

Возможно ли измерить контрперенос?

Хёрст Кехеле (Берлин) и Ингрид Эрхард(Мюнхен)

Резюме

Эмпирические исследования процесса лечения длительное время – по важным причинам – избегали даже просто попробовать измерить контрперенос, хотя этот аспект психоаналитической работы приобрел движущую силу на протяжении последних декад.

Наш доклад сообщает о различных усилиях подхода к этой методологии для измерения столь неуловимой концепции. Разграничение между привычными моделями контрпереноса и ситуативно- аффективных реакций представляется как наиболее полезный путь подхода к этому вопросу.

Цитата из Томэ и Кехеле (1987) том 1, часть три:

„Фрейд рассматривал контрперенос, даже тогда, когда он впервые открыл его (1910), как такой, что связан с переносом пациента динамическим путем. Он "вырастает в нем [враче] как результат влияния пациента на его бессознательные чувства " (Freud 1910d, p. 144). Фрейд подчеркивал, что "ни один психоаналитик не идет дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления " (1910d, p. 145). Таким образом, для аналитика необходимо пройти тренинговый анализ для того, чтобы освободиться от своих "слепых пятен".

..... Тот факт, что "поправка на личные особенности" аналитика (Freud 1926e, p.220) все равно останется даже после того, как влияние контрпереноса преодолено (i.e., идеально, ликвидировано) был с сожалением принят как неизбежный. Фрейд надеялся, что тренинговый анализ приведет к далеко идущему уравниванию личных особенностей, и однажды между аналитиками будет достигнуто удовлетворяющее всех соглашение (Freud 1926e, p.220).“

В этой лекции мы пересматриваем, как эта ускользающая техническая концепция становится темой в систематичном исследовании лечения – научной деятельности, которая началась в пятидесятых годах в центрах психоаналитических эмпирических исследований.

Первые попытки ухватить феномен контрпереноса использовали способность клинициста идентифицировать проблемы контрпереноса в клиническом материале.

Простая стратегия состояла в использовании шкал, включающих список некоторого числа технических концепций, таких как перенос, сопротивление и контрперенос, которые были квалифицированы на не-параметрическом измерении, ранжированном от нуля до четырех.

Эти рейтинги могли бы быть предоставлены внешними наблюдателями, как в экспериментальных исследованиях Беллака и Смита (1956) или даже самими лечащими терапевтами, как в работах исследовательской группы Люборского в Филадельфии.

Четыре терапевта, проводившие психоаналитическое лечение на протяжении длительного периода времени, должны были каждую неделю оценивать степень выражения этих концепций на терапевтическом оценочном листе (Графф и Люборский 1977). Кроме оценивания таких способностей пациента как отражающая, рецептивная, тревожная, депрессивная, враждебная, уровня переноса в смысле является ли он манифестным или латентным, позитивным или негативным, оценка давалась уровню сопротивления, количеству снов, виду данной интерпретации, и, в конце концов терапевты должны были оценить свои собственные эмоциональные реакции на материал последней недели.

Кто-то, возможно, захочет поинтересоваться, насколько легко или трудно было для участвующих аналитиков просто суммировать в одной оценке в неделю непрекращающийся процесс саморефлексии. В том же году это исследование было опубликовано Люборским и его младшим коллегой Зингером, где был сделан вывод о невозможности уловить контрперенос при помощи формальных методов исследования (Зингер и Люборский 1977). Группа исследователей из Ульмского университета, изучающая этот процесс, начала с подобных задач. В начале 70х годов, когда профессор Томэ записывал свой первый психоаналитический случай Кристиана Вая, второй аналитик, доктор Розенкёттер, прослушивал запись и сделал аналогичное профессору Томэ заключение. Анализ данных привел к очень неутешительным результатам. Фактический анализ ясно продемонстрировал, что оба аналитика: лечащий и наблюдающий пришли к решению на основе одного фактора: сессия была позитивной или негативной в смысле переноса и контрпереноса. Взаимозависимость обеих клинических концепций была очень существенна. Принять эти открытия как подтверждение клинической связи между обеими концепциями было бы слишком легким выходом.

Может быть, эти исследования были слишком просты, чтобы подойти поближе к феномену. К счастью, профессор Бекман из Департамента психосоматики в Гессене

опубликовал в 1974 году настоящее экспериментальное исследование по проблеме предрасположенности к контрпереносу. Применяя психоаналитически информативный, но выглядевший как психометрический, опросник - тест Гессена – который был разработан профессором Рихтером и им самим (Бекман и Рихтер 1972) – он изучил реакции восьми кандидатов - психоаналитиков, которые наблюдали через одностороннее окно за шестнадцатью пациентами, проходящими первичное психоаналитическое интервью. Пациенты и кандидаты должны были заполнить один и тот же опросник о себе, и кандидаты должны были описать всех пациентов, пользуясь определенным инструментом. Применяя много сложной статистики, он смог наконец-то представить достаточно сильные результаты (Бекман 1974). Кандидаты, обладающие более высоким уровнем нарциссических черт, преувеличивали уровень депрессивных черт в пациентах; и наоборот - кандидаты, обладающие более высоким уровнем депрессивных черт, преувеличивали уровень обсессивности в пациентах; и кандидаты с более высоким уровнем обсессивности преувеличивали степень обсессивности в пациентах.

Повторяя впоследствии эксперимент на более позднем этапе обучения кандидатов, степень завышения была значительно снижена, но влияние личной диспозиции не исчезло (Бекман 1988). Хорошее подтверждение идеи Фрейда о влиянии личных особенностей было продемонстрировано экспериментальной работой. Более того, вследствие этого исследования стало ясно, что было бы благоразумно представить контрперенос в терминах модели структура – черты характера. Как индивидуумы с достаточно стабильной личностной структурой, каждый из нас обладает некоторой предрасположенностью, привносящей личные качества в первую клиническую встречу, которые, скорее всего, оттеняют наш взгляд на клинические проблемы: это есть особенный аспект каждого контрпереноса. В дополнение к этому конкретные клинические случаи могут привести к большей или меньшей актуализации этой предрасположенности.

Сейчас поговорим о том, что нам известно на сегодняшний день как формальное эмпирическое исследование. Для вас не будет сюрпризом, что большинство исследователей не изучают непосредственно психоаналитические лечения, но в основном – психодинамическую психотерапию. К счастью, последний обзор положения дел был предоставлен Хайесом и его коллегами в 2011 году.

Они сделали обзор трех метаанализов; первый фокусировался на влиянии контрпереноса на исход лечения, второй фокусировался на вопросе влияет ли

способность управлять контрпереносом на уменьшение контрпереносных чувств и третий демонстрировал, действительно ли управление контрпереносом улучшает результат.

1. Метаанализ: 10 исследований с N = 769 пациентов
2. Метаанализ: 11 исследований с N = 1065 пациентов
3. Метаанализ: 7 исследований с N = 478 пациентов

Инструментом, использованным всеми названными исследованиями, был *Реестр Факторов Контрпереноса*, существующий в трех версиях: РФК¹ с 50 пунктами, РФК-R² с 27 пунктами или РФК-D³ с 21 пунктом.

РФК охватывает особенности терапевтов, описывающие их обращение с контрпереносом, соответственно, как терапевт работает в терапевтической ситуации. Инструмент состоит из пяти под-шкал: само-инсайт, само-интеграция, управление тревогой, эмпатия, способность к абстрактному мышлению. РФК может быть использован как инструмент самооценки или применен экспертом, например супервизором.

Ниже следует упрощенная презентация результатов метаанализов:

1. Контрперенос - ответы демонстрируют значительно негативную, хотя численно низкую корреляцию с результатами лечения ($r = -.16$, $p = .002$)

Таб. 1 Исследования отношения между контрпереносом и результатом

Автор	Пример	Дизайн	Условия	p
Мор, Гелсо и Хилл (2005)	N=88 Pat./ 27 Th. ^a	корреляция	Лабор	0.37
Мейерс и Хайес (2006)	N=224	эмпирически й	Лабор	0.28
Катлер (1958)	N = 5 Pat, 2 Th. ^a	корреляция	естественные	0.30
Розенберг и Хайес(2002b)	N = 1 Pat, 1 Th.	корреляция	естественные	0.42
Лигер и Гелсо (2002)	N = 50 ^a	корреляция	естественные	0.01*
Хайес, Рикер и Инграм (1997)	N = 20 Pat, 20 Th. ^a	корреляция	естественные	0.08*
Хайес, Йе, и Айсенберг (2007)	N = 69 Pat, 69 Th.	корреляция	естественные	0.40

¹ Van Wagenor et al. 1991

² Gelso et al. 2002

³ Hayes et al. 1991

Натт, Вильямс и Фос (2005)	N = 18 Pat, 18 Th.	корреляция	Лабор	0.07
Йе и Хайес (2010)	N = 116	эмпирически й	Лабор	0.00
Бандура, Липшер и Миллер (1960)	N = 12 Pat, 17Th.	корреляция	естественные	0.04*

^a Терапевтами были студенты, проходящими психоаналитическое обучение; $p \leq .05^*$; $p \leq .01^{**}$

2. Факторы управления контрпереносом играют незначительную роль в смягчении реакций контрпереноса ($r = -.14$ $p = .10$)

Таб.2 Исследования отношений между контрперенос-менеджментом и контрпереносом

Автор	Пример	Дизайн	Условия	p
Гелсо, Фассингер, Гомез и Латтс (1995)	N= 68 ^a	эмпирически й	Лабор	0.40
Роббинс и Джолковский (1987)	N= 58 ^a	корреляция	Лабор	0.38
Форестер (2001)	N= 96	корреляция	естественные	0.17
Холосси (2007)	N= 206	корреляция	естественные	0.19
Хайес, Рикер и Инграм (1997)	N=20Pat/20T ^a	корреляция	естественные	0.22

3. Успешное управление контр-переносом значительно соотносится с лучшим результатом лечения ($r = .56$, $p = .000$)

Таб.3 Исследования отношения между контрперенос менеджментом и результатом

Автор	Пример	Дизайн	Условия	p
Розенберг и Хайес (2002b)	N= 1 P, 1 T	корреляция	естественные	
Фаус и Вильямс (2005)	N=17P, 17T	корреляция	Лабор	
Натт Вильямс и Фаус (1995)	N= 18P, 18T	корреляция	Лабор	
Гелсо, Латтс, Гомес и Фассингер (2002)	N= 63P, 32	корреляция	естественные	
Пибоди и Гелсо (1982)	N= 20P, 20T	корреляция	Лабор	
ВанВагонер, Гелсо, Хайес и Димер (1991)	N= 122	эмпирически й	Лабор	
Латтс (1996)	N= 77P, 77T	корреляция	естественные	

Соответствующий способ управления контрпереносом зависит в основном от личных качеств терапевтов. Если они демонстрируют определенные черты (напр. самоанализ) или могут выполнить некоторые упражнения (напр. медитацию), они, скорее всего, справляются со своим контрпереносом. Однако, определенные черты пациентов также играют роль, некоторые пациенты (напр. пограничные) генерируют реакции контрпереноса, которыми в большинстве случаев трудно управлять. Поэтому демонстрируемая негативная корреляция между контрпереносом и результатом может быть опосредствована особенностями пациента.

Совершенно ясно – также подтверждено формальным исследованием лечения – что отыгрывание контрпереносных чувств не является благоприятным для результата лечения. Способность управлять ответами контрпереноса отражающе, поддерживает позитивные результаты терапевтических усилий. Эмпирическое подтверждение гипотезы контрпереноса- взаимодействия, согласно Гелсо и Хайесу (2007), которые утверждают, что пациент и терапевт различным образом способствуют контрпереносу, показывает, что каждый отдельный пациент по-разному взаимодействует с определенными конфликтами терапевта. Таким образом, ключ к терапевтической полезности контр-переноса находится в связи теории и личного знания. (Поланы 1958).

Эта идея разнооформности привычных контрпереносов была недавно рассмотрена исследовательской группой Дрю Вестен в Атланте. Доклад Бетана и Вестена (2009) начинался с достаточно типичной клинической иллюстрации, в которой, как увидит каждый опытный клиницист, вовлечен вопрос контрпереноса:

„Сначала пациент критиковал стиль терапевта, выбор слов и попытки выразить его реакции. В большинстве случаев, когда терапевт осмеливалась говорить, ее слова вызывали у пациента вспышку гнева. Он требовал, чтобы терапевт повторяла дословно слова, которые он хотел слышать, и, казалось, что он не мог выдержать ничего, кроме совершенного и абсолютного отзеркаливания.

Парафраз, использование синонимов, указание на контролирующее качество его требований вызывало натиск критицизма к личности терапевта с обвинениями в жестокости, лицемерии и даже бесчеловечности.

Попытки пациента дегуманизировать и уничтожить терапевта усиливались в периоды постоянных посещений. Обычно, однако, пациент опаздывал на 30 минут, если вообще приходил.

Интерпретации того, что Марио необходимо контролировать взаимодействие и

страх отличий вместе с попытками изложить понимание терапевтом связи между ранним опытом Марио и представлением в лечении, иногда, казалось, успокаивали его гнев и продвигали сотрудничество. Однако, в другое время, он переживал эти интервенции как отказ терапевта и отвержение, что усиливало его тревогу и ярость. Перед лицом продолжающихся межличностных атак становилось все труднее для терапевта совладать со своими мыслями. Она чувствовала себя напряженной и задыхающейся, а также злой в ответ на то, что она испытывала на попытки Марио ее контролировать. Перед каждой встречей, ожидая придет ли Марио, терапевт надеялась, что он пропустит встречу, боялась, что он появится и беспокоилась о его самочувствии “ (Бетан и Вестен, 2009, стр. 179).

В этой работе Бетан и Вестен указали, что исследование, связанное с контрпереносом, ряд аналогичных изучений определили контрперенос как реакцию терапевта на пациента, которая полностью основана на нерешенных конфликтах терапевта и, как результат, вводит в действие контрперенос в смысле избегающего поведения терапевта (напр. осуждение, молчание, игнорирование, неверное обозначение и изменение темы). Эти исследования фокусируются на негативном контрпереносе и ограничены тем, что контрперенос говорит нам о терапевтах. Более того, исследования не изучают специфические внутренние эмоциональные ответы или мысли, ассоциируемые с реакциями контрпереноса.

Для того, чтобы понять специфику вовлеченности терапевтов, они создали *Опросник Контрпереноса* (Бетан и др. 2005), чтобы измерить диапазон когнитивных, аффективных и поведенческих ответов терапевта своим пациентам. Они заявляют, что это только одно широкое измерение контрпереноса с экологической достоверностью в его применении к непосредственно изучаемым реакциям контрпереноса терапевтов в лечении пациентов. *Опросник Контрпереноса* эмпирически обоснованное и надежное измерение контрпереносных ответов, которое может быть применено к ряду диагностических и клинических популяций. Авторы были особенно заинтересованы в изучении отношений между патологией личности пациента и реакциями контрпереноса для того, чтобы проверить клинически выведенные гипотезы, которые никогда не подвергались эмпирическому исследованию. Чтобы представить, как конкретно работает такой инструмент, здесь докладываются некоторые детали о самых ярких факторах, идентифицированных Бетаном и Вестеном:

Фактор 1, Ошеломленный/дезорганизованный (коэффициент альфа = .90), вовлечено желание избегать пациента и сильные негативные чувства, включая страх, отвращение и негодование.

- Я чувствую себя обиженным, работая с ним/ней. 72
- Я хотела никогда не брать его/ее как пациента. 71
- Когда я проверяю телефонные сообщения, я чувствую тревогу или страх, что там будет одно от него/нее. 69
- Она/он пугает меня. 67
- Я чувствую, что он/она меня использует или мною манипулирует. 62
- Я отвечаю на его/ее звонки не так быстро, как другим пациентам. 61
- Я звоню ему/ей между сессиями больше, чем моим другим пациентам. 60
- Я думаю или фантазирую об окончании лечения. 59
- Я чувствую себя оскорбленным им/ею. 55
- Я чувствую принужденным устанавливать очень жесткие границы с ним/ней. 54
- Я чувствую, что я сержусь на него/нее. 52
- Я чувствую себя отверженным им/ею. 50

Фактор 2, Беспомощный/Неадекватный (коэффициент альфа = .88), охвачен чувством неадекватности, некомпетентности, беззащитности, беспомощности и тревоги.

- Я чувствую, что не могу помочь ему/ей или я беспокоюсь, что не смогу помочь ему /ей .84
- Я чувствую себя некомпетентным или неадекватным, работая с ним /ней .80
- Я чувствую себя беспомощным, работая с ним/ней .78
- Я думаю, ей /ему будет лучше с другим терапевтом или в другом виде терапии. 67
- Я чувствую себя оглушенным его /ее потребностями .62
- Я чувствую себя менее успешным, помогая ему /ей, чем другим пациентам .62
- Я чувствую тревогу, работая с ним/ней .61
- Я чувствую себя сбитым с толку во время сессий с ним/ней .52

Фактор 3, Позитивный (коэффициент альфа = .86), характеризуется переживанием позитивного рабочего альянса и близких отношений с пациентом.

- Я с нетерпением жду сессий с ним/ней .69
- Она/он - один из моих любимых пациентов .67
- Он/она мне очень нравится .67
- Я нахожу захватывающим работать с ним/ней .58
- Я очень надеюсь на успех, который он/она делает или очень очевидно, что сделает в лечении .52
- У меня есть проблемы с соотношением чувств, которые она/он выражает. 48
- Если бы она/он не был моим пациентом, я мог бы себе представить, что мы друзья .44
- Я чувствую как будто бы я понимаю его/ее .43
- Мне приятно и я испытываю чувство удовлетворения после сессий с ним/ней. 43

Фактор 4, Особенный/Слишком вовлеченный (коэффициент альфа =.75), указывает на ощущение, будто бы пациент особенный по сравнению с другими пациентами, и “мягкие знаки”, указывающие на проблемы с установлением границ, включая самораскрытие, прекращение сессии во время, и чувство вины, ответственности, или излишней заботы о пациенте.

Я открываю свои чувства с ним/ею больше, чем с другими пациентами.64

Я самораскрываюсь больше о моей личной жизни с ним/ней, чем с другими пациентами.64

Я делаю для него/неё что-то таким образом, как я не делаю для других пациентов.52

Я чувствую себя виновным, когда он/она недомогает или ему/ей становится хуже, как будто бы я каким-то образом ответственен.39

Я заканчиваю сессии с ним/ней позже чаще, чем с другими пациентами.39

Структура фактора предлагает комплексный портрет процесса контрпереноса, который выделяет нюансы реакции терапевтов по отношению к пациентам.

Измерения ясны и выходят за пределы поверхностного разделения между «позитивным» и «негативным» контрпереносом.

Так, они определили особые виды негативного контрпереноса – например, чувства ошеломленности и дезорганизации, незащитности и неадекватности, изоляции или дурного обращения с пациентом.

Точно также, сексуализированные, особые/слишком вовлеченные, и родительские/защитные факторы - все предлагают присоединение или близость, но с особыми клиническими корнями и последствиями для лечения.

Кроме того, для иллюстрации потенциального клинического и эмпирического использования инструмента, они докладывают о прототипах “средне приемлемых” контрпереносных ответов при работе с пациентами с расстройством личности. Определение особенного контента и домена контрпереноса могут помочь терапевтам понять и предвидеть их реакции на пациентов, а также дальнейшее прояснение как контрперенос влияет на клиническую работу и может иметь диагностическую ценность.

Несмотря на то, что клиническая литература богата убедительными описаниями реакций терапевта, эмпирическое исследование контрпереноса, как оказалось в клинической практике, избегает субъективности в клиническом наблюдении, которое в основном основывается на клиническом опыте одного автора с ограниченным количеством случаев.

Опросник Контрпереноса, использованный с практическим сетевым подходом,

позволил им объединить опыт множества клиницистов и таким образом определить общие паттерны контрпереносных реакций, которые не явно видны отдельному наблюдателю или даже из глубинного обзора клинической литературы. Определение специфических доменов контрпереноса может помочь терапевтам в увеличении уверенности и управлении разнообразными реакциями, которые мы можем иметь по отношению к нашим пациентам.

Какую пользу такой вид исследования имеет для обучения молодых менее опытных терапевтов? Скорее всего, он может помочь неопытным, начинающим специалистам идентифицировать его или ее эмоциональные реакции по отношению к трудно излечимым пациентам. Оно может быть использовано в супервизии, направляя внимание к избытию потенциальных реакций.

Возвращаясь к их клиническому примеру, авторы констатируют:

„Терапевт Марио осаждена чувствами подобными тем, которые описаны в нашем прототипе контрпереносных реакций по отношению к нарцисстическим пациентам. Фрустрированная и обиженная невозможностью Марио признать терапевта как отдельное лицо, терапевт находит себя отброшенной: она сознательно желает, чтобы Марио ушел из лечения, сожалея, что она взяла его в пациенты и, чувствуя себя освобожденной, когда он пропускал сессию. В моменты, когда она не могла отдаться своим мыслям, она была отделена от пациента и от лечения. В моменты, когда она не могла заставить себя повторить слова Марио, она отказывала в его переносных потребностях отзеркаливания, не в состоянии вынести того, чтобы стать просто “обезличенной функцией” (Кохут 1959), которая механически повторяет слова пациента, чтобы подтвердить его ощущение себя (Бетан и Вестен 2009, стр.191).

Доклад об исследовании контрпереноса не может закончиться до того, пока мы не упомянем о микроскопическом уровне терапевтического взаимодействия. Нью-Йоркский исследователь, психоаналитик Хартвиг Даль и его коллеги много лет назад написали о „примерах контрпереноса синтаксических выражений отдаленных содержаний “ (Даль и др. 1978). На самом деле существуют разнообразные возможности как бессознательное с его эмоциональными и когнитивными компонентами может влиять на создание разговорного языка (речь в смысле де Соссюра). Фрейд в своей основополагающей работе „Психопатология обыденной жизни“ (1901) дал прекрасные примеры, которые могут привести наше внимание к меньшим примерам контрпереносных реакций. Один из моих любимых примеров

такого маленького контрпереноса следующий: один хорошо известный терапевт предложил своей пациентке звонить ему, если у нее будут неприятности. Когда та ему позвонила, он незамедлительно ответил: „Что опять случилось?“ – Я думаю, он бессознательно обманывал себя, когда предложил ей позвонить ему снова. По всей вероятности то, что он понял – из клинической работы и научных исследований - это то, что различные контрпереносные реакции – неизбежно неотъемлемая часть работы с трудными пациентами.

Библиография

- Beckmann D (1974) *Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung.* Huber, Bern Stuttgart Wien
- Beckmann D (1988) Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: Kutter P, Pàramo-Ortega R, Zagermann P (Hrsg) *Die psychoanalytische Haltung.* Verlag Internationale Psychoanalyse, München, pp 231-244.
- Beckmann D, Richter H-E (1972) *Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik.* Huber, Bern
- Bellak L, Smith MB (1956) An experimental exploration of the psychoanalytic process. *Psychoanal Quart* 25: 385-414
- Betan E, Heim AK, Conklin CZ, Westen D. (2005) Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *Am J Psychiatry* 162: 890–898.
- Betan EJ, Westen D (2009) Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In: Levy RA, Ablon JS (Eds) *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice.* Humana Press, New York, pp 179-198
- Dahl H, Teller V, Moss D, Trujillo M (1978) Countertransference examples of the syntactic expression of warded-off contents. *Psychoanal Quart* 47: 339-363
- Freud S (1901) *Psychopathology of Everyday Life.* Standard Edition 6
- Graff H, Luborsky L (1977) Long-term trends in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. *J Am Psychoanal Ass* 25: 471-490
- Hayes, JA, Gelso JCh & Hummel AM (2011) Managing countertransference. *Psychotherapy* 48: 88-97
- Kohut H. (1968) The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *Psychoanal Study Child* 23: 86–113.
- Polanyi M (1958) *Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy.* Routledge & Kegan Paul, London
- Singer BA, Luborsky L (1977) Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In: Gurman AS, Razin AM (Eds) *Effective Psychotherapy.* Pergamon Press, Oxford, pp 433-451
- Thomä H, Kächele H (1987) *Psychoanalytic Practice. vol.1: Principles* Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo 1987
Softcover reprint: (1994) by Jason Aronson Inc., New Jersey;
Tratat de Psihanaliza contemporana. Fundamente. Editura Trei, Bukarest, 1999

Prof. Dr.Dr Horst Kächele
 International Psychoanalytic University
 Stromstr.3
 10555 Berlin
 horst.kaechele@ipu-berlin.de