

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ ПСИХОТЕРАПИИ¹

Обсуждения

(перевод Аиды Заргарян)

Horst Kaechele

С начала своего основания психоанализ распространился по всему миру как научная дисциплина и как метод лечения. Беря свое начало в западном полушарии, психоанализ быстро проник в Вены в Берлин, Будапешт, Лондон, Москву (Luria, 1924; see Etkind, 2000) и Калькутту (Bose, 1924; см. Vaidyanathan and Kripal, 1999). Психоаналитический тренинг пересек Атлантический океан, покоряя Северную Америку с помощью людей, подготовленных самим Фрейдом (Shakow и Rapaport, 1964). Уже в 1911 г. Фрейд пересмотрел работу чилийского врача, Грива. В которой содержались первые упоминания о психоанализе в Латинской Америке. Но слава институционализации психоаналитического тренинга с 1940-х годов (см. Jimenez, 2002, стр. 83) принадлежит Matte Blanco. Японский аналитик Doi (1971) написал об «анатомии зависимости», где он разъясняет специфическое японское понятие «атае», за что в 2005 г. был удостоен премии М. Sigourney. После падения Железного Занавеса бывшие страны Советского Союза с легкостью приняли миссионеров разных психоаналитических направлений. В России это происходило по-особенному: в 1993 г. Президент Ельцин подписал официальный документ о восстановлении “Русского психоанализа” (Reshetnikov, 1996). В настоящее время мы наблюдаем внедрение психоанализа в Китае, который представлен различными психоаналитическими группами, проводящими обучение на протяжении уже нескольких лет (Gerlach, 2005; Varvin, 2008).

Учитывая эти события, можно справедливо говорить о процессе глобализации психоанализа и его лечебной практике. При более детальном рассмотрении нельзя не заметить того разнообразия, которое подразумевает понятие “психоанализ” в смысле лечебной практики. Стоит ли настаивать на четком разграничении между истинным

¹ Translated from Kächele, H (2010) Psychoanalysis and psychotherapy.
Int J Psychoanal 91: 35-43

психоанализом и лечением с применением психоаналитических элементов, и каков будет результат тренинга с таким разграничением?

Различия и сходства между психоанализом и возможными результатами обсуждаются еще со времен Фрейда. С одной стороны, Фрейд говорил об “анализе, приводящем к желательному завершению в короткий срок” и повышавшем самооценку терапевта (Freud, 1918, p. 10). Эти более короткие лечения, позже свободно названные лечением с психоаналитическими элементами или просто психодинамическими лечениями, определили медицинское значение психоанализа, так как сегодня они доминируют над психоаналитическими практиками. Называть их “незначительными в смысле развития научных знаний” (что Фрейд относил к анализу, приводящему к скорому и благоприятному завершению) несправедливо по отношению к научной основе принципов психоаналитического лечения (Galatzer-Leviet al., 2001; Kachele, 2001). Различные имперические исследования таких методов лечения имели свой вклад в развитие теории о терапии (Fonagy and Kachele, 2009). Они могут углубить наше понимание отношений между определенными типами операций и интервенций, а также понимание появления или провалов в смысле некоторых видов специфических изменений (Eagle, 1984, p. 163). В противовес такой такой медицинской модели, направленной на лечение, Фрейд желал успеха в настоящем анализе в смысле углубления в наиболее примитивные закоулки умственной деятельности и почерпывания оттуда решений проблем, сформировавшихся в более поздний период (Freud, 1918, стр. 10).

То же противопоставление терапевтики и истины спустя годы все еще сохраняется:

“Я говорил вам, что психоанализ начался как метод лечения, но я бы не представлял его вам в качестве метода лечения, если бы не истина, скрытая в нем, если бы не информация, представленная им о том, что беспокоит людей больше всего, т.е. их собственная природа, и если бы не связи между их наиболее различными видами деятельности.”

(Фрейд, 1933г.; стр. 156)

С самого начала беспокойство Фрейда по поводу того, что “терапия может разрушить науку” (Freud, 1927, стр.. 254) привела его к (ныне опровергнутому) предположению о том, что строгие, объективные правила исследования являются лучшими научными условиями для воссоздания самых ранних воспоминаний пациента, и что раскрытие амнезии создавало оптимальные условия для терапии (Freud, 1919, стр. 183). Тем не менее, Фрейд также настаивал на создании

наиболее благоприятных обстоятельств для изменений в каждой отдельной аналитической ситуации, т.е. он признавал необходимость гибкости по отношению к пациенту (Freud, 1910, стр. 145). Из этого мы можем заключить, что он придерживался обеих сторон дихотомии. Противопоставление этих двух аспектов, где психоанализ заботится об истине, а психотерапия о терапевтике, вызывает сомнение. Слишком много вопросов по поводу развития расстройств (этиология) не может быть прояснена путем анализирования пациента с какой-либо частотой или в каком-либо формате. Необходимо исследование вне условий лечения.

Это не опровергает замечание о том, что классификация биографических связей может иметь терапевтический характер; в процессе рассмотрения прошлого опыта и изучения бессознательного у пациента умственные модели межличностного опыта видоизменяются (Fonagy, 1999, стр. 1011).

Главной задачей исследования в современном лечении является то, чтобы показать, появляются ли терапевтические изменения в процессе психоаналитических практик, и выявить взаимосвязь между этими изменениями и теми теориями, которых придерживаются аналитики (Sandler, 1983).

Развенчивание известного положения *Junktim* * по Фрейду ведет к главному вопросу в утверждении этого положения. Обсуждения разворачиваются вокруг терапевтических, практических и политических вопросов: являются ли различия между психоанализом и психотерапией в плане показаний, техники и процессов, в основном, вопросом “степени” или “качества”, с учетом более строгого разграничения последнего?

** В психоанализе с самого начала существовала неразрывная связь между излечением и исследованием. Знания привели к успеху в терапии. Было невозможно лечить больного без познания чего-то нового; было невозможно познать что-то новое без восприятия благотворных результатов этого. Наша аналитическая методика единственная в своем роде, где это бесценное сочетание присутствует. Только благодаря проведению нашего аналитического пасторства мы можем усилить наше пробуждающееся понимание человеческого разума. Эта перспектива научного познания является самой большой гордостью и радостью в аналитической работе. (Фрейд, 1927 г.)*

Это составляет очень важный эмпирический вопрос: могут ли они быть эмпирически разграничены? На попытку разграничить истинный психоанализ от психотерапии ушло значительное количество энергии и чернил (Kachele, 1994). Многие обсуждения указывают на два пункта: один вариант предполагает категорический подход, где психоанализ отличается от психоаналитической терапии, о чем так подробно говорит Kernberg (1999); второй вариант предпочитает подход пространственный, который определяет эмпирическое пространство клинической работы (Wallerstein, 1995). В свете последнего, любая клиническая работа, удовлетворяющая тем критериям, о которых пойдет речь дальше, может быть расценена как психоаналитическая в той степени, в какой сохранены основные идеи психоаналитической теории техники.

Начиная с того времени, как Glover с помощью распространения простого опросника среди членов Британского Общества (Glover и Brierley, 1940) исследовал техники, используемые психоаналитиками, все эмпирические подходы дали мало систематических фактов в пользу строгого разграничения между психоанализом и аналитической психотерапией. В середине 1950-ых годов Gill (1954) предложил определение психоанализа, разграничив внутренние и внешние критерии, которые он пересмотрел в 1984г. (Gill, 1984). В качестве «внутренних критериев» он отмечал следующее: анализ переноса, нейтральный аналитик, индукция регрессивного невроза переноса и разрешение этого искусственного невроза посредством интерпретации; тогда как в качестве «внешних критериев» он рассматривал «частоту встреч, использование кушетки, сравнительно хорошо интегрированного (предрасположенного к анализу) пациента ... и хорошо подготовленного аналитика.» (Gill, 1954). Тем не менее, в моем понимании, эти разграничения не выдерживают имперической скупуплезности. Анализ переноса, к примеру, был важным объектом исследования в изучении всех типов психоаналитических методов психотерапии. (Connolly et al., 1996, 1999; Luborsky and Crits-Christoph, 1998; Hoeglund, 2004). Кроме того, концепция невроза переноса была поставлена под сомнение (Cooper, 1987) так же, как и вопрос разрешения невроза переноса путем тщательных последовательных исследований (Schlessinger and Robbins, 1983). Концепция нейтралитета является предметом интенсивных дебатов (Schachter and Kachele, 2007). Таким же образом внешние критерии по Gill-у растворились в пламени обсуждений среди различных групп. Частота встреч слишком часто подвержена воздействию факторов экономического и культурного плана; использование кушетки, как необходимого критерия, тоже было подвержено сомнению (Schachter and Kachele, 2009).

Например, самый смелый проект, осуществляющий соответствующее сравнение, “Проект Психотерапевтического Исследования” (ППИ)», проведенный со стороны Menninger Foundation, подвел Wallerstein (1989) к заключению в пользу отказа от разграничений:

Психотерапевтические модальности психоанализа, экспрессивная и поддерживающая психотерапии едва ли существуют в идеальном или чистом виде в реальном мире актуальной практики, ... (методы лечения) являются перемежающимися смесями экспрессивно-интерпретативных и поддерживающе-стабилизационных элементов, ... и ... конечные результаты, достигнутые более аналитическими или более поддерживающими методами лечения, пересекаются в большей степени, чем различающиеся модальности могли бы предрекать, тогда как изменения, достигнутых в лечении, по характеру своему содержания и постоянству на обоих концах этого спектра отличается друг от друга меньше, чем можно было бы предположить.
(Wallerstein, 1989, стр. 205).

Таким образом, вопреки тому, что ожидалось, результаты поддерживающе-выразительной и аналитической психотерапии так же, как и психоанализа не имели чрезмерных различий. Средние результаты каждого метода лечения были достаточно скромны; поддерживающие техники были так же эффективны, как и техники более толковательного характера; и психоаналитики использовали поддерживающие техники намного больше, чем это обычно предполагалось. Даже если бы эти открытия критиковались как экологически недееспособные, в том смысле, что тип пациентов не соответствовал обычным историям болезней, случающихся в частной практике аналитиков, тем не менее, результаты удивили всех и привели к повторному исследованию с целью выявления смягчающих факторов. (Blatt, 1992). Кроме того, характер личностей, благоприятствующий межличностным схемам, также способствовал терапевтическим изменениям в этих пациентах. (Shahar and Blatt, 2005). Идея о том, что количественные, а не категориальные различия могут быть полезны для разграничения была предложена со стороны Ablon и Jones (2005) в их описании действий «прототипа аналитического процесса». Аналитический процесс присутствует в аналитической психотерапии, хотя в большей степени – в психоаналитическом лечении. Поэтому Grant и Sandell (2004) убеждены, что «находки исследования, проведенного Меннингером, оживили обсуждения по вопросу сравнения психотерапии и психоанализа

благодаря заострению внимания на некоторых эмпирических фактах. Чувствуется некоторая нехватка таких эмпирических сведений». (стр. 83)

Кроме того, не считая общих деталей между разными категориями лечения, различия в личностях аналитиков и терапевтов и их стиле работы велик, что имеет довольно значимое воздействие на результат. (Sandell, 2007; Sandell et al., 2007).

Учитывая то, что нет общепринятого единогласно согласованного определения психоанализа, мы довольствуемся определением психоаналитических методов терапии тем, что психоаналитики делают на практике. (Sandler, 1982, стр. 44).

Но кто может называться психоаналитиком? Имеет ли Международная Психоаналитическая Ассоциация (МПА) право единолично определять, кто должен называться психоаналитиком? Являются ли психоаналитики разных стран, к примеру, из Германии, Италии, Великобритании, не являющиеся членами МПА, специалистами вообще другого рода? Можно ли предположить, что Российская и Китайская Ассоциации Психоанализа с их новоиспеченными членами не являются (пока) действительно психоаналитическими?

В соответствии с положением, определенным в материале, написанном совместно с Thoma, я принимаю «психоаналитическую практику» как задачу с использованием согласованных технических рекомендаций в различных сеттингах (Thoma и Kachele, 1987). Каждая из рекомендаций оставляет обширное место для поправок с учетом особенностей пациента. Это ведет к положению о том, что психоаналитическая практика распространяется на ряд примеров с некоей степенью изъяснов. Каждый случай может быть более или менее близок к прототипу аналитической работы, как это определили Ablon и Jones (2005). Так как строение их прототипа основывается на группе аналитиков, работающих в рамках Северо-Американского направления психологии Эго, возникает вопрос, а что насчет прототипа Kohutian, Kleinian, или даже Lacanian? В какой степени представители различных школ разделяют хотя бы малую часть базовых понятий психоаналитической терапии? Основные понятия клинического психоанализа, например, терапевтические взаимоотношения, перенос, контрперенос, сопротивление, интуиция, механизмы защиты и правила игры, например: предложить пациенту свободно ассоциировать, использовать материал снов и заострить внимание на взаимодействиях по принципу «здесь и сейчас», - дополненные внимательным отношением, допустимой нейтральностью аналитика, дают повод поднять вопрос о том,

может ли каждый терапевт, использующий эти основные понятия с какой бы то ни было степенью точности и интенсивности, называться психоаналитическим терапевтом. Но во имя справедливости стоит отметить, что интенсивно работающие психоаналитические терапевты сформировали теоритическую доктрину и стали авторами книг и материалов, которые многие из нас тщательно изучили.

Интересно отметить, что различные группы в нашей профессии при наблюдении извне образуют психодинамическую – психоаналитическую практику. Концептуальный инструмент, сформированный со стороны Ford и Urban (1963) – «системы психотерапии» - был использован для определения главных систем в качестве психоаналитических, познавательных-поведенческих, систематических и т.д. Концептуальное разграничение было использовано при известном метаанализе результатов лечений, проведенном Grawe et al. (1994). Краткосрочные, среднесрочные и более длительные психоаналитические терапии для наблюдателя с широкими понятиями принадлежат к той же самой системе психотерапии.

Так ли необходимо поддерживать различия среди разных психоаналитических миров? Насколько мы вправе утверждать, эти различия, на взгляд пациента, не играют важной роли и, насколько мы можем судить по результатам исследований краткосрочных методов лечения, роль особых техник, ели не учитывать личность и стиль аналитика, вряд ли имеют значительное влияние на результат (Wampold, 2001).

На данный момент традиционно аналитическая цель поиска объективной правды превратилась в поиск правды повествовательной. (Spence, 1982); современные терапевтические цели разнообразны, на что указывали Gabbard и Westen (2003) : изменение бессознательных ассоциативных связей и изменение сознательных моделей мысли, чувств, мотивации и регулирование аффектов. Кроме того, техники достижения этих целей не являются единопостранственными, способствующими интуиции. Они, скорее, используют отношения в качестве двигателя терапевтического действия и других второстепенных стратегий. Их определение могут вполне поддержать множество терапевтов, практикующих психоаналитическую терапию. Принимая во внимание множество теоритических мнений, важнейшим вопросом в этих дебатах должна быть оценка терапевтических результатов.

Исследования сегодня требуют, чтобы психоаналитический материал, как эпистомологический инструмент, насколько он еще может быть полезен для внутригруппового общения, был преобразован как в эмпирические

исследования отдельных случаев (Kachele et al., 2009), так и крупномасштабные групповые исследования (Fonagy et al., 2002). Последующее немецкое исследование значительного числа примеров психоаналитических терапий с низкой и высокой частотой подтвердили предположение о том, что интенсивность терапии «per se» не отвечает за длительные удовлетворительные результаты. (Leuzinger-Bohleber et al., 2003). Для любого критического взгляда настоящая ситуация отмечена «провалом практики информировать теорию» (Fonagy, 2006), что логически приводит к совсем недавно появившейся необходимости «изучать практику по ее собственному праву (Jimenez, 2009)». Но о какой практике мы говорим? Существование множества версий психоаналитической практики на разных континентах и в разных странах, даже в городах, совершенно свободно дает понять, что такое движение в сторону практики требует открытого, свободно мыслящего всемирного психоаналитического пространства, приемлющего теоритическое и техническое разнообразие. Уже нет единой «библии» под рукой. Продвижение той или иной версии психоанализа дает множество преимуществ, независимо от того, имеют ли эти утверждения подтверждение, и очень часто они их не имеют. История психоанализа богата на утверждения, но бедна на проверенные данные.

Попытка обозначить глобальную географию психоаналитической практики путем принятия основных положений является своевременной. Вместо разделения положений, едва существующих в реальной практике, следует скорее обсуждать психоаналитические терапии по принципу концептуального родства или, по крайней мере, ближайших соседей. (Grant и Sandell, 2004; Wallerstein, 1995).

Бытует мнение, что длительные психоаналитические практики глубоки, а кратковременные, напротив, поверхностны. Эта точка зрения может быть неверной. Существуют слишком длительные психоаналитические практики лечения, не приносящие существенной пользы для пациента. Может случиться, что анализы, происходящие на знакомой территории, проходят быстрее, чем те, которые проводятся на новом месте.

Мастерство терапевта, правильное использование его знаний, возможностей и опыт могут послужить даже ускорению терапии. Аналитические практики лечения, ведущие к благоприятному исходу в короткий срок, нередко игнорируются, считаясь ненадежными с клинической точки зрения, и не способствуют профессиональному авторитету аналитика. Напротив, кажется, что чем дольше анализ, тем он

ценнее, независимо от того, соответствует ли приобретенная информация терапевтическим или теоритичеким критериям.

Многие аналитики уже не поддерживают утверждения о том, что поднятие подавленного материала до сознательного уровня и раскрытие сопротивления достаточно. Есть еще нечто большее в терапевтических задачах всех психоаналитических терапий (Stern et al., 1998). Именно Фрейд еще в 1919г. задавался вопросом : «Следует ли нам оставлять пациента наедине с сопротивлением, на которое мы ему указали? Не можем ли мы оказатъ ему другую помощь в этом вопросе помимо того, что он получает стимул в результате переноса?» (Freud, 1919, стр. 162).

У меня сложилось впечатление, что многие аналитики строят свою работу, подразумевающую заботу, поддержку и утешение, хотя мало кто делает это открыто, вербально или упоминает об этих интервенциях в публичных выступлениях (Schachter и Kachele, 2007). Забота может проявляться неявно посредством выражения или тона голоса аналитика, что аналитик сам может либо осознавать, либо нет. Akhtar (2004) описывает аналитическую работу, проведенную Helmut Thoma, как «однозначно терапевтическую, которая гибкая, но прочная, поддерживающая, но интерпретивная, а также намеренная, но в то же время спонтанная», - что находится в рамках классической терапии.

Я утверждаю, что психоаналитическая работа, как терапевтичеекое мероприятие, должно описываться термином «психоаналитическая терапия», включающем большое количество вариаций в плане сеттинга и интенсивности; границы этого объемлющего термина свободно распространяются на многочисленные разновидности психоаналитической практики. Решающие критерии состоят в благополучии пациента в виде убедительных эмпирических проявлений, подтверждающих эффективность лечения (Fonagy et al., 2002). Преодоление дихотомии (противопоставления) клинического применения психоанализа и его производных форм психоаналитической психотерапии посредством использования такого всеобщего термина сместит центр усилий психоаналитического сообщества.

Каково значение такого подхода в рамках целей психоаналитического тренинга? В моем понимании, мы должны поощрять наших кандидатов в стремлении применять разнообразные сеттинги в лечении различных пациентов, изучая разнообразные специализированные техники с психоаналитическими элементами, разработанные для нужд специфических пациентов (Bateman и Fonagy,

2004; Clarkin et al., 1999; Milrod et al., 1997), а в последствии – их способность понять, что происходит в рамках основных положений психоаналитической теории лечения.

Я категорически отвергаю положение об основных принципиальных различиях, существующих между аналитической психотерапией и психоанализом, так как это не отражает действительное положение вещей. Тренинг должен учитывать разнонаправленные стратегии, а также смягчающие аспекты, подходящие для лечения (Luyten et al., 2006). Если психоанализ все еще желает придерживаться утверждения о своем положении «*primus inter pares*», то это утверждение должно сопровождаться проявлением нашего разностороннего подхода с целью удовлетворения нужд и предпочтений пациентов путем применения психоаналитической терапии, которая “однозначно терапевтическая, гибкая, но прочная, поддерживающая, но интерпретивная, а также намеренная, но в то же время спонтанная”.

Исходя из разнообразия гетерогенного калейдоскопа психоаналитических теорий и практик, следующее заключение вырисовывается с оправданной степенью уверенности: все психоаналитические терапевты должны подходить к своей работе с большой сдержанностью. Необоснованные обвинения в адрес отдельного аналитического подхода могут помешать в проведении грандиозного эмпирического исследования, предстоящего нам.

- Ablon JS, Jones EE (2005). On analytic process. *J Am Psychoanal Assn* **53**: 541-568.
- Akhtar S (2007). Diversity without fanfare: Some reflection on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq* **27**: 690-704.
- Bateman AW, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Blatt SJ (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assn* **40**: 691-724
- Bose G (1921). *Concept of repression*. Calcutta: Parsi Bagan.
- Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE (1999). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients*. New York: Guilford Press,
- Connolly MB, Crits-Christoph P, Demorest A, Azarian K, Muenz L, Chittams J (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* **64**: 1213-1221.
- Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell S, Barber JP, Luborsky L (1999). Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychother Res* **9**: 485-495.
- Cooper AM (1987). Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *J Am Psychoanal Assn* **35**: 77-98.
- Eagle M (1984). *Recent developments in psychoanalysis. A critical evaluation*. New York: Mc Graw-Hill.
- Fonagy P (1999). Response. *Int J Psychoanal* **80**: 1011-1013
- Fonagy P (2006). The failure of practice to inform theory and the role of implicit theory in bridging the transmission gap. In: Canestri J *Psychoanalysis from practice to theory*. Editor. 69-86. West Sussex: Wiley.
- Fonagy P, Jones EE, Kächele H, Clarkin JF, Krause R, Perron R, Gerber AJ, Allison L (Eds.) (2002). *An open door review of the outcome of psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association
- Fonagy P, Kächele H (2009). Psychoanalysis and other long term dynamic psychotherapies. In MG Gelder, JJ Lopez-Ibor, N Andreasen (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2 ed.) 1337-1350. Oxford: Oxford University Press.
- Ford D, Urban H (1963). *Systems of psychotherapy. A comparative study*. New York: Wiley & Sons.
- Freud S (1909b). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. SE **10** : 1-149
- Freud S (1910d). The future prospects of psychoanalytic therapy. SE **11**: 139-151
- Freud S (1918b). From the history on an infantile neurosis. SE **17**: 1-122
- Freud S (1919e). 'A child is being beaten'. SE **17**: 175-204
- Freud S (1927a). Postscript to the question of lay analysis. SE **20**: 251-258
- Freud S (1933a). New introductory lectures on psycho-analysis. SE **22**: 5-182
- Gabbard GO, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* **84**: 823-842

- Galatzer-Levi RM, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron W (2001). *Does psychoanalysis work?* New Haven: Yale University Press.
- Gerlach A (2005). Psychoanalysis - an inspiration for Chinese culture? *Taiwan Center for the Development of Psychoanalysis* May 3rd.
- Gill MM (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Assn* **2**: 771-797.
- Gill MM (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *Int Rev Psychoanal* **11**:161-179.
- Glover E, Brierley M (1940). *An investigation of the technique of psycho-analysis*. London: Baillière, Tindall & Cox.
- Grant J, Sandell R (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Richardson P, Kächele H, Rendlund C. editors. 81-108. London: Karnac.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.*, Göttingen: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- Hoegland P (2004). Analysis of transference in psychodynamic psychotherapy: a review of empirical research. *Can J Psychoanal* **12**: 279–300.
- Jiménez JP (2002). Chile, and psychoanalysis. In: Erwin E (Ed.) *The FREUD Encyclopedia. Theory, therapy, and culture*. 83-84. New York: Routledge.
- Jiménez JP (2009). Grasping psychoanalysts' practice in its own merits. *Int J Psychoanal* **90**: 231-248.
- Kächele H (1994). Book Review: "Interaction and interpretation: Psychoanalysis or psychotherapy?" By J. Oremland, with a critical evaluation by M. M. Gill. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1991. *J Am Psychoanal Assn* **42**: 919-925.
- Kächele H (2001). Book Review: Does psychoanalysis work? By Robert M. Galatzer-Levi, Henry Bachrach, Alan Skolnikoff, and Sherwood Waldron. New Haven: Yale University Press. *J Am Psychoanal Assn* **49**: 1041-1047.
- Kernberg OF (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic therapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Int J Psychoanal* **80**: 1075-1091.
- 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. *Int J Psychoanal* **84**: 263-290
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). *Understanding transference*. 2nd ed. New York: Basic Books.
- Luria A (1924). Russian Psycho-Analytical Society. *Bul Int Psychoanal Assn* **5**: 258-261.
- Luyten P, Blatt SJ, Houdenhove B van, Corveleyn J (2006). Depression research and treatment: Are we going skating where the puck is going to be. *Clinical Psychology Review* **26**: 985-99.
- Milrod BL, Busch FN, Cooper AM, Shapiro T (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Shahar G, Blatt SJ (2005). Benevolent interpersonal schemas facilitate therapeutic change: Further analysis of the Menninger Psychotherapy Research Project. *Psychother Res* **15**: 1-4

- Sandell R (2007). Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: *Psychoanalyse heute?! Springer A, Münch K, Munz D. editors, 461-481. Giessen: Psychosozial-Verlag.*
- 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. *Psychother Res* **17**: 201-211.
- Sandler J (1982). Psychoanalysis and psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: *Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy in psychoanalysis.* Joseph E, Wallerstein RS Editors. 39-47. New York: International University Press.
- Sandler J (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* **64**: 35-45.
- Schachter J, Kächele H (2007). The analyst's role in healing: Psychoanalysis-PLUS. *Psychoanal Psychol* **34**: 429-444.
- Schachter J, Kächele H (2009). The couch in psychoanalysis. *Contem Psychoanal* submitted.
- Schlessinger N, Robbins FP (1983) *A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences.* New York: International Universities Press.
- Spence DP (1982). Narrative truth and theoretical truth. *Psychoanal Q* **51**: 43-69.
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschweiler-Stern N, Tronick EZ (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal* **79**: 903-921.
- Thomä H, Kächele H (1987). *Psychoanalytic Practice, vol 1: Principles.* Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo; Springer; paperback New Jersey: Aronson 1994.
- Vaidyanathan T, Kripal J (Eds.) (1999). *Vishnu on Freud's desk. A reader in psychoanalysis and hinduism.* Oxford: Oxford University Press.
- Varvin S (2008). What do we know about what works in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: Research findings, clinical experience and experience from psychotherapy in China. *5th World Congress for Psychotherapy, Beijing Oct 12-15.*
- Wallerstein RS (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clin Psychol* **57**: 195-205.
- Wallerstein RS (1995) *The talking cures. The psychoanalyses and the psychotherapies.* New Haven: Yale University Press.
- Wampold B (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Prof. Dr. med. Dr. phil.

Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm,
Am Hochstraess 8, 89081 Ulm, Germany

horst.kaechele@uni-ulm.de,

<http://www.horstkaechele.de>