

HORST KACHELE, M.D., Ph.D. AND JOSEPH SCHACHTER,  
M.D., Ph.D.

On Side Effects, Destructive Processes, and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies:  
Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures?

Х. Кэхеле, Дж. Шахтер.

## **Побочные эффекты, деструктивные процессы и негативный результат лечения психоаналитически ориентированных видов терапии: в чем состоят трудности с признанием и обсуждением ошибок в терапии?\***

*Резюме.* Побочные эффекты, отрицательные реакции на терапию и негативный исход терапии представляют собой темы, которые в той или иной степени обходятся молчанием в обширной литературе, посвященной клиническому опыту применения психоаналитически ориентированных видов психотерапии. В статье обсуждаются различные факторы и особое внимание уделено вкладу факторов, связанных с психотерапевтом. Мы приводим определения, краткий обзор современного состояния исследований результативности психотерапии и уделяем особое внимание показателям выбывания пациентов для психотерапии и психоанализа. К факторам, вносящим вклад в негативный исход психотерапии, относятся: ошибка в диагностике, неблагоприятные внешние условия, конституциональные факторы и изменения эго. Мы уделяем особое внимание изучению роли контрпереноса и других психотерапевтических факторов. В завершении статьи, в контексте обсуждения клинических перспектив, мы поднимаем вопрос об этической ответственности аналитика в информировании пациентов о возможности побочных эффектов, вреда, как следствия психотерапии/анализа, неполных или негативных результатах.

*Ключевые слова:* преждевременное прекращение терапии/анализа [dropping out of treatment], негативный результат терапии/анализа [negative treatment outcomes], негативные факторы, связанные с терапевтом [negative therapist factors], контрперенос [countertransference], положительный результат терапии/анализа [positive treatment outcomes], этическая ответственность за предоставление пациенту информации [ethical responsibility to inform]

### **Введение**

"Поймите, я невидим просто потому, что люди не хотят меня видеть... Когда они приближаются ко мне, они видят только мое окружение, себя самих или обрывочные картины, которое им предоставляет их собственное воображение, то есть, все что угодно, но только не меня", - (стр. 3-4) так написал Ральф Эллисон (Ellison, 1952), чернокожий мужчина в белых Соединенных Штатах. Чернокожие часто воспринимаются белыми как угроза и оказываются невидимыми. Еще более наглядным примером является то, что многие евреи в Германии не "разглядели", несмотря на растущие свидетельства, смертельной опасности, которая исходила от нацистского режима, и не покидали Германию до тех пор, пока не оказалось слишком поздно. Даже сам Фрейд не "видел" необходимости уезжать из Вены до тех пор, пока его дочь, Анна, не была арестована на краткий срок.

---

1 Kächele H, & Schachter J (2016) On Side Effects, Destructive Processes, and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies: Why Is It Difficult for Psychoanalysts to Acknowledge and Address Treatment Failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 2014, Vol. 50, Nos. 1-2: 233-258. Перевод на русский В.А. Агарков (Translated into Russian by V. Agarkov)

Неудачи психотерапии и психоанализа по большей части остаются невидимы для многих терапевтов, которые отказываются их замечать. Терапевты могут относиться к неудачам как к угрозе, как к тому, что подрывает их эффективность в работе с пациентами. Неудачи психотерапии и психоанализа представляют собой значимую клиническую проблему, которая должна быть признана для того, чтобы ее можно было включить в контекст эмпирических исследований. Попытки исследований в этой области были ограничены, отчасти из-за отсутствия согласия в теоретическом аспекте определения, классификации и оценке побочных эффектов и негативного исхода лечения – мы нуждаемся в сотрудничестве клиницистов и исследователей в этой работе.

Побочные эффекты интервенции (будь это медикаментозное лечение или психотерапия) может быть позитивным или негативным; в любом случае основной эффект лечения должен быть подтвержден и пациенты должны быть информированы о частоте побочных эффектов. Линден недавно предложил (Linden, 2013) модель для определения, классификации и оценки побочного эффекта психотерапии. Не все нежелательные события (НС) [unwanted events (UE)] могут рассматриваться как отрицательные реакции на лечение (ОРЛ) [adverse treatment reactions (ATR)]; требуется показать причинную связь для того, чтобы нежелательное событие было определено как побочный эффект (см. Таблицу 1).

Одной из причин негативных процессов в терапии/анализе может быть динамика расстройства как такового, так, например, часто происходит при лечении пациентов анорексией. Они также могут быть поняты как следствие неспособности пациента использовать терапию как особую возможность, или как следствие склонности некоторых пациентов к хроническому саботажу любого лечения, как это было обобщено в концепции "негативной терапевтической реакции". Однако Томэ и Кэхеле (Thomä, Kächele, 1994a) предположили, что мы поймем больше, если станем также учитывать вклад терапевта в эти процессы. По-настоящему разрушительный процессы в терапии и психоанализе действительно происходят, главным образом, в контексте тяжелых нарушений правил абстиненции (Gabbard, 1989).

Неудачи в психоаналитической терапии и психоанализе являются, как и в любом другом виде лечебных мероприятий, устойчивым и повсеместно распространенным феноменом. Однако достойным удивления является то, что ни психотерапевтам ни психоаналитикам, в целом, не удастся систематический анализ столь важной клинической проблемы.

**Таблица 1. Определение побочных эффектов в результате ошибки лечения, нарушений и небрежности.**

<b>Побочный эффект</b>	<b>Определение</b>
Нежелательное событие (НС, Unwanted event, UE)	Все негативные события, происходящие параллельно или во время лечения
Нежелательная реакции, возникшая после начала лечения (НППН, treatment-emergent reactions, TER)	Любое НС, причиной которого является лечение
Неблагоприятная реакция на лечение (НРЛ, adverse treatment reaction, ATR)	Любое НС, которое, возможно, вызвано корректно проводимым лечением.
Реакция на небрежность (РН, malpractice reaction, MRP)	Любое НС, вызванное либо небрежностью, либо ошибкой в применении лечебных методов

Отсутствие отклика на лечение (ООЛ, treatment non-response)	Отсутствие улучшения, несмотря на проводимое лечение. Это является НС, это может или не может быть НРЛ или РН.
Ухудшение состояния (УС, deterioration of illness, DOI)	Усиление симптоматики во время терапии или в любое другое время во время болезни. Это не обязательно является РС; это может быть НС, это может быть и может не быть НРЛ или РН.
Риски лечения (НК, therapeutic risk), TR)	Все известные НРЛ. Пациенты имеют право быть информированными о всех серьезных или часто встречающихся или связанных с нарушением функционирования НК, так как на этом основано их добровольное согласие на проведение курса лечения.
Противопоказания	Особенности патологии данного конкретного случая, которые значительно повышают вероятность НРЛ. НРЛ, несмотря на известные противопоказания, является одной из форм РН.

Например, в электронной базе данных PEP [Psychoanalytic Electronic Publishing], в которой приведены тысячи ссылок на статьи по психоаналитической тематике, можно отыскать только 4 ссылки в ответ на поиск "неудачи психоанализа" [psychoanalytic failure], тогда как поиск "психоаналитическая теория" дает 648 ссылок. Из сотен книг, посвященных психоанализу и изданных в англо-американских издательствах, только пять посвящены теме неудачи в анализе: *Success and Failure in Psychoanalysis and Psychotherapy* (Wolman, 1972); *Why Psychotherapists Fail*, (Chessick, 1983); *The Prison House of Psychoanalysis* (Goldberg, 1990); *Failures in Psychoanalytic Treatment* (Reppen & Schulman, 2002); and *The Analysis of Failure: An Investigation of Failed Cases in Psychoanalysis and Psychotherapy* (Goldberg, 2012). В своей книге *The Primordial Mind in Health and Illness* Робинс (Robbins, 2011) описывает случаи терапии, в которых он не добился успеха. На сколько нам известно, отсутствуют данные сравнительного анализа о результативности разных видов психоаналитической психотерапии, основанных на теоретических подходах эго-психологии, анализа отношений или кляйнианского психоанализа. Хотя мы полагаем, что между психоаналитической психотерапией и психоанализом больше сходства, чем различий, мы, из дидактических соображений, в дальнейшем, будем их различать.

### ***Современное состояние в области исследований результативности психотерапии.***

Прежде всего, мы осветим некоторые базовые моменты относительно исследований результативности. Данные многих тысяч исследований позволяют нам с уверенностью сказать, что психотерапия с большей вероятностью способствует улучшению пациентов, чем вредит им. Величина эффекта является тем статистическим критерием, который позволяет нам сопоставлять эффективность тех или иных интервенций в медицине, психологии и педагогике. Значения величин эффектов для психотерапии сопоставимы – или даже превосходит – таковые для применения антидепрессантов и они выше, чем величины

эффектов для различных методов, которые обычно применяются в медицине и для образовательных интервенций (Lambert & Ogles, 2004).

Эти данные, однако представлены в виде средних значений. Изменения происходят и в экспериментальных и в контрольных группах, что ведет к значимому увеличению вариативности значений критерия, который становится явным при повторном тестировании в группах, в которых проводилось лечение. Отсюда следует, что некоторые пациенты улучшаются после завершения лечения, тогда как у других происходит ухудшение, таким образом происходит разброс значений критерия. Хотя феномен ухудшения состояния знаком многим клиницистам, исследования лечения обходят эту тему, несмотря на то, что этот на эту тенденцию было указано уже 40 лет назад Бергиным (Bergin, 1963). Таким образом, проблема представляется весьма драматичной; наряду с тем, что психотерапия вызывает значимые изменения в группах, она также может вызвать значимые как позитивные, так и негативные изменения, превосходя, таким образом, по своей эффективности, так называемые факторы "спонтанной ремиссии".

### ***Уход пациентов из психотерапии и психоанализа***

Уход пациентов из психотерапии является общераспространенным клиническим феноменом. Обзор исследований показал (Garfield, 1986), что отсев более чем 50% пациентов прекращают терапию до восьмой сессии (Straker, 1968; Bakelund & Lundwall, 1975; Reder & Tyson, 1980). Бэйкланд и Ландвол заметили, что, в конечном счете, типичным пациентом является тот, кто прекращает терапию, а не тот, кто продолжает ее (см. Таблицу 2). В одной более поздней работе, посвященной мета-анализу результатов 125 исследований преждевременного прекращения психотерапии, (Wierzbicki & Pekarik, 1993), значение среднего показателя прекращения пациентами психотерапии составил 47%. "Примечательно...", - пишут Баррет, Чу, Критс-Кристоф, Гиббонс и Томпсон (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, and Thompson, 2008), - "что значение показателя ухода пациентов из учреждений, специализирующихся на психическом здоровье, сопоставим со значением этого показателя 50-летней давности" (Rogers, 1951, p. 247). Баррет и его коллеги добавляют: "Более 65% клиентов завершают терапию после 10-й сессии (Garfield, 1994), при этом большинство из них оставляет терапию, посетив менее 6-8 сессий" (Phillips, 1985, p. 248). Различия в определении, что такое преждевременное прекращение терапии [dropout], влияют на цифры результатов исследований. Баррет таким образом подводит итог в своем анализе: "Из 100 возможных клиентов, обращающихся в психиатрические клиники, только 50 приходят на начальное интервью, 33 приходят на первую психотерапевтическую сессию, 20 посещает 3 сессии, и менее 17 остаются в терапии до 10 сессии" (стр. 253).

**Таблица 2.**  
**Оценка уровня прерывания терапии**

<b>Авторы</b>	<b>Дата</b>	<b>Процент оставивших терапию</b>	<b>Временной интервал</b>
Garfield	1986	50%	Первые 8 сессий
Lorion & Fellner	1986	47%	Неопределенно
Sledge et al.	1990	32%	Ограниченное время
Sledge et al.	1990	67%	Краткосрочная терапия

Wierzbicki & Pekarik	1993	47%	Неопределенно
Garfield	1994	47%	Неопределенно
Elkin et al.	1999	50%	Первый месяц
Sparks et al.	2003	47%	Неопределенно

Процент ушедших с терапии выше среди афро-американцев и пациентов, принадлежащих другим меньшинствам, а также для пациентов с более низким уровнем образования и меньшими доходами. Пайпер с коллегами (Piper et al., 1999) сравнил группу из 22 пациентов, которые прервали ограниченную по времени психотерапию с группой, уравненной по социодемографическим показателям, из 22 пациентов которые прошли полный курс психотерапии. Статистический анализ не показал значимых отличий ни по одному из параметров, измеряемых до начала терапии, тогда как по нескольким параметрам терапевтического процесса были обнаружены значимые отличия. К этим параметрам относятся: терапевтический альянс, способность пациента к самоисследованию, фокус на переносе. Баррет и его коллеги (Barrett et al., 2008) обсуждали многочисленные стратегии, направленные на снижение уровня прерывания терапии: объяснение ролей [role induction], мотивационное интервью, активное взаимодействие с пациентом [active involvement with the client], обратная связь, предоставляемая терапевтом, развитие терапевтических отношений.

Не удивительно, что пациенты с пограничным расстройством личности демонстрировали чрезвычайно высокий уровень прерывания психотерапии, по сравнению с другими диагностическими группами. Известно, что отношения, который формируют пациенты с пограничным расстройством личности, отличаются высокой интенсивностью и нестабильностью. Согласно данным Скодола, Бакли и Чарльса (Skodol, Buckley, Charles, 1983), уровень прерывания психотерапии среди пациентов с ПРЛ (пограничное расстройство личности) составил 67% после трех месяцев психотерапии. Вальдингер и Гандерсон (Waldinger, Gunderson, 1987) сообщили о 46% бросивших терапию пациентов в течение 6 месяцев, только треть пациентов из их выборки завершили психотерапию. Похожие результаты получили и Гандерсон с коллегами (Gunderson et al., 1989) – 52% пациентов с ПРЛ прервали терапию к 6 месяцу. В исследовании Смита, Кёстенберга, Йоманса, Кларкина и Селцера (Smith, et. al., 1993) 31% и 36% пациентов с ПРЛ ушли, соответственно, через три и шесть месяцев после начала лечения. Однако в другом исследовании среди пациентов с ПРЛ, которые были в психотерапии, основанной на идеях психологии самости, уровень прерывания психотерапии был ниже и составил только 16% к третьему месяцу психотерапии (Stevenson & Meares, 1992).

Данные о частоте прерывания среди психоаналитических пациентов менее не так хорошо известны, как результаты исследований психотерапии, приведенные выше, хотя этот показатель для психоанализа столь же высок. Согласно данным, основанным на доступных публикациях клинических примеров за последние полвека, уровень прерывания анализа до его завершения по обоюдному согласию между пациентом и аналитиком, составляет 30-60% (см. Таблицу 3).

Как можно понять явное нежелание со стороны большинства аналитиков признать общую проблему прерывания анализа и предпринять шаги для ее решения? Мы предлагаем наши предположения. Одно из наблюдений состоит в том, что многие – возможно большинство – аналитиков старшего поколения не расположены или не желают делать презентации своей клинической работы с пациентами, как в своем собственном институте, так и на конференциях. Другое наблюдение, имеющее отношение к обсуждаемой теме, состоит в том, что, аналогично, многие – возможно большинство – аналитиков старшего

поколения не расположены или не желают давать разрешение на исследование из клинической работы, как с прошлыми пациентами, так и с пациентами, которые находятся у них в анализе в настоящее время. Мы предполагаем, что именно тревога по поводу эффективности их лечения их пациентов приводит к тому, что они, возможно бессознательно, отказываются замечать повсеместные свидетельства неудачного лечения.

**Таблица 3.**  
**Уровень прерывания для психоанализа**

Авторы	Дата	Уровень прерывания	Временной интервал
Glover	1955	55%	Неопределенно
Hamburg et al.	1967	43%	Неопределенно
Hendrick	1967	40%	Неопределенно
Sashin et al.	1975	31%	Неопределенно
Erle	1979	38%	Неопределенно
Erle & Goldberg			
Study I	1984	27%	Неопределенно
Study II	1984	44%	Три года
Weber et al.	1985	55%	Неопределенно
Kantrowitz	1993	60%	Неопределенно
Cooper et al.	2004	29%	Неопределенно
Hamilton et al.	2009	31%	6 месяцев
Cogan & Porcerelli	2008	39%	18 месяцев

Поразительным контрастом выглядят данные по *пациентам-психоаналитикам*, согласно которым примерно 80% из них остаются в анализе, который может быть или не быть тренинг-анализом, до завершения анализа по взаимному согласию с аналитиком (Schachter, Gorman, Pfäfflin, & Kächele, 2013), то есть, уровень преждевременного прерывания составляет только 20%. Выборка психоаналитиков-пациентов, принявших участие в данном исследовании, состояла из аналитиков, уже завершивших аналитическую подготовку, поэтому в нее не вошли те, кто прервал свой тренинг-анализ. Мы не располагаем данными по преждевременному прерыванию тренинг-анализа, хотя очевидно, что поступают лишь очень немногие кандидаты. Мы согласны с Мармором (Marmor, 1986), которой объясняет такое большое расхождение между пациентами-психоаналитиками (80%) и пациентами-не психоаналитиками (20%) по количеству пациентов, оставшихся в анализе до его завершения по взаимному согласию между пациентом и аналитиком, тем, что пациенты-психоаналитики, в силу своей профессионального выбора и положительной личной идентификации как психоаналитиков, более позитивно относятся вообще к психоаналитическому лечению. Для пациента-психоаналитика признание неудаче в своем личном анализе чревато потрясением основ избранной профессии. Мы считаем, что вопрос неудачи психоанализа для пациентов-психоаналитиков и для пациентов не психоаналитиков имеет совершенно разную значимость. Однако полезно знать о том, что 75 опрошенных

психоаналитиков считают полезным и вредным в их собственном анализе (Curtis, Field, Knaan-Kostman, & Mannix, 2004).

После публикации статьи Бергина "Итоги психотерапии: пересмотр негативных результатов" (Bergin, 1963), было исследовано влияние многих факторов, влияющих на некоторые негативные результаты терапии. Читая рядовую статью, посвященную клиническим исследованиям общих факторов, ведущих к неудаче в любой форме терапии, скорее всего, можно найти следующий перечень (заимствовано из статьи Штайна (Stein, 1972):

1. Неверный диагноз и, как следствие ошибочный выбор формы лечения;
2. Неблагоприятные внешние условия:
  - a. Ситуация, при которой внешние условия настолько неблагоприятны, что реальная польза от сохранения патологии без изменений перевешивает преимущества обретения здоровья;
  - b. Отношения в семье поддерживают любое проявление невроза (психоза) пациента;
  - c. Другие факторы внешней реальности: образование, классовая и социальная принадлежность, а также влияние таких травм, как тяжелое заболевание и утрата;
3. Конституциональные факторы: сила биологических врожденных (инстинктов) и глубина и острота конфликтов;
4. Неблагоприятная трансформация эго индивида, ведущее к тяжелому нарушению характера;
5. Перенос и контрперенос.

Разумеется, некоторые из этих факторов уже хорошо изучены и позже мы прокомментируем их. Однако в этом перечне не упомянуты те факторы, которые связаны с влиянием психотерапевта. Только последний фактор в списке – контрперенос – относится к этой группе факторов, которыми пренебрегают почти во всех видах психотерапии.

Голдберг (Goldberg, 2012), в своем последнем критическом пересмотре проблемы, охарактеризовал следующие категории неудачи в анализе:

1. Случаи, которые никогда не сдвинулись с отправной точки, которые так, по-видимому, и не начались.
2. Случаи, которые были прерваны, поэтому терапевт или аналитик воспринимает их как незаконченные.
3. Случаи, динамика которых приобрела негативный характер.
4. Случаи, затянувшегося анализа/терапии, в которых не происходит видимого улучшения, когда та или иная сторона теряет терпение.
5. Случаи разочарования.

Эти описательные категории оставляют открытым вопрос, почему психоанализ завершился неудачей. Поэтому мы обсуждаем здесь некоторые факторы, которые могут относиться и к психотерапии и к психоанализу; позже мы сосредоточимся на вкладе терапевта в конструктивные и деструктивные процессы и как это влияет на результат терапии/анализа.

### ***Ошибка в диагнозе ведет к ошибке назначения.***

Наше предположение состоит в том, что верный диагноз имеет значение для выбора соответствующего вида лечения и поэтому способствует лучшему результату. В качестве иллюстрации мы приведем появление специализированных методов психотерапии, направленных на работу с пациентами с пограничным расстройством личности, которые очевидно улучшили результаты психотерапии для столь трудных в лечении пациентов; все руководства для лечения по этим видам психотерапии (например, ДБТ, ФПТ, ОМТ)

содержат рекомендации по определению диагноза расстройства (Sandell, 2012; Kächele, 2013).

Так как есть соответствие между диагнозом и степенью нарушенности пациента, то эти данные не должны вызывать у нас особенно сильное удивление. Однако использование некоторые психотерапевтических техник, направленных на разрушение привычных механизмов защит, их конфронтацию или их постепенное расшатывание, кажется, вносит явный вклад – особенно это верно в отношении пациентов с пограничным расстройством личности – в негативный результат в терапии. Исследования, проведенные в группах психотических пациентов (Feighner, Brown, & Oliver, 1973), пациентов с ПРЛ (Weber et al., 1966; Horwitz, 1974; Fonagy et al., 1996); а также исследования нарушенных участников групп встреч (Liebermann, Yalom, & Miles, 1973), показали, что у некоторых пациентов иногда происходит изменение состояния к худшему, и, одним из факторов этой неблагоприятной динамики, возможно, является применение некоторых техник. Однако отсюда не следует, что мы можем пренебречь вкладом характеристик пациента в ухудшение состояния пациента во время терапии. Напротив, прежде, чем исследовать влияние других факторов, мы должны разобраться с влиянием параметров пациента на неблагоприятный исход в терапии.

### ***Неблагоприятные внешние условия***

Неблагоприятные внешние условия могут привести к тому, что Фрейд в свое время обозначил как "вторичная выгода от болезни". Обсуждая этот феномен Томэ и Кэхеле останавливаются на следующем моменте:

К пяти формам сопротивления Фрейд отнес и сопротивление эго, источником которого "является 'выгода от болезни', а основой – включение симптомов в структуру эго" (Freud, 1953b, p. 160). Оценивая влияние внешних сил, которые совместно вносят вклад в развитие и поддержание психического расстройства, полезно помнить о различии между первичной и вторичной выгодой от болезни, которое Фрейд описал в 1923 г. в примечании в тексте случая Доры (Freud, 1953a). Между 1905 и 1923 г.г. эго приобрело гораздо большее значение в теории и технике с точки зрения происхождения симптомов, особенно это касалось защитных процессов. Согласно сноске, добавленной в издании 1923 г.: "Мы не можем согласиться с утверждением, что мотивы заболевания не представлены в самом его начале, но появляются вторично" (Freud, 1953a, p. 43). ... Именно случаи стабильной структуры симптоматики характеризуются динамикой, в которой первичное расстройство настолько смешано с вторичными мотивами, что различить их почти невозможно. К настоящему времени проведено очень мало систематических исследований о встраивании этих внутренних невротических механизмов в контекст жизненных обстоятельств. Различные лонгитюдные исследования пациентов, которые не проходили лечения, могли бы стать иллюстрацией этих выводов.

Случай Вольфсмманна, возможно, мог бы послужить хорошим примером того, как драматические перемены к худшему в жизненных обстоятельствах пациента вносят вклад в его превращение в вечного пациента (Gardiner, 1971; Obholzer, 1982), которое он сам и осознает.

Иногда неудача лечения связана с влиянием семьи. Согласно данным исследования анорексии, проведенного в Гамбурге (Engel, Meyer, Hentze, & Wittern, 1992), долговременное улучшение состояния пациентов значимо зависело от возможности соответствующей данной стадии развития сепарации от семьи. Показатель смертности в долгосрочной перспективе был выше среди тех девушек-подростков, которые оставались в родительской семье, по сравнению с теми, кто покидал семейный очаг; однако мы до сих пор не понимаем, почему отсутствие сепарации с родительской семьей оказывает такое влияние на уровень смертности.



Факторы, связанные с параметрами реальности – образование, социальное положение, экономическое положение – также могут вносить вклад в негативное развитие терапевтических отношений. То, что верно для всех соматических заболеваний, может иметь отношение и к психическим расстройствам. Низкий уровень образования и социальное, и особенно низкий уровень доходов обладают анти-терапевтическим эффектом. Одним из основных следствий этого является то, что эти люди даже не рассматриваются в качестве возможных пациентов для психотерапии. Даже в Германии, с ее системой поддержки психотерапии страховой медициной, распределение психотерапевтических пациентов по социо-экономическим параметрам не является репрезентативным, соответствующим процентному составу социальных групп (см. Kächele, Richter, Thoma, & Meyer, 1999). Каспар и Кэхеле (Caspar, Kächele, 2008) указывали на это ошибочное самоограничение пациентов – пациентов, которые могли бы получить пользу от психотерапии – косвенно вносит вклад в негативный эффект.

### ***Конституциональные факторы***

Роль конституциональных факторов, таких, как сила влечений, восходит к Фрейда (Freud, 1953с), который привел перечень факторов, влияющих на исход психоаналитического лечения. Он рассматривал три основных фактора, чье суммарное влияние зависело от того, как они взаимодействуют между собой: "... влияние травм, конституциональной силы влечений и изменения эго" (Freud, 1953с, стр. 224).

Что бы означало выражение "сила влечений", знаменитый исследователь-психоаналитик Люборский (Luborsky, (1975), в итоге предложил более современный подход, исходя из данных, полученных при помощи оценки интегрального общего показателя Психологическое Здоровье-Нездоровье (Psychological Health-Sickness, PHS), согласно которому этот параметр является предиктором результатов не только динамической психотерапии, но и психотерапии других видов. PHS является "концепцией, которая удачно охватывает всю широту континуума от безоблачного, устойчивого психического здоровья до самых крайних проявлений психического расстройства. Огромное количество созвучных терминов использовалось для описания этой концепции: адаптация, сила эго, интеграция личности, эмоциональная стабильность, тяжесть психиатрического заболевания, адекватность функционирования личности и психическое здоровье" (Luborsky et al., 1993, p. 542). Исследования показывают умеренную прогностическую силу для этого предиктора, основанного на концепции, интегрированной в DSM в качестве упрощенной версии через оригинальную методику оценки Общий индекс уровня функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF). Согласно этим исследованиям, коэффициент корреляции между этим параметром и результативностью психотерапии составляет 0.27, он определяет 7% дисперсии значений показателей результативности. Идея Фрейда о том, что чем более нарушен пациент, тем труднее достичь положительного результата в терапии, была полностью подтверждена независимыми исследованиями.

### ***Изменения эго***

Мы можем найти примеры неблагоприятных изменений эго, приводящих к тяжелым нарушениям характера, в публикации Валлерштайна (Wallerstein, 1986), посвященной результатам наблюдения, которое проводилось в течение долгого времени, за 42 пациентами, проходивших анализ в знаменитой Меннингеровской больнице в Топеке, Канзас. Некоторые из пациентов, проходящих лечение в этой больнице стали так называемыми "пожизненными", постоянными клиентами системы психотерапевтической поддержки. Однако здесь можно было бы задать вопрос: где эти пациенты могли бы, если вообще могли, получить необходимое для них лечение, которое могло бы изменить к лучшему это печальное положение дел? Опубликованы работы, которые подтверждают, что некоторые

пациенты нуждаются в очень продолжительной психотерапии для того, чтобы полностью избавиться от признаков психического расстройства. Пациенту Кристиану У, который проходил психоанализ с высокой частотой сессий у профессора Томэ, понадобилось 600 сессий для того, чтобы вернуться к нормальной жизни и продолжить обучения на юридическом факультете. Анализ продолжался еще 10 лет, на этот раз уже с низкой частотой сессий, для того, чтобы пациент смог улучшить свою ситуацию в личных отношениях и профессиональной сфере (Thomä & Kächele, 1994b, p. 398).

### ***Перенос и контрперенос***

Последний пункт в этом списке отсылает нас к центральной теме техники психоанализа: взаимной связи переноса и контрпереноса. После того, как случаи Фрейда подверглись скрупулезному исследованию, мы узнали, что не все они имели благоприятный исход. Конечно же, это относится к "Доре". Она оставила лечение, приведя этим Фрейда в ярость, не обосновательно (Appignanesi & Forrester, 1992), до сих пор не утихают споры по поводу этого случая: считать ли его образцом интерактивного процесса, принявшего деструктивный характер (начальное интервью Фрейда), или творческим действием девушки-подростка, сделавшей первый шаг к тому, чтобы выйти из ситуации, которая не сулила ей ничего хорошего (Levine, 2005). Позже она призналась Фрейду, что анализ пошел ей на пользу, и он посчитал это правдой, и это придало ей уверенность, так что она смогла бросить вызов ее родительским фигурам, с которыми у нее сложились болезненные отношения, после чего ее истерические симптомы прекратились. Однако слишком часто клиницист, уступая давлению своего контрпереносно окрашенного отношения клинициста к негативным результатам терапии, возлагает все время ответственности на плечи пациентов за такой исход (например, "они оказались недоступны для терапии"), однако нам следует усвоить, что деструктивные (или неконструктивные) процессы часто являются следствием ошибок в исполнении терапевтом своей роли в этой драме.

### ***Что нам известно о "Факторах терапевта?"***

Ганс Г. Струпп, один из первых выдающихся лидеров в области исследований психотерапии, пригласил бывших "пациентов" поделиться их впечатлениями о их психотерапии (Strupp, Fox, & Lessler, 1969). После завершения этого новаторского исследования он был приглашен Национальным институтом психического здоровья США провести эмпирическое исследование составляющих и провести экспертную оценку возможных причин "негативного" результата (Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977). В этом исследовании наиболее часто указывался в качестве источника негативного исхода терапии, психотерапевт. Многие эксперты указывали на то, что "недостаточная клиническая компетентность" или "общая подверженность ошибкам" терапевта являются значимыми факторами, ведущими к негативному исходу терапии.

Переменные терапевта можно подразделить на две большие категории. К первой относятся недостатки подготовки и навыков, что отчасти может быть результатом плохой организации обучения. Вторая группа переменных относится к системе предоставления услуг здравоохранения, которая не требует компетентности от практикующих клиницистов в области биомедицинских и психологических наук. Недостатки обучения и супервизий, результатом чего является не отвечающая требованиям работа профессионала, могут привести к особенно плохим результатам в работе с пограничными пациентами, по небрежности вызывающие проявления примитивной агрессии у пациента, не имея при этом представления, что потом с этим делать дальше в психотерапии. В этих случаях негативный эффект может быть усилен мазохистическим участием терапевта в отыгрывании пациента.

Значительный вклад в такие негативные эффекты психотерапии вносит то, что можно обозначить как сочетание невежества и неподходящего типа личности. Это может совпадать или не совпадать с плохо подготовленной или некомпетентной персоной. Сахс (Sachs, 1983) провёл одно из наиболее тщательных эмпирических исследований, специально направленное на изучение процессов, которые приводят к такого рода негативным эффектам в краткосрочной терапии. Наиболее значимым фактором в определении удачи или провала терапии стал так называемый фактор "Шкала Технических ошибок". Эта шкала указывала на то, что компетентность и навыки терапевта в применении вербальных техник в краткосрочной терапии непосредственно были связаны с удачей или провалом психотерапии. В исследовательской программе Вандербильта под руководством Струппа было показана связь между интерперсональным процессом и тем или иным результатом: положительный результат отличался от негативного более высоким уровнем "помощи и защиты", "принятия и понимания", и более низким уровнем "осуждения и пренебрежения" (Henry, Schacht, & Strupp, 1986).

Злоупотребление терапевтом своей позиции сегодня рассматривается как наиболее важный фактор, вносящий вклад в негативный эффект психотерапии. Наиболее вредоносными личностными факторами экспертами в исследовании Струппа (Strupp et al., 1977) были признаны

- Холодность и мелочность.
- "Что-то происходит" пока "анализирование" продолжается.
- Слишком сильная потребность менять людей.
- Чрезмерная бессознательная враждебность, часто скрываемая за тенденцией постановки диагноза "пограничная" личность или шизофрения.
- Соблазняющее поведение, отсутствие интереса или теплоты
- Пренебрежение, пессимизм, садизм, отсутствие подлинности
- Жадность, нарциссизм, отсутствие самопонимания.

Информация о влиянии на негативный исход терапии дезадаптации терапевта, его манипулятивности [склонности эксплуатировать] и незрелости, можно легко найти в отчётах пациентов и психотерапии. Стриано (Striano, 1987, 1988) привела в публикации, основанной на материалах её диссертации, для непрофессиональной публики некоторые "страшные" рассказы о психотерапии, который часто циркулируют между пациентами и психотерапевтами в частных разговорах, но редко попадают на страницы печати.

Психоаналитический кандидат из Германии Дорте фон Дригальски (Von Drigalski, 1979) описала и опубликовала её опыт прохождения тренинг-анализа с тремя психоаналитиками под заглавием "Цветы на граните: одиссея в немецком психоанализе". Её первый психоаналитик-женщина была в состоянии разумно реагировать на её довольно эксцентричные выходки девушки, по сути находившейся вхождением подростковым возрасте. Затем она переехала в Париж по семейным обстоятельствам. Там фон Дригальски продолжила свой анализ с другим аналитиком-мужчиной. С этих пор её анализ стал приобретать все более и более разрушительное и негативное течение. Обесценивающие интерпретации заставляли её чувствовать себя отвергнутой, особенно когда они касались тех самых её достижений, которые помогали ей справляться с проблемами её молодой жизни. Она прервала этот анализ и переехала в другой город и после некоторых поисков нашла в итоге одного молодого тренинг-аналитика мужчину. В этот раз ситуация была ещё хуже. Согласно её свидетельству она переживала пограничные состояния с психотическими срывами. Подробные повторяющиеся болезненные описания всего этого можно найти в её книге.

Книга Дорте фон Дригальски пользовалась успехом у публики, однако в профессиональных кругах она не встретила столь тёплый приём. Ни идиш из

психоаналитических институтов не предложил профессионального комментария на эту публикацию; однако после выхода в свет перевода этой книги на английский язык именно Ганс Струпп высоко оценил эту работу как примерный образец описания деструктивных переживаний, вызванных низким качеством работы при прохождении психоанализа (Strupp, 1982). Сегодня уже сложился рынок "приключенческой" (или в стиле "катастрофа") литературы о психотерапии (e.g., Martens & Petzold, 2002).

В самой последней публикации с описанием такого рода опыта (Akoluth, 2004) рассказана история 58 летней женщины, которая обратилась за помощью по поводу сложностей, которые возникли у неё в связи с инвалидизирующим заболеванием её мужа. Она нашла терапевта, с которым проходила терапия в течение нескольких лет. После смерти её мужа терапевт проявил инициативу и вступил с ней в телесный контакт, открыв её таким образом переносным желанием контакта. В намерения терапевта, однако, не входило потакать её желаниям - хотя совершенно очевидно, что именно он разбудил в ней эти желания. Это типичный пример такой интеракции. Многие старшие психотерапевты нарушают границы по различным "хорошим" или "плохим" основаниям. Обычно за этим следуют тягостные встречи, из-за чего в терапии исчезают счастливые моменты и она превращается в хронический кошмар.

Пожалуй, наиболее впечатляющий пример во всей литературе, посвящённой исследованиям психотерапии, привёл Рикс (Ricks, 1974). Он исследовал позитивные и негативные изменения, который вызывают у пациентов два разных психотерапевта. Он анализировал состояние взрослых испытуемых, которые в подростковом возрасте посещали того или иного терапевта в общей детской клинике как нарушенные пациенты. Хотя показатели долговременного эффекта работы у этих двух терапевтов не сильно отличались для большинства их менее нарушенных клиентов, были обнаружены весьма существенные отличия в их стиле и наиболее значимые различия в итогах терапии для наиболее нарушенных мальчиков. В этой выборке в 55% случаев был поставлен прогноз шизофрении во взрослом возрасте. Однако среди тех пациентов, которые проходили терапию у терапевта А, только 27% получили такой диагноз во взрослом возрасте, тогда как для пациентов терапевта Б значение этого показателя составило 88%. Две группы пациентов, проходивших терапию у этих терапевтов перед началом терапии были уравнены по общим характеристикам степени нарушения и другим параметрам.

Анализ различий в стилях этих терапевтов показал, что терапевт А уделяет больше времени тем пациентам, кто был больше нарушен, тогда как менее успешный терапевт Б поступал противоположным образом. Терапевт А в большей степени использовал окрестись вне непосредственной терапевтической ситуации, был твёрд и прям со своими пациентами, поощрял изменения в сторону большей автономии и старался развивать навыки решения проблем ц своих пациентов в повседневной жизни, и все это находилось в контексте прочных терапевтических отношений. Между тем, терапевт Б, по-видимому был напуган проявлениями тяжёлой патологии и эмоционально отдалялся от своих наиболее нарушенных пациентов. Он часто высказывался по поводу трудностей, с которыми он сталкивается при ведении своих пациентов и он был видимо расстроен, когда к нему приходил особенно сложный пациент. Он становился беспомощным, когда пациента одолевали чувства депрессии и безнадежности, как следствие он ничего не мог поделать с самоотвержением и чувством никчемности пациента.

Сегодня все эти проблемы обсуждают под рубрикой "оптимальное соответствие" или "согласованность". Несовместимость между личностями пациента и терапевта может внести существенный вклад в негативный эффект от психотерапии. Появляется все больше исследований, демонстрирующих значимую позитивную связь между "согласованностью" и удовлетворённостью результатом лечения (Shapiro, 1976; Kantrowitz, 1986, 1993; Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, & Beutel, 2003; Tessman, 2003; Carr, 2006; Bush & Meehan, 2011; Schachter, Gorman, Kächele, & Pfäfflin, 2013).

Все эти разнообразные факторы, о которых мы говорили здесь, в том числе нарушение могут оказывать самое разное влияние на терапию, в том числе нарушение в терапевтических отношениях и неверное использование терапевтической техники. Для доброжелательных терапевтов с бессознательной мотивацией улучшить свою самооценку и как личности и как профессионала вероятно ситуация, когда они, не отдавая себе в этом отчёт, преувеличивают свой вклад и создают диссонанс в терапевтических отношениях.

В завершение этого раздела мы скажем в общем, что психопатологи или недостаток навыка у терапевта может привести к неправильной оценке проявлений переноса, преждевременному вскрытию бессознательных конфликтов без предоставления сопутствующей поддержки. Поэтому на повестке стоит вопрос: должны ли бы диагностировать терапевта во время обучения и как мы можем это делать (Pfäfflin & Kächele, 2000)? Исследовательский коллектив, собравшийся вокруг Рольфа Зандела - психоаналитика и известного исследователя - разрастались шкалу установок терапевта (Sandel et. al., 2004) и продемонстрировал на результатах Стокгольмского психоаналитического проекта, что установки терапевта являются действующими факторами во время лечения

В завершение этого раздела мы скажем в общем, что психопатологи или недостаток навыка у терапевта может привести к неправильной оценке проявлений переноса, преждевременному вскрытию бессознательных конфликтов без предоставления сопутствующей поддержки. Поэтому на повестке стоит вопрос: должны ли бы диагностировать терапевта во время обучения и как мы можем это делать (Pfäfflin & Kächele, 2000)? Исследовательский коллектив, собравшийся вокруг Рольфа Зандела - психоаналитика и известного исследователя - разрастались шкалу установок терапевта (Sandel et. al., 2004) и продемонстрировал на результатах Стокгольмского психоаналитического проекта, что установки терапевта оказывают влияние на изменения, происходящие во время терапии (Sandel et. al., 2007). Анализ латентных классов чётко различает успешных и неуспешных терапевтов (Sandel et. al., 2006).

### ***Клинические перспективы***

Клиницисты, практикующие психоаналитический метод, редко говорят о том, какие они люди в повседневной жизни; вместо этого они предпочитают рассуждать о "рабочем эго", наблюдая за своим контрпереносом. Ведь с тех пор, как контрперенос превратился из презируемой Золушки в ослепительную красавицу (Thomä & Kächele, 1994, стр. 81), в психоаналитическом сообществе к этой теме воцарилось подлинно восторженное отношение "чем больше, тем лучше", и в этом сможет убедиться каждый, кто внимательно изучит учебные публикации в *International Journal of Psychoanalysis* (Gabbard, 1995; Hinshelwood, 1999; Jacobs, 1999).

Неудача, вызванная контрпереносом, является одним из отрицаемых аспектов психоаналитической психотерапии (Fäh, 2002), тогда как довольно значительный объем данных проведенных исследований подтверждает чрезвычайно высокую распространенность этого феномена. В последние годы были опубликованы несколько надежных методик, которые надежно дифференцируют частные ограниченные реакции контрпереноса от более общих устойчивых установок терапевта (Gelso & Hayes, 2007; Betan & Westen, 2009; краткое описание этих методик приведено в Kächele, Erhardt, Seybert, & Buchholz, 2013); поскольку мы располагаем теперь такими инструментами, то, возможно, мы могли бы проверить, в какой степени они могут быть полезны при проведении супервизий.

Поводя итоги своей клинической работы с пациентами, Томэ и Кэхеле (Thomä and Kächele, 1994b) пришли к выводу, что в развитие деструктивных процессов в терапии вносят определенные факторы, связанные с терапевтом, не всегда подходящие под определение контрпереноса:

1. Попытки управления кризисной ситуацией с единственным акцентом на работе с переносом и сопротивлением являются недостаточными, если они не приводят к улучшению в ситуации, сложившейся в реальной жизни пациента.
2. Если у пациента нет партнера, то сосредоточение на бессознательных желаниях переноса также, скорее всего, будет иметь антитерапевтический эффект, потому что, повторим еще раз, вынужденное обращение к переносным чувствам может способствовать росту нереалистичных надежд.
3. Часто пациенты могут использовать терапию как оружие против членов своей семьи (мать/отец). Это может быть следствием того, что терапевт склоняется к той или иной стороне в обсуждении конфликтов пациента. В результате агрессивные импульсы пациента, которые неизбежно появляются вследствие разочарования из-за несбывшихся надежд, направляются на кого-то вне терапии, что служит прелюдией к установлению тайного сговора, который будет оказывать неблагоприятное влияние на ход терапии.
4. Угрозы пациента совершить самоубийство могут привести к тому, что терапевт выказывает пациенту больше сочувствия, чем это позволяет аналитический сеттинг. Это может стать препятствием для интерпретаций агрессивных импульсов, особенно в работе с пациентами, которые используют угрозы совершить самоубийство для запугивания и оказания давления на аналитика.
5. Некоторые ситуации, например, когда одинокая пациентка каким-то образом узнает о семейном статусе одинокого или разведенного аналитика-мужчины, способствуют значительному усилению нереалистичных надежд. Если неженатый/незамужняя пациент/пациентка, который(ая) не в состоянии переносить свое одиночество, находит терапевта, подходящего(ую) ему или ей по возрасту, одинокого(ую), и, возможно, несчастного(ую) в личной жизни, то факторы, связанные с социальными параметрами этой ситуации могут оказаться настолько сильными, что сосредоточение на невротических компонентах надежд пациента или пациентки может оказаться для этой пары трудной задачей.
6. Часто терапевт, под грузом бремени разочарований и жалоб, которым он или она отчасти являются причиной, оказывается не в состоянии сопротивляться давлению своих собственных чувств вины, и предпринимает попытку снизить интенсивность этих чувств, ввязывается в беседы, оправдывая свои действия. Это может служить укреплению тайных надежд пациента на преодоление ограничений терапевтического сеттинга.
7. Иногда утраченное значение рамки психотерапии восстанавливается только в тот самый момент, когда терапевт признает свою ошибку и объявляет о завершении терапии по этой причине.

### ***Этическая ответственность за информирование потенциального пациента о предстоящей терапии.***

В качестве этического императива повсеместно признана обязанность того, кто предоставляет медицинское лечение, информировать пациента о вероятности успеха предлагаемого лечения, а также оповестить будущего пациента о риске и природе возможных осложнений. Если тот, кто предоставляет медицинские услуги, не делает этого, то это может стать основанием для судебного иска по поводу преступной небрежности. До недавнего времени в распоряжении практикующих клиницистов находилось мало информации, которой они могли бы поделиться с пациентами, которые начинали лечение. Однако сейчас накоплен большой объем эмпирических данных о эффективности разных видов лечения, вероятности и природе возможных осложнений, и вероятности успешного завершения лечения, которые могут быть сообщены пациенту, решившему начать лечение. Терапевт может сослаться на решение Американской психологической ассоциации, подтверждающей эффективность психотерапии.

Наш многолетний опыт работы в сфере клинической практики свидетельствует о том, что практикующие клиницисты редко предоставляют такую информацию пациентам, начинающим терапию. Мы можем предположить, что это связано с тем, что такая информация должна была бы также содержать утверждение о терапии, в которой не достигнуты все поставленные цели, и о риске неудачи в терапии, мы также уверены, что терапевты по-прежнему испытывают трудности с признанием возможности такого рода значимых негативных событий, риск которых присутствует в каждом лечении. Клиницисты могут также испытывать беспокойство в связи с тем, что такая информация может негативно повлиять на ожидания пациента получить пользу от терапии (see Kirsch, 1999)..

Наше предложение о рассмотрении вопроса об этическом императиве в отношении информирования клиницистом пациента перед началом лечения о разных возможных вариантах исхода терапии мы адресуем этическим комитетам, которые есть в структуре профессиональных организаций психотерапевтов, таких как Международная психоаналитическая ассоциация, Американская психоаналитическая ассоциация и Американская психологическая ассоциация.

### **Заключение**

Эта публикация выражает нашу точку зрения, которая сводится к следующему: Негативный результат с одинаковой вероятностью возможен в психотерапии и в психоанализе. Если суммировать показатели преждевременного прерывания пациентом терапии, неудач в достижении целей психотерапии или ухудшения эмоционального расстройства, то, в итоге мы получаем, что примерно 50% случаев начатой терапии завершаются с такими результатами. Среди пациентов, которые начинают психоанализ, только 50% завершают его по совместной договоренности с аналитиком. Однако, как показано некоторыми авторами (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, and Auerbach, 1985; Okiishi, Lambert, Nielson, and Ogles, 2003; Sandell et al., 2006, 2007) терапевты обладают разным уровнем компетентности, поэтому ранняя диагностика ошибок в работе психотерапевта, проходящего обучение, должна обладать первостепенной важностью с точки зрения нашей профессиональной ответственности.

Мы полагаем, что систематическому изучению побочных эффектов и негативного развития психоаналитической психотерапии необходимо уделять больше внимания. В последнее время в медицине задача контроля нежелательных эффектов получила высокий приоритет при определении стандартов лечения. То, что это произойдет и в сфере психоаналитических психотерапий – вопрос времени. Стыд из-за отсутствия успеха является плохим советчиком. Кейсмент в своей книге "Обучаясь на своих ошибках" (Casement, 2002), утверждает, что впечатляющие примеры, которые мы находим в ретроспективных описаниях, как опытных клиницистов, так и некоторых их пациентов о ходе терапии, показали нам, что мы многому можем научиться из этого (Thoma & Kachele 1994b; Schachter, 2005; Breger, 2012).

Мы рекомендуем этическим комитетам психотерапевтических профессиональных организаций рассмотреть правомерность и значимость введения этического правила для терапевтов сообщать будущим пациентам о всех возможных вариантах результата терапии и возможных трудностей, которые могут возникнуть в ходе психотерапии или психоанализа, что является стандартной процедурой перед началом медицинского лечения.

### **REFERENCES**

Akoluth, M. (2004). *Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen* [Dis-order and late suffering]. Würzburg, Germany: Königshausen & Neumann.

- Appignanesi, L., & Forrester, J. (1992). *Freud's women*. London, UK: Weidenfeld & Nicolson.
- Bakelund, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implication for psychotherapy practice. *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 244-250.
- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). New York, NY: Humana Press.
- Breger, L. (2012). *Psychotherapy lives intersecting*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Bush, M., & Meehan, W. (2011). Should supportive measures and relational variables be considered a part of psychoanalytic technique? Some empirical considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 377-399.
- Carr, E. M. (2006). Epilogue. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 810-811.
- Casement, P. (2002). *Learning from our mistakes*. London, UK: Brunner- Routledge, Hove.
- Caspar, F., & Kachele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie [Negative developments in psychotherapy]. In S. C. Herpertz, F. Caspar, & C. Mundt (Eds.), *Storungsorientierte Psychotherapie* (pp. 729-743). Munich, Germany: Urban & Fischer.
- Chessick, R. D. (1983). *Why psychotherapists fail*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2008, January). *Longitudinal study of psychoanalysis: Premature termination by 18 months*. Poster presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY.
- Cooper, E. M., Hamilton, M., Gangure, D., & Roose, S. P. (2004). Premature termination from psychoanalysis: An investigation of factors contributing to early findings. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 1233-1234.
- Curtis, R., Field, C., Knaan-Kostman, I., & Mannix, K. (2004). What 75 psychoanalysts found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 183-202.
- von Drigalski, D. (1979). *Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse* [Flowers on granite. An odyssey through German psychoanalysis]. Frankfurt-am-Main, Germany: Ullstein, Neuauflage.
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M., & Krupnick, J. L. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 437-451.
- Ellison, R. (1952). *Invisible man*. New York, NY: Random House.
- Engel, K., Meyer, A. E., Hentze, M., & Wittern, M. (1992). Long-term outcome in anorexia nervosa inpatients. In W. Herzog, H. C. Deter, & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders: Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 118-132). New York, NY: Springer.
- Erle, J. (1979). An approach to the study of analyzability and analysis: the course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 198-228.



- Erle, J., & Goldberg, D. (1984). Observations on the assessment of analyzability by experienced analysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 715-737.
- Fah, M. (2002). Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien [When analysis makes patients sick: Method-specific side effects of psychoanalytic therapies]. In M. Martens & H. Petzold (Eds.), *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 109-147). Mainz, Germany: Matthias-Grünwald Verlag.
- Feighner, J. P., Brown, S. L., & Oliver, J. E. (1973). Electrosleep therapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 157, 121-128.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Freud, S. (1953a). Fragment of an analysis of a case of hysteria. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 1-22). London, UK: Hogarth Press. (Originally published 1905.)
- Freud, S. (1953b). Inhibitions, symptoms, and anxiety. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 75-174). London, UK: Hogarth Press. (Originally published 1926.)
- Freud, S. (1953c). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 209-253). London, UK: Hogarth Press. (Originally published 1937.)
- Gabbard, G. O. (1989). *Sexual exploitation of professional relationships*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475-485.
- Gardiner, M. (1971). *The Wolf-Man by the Wolf-Man*. New York, NY: Basic Books.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 213-256). New York, NY: Wiley.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York, NY: Wiley.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. London, UK: Bailliere Tindall & Cox.
- Goldberg, A. (1990). *The prison house of psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Goldberg, A. (2012). *The analysis of failure: An investigation of failed cases in psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Grant, J., & Sandell, R. (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In P. Richardson, H. Kachele, & C. Rendlund (Eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (pp. 81-108). London, UK: Karnac Books.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177, 38-42.

- Hamburg, D., Bibring, G., Fisher, C., Stanton, A., Wallerstein, R. S., Weinstock, H., & Haggard, E. (1967). Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the American Psychoanalytic Association. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 841-861.
- Hamilton, M. S., Wininger, L., & Roose, S. (2009). Drop-out rate of training cases: Who and when. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 695-702.
- Hendrick, I. (1967). *Facts and theories of psychoanalysis* (3rd ed.). New York, NY: Knopf.
- Henry, W., Schacht, T., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 797-818.
- Horwitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. New York, NY: Jason Aronson.
- Jacobs, T. (1999). Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 575-594.
- Kächele, H. (2013). Manualization as tool in psychodynamic psychotherapy research and clinical practice: Commentary on six studies. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 626-630.
- Kächele, H., Erhardt I., Seybert, C., & Buchholz, M. B. (2013). Countertransference as object of empirical research? *International Forum of Psychoanalysis*, 21, 1-13.
- Kächele, H., Richter, R., Thoma, H., & Meyer, A.E. (1999). Psychotherapy services in the Federal Republic of Germany. In N. Miller & K. Magruder (Eds.), *The cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policymakers* (pp. 334-344). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kantrowitz, J. L. (1986). The role of the patient-analyst "match" in the outcome of psychoanalysis. *Annual of Psychoanalysis*, 14, 273-297.
- Kantrowitz, J. L. (1993). Outcome research in psychoanalysis; Review and reconsiderations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41S, 319-329.
- Kirsch, I. (Ed.). (1999). *How expectancies shape experiences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York, NY: Wiley.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., & Beutel, M. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being: A representative multiperspective follow-up study. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 263-290.
- Levine, S. S. (2005). Freud and Dora: 100 years later. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 1-115.
- Liebermann, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups. First facts*. New York, NY: Basic Books.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Lorion, R. P., & Fellner, R. E. (1986). Research on mental health interventions with the disadvantaged. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 739-776). New York, NY: Wiley.

- Luborsky, L. (1975). Clinician's judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.
- Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., McLellan, A. T., Woody, G., & Alexander, L. (1993). Psychological health as predictor of the outcomes of psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 542-548.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. B., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapists' success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Marmor, J. (1986). The question of causality. Commentary on Grünbaum: Foundations of psychoanalysis. *Behavioral & Brain Sciences*, 9, 249.
- Martens, M., & Petzold, H. (Eds.). (2002). *Therapieschaden* [Damages through treatment]. Mainz, Germany: Matthias-Grünwald Verlag.
- Obholzer, K. (1982). *The Wolf Man: Sixty years later: Conversations with Freud's controversial patient*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielson, S. L., & Ogles, B. M. (2003). In search of supershrink: Using patient outcome to identify effective and ineffective therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Pfäfflin, F., & Kachele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? [Should we diagnose therapists?]. *Personlichkeitsstörungen*, 4, 88-94.
- Phillips, E. L. (1985). *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Rosie, J. S., Ogrodniczuk, J. S., McCazllum, M., & O'Kelly, J. K. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36, 114-122.
- Reder, P., & Tyson, R. L. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, 229-252.
- Reppen, J., & Schulman, M. (Eds.). (2002). *Failures in psychoanalytic treatment*. Madison, CT: International Universities Press.
- Ricks, D. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. Ricks, M. Roff, & A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (pp. 275-297). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Robbins, M. (2011). *The primordial man in health and illness*. London, UK: Routledge.
- Rogers, C. P. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sandell, R. (2012). Research on outcomes of psychoanalysis and psychoanalysis-derived psychotherapies. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, & W. H. Kracke (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 385-404). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sandell, R., Carlson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Blomberg, J. (2004). Therapists' attitudes and patient outcome. I. Development and validation of the Therapeutic Attitude Scales (TASC II). *Psychotherapy Research*, 14, 469-484.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapists' attitudes and patient outcomes: III. A latent class (LC) analysis of therapies. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research & Practice*, 79, 629-647.

- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapists' attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research, 17*, 201-211.
- Sashin, J. I., Eldred, S. H., & Van Amerongen, S. T. (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. *International Journal of Psychoanalysis, 56*, 343-359.
- Schachter, J. (Ed.). (2005). *Transforming lives: Analyst and patient view the power of psychoanalytic treatment*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Schachter, J., Gorman, B. S., Kachele, H., & Pfäfflin, F. (2013). Comparison of vignette-based ratings of satisfaction with psychoanalytic treatment by training analysts and by non-training analysts, *Psychoanalytic Psychology, 30*, 37-56.
- Schachter, J., Gorman, B. S., Pfäfflin, F., & Kachele, H. (2013). *A questionnaire/interview comparison of satisfaction with training analysis to satisfaction with analysis by a non-training analyst: Implications for training analysis*. (Unpublished manuscript.)
- Shapiro, D. (1976). The analyst's own analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 24*, 5-42.
- Skodol, A., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous & Mental Disease, 177*, 405-410.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1341-1347.
- Smith, T., Koenigsberg, H., Yeomans, F., Clarkin, J., & Selzer, M. (1993). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. (Unpublished manuscript.) White Plains, NY: New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division.
- Sparks, W. A., Daniels, J. A., & Johnson, E. (2003). Relationship of referral source, race, and wait time on preintake attrition. *Professional Psychology: Research & Practice, 34*, 514-518.
- Stein, A. (1972). Causes of failure in psychoanalytic psychotherapy. In B. Wolman (Ed.), *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy* (pp. 37-52). New York, NY: Macmillan.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 149*, 358-362.
- Straker, M. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic: evolution and evaluation. *American Journal of Psychiatry, 124*, 1219-1225.
- Striano, J. (1987). *How to find a good psychotherapist*. Santa Barbara, CA: Professional Press.
- Striano, J. (1988). *Can psychotherapists hurt you?* Santa Barbara, CA: Professional Press.
- Strupp, H. H. (1982). Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. *Contemporary Psychoanalysis, 18*, 235-258.
- Strupp, H. H., Fox, R., & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse*. New York, NY: Jason Aronson.
- Tessman, L. H. (2003). *The analyst's analyst within*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1994a). *Psychoanalytic practice. Vol 1: Principles*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Thomä, H., & Kächele, H. (1994b). *Psychoanalytic practice. Vol. 2: Clinical studies*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Waldinger, R., & Gunderson, J. G. (1987). *Effective psychotherapy with borderline patients. Case studies*. New York, NY: Macmillan.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Weber, J. J., Bachrach, H. M., & Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. (Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project [II]). *International Revue of Psychoanalysis*, 12, 127-141.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research & Practice*, 24, 190-195.
- Wolman, B. B. (Ed.). (1972). *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Macmillan.

Horst Kachele, M.D., Ph.D., was born in 1944. After his study of medicine and training in psychotherapy and psychoanalysis, he was chair of the Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at Ulm University, 1990-2009. Since 2010, he has been a professor at the International Psychoanalytic University, Berlin. He is a member of the International Psychoanalytic Association and received the Mary Sigourney Award in 2004. He is a member of the International Psychoanalytic Association and an honorary member of the William Alanson White Institute.

Joseph Schachter, M.D., Ph.D., Columbia University Psychoanalytic Center for Training and Research, \$2,253,000 Research Grants. Recently, Chair, Committee on Evaluation of Research Proposals and Results, IPA, Author of "Transference: Shibboleth or Albatross?"; "Transforming Lives"; and with Horst Kachele and Helmut Thoma, "From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research" and 60 papers. He is a member of the International Psychoanalytic Association and an honorary member of the William Alanson White Institute.