

Michael Wolf

KLINIKAI SZOCIOLÓGIA ÉS PSZICHOANALITIKAI SZERVEZETFEJLESZTÉS

Előszó

1. Az itt következő tanulmány a klinikai szociológia és az alkalmazott pszichoanalízis témáival foglalkozik. Az úgynevezett alkalmazott pszichoanalízis a pszichoanalitikus hivatásgyakorlás meghatározott vonásait felmutató különleges esete. Tipikus példa erre az analitikus szervezetfejlesztés tevékenysége, amit többféle okból is választottam. Először, mert a tárgykört tekintve szociológiai téma (szervezetszociológia). Másodsor, mert Németországban legalábbis, az „alkalmazott” pszichoanalízisnek ez egy még szokatlan munkaterülete. És végül azért is, mert a pszichológia és a szociológia nagyon gyümölcsöző találkozásának tartom, sokkal inkább, mint a pszichoanalitikus „kultúraelmélet” illuzórikus területét. (Reiche 1995.)

2. Ha a következőkben „tudományról” vagy empíriáról, vagy kutatásról beszélek, akkor ezen általában egy kvalitatív, hermeneutikai, értelem-konstruáló tudományt értek. Ez természetesen nem zárja ki az adatok és a kiértékelés eredményeinek lehetséges integrációját, amelyhez kvantitatív módszerekkel (pl. leíró statisztika, cluster-analízis) jutunk el. De ebben az esetben felmerülnek tartalmi konzisztencia-követelmények is, mivel a különböző utakon nyert adatokat egymásra kell tudnunk vonatkoztatni. (Lásd Grünewald/Wolf 1985.)

3. A szociális struktúrákkal való társadalomtudományos és pszichoanalitikus foglalkozás (bármilyen magas szinten legyenek is aggregálva: lehetnek interakciós rendszerek, szervezetek vagy társadalmak) már nem operálhat olyan régi ellentétekkel, mint tudás és hatalom, vágy és represszió. Ezek mindig is plakatív megfogalmazások voltak, és hogy ez a két pólus áthatja egymást, azt már Foucault-tól megtanulhattuk. Ez az olyan antagonizmusokra is igaz, mint a szubjektum és az objektum, vagy a felvilágosodás és az uralom. Ezeket már nem lehet mint a belsőt és a külsőt, mint az egyiket és a másikat elgondolni, mivel kölcsönösen feltételezik és áthatják egymást, s így inkább egy interaktív kontinuitás tipizált pólusainak tekintendők. A szubjektumok mindig össze is kötnek struktúrákat, amelyek

különböző mértékben reflexíve jelenvalók (vagyis tudatosak); a tudás mindig a szervezett formákban áll, a praktikákban vagy az interakciós struktúrákban; a vágyak pedig mindig létrehozottak és strukturáltak, sohasem „tiszták”, és nem a szocializációs és az interakciós struktúrákon túl helyezkednek el. Ezzel elbúcsúztatunk egy olyan értelem- és jelentés-fogalmat, amely csak szubjektív vagy intencionális, és állítólag állandó konfliktusban áll az „objektivitással” és az „anyagisággal”. Ennek helyébe az interakciók és az azok történetébe beágyazott jelentés-struktúrák lépnek, amelyekre vonatkoztatva aztán feltárjuk az intenciók, a motivációk, a szubjektív és az interszubjektív jelentéseket mint értelmezési mintákat.

4. Az alábbiakban a szociológia és a pszichoanalízis viszonyát a bevezetett összefüggések mentén, egy olyan perspektívából tárgyalom, amelybe hangsúlyosan bevonom a saját szakmai tapasztalataimat. Ezt termékenyebbnek és egy ilyen tanulmány számára megfelelőbbnek tartom, mint egy extenzív és példaszerű bemutatást, amely kiterjedne a marxizmus és pszichoanalízis, a pszichoanalízis és a kritikai elmélet, a pszichoanalízis mint társadalomtudomány, a pszichoanalízis és a hermeneutika, a Fromm-Marcuse-összecsapás, a szubjektum kritikai elméleteinek rekonstrukciójára – hogy csak a legkiemelkedőbbeket említsem. Máshol ezeket a vitákat is részletesebben tárgyalom, a „mainstream”-irányzatok peremén, amikor a pszichoanalízissel mint a kritikai elmélet módszerével foglalkoztam, tekintettel az ide vonatkozó empirikus vizsgálatokra. (Wolf 1989.) És ugyanígy itt is fel fognak bukkanni a klinikai szociológia és a pszichoanalitikus szervezetfejlesztés egzotikusnak tűnő peremvidékén.

1. Klinikai szociológia

Először is bemutatnám a „klinikai szociológia” koncepcióját. Ez egy meglehetősen szokatlan és paradoxnak tűnő fogalom. Vele kapcsolatban két elképzelést szeretnék ismertetni és megvitatni.

Az egyik Ulrich Oevermanntól származik (1990). Ehhez először is Oevermannat szeretném genealogikusan beilleszteni a „szociológia és a pszichoanalízis” témakörébe. Ő korábban Habermas tanársegédje volt, és a frankfurti iskola kritikai elméletének (ha lehet így mondani) harmadik generációjába tartozik, egy nagyon sajátos, mert a „frankfurti viszonyokhoz” képest strukturalista és objektivista megközelítésmóddal. És ugyanakkor tudatosan és nagyon határozottan a kritikai elméletnek abban a tradíciójában áll, amely különös viszonyt alakított ki a pszichoanalízissel. Rendszeres támaszkodik (mások mellett) Freudra és Adornóra. (Lásd pl. Oevermann 1983.) A pszichoanalízis „kritikai” szociológusai közül egyedülként dolgozott ki szisztematikus elméletet mint bázis-elméletet, egy szocializáció-

elmélet mint társadalomelmélet keretein belül. Továbbá kidolgozta a látens interakciós és jelentés-struktúrák elméletét, valamint az ehhez kötődő módszert. (Miközben a pszichoanalitikus Lorenzer a maga „materialista szocializációelméletét” nem a pszichoanalízisben, hanem a „materialista társadalomelméletben” horgonyozza le. [Lorenzer 1974.]

A másik koncepciót L. Wirth amerikai szociológus (1931) képviseli. Wirth a „Chicago School”-hoz, amerikai szociológiának a funkcionalizmus által uralt hagyományához tartozik. A chicagói iskola (lásd pl. Lindner 1990) empirikusan orientált nagyváros-szociológiként határozza meg önmagát, amely a jelenkor szociális problémáit vizsgálja elméleti és koncepcionális eszközökkel, egy kimondottan empirikus-gyakorlati megközelítési móddal. („Go down to the streets and get your feet wet.”)

2. Oevermann koncepciója

Oevermannak a „klinikai szociológiára” vonatkozó koncepciója egy hermeneutikai, a struktúrát rekonstruáló eljárás-ként jellemezhető, tekintve az „objektív hermeneutika” (kutatási) módszerét, amely mindig szisztematikusan vonatkozik az egyes esetekre (és ehhez igazodva az adatszerzés és a kiértékelés kvalitatív). Ez a tipikus esetstruktúrák generalizálásán keresztül teremt összefüggést az egyes eset elemzése, valamint a szocializáció- és cselekvésemélet mint társadalomelmélet között.

A „klinikai” megjelölés az egyes esetre vonatkozó kutatás, a tudományos elméletalkotás és a lehetséges intervenciók eme összefüggésére utal. Ez a „klinika” olyan értelmezése, amely egy szakma, mint az orvostudomány, ismert módszerét általánosítja a professzionális cselekvés módszerévé, és éppen ezáltal teszi a professzionális szociológia egyik ágává. A klinikai koncepciója így elválik a szomatikus zavarok kezelésének példájától, és általában a megzavart életpraxis kezelésére vonatkozik, legyen szó szomatikus, pszichés vagy szociális zavarokról. (Lásd Wolf 1990.)

A „klinikai” értelmezése Oevermannnál mindenesetre egyoldalú marad: egyrészt ugyan kidolgozza az egyes esetre vonatkozó, abduktív, nem az alárendelés logikáját követő kutatási gyakorlatot, ugyanakkor adós marad a klinikai szociológia mint „alkalmazott” társadalomtudomány kidolgozásával. Vagyis a konkrét társadalmi eset „pácienseit” (család, szervezet stb.) csak diagnosztizálja (ez a kutatás), de nem hatol előre azok kezeléséig (intervenció, alkalmazott szociológia). Oevermann mintha ennek tudatában lenne, de mégis beleütközik annak határába, amit „társadalmon” ért. Ugyanúgy, mint a „rég” (a „kommunikációelméleti fordulat” előtti) kritikai elmélet, ezen az egész társadalmat (vagyis a totalitást) érti. Ennek megfelelően a klinikai szociológia potenciális kliensének/páciensének és megrendelőjének

csak az ilyen általánosan értelmezett „társadalmat” tekinti. Ebben az értelmezésben a tudománynak mint a differenciálódás során létrejött társadalmi alrendszernek az lesz a funkciója, hogy megtalálja az igazságot; mint ahogy más társadalmi alrendszerek a konszenzus (igazságszolgáltatás) vagy az egészség (orvostudomány) megtalálására törekszenek. Ilyen alapon a szociológia más megrendelőinek nincs efféle közbeeső szintű funkciója. Oevermann ugyan utal arra, hogy lehetséges az intézményeknek tanácsokat adni, vagyis lehetséges a klinikai szociológia praxisa. Ezt azonban nem fejti ki részletesebben, és azokról a speciális megbízásokról és esetekről, amelyeket az objektív hermeneutika feldolgoz, nem jelentek meg publikációi. Egy kivétel van, a „BKA-tanulmány” (Oevermann/Simm 1984), amely azonban döntően kutatási munka. Kidolgoz ugyan a szervezeti folyamat megváltoztatására irányuló javaslatokat (megváltozott kriminalisztikai adatgyűjtés), ezeknek a javaslatoknak az implementálási folyamatát azonban nem tematizálja. Így csak az a kicsit túlzó elképzelés marad a szociológiai klinikusról, hogy az más szakmák felügyelője, egyfajta igény és felkérés nélküli meta-klinikus.

Ez véleményem szerint az oevermanni koncepció egy szisztematikus problémájával függ össze, azzal a tisztázatlan kérdéssel, hogy beszélhetünk-e „megzavart életgyakorlatról”, vagy sem. Szerintem egy klinikai szociológia koncepciójának szükségképpen tartalmaznia kell egy klienst, és a kliensnek kell, hogy legyen egy élet-gyakorlati problémája, és valamitől szenvednie kell, ami arra motiválja őt, hogy a „szociológiai klinikához” forduljon. Tehát valami zavarnak kell fellépnie a saját életpraxisában, illetve cselekvési rendszerében. Ha ilyen nem lép fel, akkor hiányzik a felkérés, a munkakapcsolat, a keret, illetve a setting¹ és a kezelés. Ennek megfelelően Oevermannnál hiányoznak azok az elemzések, amelyekben a klinikai-szociológiai szakma intervenciói tárgyalásra kerülnének.

Ez elsősorban abból táplálkozik, hogy a „megzavart életpraxis” eszméje nincs kielégítően tisztázva. Egyrészt azt írja, hogy az életpraxis maga is teremt materiális racionalitást a weberi értelemben, és ezek az anyagi-racionális struktúrák mindig szabályokat követnek, és ennyiben értelmesek és soha sem „megzavartak” vagy „betegek”. Ami megzavarható, az a szubjektumnak az az erőfeszítése, amely a hamis tudaton keresztül, a neurotikus eltorzításon keresztül hamis képzetet alakít ki magának (materiálisan-racionálisan) a saját életéről. Ebben az esetben a problematika az úgynevezett értelmezési síkon lép fel, az arra vonatkozó indivi-

¹ Az eredeti német szövegben is megtartja az angol kifejezést („setting”) a szerző, ezzel is utalva arra a tendenciára (ld. pl.: D. Quindoz: *The psychoanalytic setting as the instrument of the container function.*), amelynek célja, hogy összefoglalják és kiemeljék azokat a tárgyi és módszertani jellemzőket, amelyek megkülönböztetik a *pszichoanalitikus helyzetet* az egyéb terápiás, mindenek előtt az egyéb pszichoterápiás helyzetektől. [*Szerk. megj.*]

duális vagy kollektív elképzelések szintjén, hogy mi az, ami interakció-strukturálisan adott és reprodukálható. Vannak ugyan megzavart értelmezési minták, de az élet mint olyan, mindig helyes, mivel ezen nem lehet túllépni. Oevermann maga nagyrészt ezt az álláspontot képviseli, és eszerint a pszichoanalízisnek vagy más intervenciók eljárásainak csak az lehet a feladatuk, hogy ezeket az értelmezési mintákat helyre tegyék, és a szó legtágabb értelmében helyes tudatot teremtsenek. S akkor az életpraxis és ennek adekvát értelmezése megint fedésbe merülhet (ami egyébként egy régről ismert „materialista” koncepció).

Másrészt Oevermann mégis csak egy megzavart életpraxisból indul ki; habár az homályban marad, hogy miben is áll a megzavartsága ennek az életpraxisnak. Mindenesetre ezt az érintetteknek maguknak is észlelniük kell és el kell ismerniük. Példaként a megzavart családi viszonyokat lehetne megemlíteni, de más komplexebb szerveződésű cselekvési rendszerek is szóba jöhetnek. Ezt a perspektívát nem dolgozza ki részletesebben, de nekünk tovább kell mennünk, hogy meg tudjuk alkotni a megzavart praxisra vonatkozó (a szó legszélesebb értelmében vett) szociális terápiát vagy tanácsadást, amelyet a klinikai szociológia mint alkalmazott társadalomtudomány kezelési praxisának is nevezhetünk.

Ezt a perspektívát továbbgondolva, felmerül a probléma, hogy mi, illetve ki alkotja az interveniáló modelljét? Talán az orvos vagy az analitikus? Ebben a vonatkozásban is némileg határozatlan és zavaros Oevermann pozíciója. Az analitikus „helyettesítő értelmezéseket” fogalmaz meg, és (absztinensként) nem nyúl bele az autonóm életpraxisba. De egy orvos nem maradhat ilyen absztinens; mert az olyan orvos, aki csak diagnózisokat állít fel, de nem cselekszik, nem is igazi orvos. Az orvosnak valamit tennie is kell, nevezetesen kezelnie kell a páciens, mert egyébként csak kutató volna; mint diagnoszt, mint patológus, aki csak akkor lép fel, ha (már) nincs mit tennie. Ehhez lehet hasonlítani bizonyos értelemben a tiszta tudóst, mint egyfajta szociálpatológust, aki a „halott” szociális anyaggal dolgozik, mint Hegelnél a Minerva baglya, amely akkor kezdi meg a röptét, amikor a dolgok már megtörténtek. Már az orvos és az analitikus megkülönböztetése is túlzottan ki van élezve, mert létezik a setting mint interakciós forma, és az analitikus és az analizált közötti kommunikáció is belenyúl a mindennapi életpraxisba. A „tükröző” analitikus (most a freudi és nem a kohuti értelemben) nem tud nem kommunikálni a pácienssel (Watzlawick). Az absztinens analitikus modellje maga is csak idealizáció, egy szimptomatikus határeset. A terápia vagy a „kezelés” beavatkozása az itt releváns értelemben már mindig is feltételezi orvost és a „klinikust”.

És ugyanez érvényes a „klinikai” szociológusra is. Ő vagy csak diagnoszt, azaz társadalom-kutató, akkor csak egy bizonyos approach tünteti ki (olyan kvalitatív kutatás, amely behatóan foglalkozik az egyes esettel is), amelynek azonban nem kell szükségképpen a „klinikaira” vonatkoznia. Vagy pedig klinikus, tehát egy szociális „orvos” vagy szociális

„analitikus”; ebben az esetben olyan páciensei vannak, akiknek zavarai vannak, szenvedés nyomasztja őket, és a feladata ezek kezelésében áll. Megzavart életpraxisokat vagy szociális rendszereket kezel, miközben tiszteletben kell tartania az autonómiájukat. Itt az objektív hermeneutika „klinikai szociológiájából” hiányzik a „helyettesítő kezelés”, amely a „helyettesítő értelmezés” kiegészítése lehetne. (Lásd ehhez pl. Wolf 1995.)

3. Wirth koncepciója

Most áttérek Wirth tanulmányára, amely a szociológia fejlődését tekintve már régen túlhaladott ugyan, az itt tárgyalt kérdések szempontjából mégis messzemenően aktuális, és az alkalmazásra orientált szociológia nézőpontjából nagyon is ösztönző.

Wirth háromféle szociológiát különböztet meg.

Az egyiket tiszta tudománynak („pure-science”-nek) nevezi, amely némileg kiélezetten jellemezhető a karosszékből való elmélkedésként („arm-chair-speculation”). Ez a „tiszta” tudomány koncepciója, amely a kontempláció vagy a megfigyelés perspektívájából indul ki, és amely az „íróasztal adatokra” támaszkodva az össz-társadalomra vonatkozó kérdéseket tematizálja, és erre vonatkozó elméleteket fogalmaz meg. Itt hiányzik a konkrét vonatkozás egy (empirikusan megtapasztalt) tárgykörre, az ehhez való közelség és a praxis.

A második célja a lakosság rossz életkörülményeinek elkötelezett megváltoztatása, amelyhez a (társadalom)-tudomány a maga kutatási eredményeivel támogatást nyújthat. (Lásd ehhez a „Chicago School” sokrétű vizsgálatait, áttekintésként lásd pl. Lindner 1990.) A szociológus ebben az esetben már nem különbözik az elkötelezett politikustól (a társadalmi reformertől) vagy a szociális munkástól, aki a problémákkal terhelt kliensekkel való közvetlen kapcsolatban, a megzavart életpraxis megjavítására törekszik. Ebben az esetben hiányzik a tudomány és a professzionális cselekedetek közötti distancia; az elkötelezettség és a (problémák nyomása) átformálja és deformálja.

A szociológia e két koncepciója között szeretné elhelyezni Wirth a „clinical sociology”-t. Ezen egy olyan – esetre vonatkoztatott – szociológiai kutatási és tanácsadói tevékenységet ért, amely konkrét társadalmi problémákkal foglalkozik. Ezeket a szakmai követelmények alapján kutatja (diagnosztizálja) és aztán – esetleg – változtatási javaslatokkal áll elő, közreműködik megvalósításukban, és részt vesz a következmények kiértékelésében.

A processzus a „klinikai” eljárást tartja szem előtt, ahogy az általában az orvostudományban megjelenik. Mint ahogy Oevermannál is, a „klinikai” itt is egy tárgytól független, általában vett professzionális praxist jelent.

A szociológiai „klinika” így magában foglalja a szenvedés nyomását és a problémák fölmérését. Különböző vizsgálatokat kell végrehajtani. Az eredményeket pedig a szakemberek fogják kiértékelni, és ezen a bázison aztán felállítanak egy diagnózist, és javasolnak egy bizonyos kezelést. És a kezelésre sor is kerül. A terápiát és a diagnózist folyamatosan vizsgálják a siker szempontjából, ezeket szükség esetén módosítják, majd folytatják. Végül következik az eredmények általánosítása és a kezelési módszer javítása. Így zajlik a klinikai folyamat. Ez a folyamat nem a praxis-nélküli reflektálás („pure science”) megfigyelési folyamatára épül, és nem is a diagnosztika álláspontjából indul ki, hanem megpróbálja integrálni a megfigyelő és a résztvevő, a kutatás és az intervenció perspektíváját.

Mindent összevéve a karakterisztikus klinikai processzus, az orvostudományi-klinikai modellt követi. Ez egy olyan processzus, amelyet időközben – mint ahogy azt minden megfelelően informált ember tudja – a legkülönbözőbb formákban alkalmaztak a társadalomtudományokban, és a gyakorlatban is megjelenik az egyes embereknek, munkacsoportoknak és egész szervezeteknek adott tanácsokban. És ezt láthatjuk viszont a Lewin (1948) munkáira támaszkodó, tipikus módon az action-research koncepcióra orientált szervezetfejlesztésben is. (Lásd pl. Bennis/Benne/Chin 1968, French/Bell 1973).

Az itteni kérdésfeltevés szempontjából a klinikai módszer legfontosabb elemei a következők:

1. Az egyes eset mint cselekvés-praktikus és empirikus egység koncepciója. Az eset-tudás és az esetre vonatkoztatott tudás ugyanis szisztematikusan más fajta, illetve másképp megszerzett tudás, mint az elméleti és az empirikus (de nem esetre vonatkoztatott) tudás.
2. A szakmaiság koncepciója mint az elmélet és a gyakorlat, a tudományok és az alkalmazásaik közvetítésének társadalmi helye. A cél a kliensrendszerek „kezelése” a konkrét esetekben, és az ennek a praxisnak megfelelő professzionális habitus kialakítása.

Ez a kettő szisztematikusan egymásra vonatkozik. Az eset-koncepció praxisra vonatkozott; és a szakmaiság az eset-koncepció relevanciájának (interakciós-strukturális) bázisa, egy (kvalitatív, hermeneutikai) esetmegértő kutatásban. Ezt a vonatkozást az egyes esetek kutatásában az újabb, széleskörű diszkussziókban nem szokták kidomborítani. (Lásd pl. Stuhr / Deneke [szerk.] 1993.) Ezzel szemben inkább kutatás-immanensen szokták megvitatni azt a kérdést, hogy milyen okok alapján lehet az egyes esetek leírásának és rekonstrukciójának metodológiájából általánosítható kutatási eredményekhez jutni.

Csak az eset-koncepciónak eme praxis-vonatkozásán keresztül, az interakció-strukturális megalapozással – ez a centrális tézisé – lehet kialakítani a szociológia és a pszichoanalízis között egy olyan megértési horizontot, amely a kettőt kompatibilissé teszi egymással, és bizonyos krónikus félreértéseket, körbenforgó következtetéseket, projekciókat és más

elkerülendő logikai hibákat ki tudja küszöbölni. Ennek alapja, hogy nem (csak) két tudományról és azok kompatibilitásáról van szó, hanem két professzionális praxis-formáról.

4. Integráció vagy „alkalmazkodás”?

Jellemző példa az ilyen terméketlen kommunikációs kísérletre a Brocher és Horn közötti vita a csoportdinamikáról, a pszichoanalízisről és a „kritikai” társadalomtudományról. Ez olyan összecsapás egyébként, amelyben más témák kapcsán ugyanaz a vita reprodukálódik, amely nem sokkal korábban Mitscherlich és Adorno között folyt, a pszichoanalitikusan informált szociológiai kultúrkritika jelentőségéről. (Lásd ehhez Bardé hozzászólását.)

Horn (1969) összefoglalóan ennek az úgynevezett csoportdinamikának – amin olyan koncepciókat ért, mint a Sensitivity Training és a szervezetfejlesztés – azt veti a szemére, hogy az embereket anélkül igazítja hozzá a fennálló társadalmi struktúrákhoz, hogy ennek implikációival, az uralommal és a kizsákmányolással foglalkozna. Ezzel szemben ő kidolgozza és megköveteli ezeknek az összefüggéseknek a politizálódás és a felvilágosodás folyamatoként értelmezett kritikai reflexióját is.

Brocher (1970) a „csoportdinamika” összefoglalásában rejlő tartalmi és módszertani félreértésekre utal, és azt mondja, hogy az íróasztalnál reflektáló szociológusnak hiányosak a tapasztalatai, mind a (szakmai) praxisban mint analitikusnak, mind pedig mint „alkalmazott” vagy „klinikai” társadalomtudósak. Rámutat arra is, hogy ezeknek a tapasztalati deficiteknek bizonyos projekciók felelnek meg: a „kritikai” szociológusok mindazokkal szembefordulnak, akik egy munkaterepen nemcsak megfigyelnek és elvonatkoztatnak, hanem a settingek keretei között és bizonyos intervenciókkal, illetve technikákkal ellenőrzötten, részt is kívánnak venni.

Ezek a viták mind a mai napig nem zárultak le, de igazából még produktívá sem váltak; ugyanakkor mindig látenszen, a „tulajdonképpen” előadottak peremén zajlanak. (Lásd Horn, Lorenzer és a „mélyhermeneutikai” kultúra-elemzés és kritika más képviselőinek publikációit). A „kritikailag reflektáló”, csak az elméleti tudományokban szocializált szociológusnak nincs kutatási, terep- és praxis-tapasztalata. De ezt az álláspontot továbbra is képviseli (legutóbb hangsúlyosan Brede 1995), még hozzá azzal a naiv felsőbbbségtudattal, hogy valamit jobban ismer és így joggal bírálhat, amiből a lényegre tekintve nem sokat ért, mert nem ismeri a (pszichoanalitikusi) professzionális gyakorlatot, és nem fejlesztett ki egy erre szabott praxist (pl. klinikai szociológia, szociális terápia, tanácsadás, szervezetfejlesztés). Így a legjobb esetben olyan közel vagyunk a „reflektált” szakterülethez (itt: a pszichoanalízishez), mint egy tanár a maga tanításának tartalmához egy adott diszciplínában (pl. fizika). És olyan

közel van a saját szenvedéseinek projektált feldolgozásához, hogy igazából „a dologhoz magához” már nem sok köze van (Adorno mindenesetre tanult zeneszerzést, komponált is és zenélt is). Ettől éppoly kevésbé vagyunk megóvva, mint a kezdő fizikus, aki aztán végül mégis a tanári hivatást választja. De ahhoz, hogy ezt a nyilvánvaló motivációs függőnyt fellebentsük, arra van szükség, hogy kidolgozzunk egy olyan vonatkoztatási síkot, amelyen a szociológia és a pszichoanalízis összevethető egymással, hogy az ilyen „diskussziókon” át tudjanak lépni, vagy véglegesen le tudják zárni.

5. Az esetre vonatkozás és a professzionális habitus

Az én különös érdeklődésem ebben a tekintetben abból adódik, hogy egyszerre vagyok szociológus és pszichoanalitikus, és ezért gyakran vagyok kitéve egy tipikus konfliktusnak. Mindkét területen eléggé professzionális vagyok, amennyiben egy ilyen értékelés formális sztenderdekre és szakmai tapasztalatokra támaszkodhat. És néha vannak nehézségeim, hogy ebben a tekintetben önmagammal egységben maradjak. Így pl. mint szociológus magamnak pszichoanalitikus, szociálpszichológiai vagy szervezetelméleti megfontolásokat adok elő, mert a pszichoanalitikus szervezetekben egyet, s mászt különösnek találok, amit a pszichoanalitikai, individuálpszichológiai koncepciókkal egyáltalán nem is lehet megérteni. Megfordítva, mint pszichoanalitikus egyet s mászt, amit a szociológusok mondanak, teljesen inadekvátnak tartok; sok pszichoanalitikus kollégámhoz hasonlóan az a benyomásom, hogy ez egyszerűen elmegy a dolog, a konkrét probléma, a konfliktus, a cselekvés-történet és mindenekelőtt a szóban forgó interakciós rendszer látens, illetve tudattalan dimenziója mellett. Ezt a megértési problémát itt csak benyomászerűen említem, mint a személyem hivatásbiográfiai integrációs problémáját, de mint ami a lényegét illetően messze túlmutat ezen, és véleményem szerint jellemző az ebben a viszonyban rejlő szisztematikus disszonanciára.

Ezt az integrációs problémát most még egy másik tekintetben is szeretném megvilágítani, nevezetesen mint a különböző szakmai cselekvési koncepciók integrációs problémáját. És itt egy bizonyos tapasztalatot szeretnék felidézni a szociológia és a pszichoanalízis, kutatás és praxis közötti szakmai biográfiámból.

1983-ig mint szociológus egy szociológiai intézetben dolgoztam, ahol a társadalomkritikai makro-elméletek nagy tiszteletben álltak, a Marx versus Weber, Habermas versus Luhmann, Adorno versus Parsons mintájára. Ez volt az a színtér, amelyen a hivatalos diskurzus mozgott. Tekintve e lélegzetelállítóan nagy (világ)témákat, nem volt egyszerű a kutatási projektek keretei között empirikusan dolgozni, úgy hogy az ember összhangban maradjon az adatok önálló logikájával, ahelyett, hogy egyszerűen a hipotézisek illusztrációjaként elfer-

dítené azt. Azt követően mint klinikai pszichológus egy pszichiátriai klinikára kerültem, ahol egy fél osztályért voltam felelős. E váltás során számos – addigi hivatással kapcsolatos beállítottságomat érintető – zavarokat éltem át, és számos átorientálást kellett végrehajtanom. Ez egy tipikus, a szakmai státusz-váltáskor megjelenő átmeneti válság, de számomra mégis számos érdekes részlettel és következménnyel rendelkezett.

Mások mellett a páciensek kezelésében át kellett orientálódnom az estre vonatkoztatott tudományszervezés formájára, mégpedig egy olyan formára, ami megfelel a klinikai praxisnak. Az volt a kihívás, hogy ezt a formát tudatosan elsajátítsam, és ehhez hozzá igazítsam a gondolkodásomat – mert megszoktam, hogy az alárendelés logikája szerint gondolkodjam (és ezt a kvalitatív társadalomkutatás terén szerzett tapasztalataim sem ingatták meg alapjaiban). Ismertem a szociológiai és a pszichoanalitikai makro-koncepciókat és ezeket alternatívákba tudtam rendezni: behaviorizmus, interakcionizmus, funkcionalizmus stb. A tudásnak ezekre az „iskolákra” tagolt szervezeteivel szemben a koncepciókat a konkrét egyes szituációkra, cselekvési rendszerekre, interakciókra tudtam vonatkoztatni. De képtelen voltam arra, hogy a releváns, a kezelésre vonatkozó tudást (anamnézis, előkezelés, diagnózis, gyógyszerek stb.) a páciensekre, pontosabban azok köré, a megbetegedés és a kezelés köré tudjam szervezni. Ennek a következménye pedig az volt, hogy állandóan „elfelejtettem” dolgokat, amelyek egyértelműen relevánsak voltak a kezelés szempontjából, és nem sokkal korábban még számomra is ismertek voltak. Először is át kellett rendeznem a tudást biográfiai-kronológiailag, hogy így a páciens esettörténetére vonatkozzon, vagyis a beteg reális és aktuális állapotában rejlő dimenzióik egy keresztmetszetére. Ez a tanulási folyamat semmiképpen sem a tudás elsajátításának és közvetítésének folyamata volt, hanem egy professzionális-terapeuta habitus, a probléma-megragadás, a probléma-ábrázolás, a probléma-megformálás (és az ezekre vonatkozó rutinok) kialakításának folyamata. És ezt a páciensekkel való interakciós érintkezésben kellett kialakítani, az affektív áttételi reakciókban és ezek elutasításában (illetve uralásában), a kognitív, szakma-specifikus tudáskészlet kialakításában, miközben mindezt egy szervezeti (klinika, vezetés, kollégák, környezet) kontextus vette körül.

6. Eset történet, esetstruktúra és szakmai praxis

Az esetre vonatkozás mint szakmai cselekedet, az empirikus egyes eset és a tudáskészlet metszéspontja, a praxis formájában van megalapozva, amely tipikus módon kitünteteti a professzionális cselekedetet: felkérésre és egy konkrét kiválasztott emberrel foglalkozik. Ehhez módszereket és technikákat kell kialakítani, amelyekkel az empíria megközelíthető, valamint tudományos indoklásokat és általánosításokat kell kidolgozni. A teljesen rutinszerű,

„mechanikus” professzionális cselekedet inkább atipikusnak és elhibázottnak mondható, mint ahogy azt a jogással mint „alárendelési automatával” (Weber) vagy az orvostudomány egyre inkább „technikaivá” váló de-professzionizálódási tendenciáival szembeni kritika megmutatta (pl. a laboratóriumi orvostudománnyal szemben). A bírált kivételek nem-megfelelőségére vonatkozó benyomás megerősíti a szabályt, még akkor is, ha a valóságban az érintettek többsége már régen „nem-professzionálisan” cselekszik.

Az eset vonatkozása a professzionális praxisra, mint „keresztmetszetre” az említett értelemben még egy másik tekintetben is magyarázatra szorul. Ez a meggondolás a fent említett eset-vonatkozás kritikájához csak empirikusan kapcsolódik.

Általában az esettörténetet az esetábrázolás adekvát formájának tartják, amely az esetnek az időben való fejlődését tartja szem előtt. De ez még nem elegendő az adekvát eset-megértéshez és esetábrázoláshoz. Ehhez az esetet a relevancia belső kritériumai alapján kell megszervezni, aszerint, hogy mi a fontos, hogy mi az, ami az eset számára a maga kontextusaiban jellemző, és mi az, ami nem. Ez nem egyszerűen történeti kérdés, hanem a klinikai-orvostudományi értelemben az anamnézis kérdése. Ez az anamnézis – a betegség-anamnézis, család-anamnézis, foglalkozás-anamnézis stb. – fontos segítség a diagnózis és a kezelés számára. Ez mindig biografikusan van megszervezve, még hozzá kronológiai értelemben. Ezt tekinthetjük ugyan az eset történetének, de nem az eset struktúrájának. Az esetstruktúra az egyes eset mindenkorai különösségeinek belső relevancia-kritériumai szerint szerveződik. Azt követi, amit Oevermann „esetstrukturálási törvényszerűségnek” nevez, vagyis ez az, ami az esetet lényegileg jellemzi és felcserélhetetlenné teszi; ez a történetének struktúra-eredménye, amely a cselekvési lehetőségek kizárásával vagy (re)aktualizálásával, a maga különös interakciós történetének faktikus döntései révén jön létre. Az esetre vonatkoztatott tudás, amely tipikus módon a páciensek kezelésében nyilvánul meg, a tudás egy olyan megszervezését jelenti, amely – amennyiben a cselekvési rendszer struktúratörténete megfelel az esetnek – kifelé az alternatívák kizárását és befelé a relevancia-struktúra speciális belső szerkezetének kiépítését írja elő, és így a történetet, illetve a biográfiát a maga tipikus, és ezért betegség- és cselekvés-releváns nézőpontjaiból közelíti meg.

Ha egyszer végrehajtottuk a tudásnak az elmélet-koncepcióból az eset-orientációra való átállítást, akkor a habitusunk mint az affektív-kognitív szakmai reakciós mintánk (amelynek bizonyos cselekvési implikációi is vannak) belső szerveződési formája arra lesz beállítva, hogy a tudományos tartalmakat mindig a megzavart életpraxisra (szenvedésnyomás, problémahelyzet) való rákérdezésre tekintettel szervezze meg, és ugyanakkor az eset (pl. a kezelés) lehetséges következményeire is mindig tekintettel legyen. Csak azok a tudáskészletek, amelyek strukturálisan éppen így vannak megszervezve, kompatibilisek

ezzel az összefoglalóan professzionálisnak nevezett tudással. Ha nem azok, akkor a szakma művelői elszálltnak fogják tartani őket, vonatkozás nélkülinek, végső soron irreleváns véleménynek, még akkor is, ha immanensen maximálisan összehangoltak. Ezért hat így sok tárgyilag differenciált szociológiai álláspont és koncepció az analitikusra, és ez nem – vagy legalábbis nem csak – a mindenkori tartalom kérdése. Hogy pl. igaz-e, hogy Fromm az analitikus kultúraelméletből egy ellaposított interakció-elméletet csinált, vagy hogy Marcuse az Ödipusz-komplexust ontologizálta, vagy hogy mindenütt csak a represszív de-szublimalást látta stb.? A tudáskészletek megszervezésének és esetre-vonatkozásának kérdése a hiányzó „klinikai értelem” kérdése, ahogyan én Oevermannból és Wirth-ből kiindulva megpróbáltam kifejtetni. Ezért az ember analitikusként néha jobban megérti magát az ügyvédekkel, mint a szociológusokkal. Az ügyvédek ugyanis hasonló hivatásbeli habitussal és a megbízatás praxisa miatt hasonlóan strukturált tudásformával rendelkeznek, mint az analitikusok. A jogászok esetében (legalábbis egy kódex-jog értelmében, mint amilyen a német jogrendszer, ellentétben az angolszász országokkal, ahol a jogalkotás a bírói határozatokon keresztül, vagyis eseteken keresztül történik) a jellemző konfliktus az uralkodó nézet (értsd bírói határozat), tehát a jogászok esetre vonatkoztatott szakmai praxisa és az egyetemek jogi dogmatikusainak, a praxistól és a habitustól távoli tudósok tanítása között lép fel.

A szociológusok, akik a bemutatott értelemben nem „klinikailag” orientáltak, tehát (pl. mint a szervezeti tanácsadók stb.) nem professzionálisak, a gesztusaikat (lásd fent) és „a tudományos tartalmaikat” tekintve ugyan néha idegesnek tűnnek, de végső soron – ami ennél még sokkal súlyosabb – egyszerűen nem rendelkeznek releváns mondanivalóval.

A produktivitáshoz és az ezt megelőző kölcsönös megértéshez a szociológusok és a pszichoanalitikusok vitájában szükség van egy deziderátumra, amely megköveteli, hogy a szociológiát átállítsuk egy klinikai perspektívára, egy ugyanilyen kutatási és interakciós praxisra, s ennek megfelelően a hozzá tartozó tudáskészletet is átszervezzük. A szociológiának szembe kell néznie a professzionalizálás kérdésével, illetve a maga tudományos praxisával szemben azt a kérdést kell fölvetnie, hogy lehet-e ezt professzionalizálni, illetve, hogy meddig lehet ebben elmenni. (Oevermann: i.m.) Erre a deziderátumra nagy szükségünk lenne a kritikai elmélet utáni meglehetősen praxis-idegen szociológiai miliőben. Máshol, más országokban évtizedek óta léteznek a „klinikai stílust” követő alkalmazott társadalomtudományok. (Összefoglalóan lásd Bennis/Benne/Chin 1968, klasszikus könyvét, de még ennél is klasz-szikusabb, és még mindig nem eléggé recipiált: Lewin 1948.) Nálunk viszont a „csoportdinamikával” (szimptomatikus: Horn 1969 és 1972) szembeni fenntartások egy olyan fejlődést blokkoltak, amely elvezethetett volna egy ilyen praxisnak egy társadalom- és kultúrkritikai koncepcióval való

integrációjához (lásd pl. Brocher 1967), egy professzionalizálódó „applied sociology” formájában.

Ez elősegíthette volna a kritikai elméletben rejlő társadalomkritikai potenciál további kibontakozását, illetve a „szubjektum kritikai elméletének” a totalitásra vonatkoztatott kidolgozását. Az elmélet és a gyakorlat eme összekapcsolása a professzionális cselekvésben az integrációjuk egyetlen olyan formája, amely kiállja a tudományos felülvizsgálat próbáját, tudományosan valami újat generál, és a mindenkori kliensmezőben ellenőrizhető (vagyis szabályozottan evaluált).

7. Az esetre vonatkozó tudás fajtái

Az eset a megzavart életpraxis struktúrájának egy reprodukált lefolyás-alakzata az időben; ennek során szimptómák alakulnak ki, egy időbeli, társadalmi és tárgyi korlátozással. Mindig kell, hogy legyen egy ilyen korlátozás, az eset nem oldódik fel a kliensben, a megbízóban vagy a páciensben mint emberben, vagy az ő egész kontextusában. Ezt az ábrázolt sémában én minden specifikálás nélkül fogalmaztam meg, mert különböző professzionalitásokról van szó, amelyeknek van speciális kliens-koncepciójuk. A kliensekre per definitionem jellemző egy probléma megoldási deficit és egy megzavart életpraxis. E probléma megoldási kapacitásra vonatkozó deficit miatt a megzavart életpraxisukat tekintve szükségük van egy professzionálisan kiképzett emberre.

A jellemző intervenciók a helyettesítő értelmezés (Oevermann) és a helyettesítő cselekvés. (Lásd az orvos fentiekben bemutatott professzionális praxisát, pl. Wolf 1995.)

Ebből az általános modellből kiindulva lehet rekonstruálni mind a pszichoanalízis, mind szociológia gyakorlati vonatkozásait. És ekkor világos lesz, hogy mint pszichoanalitikus miért érzem úgy, hogy csak azok a szociológusok értenek meg, akik ismerik ezt a tudománylogikát és messzemenően internalizálták (habitualizálták) is. Ezek a szociológusok maguk is cselekvés-orientáltak, és mint szakemberek, tudják, hogyan kell viszonyulni a megzavart életpraxishoz, és ezen túlmenően képesek kliens-professzionális vonatkozást teremteni, tehát van egy „clinical approach”-juk. Azok a szociológusok, akik így gondolkodnak és ilyen szakmai tapasztalatokkal és kompetenciával rendelkeznek, véleményem szerint képesek lesznek arra, hogy a pszichoanalitikusok számára, de nem csak az ő számukra, hanem minden más professzionálisan cselekvő számára is megvilágítsák azt a kategoriális különbséget, amely az alapvető tudás, a tudományos tudás és a változásra vonatkozó tudás között áll fenn. E nélkül a habituálisan belsővé tett megkülönböztetés nélkül mindig el fogunk beszélni egymás mellett.

Ennek szemléltetéséhez lásd a következő sémát:

Kontextusok: (Manifeszt) szimptómák (mint nyom vagy indíció)	(megzavart életpraxis) Az eset (látens) struktúrája = megzavart életpraxis + probléma-megoldási deficitek
Professzionális emberek	kliensek/megbízók/páciensek
Professzionális praxis: Helyettesítő értelmezés Helyettesítő cselekvés	
Professzionális tudás: Alapvető ismeretek Alap kutatás	Változásokra vonatkozó tudás Esetekre vonatkozó tapasztalat (klinika, technika, mesterségbeli fogások)

Ez a séma kontextualizálja és differenciálja a tudományszervezés formáit. Ezeknek a társadalmi alrendszerben fennálló intézményes kontextusaik vannak, tehát a társadalmi, a szomatikus, a biokémiai, a pszichikai és más alrendszerek, amelyekben szimptómák és strukturális összefüggések lépnek fel.

A tudás egyik típusát az alapkutatásból, a professzionális-kliens viszonyon kívülről, a különböző kutatási setting-eken és kutatási eljárásokon keresztül nyerjük. Itt konvencionális kutatások zajlanak, kvantitatív vagy kvalitatív értelemben, de mindig a kliensekhez való viszonyon kívül („off-line”-kutatás). A tudás másik típusa – és ez nem csak a pszichoanalízisben található meg, hanem az „applied sociology”-ban is – a tudásnak egy meghatározott formája, amit „változtatás-tudásnak” is nevezhetünk. Erre a változtatás-tudásra a professzionális és a kliens viszonyában teszünk szert („on-line”-kutatás). Ez a tudás magában foglalja azt, amit a pszichoanalízis „technikának” nevez, vagy amit Oevermann „mesterségbeli tudásnak” nevez, és amit a szociálpedagógiában és a szociális munkába praxis-tudásnak neveznek. Minden szakmai praxisban csak a klinikai módszer számára tárul fel.

A tudásnak ez a két típusa strukturálisan teljesen különbözően van megszervezve, mert a tudás megszerzésének és alkalmazásának különböző társadalmi vonatkozásai vannak, ahogy azt a szakmai-biografikus tapasztalatokon keresztül megpróbáltam megmutatni.

E megkülönböztetés egyik lehetséges megközelítése Habermas különbségtevése a megfigyelő és a résztvevő perspektívája között. (Habermas 1981.) Az egyik tudást a megfigyelési perspektívából nyerjük, a másikat a résztvevő perspektívájából. A kettőből a tudás különböző típusa és a tárgykörhöz való különböző viszony következik, mert a cselekvő megközelítés más és más. A megfigyelő perspektívájából nyert tudás úgy jön létre, hogy nem terheli a cselekvés, nem nehezedik rá időbeli, döntési vagy cselekvési nyomás. A résztvevő perspektívájában létrejövő tudás a szakemberek esetében időbeli, döntési és cselekvési nyomás alatt

jön létre, vagyis az aktuális realitásra, a praxisra vonatkozik, de ugyanakkor ez mégis tudás, a cselekedetek tudásra épülnek, és tudományosan megalapozhatóak (lásd ehhez Oevermann professzionalizálódás elméletét), és túl az aktuális szituáción nyomon követhetőek és felülvizsgálhatóak, és nem egy egyszerű döntés során nyerjük őket. (Habermas 1971.)

A megfigyelési perspektívára való korlátozódás, a Wirth által úgynevezett „arm-chair-speculation” tendenciája szerint alacsony szintű empirikus alátámasztással rendelkezik, mindenesetre nincs szakmai cselekvés-vonatkozása, és így ezt a tudás-típust egyáltalán nem tudja megragadni. Vélhetőleg ezért érzem magam a szociológusok részéről, akik csak ebből a perspektívából kiindulva érvelnek, félreértve. Egyrészt gazdagítanak az ebből a szférából származó tudással, de mindig meg van az a benyomásom is, hogy kategoriálisan nem értik meg a másik fajta tudást, ha nem rendelkeznek ezzel a „clinical-approach”-al.

Metaforikusan kifejezve itt egyfajta tektonikus eltolódásról van szó, ahol a koncepcionális kontinensek nem illeszkednek össze és hatalmas feszültségek lépnek fel. De ezek nem egy alapvető inkompatibilitásra, hanem e két tudás-típus (praxis-forma) speciális kialakítására épülnek, különösen a német változatukban.

Hogy tudományosan elismert a szociológiai „klinikai” praxis, annak kétségtelenül vannak tudománypolitikai okai is, de vannak a tudományon belüli okai is. A „szellem” és a „hatalom” dualizmusának meghaladására (lásd Foucault 1971, Koselleck 1973) most már társadalomtörténeti okaink is vannak, de nincsenek tudomány-immanens okaink. Ugyanakkor ez egyszerre létezik a tudomány szervezeti formáiban és a nem teljesen professzionizált szakmák praxisában, mint amilyen a szociológia is.

A mindent jobban tudó nárcizmus, amely néha-néha a szociológusok körében is felbukkan, akik vélhetőleg kritikailag tekintenek a pszichoanalízisre (egy örvendetes kivétel Oevermann szociológiája), ebből a szempontból elsősorban nem személyes probléma. Ennek alapja pedig az, hogy a szociológia nem vesz tudomást egy bizonyos társadalmi mezőről, itt a pszichoanalízisről, mert strukturálisan nem rendelkezik egy bizonyos típusú tudással, esettapasztalattal és esetpraxissal: ebben az esetben a pszichoanalízissel. Ezért ez strukturálisan nem ismert, idegen a számára, és ezzel együtt alkalmat ad a projekciókra, amelyekben bizonyos vágyak, fantáziák és az ezzel együtt járó hárítások (itt: leértékelések) is megkapják a maguk helyét. Ennek megváltoztatásához egy önálló „klinikai” praxisra lenne szükség, méghozzá a szociológus és nem a pszichoanalitikus részéről. És éppen ez az a probléma, amellyel mint szociológusnak szembe kellett nézennem, amikor elkezdtem dolgozni a pszichiátriai klinikán: hogy találjak egy bizonyos kapcsolódást a klinikai praxishoz és a tudomány-szervezés általam képviselt változatát (vagyis a kognitív struktúrákat) úgy szervezzem át, hogy az esetek szintjén is képes legyek valamit megérteni

és dolgozni. Végző soron ez csak a felelős (pszichológiai) terepeuta szakmai szerepének és hivatásbeli habitusának átvételével volt lehetséges.

És ez az átszervezés maga is beleágyazódik egy társadalmi praxisba, nem egy tanulási folyamat, amely individuálisan kognitívan játszódna le, a hivatásbeli tapasztalatok, és az azokhoz tartozó kognitív, affektív és szociális disszonanciák reflexióján keresztül.

A pszichoanalitikus továbbképzés, és így az összes a „klinikai szociológián” belüli továbbképzés (vagyis a supervision és szervezetfejlesztés) egyik része az eset-supervision, az esetek feldolgozása a cselekvéstől, az időbeli nyomástól és a döntési kényszertől mentes körülmények között, egy tapasztalt kolléga segítségével. És ezek az eset-supervision-ek (vagy „control”-ok” és eset-szemináriumok, ahogy az analitikus továbbképzésekben nevezik őket) egy szigorúan társadalmi, időbeli és tárgyi kontextusban állnak, és a tudományoktól eltérően nincsenek mindezekről tipikus módon tehermentesítve. Ezek az eset-szemináriumok ezért nem csak a „személyes tudás” (Polanyi 1962) továbbadására szolgálnak, nem is úgy vannak megszervezve, hogy az öreg tapasztalt mesterek guruszerűen az utódaiknak valamit közvetítenének, hanem egy szigorúan társadalmi és intézményes kontextusban olyan fontos tanítási és megtanulandó tudáskészletek kerülnek közvetítésre – még akkor is, ha ez egy informális stílus –, hogy a részvétel az ember számára emlékezetes esemény marad. Az eset-supervizió keresztül a továbbképzésben olyan professzionális sztenderdeket és eset-feldolgozási módokat lehet elsajátítani, amelyek a tudásra épülnek (egy tudományosan ellenőrizhető, és a cselekvéstől nem terhelt, esetre vonatkoztatott cselekvés-tudás értelmében, amit „technikának” is nevezhetünk), és amelyek ugyanakkor be vannak kötve a szocialitás professzionális kontextusába (továbbképzési intézmények, felelősség, idő, pénz, szakma-specifikus elismerési kritériumok, állami felülvizsgálat stb.). És ennyiben strukturálisan a praxisra, vagyis egy esetre vonatkozó cselekvés-tudás, és nem „tisztá” tudományos tudás. A technikai tudás, a mesterségbeli fogásokra irányuló tudás, mindig e tudás alkalmazásának cselekvés-praktikus társadalmi szituációján kívül helyezkedik el, de nem egy teljesen cselekvésmentes társadalmi térben, mint pl. a tudomány esetében, hanem az erre specializálódott szak-intézményekhez, önállóan berendezett, pszichoanalitikai vagy szervezetfejlesztési intézményekhez, és az ezekhez rendelt szerepekhez (segédorvos, rezidensek stb.) kötődik.

Erre is szeretnék adni egy gyakorlati példát, a szakmai fejlődésemből és tapasztalataimból kiindulva.

Az analitikus továbbképzéseim során négy egészen különböző kiképző analitikusnál voltam supervízióban, és minden esetben rendkívül megerőltetőek voltak azok a kognitív és affektív disszonanciák, amelyekkel ezek keretei között el kellett boldogulnom, bár föl kínáltak nekem egy rendkívül gazdag értelmezési repertoárt, kiegészítve teljesen

individuális és különböző munkastílusokkal. Ugyanakkor ez a tapasztalatilag vagy tudományosan megalapozott „technika”, illetve mesterség-tudás, egy közös bázis-struktúrájára vonatkozik, mint ahogy (remélhetőleg) a munkastílus és a habitus is, amelyet a saját analitikus szakmai praxisomból kifejlesztettem.

8. Pszichoanalitikus szervezetfejlesztés

Lezárásképpen szeretnék néhány szót ejteni a pszichoanalitikai szervezetfejlesztés témájáról mint a szociológia integrációs perspektívájáról. Eközben Kets der Vries és Miller munkáira fogok támaszkodni (1984, 1986). De kezdjük most is egy kis genealógiával. Kets de Vries pszichoanalitikus és üzemgazdász széleskörű tanácsadói tapasztalattal, és ugyanakkor erről a témáról számos publikációt is közölt (pl. 1980, 1984, 1991). Miller szervezet-szakértő, szervezet-tanácsadó, és többek között Kets de Vries társszerzője, különböző ide vonatkozó publikációkban. Az ok, amiért a szervezettudomány és a szervezetfejlődés visszanyúl egy pszichoanalitikai szemlélet- és cselekvési módhoz (lásd Kets de Vries / Miller 1984, 1 skk., Kets de Vries 1991, 1 skk.) az, hogy a szervezet tagjainak cselekedeteiben és a szervezet egészében van egy bizonyos „irracionalitás”. Ez az „irracionalitás” akkor tűnik fel, ha olyan „racionális” kritériumokhoz mérjük, mint a hatékony feladatmegoldás, a produktív munkamegosztás és kooperáció, a célszerű termékalakítás és piacstratégia stb. A feltűnő „irracionalitások” megértéséhez olyan pszichológiai koncepciókat kell mozgósítanunk, amelyek a látszólagos irracionalitást is racionálisként próbálják felmutatni, amennyiben visszavezethető rekonstruálható okokra (tudattalan dinamikák, determinánsok, motivációs struktúrák stb.).

Ehhez lásd a következő sémát (Kets de Vries / Miller 1986, 17)

A szervezet viselkedése

Fantázia	Neurotikus viselkedési minta	Kultúra
Üldözés	éber, figyelő	paranoid
Tehetetlenség	depresszió / kitérés / függés	kitérő, depresszív
Nagyszerűség	dramatikus (hisztérikus, karizmatikus)	narcisztikus
Kontroll	kényszeres	bürokratikus, kényszeres
Leválasztás	leválasztott (skizoid / politizált / kitérő)	skizoid

Itt arról a kísérletről van szó, hogy a szervezetek kultúráját, struktúráját és stratégiáját a pszichoanalitikai karakterológia alapmintáival és a tipikus karakterneurotikus viselkedési stílusokkal (Shapiro 1991) írjuk le és elemezzük. Ez természetesen fölveti azt a kérdést, hogy az ilyen komplexitású jelenségek és társadalmi tények, mint egy szervezet teljes struktúrája

és praxisa megragadhatók-e még adekvát módon ennek a karakterológiának a kiterjesztésével. Kets de Vries felfogása és koncepciója szerint ez lehetséges, mert a szervezeteket olyan alrendszerekre tagolja szét, amelyek az analízis és az intervenció egyedi tárgyai és címzettjei: csoportok, csoport-agglomerátumok, a vezetésük, és ugyanez elmondható az egyes emberekről, illetve megint csak a csoportokról (Board of Directors). Strukturálisan hasonló operacionalizálással találkozhatunk a Tavistock Intézet képviselőinek szervezet-elmzéseiben és szervezetfejlesztési koncepcióiban. (Áttekintésként lásd Ricciardi 1973.)

Az alkalmazott pszichoanalízisnek (és vele együtt a klinikai szociológiának) ez az operacionalizálása egyrészt, szemben az individuális kliensekre való leszűkítéssel és az ehhez tartozó individuál-pszichológia fogalmiságával, jelentős kiterjesztés, pontosabban a pszichoanalízis alkalmazása lenne, úgy, hogy túllépünk az analitikus díványon. Másrészt azonban ebben állna az analitikus szociálpszichológia (vagyis a szociológia és a pszichoanalízis integrációja) projektjének szükséges korlátozása is. Ez ugyanis azt jelentené, hogy mindezt világosan vissza kell vonatkoztatnunk a kliensrendszerekre, amelyeket a terjedelmük szerint setting-ekben kell tárgyalnunk. Ezek az egyes emberek mellett végső soron a kis- és a nagycsoportok, mert Kets de Vries és mások szerint (lásd fent) minden szervezetet (klinikát, vállalkozást, hivatalt stb.) olyan nagycsoportként lehet megragadni, amely kiscsoportokból, interakciós rendszerekből és individuális aktorokból áll. És ezek olyan szabályokat követnek, amelyeket nem önmaguk tételeznek, hanem csak követnek (jogi, gazdasági, kulturális stb. szabályokat). De ez nem érv egy ilyen megközelítési móddal szemben, mert ezeket a szabályokat a szervezeteknek a maguk cselekedetei során állandóan realizálniuk kell, és ezek ennyiben rekonstruálhatók és tudatosíthatóak. Ezen a helyen számomra fontosabb a pszichoanalízis és a szociológia integrációjára vonatkozó igény restriktiója, behatárolása, amennyiben a klinikai habitus-formákban gondolkodunk. Egy ilyen vállalkozás szükséges határa, ellentétben az analitikus szociálpszichológia projektjének határaival, a setting projektje. Egy professzionális pszichoanalitikus – éppúgy, mint a professzionális klinikai szociológus – csak setting-ekben tud dolgozni, mert egyébként a tevékenysége kimerülne egy kognitív, többé-kevésbé hatékony információ-közvetítő felvilágosításban. Mindketten fel tudnak tárni valamit, és könyveket tudnak írni akár az egész világról, de mint klinikusok, analitikusok és szociológusok, mindig egy olyan settingben dolgoznak, amelyben áttétel, viszont-áttétel és ellenállás van. Ez pedig azt jelenti, hogy a „felső” korlátot az alkalmazott pszichoanalízis számára éppúgy, mint a klinikai szociológia számára, a setting-ek megkonstruálása jelöli ki. Nem alkothatnak setting-eket az egész társadalommal, a legjobb esetben olyan setting-eket alkothatnak, amelyek konkrét kliensekre, kis- és nagycsoportokra vonatkoznak, és ezek között a keretek között, pszichoanalitikusan, csoport-analitikusan, intézmény-analitikusan vagy szervezet-analitiku-

san dolgozhatnak. És mégis, és éppen ezért, ez a szakmai habitus és a professzionális esetre vonatkozó tudás-fajta alkotja a cselekvés-struktúra bázisát, amely lehetővé teszi az egyesre vonatkozó intervenciók és az ösztársadalmi igény (és az ebben megalapozott fogalmiság) közötti szakadék feltöltését és legyőzését.

Weiss János fordítása

IRODALOM

- BENNIS, W. G., BENNE, K.D., CHIN, R. (szerk.) (1968): *Änderung des Sozialverhaltens*, Stuttgart (Klett).
- BROCHER, T. (1967): *Gruppendynamik und Erwachsenenbildung*, Braunschweig (Westermann).
- BROCHER, T. (1971): Bemerkungen zum Artikel von Klaus Horn „Politische und methodologische Aspekte gruppensdynamischer Verfahren”, in: *Das Argument*, 60. évf., 1971. 223-235.o.
- FOUCAULT, M. (1971): *Die Ordnung der Dinge*, Frankfurt (Suhrkamp). Magyarul: *A szavak és a dolgok*. Osiris, Bp.2000.
- FRENCH, W. L., BELL C. H. (1973): *Organisationsentwicklung*, Bern/Stuttgart (UTB Haupt).
- GRÜNEWALD, H., WOLF, M. (1985): *Die Gesundheitsberatung für Erwachsene in Berlin*, Köln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- HABERMAS, J. (1971): *Theorie und Praxis*, Einleitung zur 2. Aufl., Frankfurt (Suhrkamp).
- HABERMAS, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*, 2 kötet, Frankfurt (Suhrkamp). Magyar fordítása: *A kommunikatív cselekvése elmélete*. Fordította: Berényi Gábor és mások. Gondolat Kiadó, 2011.
- HORN, K. (1969): Politische und methodologische Aspekte gruppensdynamischer Verfahren, in: *Das Argument*, 50. évf., 1969. 261-284.o.
- HORN, K. (1972): *Gruppendynamik, Einleitung*, Frankfurt (Suhrkamp).
- KETS DE VRIES, M. F. R. (1995 /1980): *Organizational Paradoxes*, London/New York (Routledge).
- KETS DE VRIES, M. F. R. (szerk.) (1984): *The irrational Executive*, New York (Int. Univ. Press).
- KETS DE VRIES, M.F.R. (Hg.) (1991): *Organizations on the Couch*, San Francisco/Oxford (Jossey Bass).
- KETS DE VRIES, M. F. R. / MILLER, D. (1984): *The neurotic Organization*, San Francisco/ London (Jossey Bass).
- KETS DE VRIES, M.F.R./ MILLER, D. (1986): Persönlichkeit, Kultur und Organisation, in: *Organisationsentwicklung* 1986/5. 13-36.o.
- KOSSELLECK, R. (1973): *Kritik und Krise*, Frankfurt (Suhrkamp).

- LEWIN, K. (1978 /1948): Das Forschungszentrum für Gruppendynamik am Institut für Technologie in Massachusetts, in: *Gruppendynamik* 9. évf., 379-390.o.
- LINDNER, R. (1990): *Die Entdeckung der Stadtkultursoziologie aus der Erfahrung der Reportage*, Frankfurt (Suhrkamp).
- LORENZER, A. (1974): *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis*, Frankfurt (Suhrkamp).
- OEVERMANN, U. (1981): *Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns*, Ms. Berlin.
- OEVERMANN, U. (1983): Zur Sache. In: Friedeburg, L. v. / Habermas, J. (szerk.): *Adorno-Konferenz 1983*, Frankfurt (Suhrkamp), 234-292.o.
- OEVERMANN, U. (1990): *Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung*, Ms. Frankfurt.
- OEVERMANN, U. / SIMM, A. (1984): *Zum Problem der Perseveranz*. Ms. Frankfurt.
- POLANYI, M. (1962): *Personal Knowledge*, Chicago (The Univ. of Chicago Press). Magyarul: *Személyes tudás: úton egy posztkritikai filozófiához*. Atlantisz, Bp. 1994.
- REICHE, R. (1995): Von innen nach außen? Sackgassen im Diskurs über Psychoanalyse und Gesellschaft, in: *Psyche* 49. évf. 3. 227-258.o.
- RICCIARDI, A. (1973): Das Tavistock-Modell des Human-Relations-Trainings, in: *Gruppendynamik* 1973/4. 238-248.o.
- SHAPIRO, D. (1991): *Neurotische Stile*, Göttingen (V & R).
- STUHR, U., DENEKE, F. W. (szerk.) (1993): *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*, Heidelberg (Asanger).
- WIRTH, L. (1931): Clinical Sociology, in: *Am. J. of Sociology*, 37. évf., 49-66.o.
- WOLF, M. (1989): *Konvergenzen und Differenzen von Soziologie und Psychoanalyse in empirischer Perspektive*, Ms. Frankfurt.
- WOLF, M. (1990): Psychische und soziale Störung, in: Porsch, R. (szerk.): *Schriften zur sozialen Therapie* 1990/3. Kassel (Gesamthochschulbibliothek), 30-53.o.
- WOLF, M. (1995): Stellvertretende Deutung und stellvertretende Leitung. Funktionen und Kompetenzen des psychoanalytischen Teamsupervisors, in: Becker, H (szerk.): *Psychoanalytische Teamsupervision*, Göttingen (V&R), 126-178.o.