju podobnim za analizu. Autori navode da delimičnu odgovornost za to nosi eliminacija naizgled manje podobnih slučajeva. No, takođe, podržano savremenom matematičkom teorijom haosa (Steward, 1989), postoji stanovište da je varijabilnost prisutna u ljudskom organizmu takva da dinamske snage stalno ostaju u kretanju i stoga je nemoguće znati unapred kako će one uticati na buduće situacije (Waelder, 1963).

4. Kada se vrši procena podobnosti za analizu postoji tendencija da se odbacuju slučajevi teške karakterne i/ili ego patologije. I pored toga su se mnogi slučajevi pokazali težim nego što je bilo procenjeno na inicijalnoj proceni (Kantrowitz, 1987).

5. Studije variraju s obzirom na istraživačke kriterije ishoda koje su autori postavili na početku studije. U odnosu na prvi kriterijum, da li je to stvarno taj tretman, nađeni su različiti nivoi do kojih je to potvrđeno. U vezi sa drugim kriterijumom najčešće iskusni analitičari nisu korišćeni. Što se tiče evaluacija u odnosu na kliničko stanje, teškoću predstavlja činjenica da su se promenila znanja o psihopatologiji u međuvremenu. Po pitanju operacionalizacije varijabli najčešće su pacijent-varijable dobro specifikovane, dok su proces-faktori i analitičar-varijable zanemarene.

Na osnovu svega gore navedenog Kantrovič (Kantrowitz, 1997) u svom kratkom pregledu istraživanja zaključuje da je evaluacija procesa krucijalna za buduće studije. Neke od njegovih glavnih preporuka za buduća istraživanja su sledeće: a. neophodno je evaluirati individualne slučajeve, b. mere procesa mogu se upotrebiti i kao mere ishoda (npr. stepen promene slobode kojom pacijent asocira), c. treba proceniti karakteristike i konflikte analitičara kao i varijacije u veštinama kod analitičara, d. treba proučavati interakciju pacijenta i analitičara, e. treba koristiti kako objektivne tako i subjektivne materijale, f. mora se postići slaganje između izveštaja analitičara, izveštaja pacijenata i objektivnih mera.

Poseban problem kod sprovođenja dobro pripremljenih studija psihoanalize predstavlja stepen izvodljivosti studije. Moguće je da su dotadašnje studije uglavnom koristile analitičare-kandidate budući da je najlakše bilo obezbediti njihovo učešće u istraživanjima. Studija Njujorškog psihoanalitičkog instituta (Erle i Goldberg, 1984) pokazuje da je moguće izdvojiti grupu iskusnih analitičara kao izvor kliničkog materijala. Od 33 pozvana analitičara 6 je odbilo da učestvuje u

istraživanju iz različitih razloga (briga oko uticaja istraživanja na analitički rad, poverljivost, pritisak raznih obaveza, sumnje u koristnost takvog rada), a 11 nije popunilo obrasce i tako nije ušlo u istraživanje. Dakle polovina od ukupnog broja pozvanih je uzela učešća. Da podsetimo da se radilo o preliminarnoj, pilot studiji.

Kada je 1988. Kantrovič (Kantrowitz, 1997) putem telefona intervjuisao 150 analitičara APA (Američko udruženje psihoanalitičara) samo 9 je pristalo na rigorozne uslove istraživanja koji su uključivali snimanje sesija i testiranja. Posebna studija je napravljena da se pozabavi pitanjem izvodljivosti ozbiljne studije ishoda pravljenog po uzoru *zlatnog standarda* i pokazala je da je stepen regrutacije uzorka psihoanalitičkih pacijenata 27% (Vaughan i dr, 2000). Opšti zaključak studije jeste da i dalje postoje veliki otpori prema istraživanju među psihoanalitičarima. Videćemo dalje da se novije studije rađene na evropskom tlu (i drugačije dizajnirane) ne susreću sa problemima izvodljivosti.

Za razliku od Kantroviča, Dojdz (Doidge, 1997) je u svom pregledu istakao da se u većini studija kao značajan izdvojio faktor vremena. Ta činjenica se suprotstavlja ponavljanim naporima da se psihoanaliza vremenski skрати bilo u pogledu trajanja, bilo po nedeljnom broju sesija ili po trajanju sesija. Ona ostaje ono što je bila gotovo od samog početka, naime intenzivni tretman dugog trajanja koji zahteva, u proseku, četiri sesije nedeljno za period od obično 3 do 7 godina da bi se proizveo pozitivan ishod (Panel, 1992). Činjenica da je 84% psihoanalitičkih pacijenata već pokušalo kraće forme tretmana ili lečenja lekovima pre psihoanalize (Doidge i dr, 1994) govori da je potreba za dugotrajnim, intenzivnim tretmanom prisutna kod određenog klastera pacijenata i da su oni deo populacije koji opravdava primenu psihoanalize.

Faktor vremena posebno dolazi do izražaja kod pacijenata sa poremećajem ličnosti i kod graničnih slučajeva. Kod takvih kategorija dužina tretmana je izgleda bila mnogo važnija za dinamsko poboljšanje na duže staze nego pacijentove karakteristike, kao što su podobnost, pripadnost određenom klasteru, ili inicijalno zdravlje–bolest. To ne znači da je analiza pravi tretman za sve granične slučajeve, već da je analiza dobar tretman za neke pacijente sa veoma slabom inicijalnom ego snagom (Waldinger i Gunderson, 1984; Høglend, 1993).

Dojdz je u istraživanjima Kandela i saradnika našao biološko opravdanje za psihoterapije drugog trajanja. Naime, istraživanja su pokazala da duševna iskustva zaista menjaju strukturu i funkcije neuronske sinaptičke transmisije (Kandel, Schwartz i Jessel, 1991), te da psihoterapija definitivno vodi sinaptičkim promenama i menja genetski izraz (Kandel, 1983).

## Kliničke follow-up studije

Već je navedeno da je Pfajfer razvio specifičnu metodologiju istraživanja psihoanalize. Ona se sastojala u tome da nezavisni (followup) analitičar nekoliko godina nakon završetka analize sprovede seriju od 4 do 6 jednonedeljnih relativno

nestruktuiranih intervjuja. Sažetak followup analitičara se zatim poredi sa izveštajem stvarnog analitičara (Pfeffer, 1959).

Prvo istraživanje Pfajfer je radio na uzorku od 9 pacijenata i u svim slučajevima je našao da važi pravilo: u seriji intervjuja javlja se kratko ponovno izbijanje transfernih fenomena reprezentativnih za proživljenu analizu iz kojeg je moguće rekonstruisati sliku toka analize veoma sličnu izveštaju samog analitičara. Pfajfer je iz toga zaključio da neanalizirani aspekti transferne neuroze ostaju organizovani kao transferne rezidue spremne za neurotske reakcije u određenim životnim situacijama. Iz toga je proizašlo važno upozorenje da se ne očekuju perfekcionistački uspjesi zahvaljujući psihoanalizi (otpada kriterij za ishod kao što je razrešenje transferne neuroze), što se uostalom slaže sa napomenama Frojda da je cilj psihoanalize da stvori najbolje psihološke uslove za funkcionisanje ega (Freud, 1937). Međutim, i pored nepotpunosti analize su bile uspešne, svi slučajevi su pokazali ovladanost konfliktima i razvoj samoanalitičke funkcije, kao značajne ishode analize.

Zahvaljujući Pfajferu obavljena su dalja istraživanja sa istom metodologijom koja su obuhvatila 62 slučaja i potvrdila dobijene nalaze (Oremland i dr, 1975; Norman i dr, 1976; Schlessinger i Robbins, 1974).

Prednost Pfajferove metodologije jeste u tome što fokusira pažnju na centralne psihoanalitičke probleme, posebno psihoanalitički proces, i koristi sredstvo posmatranja razvijeno na psihoanalitičkom razumevanju transfera. Nedostaci su što su analize rađene kod analitičara-kandidata, i što je data nepotpuna definicija kliničkih termina.

Barah i dr. (1991) polaze od stanovišta da u svakoj nauci značajane tehničke i metodološke inovacije idu ruku pod ruku sa konceptualnim progresom. U tom smislu samo je Pfajfer dao doprinos specifičan za psihoanalizu, dok kvantitativne studije nisu značajno doprinele kliničkom fondu znanja, niti su razjasnile formulacije koje su deo psihoanalitičkog nauka, te nisu ni bolje demonstrirale nalaze kliničkih istraživanja.

## **Stokholm projekat ishoda psihoanalize i psihoterapije (STOPPP)**

STOPPP je projekat nastao kao odgovor na nedostatke prethodnih studija dugotrajnih psihoterapija i dizajniran je tako da izade na kraj sa navedenim teškoćama. Autori (Sandell i dr, 2000) polaze od stava da je zlatni standard istraživanja ishoda terapije gotovo nemoguće realizovati na psihoanalizi. Stepene kontrole koje zahteva slučajni izbor ne daju se ostvariti na duge staze. Zatim, problem samoselekcija je sastavni deo psihoterapije ne samo kod započinjanja tretmana već i pri izboru da li da se u jednom tretmanu ostane ili ne. I konačno, neuobičajeno jaka poverljivost psihoanalitičke situacije čini pacijente nedostupnim za bilo koga sa strane.

Kod traganja za uzorkom izabrana je Stokholm pokrajina budući da ima dovoljno velik broj analizanata/pacijenata i analitičara/terapeuta u dovoljno dugim

psihoterapijama. Podaci su skupljeni u tri navrata u periodu od tri godine kako od pacijenata na listi čekanja tako i od pacijenata u tretmanu. Autori su to nazvali panel dizajn sa tri talasa. Daljom podelom panela u podgrupe, zavisno od položaja pacijenata u odnosu na proces psihoterapije, stvorena je mogućnost da se dobiju informacije o pacijentima u svim fazama procesa: čekanje pre početka tretmana, različiti periodi tretmana, do tri godine nakon završetka tretmana. To su nazvali dizajn *razvijenog panela*, a dobijena je vremenska skala sa osam koraka, otprilike svaki korak predstavlja jednu godinu. Pošto je uvremenjavanje panela nezavisno od položaja pacijenata u tretmanu, autori ovakvo grupisanje na vremenskoj skali smatraju *funkcionalnim ekvivalentom* slučajnom izboru (Chambless i Hollon, 1998). Da bi to poduprli dodatno su testirali progresivne razlike između vremenskih faza na više od 50 varijabli i nisu našli sistematsko odstupanje između grupa. Stoga sledi da će moguće razlike u ishodu tretmana biti vezane za vremensko trajanje u tretmanu.

Na osnovu slučajnog izbora 200 od 756 upućenih pacijenata mogle su se odrediti karakteristike populacije pacijenata upućenih na psihoanalizu i onih na psihodinamsku psihoterapiju. Analizandi su se pokazali kao vrlo kvalifikovana grupa po obrazovanju i vokaciji. Demografski gledano bili su stariji, češće muškarci, razvedeni, sa decom i univerzitetskom diplomom. Više su tražili pomoć u psihoterapiji, dok se druga grupa češće obraćala institucionalizovanoj psihijatriji. Jačina simptoma je slična u obe grupe, kao i iskustvo sa psihofarmacima.

Prikupljanje podataka se obavljalo na više načina: inicijalna procena, podaci nacionalnog zdravstvenog osiguranja o odsustvu s posla i korišćenju zdravstvene nege, upitnici i skale upućeni putem pošte kako pacijentima tako i terapeutima, i neformalni intervjui sa poduzorkom od 60 pacijenata u dve prilike sa 12 meseci intervala između (1994–1995).

Jedan od nalaza STOPPP studije jeste da se varijabla simptomatskog pogoršanja pokazala najreprezentativnija za tretmane. Na prvi pogled to je u suprotnosti sa uverenjem da psihoanaliza leči unutrašnje konflikte a nije fokusirana na uklanjanje simptoma. Autori ukazuju da se klasično simptom posmatra kao zamenska formacija (stoga i struktura) koja signalizira povratak potisnutog (Freud, 1894, 1915, 1926). “Upravo je ta signalizujuća funkcija aktivirana u formi simptomatske remisije i simptomatske zamene ako tretman ne uspe da promeni unutrašnje strukture koje su u osnovi.” (Sandell i dr, 2000, str. 937)

Merenje prema Listi simptoma SCL-90 obe grupe su na početku veoma napaćene i prema normama za populaciju ulaze u 10% ljudi sa najgorim rezultatima. Nakon tretmana obe grupe izlaze iz grupe 10% najgorih. Međutim, analitički pacijenti pokazuju bolji uspeh i približavaju se aritmetičkoj sredini za normalnu populaciju (sic!) tri godine nakon tretmana, što nije slučaj sa grupom psihoterapijskih pacijenata.

Posmatrano kroz faktor vremena pokazalo se da nema vidljivih razlika između dva tretmana dok traju, uočavaju se tek nakon njihovih završetaka. Odnos učestalosti sesija i trajanja je sledeći: povećanje učestalosti sesija ima negativan efekat u terapijama kratkog trajanja, a povećano trajanje ima negativan efekat u terapijama male učestalosti, i obrnuto. Ukupno gledano pozitivni efekti su veći od negativnih. Stoga autori izvlače zaključak da su dugo trajanje i velika učestalost, *u konjunkciji*,

povezani sa najboljim ishodom tretmana na SCL-90, s tim da ovi efekti postaju vidljivi i značajni tek u trećem followup-u. "Možemo samo spekulirati da se nešto dešava tokom učestalijih sesija psihoanalize što priprema za ishodišni proces koji mora biti *kvalitativno* različit, kvalitativno zato što ne može više biti *kvantitativnih* razlika kad su tretmani jednom završeni." (Sandell i dr, 2000, str. 938) Autori očekuju da će kvalitativna analiza pokazati naznake rastućeg samoanalitičkog stava.

Ova studija je imala za cilj i da ispita uticaj karakteristika analitičara i terapeuta na ishod tretmana. Ustanovili su da su analizanti imali dobre ishode bez obzira na stavove analitičara. Kod psihoterapijskih pacijenata karakteristike terapeuta su došle do izražaja. Bolje su se pokazali terapeuti koji su imali visoke skorove na ljubaznosti, samootkrivanju, podržavanju, uvidu, neutralnosti i na umetnosti. Klaster analizom, u kojoj su terapeuti podeljeni na klastere prema pripadnosti određenim psihoterapijskim pravcima, pokazalo se da su slučajevi psihoterapije kod terapeuta u psihoanalitičkom klasteru imali lošije ishode. Stoga autori zaključuju: "Klasičan psihoanalitički stav, sa manjim naglaskom na podršci, strategijama, toplini i otvorenosti, može biti funkcionalan sa analizantima ali mnogo manje sa pacijentima u psihoterapiji. Stoga, u velikoj meri, superiornost psihoanalize nad psihoterapijom u ovoj studiji ovisi o činjenici da je priličan broj psihoterapijskih slučajeva vođen na nefunkcionalno psihoanalitičan način. Postoji statistička tendencija za ove slučajeve da su ih vodili uglavnom terapeuti bez psihoanalitičkog treninga. To nas vodi zaključku da postoji negativni transfer psihoanalitičkog stava na psihoterapeutsku praksu, i da taj negativni transfer *može biti* posebno izražen kada psihoanalitički stav nije podržan psihoanalitičkim treningom." (Sandell i dr, 2000, str. 940)

### **Istraživački projekt Nemačkog psihoanalitičkog udruženja (DPV) iz 1997. godine**

Autori ove studije (Leuzinger-Bohleber, M. i saradnici, 2002, 2003) odlučili su se za naturalističku followup studiju. Oni ističu da su prednosti takve studije što ne utiče na terapiju u toku, moguć je veliki uzorak, kratko traje, naturalistički je sačinjena (bliska i relevantna za trenutnu kliničku praksu). Nedostatak vide u tome što je samo retrospektivno moguće evaluirati stanja pacijenta pre, tokom i posle tretmana. Kao cilj autori su postavili proučavanje pacijentovih retrospektivnih pogleda na njihova iskustva sa psihoanalitičkom terapijom i njenih efekata nakon više od četiri godine po završetku njihovih psihoanaliza ili dugotrajnih psihoanalitičkih terapija; zatim saznati da li subjektivna gledanja bivših pacijenata odgovaraju onima njihovih analitičara i onima nezavisnih psihoanalitičkih i nepsihoanalitičkih posmatrača, kao i rezultatima upotrebljenih testova i upitnika. Cilj studije je odredio kombinovanje psihoanalitičkih i nepsihoanalitičkih istraživačkih metoda.

Od psihoanalitičkih metoda su korišćeni: a. psihoanalitičko posmatranje nesvesnih procesa u followup intervjuu, b. profesionalna supervizija, c. psihoanalitička ekspertska evaluacija u istraživačkim grupama pluralističke teorijske orijentacije, d. sistematska kontrola narativnih sažetaka slučajeva.

Procedura studije je išla prema sledećim koracima: 1. prvi followup intervju, neusmeravajući (snima se), 2. followup analitičar snima svoju impresiju i popunjava skalu psiholoških sposobnosti, 3. supervizija sa članom istraživačke grupe, 4. drugi followup intervju, prvi deo neusmeravajući, drugi deo polustruktuisan sa pripremljenim pitanjima proizašlim iz prva tri koraka, 5. drugi followup analitičar obavlja intervju sa analitičarem datog pacijenta, 6. sastanak istraživačke grupe, radi se prema sledećim fazama: a. razgovor o pacijentu, b. razgovor o analitičaru, c. diskusija i popunjavanje skale, d. konsenzus oko skale, e. pisanje sažetka diskusije koji se još jednom daje svima na uvid.

Autori su prvo sprovedli studiju izvodljivosti i dobili su da je 89% od 774 članova Nemačkog udruženja glasalo za studiju. Kriteriji za uključivanje u studiju su takođe bili definisani: a. terapeut je član DPV (Nemačkog psihoanalitičkog udruženja); b. tretman je trajao najmanje godinu dana; c. tretman se završio između januara 1990. i decembra 1993; slučajevi za trening i didaktičke analize se odbacuju.

154 analitičara je ispunilo kriterije za ulazak u studiju, a sa njima i potencijalnih 1038 bivših pacijenata koji su završili terapiju u navedenom vremenskom okviru. Od populacije pacijenata njih 401 je ušlo u studiju i popunilo kratki upitnik bazične procene, a od toga 159 je popunilo detaljniji upitnik. 129 pacijenata je popunilo detaljni upitnik i prošlo dva intervjua. Na osnovu upitnika mogla je da se sprovede provera reprezentativnosti uzorka onih analitičara koji učestvuju u studiji (207 od 321). Kontrola reprezentativnosti je takođe rađena na osnovu kratkog upitnika samoprocene ishoda terapije za pacijente. Tako je ova studija prva u kojoj je bilo moguće studirati reprezentativnost (u odnosu na terapijski ishod) uzorka psihoanalize i psihoanalitičkih terapija (Rüger, 2002).

Analiza uzorka je pokazala sledeću učestalost bolesti prema ICD-10: 51,2% poremećaji ličnosti, 27,1% afektivni poremećaji, 10,9% neurotski poremećaji, 6,2% šizofrenija. Autori na osnovu ovih podataka zaključuju da psihoanalitičari tretiraju grupu najtežih ljudi sposobnih da dobiju tretman van klinike. Analitičari su izjavili da je posmatranje potencijala kod pacijenata na prijemnom intervjuu bilo odlučujuće za prijem u tretman, a ne dijagnoza.

Dalje analize su pokazale da su pacijenti sa teškim poremećajima ličnosti (posebno narcističkim) češće imali visoko učestali tretman. Razlika između grupe analizanata i grupe pacijenata na psihoterapiji se pokazala značajnom na dve dimenzije. Klaster analiza i ekspertska evaluacija su potvrdile da su analizanti mnogo intenzivnije razvili analitičke sposobnosti i ukazuju na širi kognitivni i emotivni opseg kad su u pitanju samorefleksija i unutarasnjnje rešavanje problema, kao i fantaziranje.

Što se tiče efektivnosti dugotrajnih tretmana 76,6 % izjavljuje da se osećalo loše pre tretmana, a 83,7% govori o dobrom osećanju nakon tretmana (za dve trećine to je ostalo stabilno do followup-a).

Na uzorku intervjuisanih glavne transferne konstelacije u psihoanalitičkom tretmanu veoma brzo su se replicirale tokom followup intervjuja i dale su uvid u neke glavne ishode, bilo svesne ili nesvesne, ranijih psihoanalitičkih tretmana. Kod uspešnih tretmana i pacijent i analitičar pamte i govore *istu priču*, dok su kod neuspešnih tretmana razlike u naraciji daleko veće. Međutim, čak i kod psihoanaliza sa osrednjim rezultatom delimično su se razumele ozbiljne traumatizacije, a analitički proces je omogućio pacijentima da prekinu nesvesno transgeneracijsko prenošenje traumatizacija (sic!).

Pacijentova sposobnost da efektivno nastavi analitički proces u postanalitičkoj fazi se pokazala odlučujuća za stabilnost terapijskog uspeha. Analizanti iz uspešno završenih tretmana su internalizirali analitički stav i način traganja za znacima nesvesnog i posledično ga intenzivnije razumeli od terapijskih pacijenata. To korespondira sa Stokholmskom studijom koja pokazuje da što duže traje followup period to je veća razlika u uspehu između analizanata i pacijenata.

S obzirom na dijagnozu pokazalo se da je tretiranje graničnih pacijenata sa destruktivnim acting-outom imalo *dovoljno dobre ishode* samo ako je analitičar imao u potrebnoj meri lične (npr. u superviziji) ili institucionalne podrške tokom tretmana. Kod psihotičnih pacijenata korišćena je modifikovana tehnika (licem u lice i manja učestalost) sa upotrebom medikamenta u početku, a postojala je i uska saradnja sa psihijatrijskim ustanovama.

Što se tiče analize podataka vezanih za analitičare nisu nađene indicije da analitičareva teorijska pozicija ograničava njegov horizont percepcije i uvida. Tehnika je orjentisana na potrebe pacijenata. U slučajevima neuspešnih terapija pokazalo se da analitičari nisu bili sposobni da uđu u *unutrašnji, rezonantni* dijalog sa pacijentima duži period vremena. Analitičari su to rešavali na različite načine: nekima je pomogla supervizija ili intervizija, a neki su prosledili pacijente drugim kolegama. U većini slučajeva novi analitičar je uspeo da kontrabalansira pacijentova razočarenja i ljutnju na adekvatan emocionalni način i da razume neke razloge neuspeha u komunikaciji karakteristične za prethodni tretman, što je reiniciralo produktivni analitički proces koji se mogao završiti uspešnim ishodom.

## ZAKLJUČAK

Iako je ispočetka psihoanaliza delovala nezainteresovana za klinička i kliničko-kvantitativna istraživanja ishoda psihoanalize, istorija potvrđuje da su neke najobuhvatnije studije u psihoterapiji radili upravo psihoanalitičari. Novija istraživanja govore o napretku u artikulisanju specifičnih metoda istraživanja u skladu sa tezom pluralizma naučnih iskustava, tj. da psihoanalitičke teme treba proučavati psihoanalitičkim instrumentima. Iz poslednje dve studije vidimo da se koristi kombinacija kliničkih i ekstrakliničkih metoda u istraživanju, a Pfefferova specifično psihoanalitička metodologija je našla svoje zaslužno mesto u manjem (STOPPP) ili većem obimu (studija DPV). Poslednje dve studije su razvijanjem specifičnog istraživačkog dizajna otklonile neke bitne nedostatke ranijih istraživanja



(koriste se iskusni analitičari i psihoterapeuti a ne kandidati, evaluiraju se individualni slučajevi, proučava se interakcija pacijent – analitičar, procenjuju se karakteristike analitičara i teorijska orijentacija, mere procesa se koriste i kao mere ishoda, traži se slaganje između izveštaja analitičara, pacijenta i objektivnih mera, itd.) i približile istraživanje praktičarima psihoanalize (povećan je broj analitičara uključenih u istraživanja ne samo kao predmeta istraživanja već i kao istraživača u followup intervjuima, i sami analitičari procenjuju istraživačko iskustvo kao vredno i za klinički rad). Date studije su potvrdile i neka verovanja psihoanalitičara: da je dugotrajni tretman sa visokom učestalošću seansi delotvorniji od manje intenzivnih tretmana; i da uspešno vođen analitički proces ide ka razvoju samoanalitičke funkcije kod analizanta, tako da su efekti analize u porastu i godinama nakon prestanka analize. Ostaje i dalje problem u vezi sa teškoćom sažimanja kompleksnosti dobijenih rezultata i posmatranja, uzimajući u obzir idiosinkratičnost terapijskog ishoda pojedinačnih pacijenata kao i reprezentativnost nalaza.

## LITERATURA

- Bachrach, H., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., Waldron, S. (1991). On the efficacy of Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **39**, 871–915.
- Berzins, J., Bednar, R., Severy, L. (1975). The problem of intersource consensus for measuring therapeutic outcome: New data and multivariate perspectives. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **84**, 10–19.
- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 7–18.
- Coen, S. (1998). Perverse defenses in neurotic patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **46**, 1169–1194.
- Doidge, N. (1997). Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and Psychoanalysis: An overview. *Psychoanalytic Inquiry*, **17**, 102–150.
- Erle, J. (1979). An approach to the study of analyzability and analyses: The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, **48**, 198–228.
- Erle, J., Goldberg, D. (1984). Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **32**, 715–737.
- Fonagy, P. (Ed.) (1999). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, International Psychoanalytical Association, Research Committee.
- Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. *Standard Edition 3*. New York, Basic Books.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physician practising psycho-analysis, *Standard Edition 12*. New York, Basic Books.

- Freud, S. (1914). On narcissism, *Standard Edition* 14. New York, Basic Books.
- Freud, S. (1915). Repression, *Standard Edition* 14. New York, Basic Books.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety, *Standard Edition* 20. New York, Basic Books.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis, *Standard Edition* 22. New York, Basic Books.
- Hampe, M., Lotter, M.-S. (Eds.) (2000). «Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben». Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften. Schriftenreihe «Erfahrung und Denken. Schriften zur Förderung der Beziehungen zwischen Philosophie und Einzelwissenschaften». *Band 86*, Berlin, Duncker, Humblot.
- Høglend, P. (1993). Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, **7**, 168–181.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessel, T. M. (1991). *Principles of Neural Science*, 3rd ed. New York, Elsevier.
- Kandel, E. R. (1983). From metapsychology to molecular biology: Explorations in the nature of anxiety. *American Journal of Psychotherapy*, **140**, 1277–1293.
- Kantrowitz, J. (1997). A Brief Review of Psychoanalytic Outcome Research. *Psychoanalytic Inquiry*, **17**, 87–101.
- Kantrowitz, J. (1987). Suitability of psychoanalysis. U: *The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, Guilford Press, str. 403–415.
- Knapp, P., Levin, S., McCarter, R., Wermer, H., Zetzel, E. (1960). Suitability for Psychoanalysis: A Review of One Hundred Supervised Analytic Cases. *The Psychoanalytic Quarterly*, **29**, 459–477.
- Kuhn, T. (1977). *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd ed.). Chicago, University Chicago Press.
- Lambert, M., Shapiro, D. A., Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. U: S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 3rd ed. New York, Wiley.
- Leuzinger-Bohleber, M. i dr. (2002). Psychoanalytic and Non-Psychoanalytic Research Methods in a Multi-perspective, Representative Follow-Up Study of Psychoanalyses and Psychoanalytic Long-term Therapies. *Psychoanalysis in Europe Bulletin*, **56**, 164–193.
- Leuzinger-Bohleber, M. i dr. (2003). How to study the 'quality of psychoanalytic treatments'. *The International Journal of Psychoanalysis*, **84**, 263–290.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., Auerbach, A. (1988). *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. New York, Basic Books.
- Mintz, J., Luborsky, L., Christoph, P. (1979). Measuring the outcomes of psychotherapy: findings of the Penn Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **47**, 319–344.
- Norman, H., Blacker, K., Oremland, J., Barrett, W. (1976). The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **24**, 471–498.

- Oremland, J., Blacker, K., Haskell, F. (1975). Incompleteness in "successful" psychoanalyses: a followup study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **23**, 819–844.
- Panel (1992). Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy — Similarities and differences: indications, contraindications, and initiation. E. R. McNutt, reporter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **40**, 223–231.
- Pfeffer, A. Z. (1959). A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: a Preliminary report. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **7**, 418–444.
- Pfeffer, A. Z. (1961). Followup study of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **9**, 698–718.
- Pfeffer, A. Z. (1963). The meaning of the analyst after analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **11**, 229–244.
- Rüger, B. (2002). Statistical design and representativeness of the DPV follow-up study. U: Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (Eds.) *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers*. London, Whurr Publishers, 1221–1229.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of pschonalysis and psychotherapy project (STOPPP). *The International Journal of Psychoanalysis*, **81**, 921–942.
- Sashin, J., Eldred, S., Van Amerongen, S. (1975). A Search For Predictive Factors In Institute Supervised Cases: A Retrospective Study Of 183 Cases From 1959–1966 At The Boston Psychoanalytic Society And Institute. *The International Journal of Psychoanalysis*, **56**, 343–360.
- Schlessinger, N., Robbins, F. (1974). Assessment and followup in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **22**, 542–567.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *The American Psychology*, **50**, 965–974.
- Steward, I. (1989). *Does God Play Dice*. New York, Basil-Blackwell.
- Trenn, T. J., Merton, R. K. (Eds.) (1979). *Genesis and Development of a Scientific Fact*. Chicago & London, University of Chicago Press.
- Varvin, S. (2003). Internacionalna psihoanalitička asocijacija: sadašnji trendovi, buduće mogućnosti. Predavanje održano 16. marta 2003. u prostorijama BPSG (Beogradska Psihoanalitička Studijska Grupa).
- Vaughan, S. C., Marshall, R. D., Mackinnon, R. A., Vaughan, R. Mellman, L., Roose S. P. (2000). Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *The International Journal of Psychoanalysis*, **81**, 51–528.
- Waelder, R. (1963). Psychic determinism and the possibility of prediction. *The Psychoanalytic Quarterly*, **32**, 15–24.
- Waldinger, R., Gunderson, J. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients, *American Journal of Psychotherapy*, **38**, 190–202.

## ABSTRACT

### **A REVIEW OF PSYCHOANALYTIC OUTCOME RESEARCH**

*Boris Kordić*

Fakultet civilne zaštite, Beograd

A review is given from the beginning of psychoanalysis till our days. The main research projects till 1991. that had been conducted according to model of 'unified science' are reported. The major research contributions and shortcomings are given and Pfeffer methodology developed exclusively for psychoanalysis is specifically discussed. Further, two contemporary researches are reported that correct the shortcomings of earlier researches due to the use of model of 'pluralism of science' and some new methodological innovations (for example, 'unfolded panel' design). In addition, the main results of two contemporary researches are given.

**Key words:** Psychoanalysis, Model of United Science, Model of Pluralism of Sciences