

どのように「失敗」が精神分析的関係性の中に現れるか？ Tamir 論文『心理療法における共感と失敗』へのコメント

指定討論者 富樫 公一 Ph.D., L.P.*

池 志 保** 訳

よく練られたプレゼンテーションにおいて、Yossi Tamir は女性患者との治療的な分析作業を注意深く推敲することで精神分析的な心理療法における共感と失敗を論じている。彼は、臨床における精神分析は「科学としての精神分析の発展に不可欠な部分」であるにもかかわらず、失敗を適切に探究していないと主張してプレゼンテーションを開始している (p.1)。そして、自己心理学と関係精神分析の現代の理論家は失敗の議論にかなりの力を注いだが、これらの失敗を過大評価または理想化する傾向があり、その議論は理論的アプローチの利点および有用性を強化するためにのみ使用されていると Tamir は述べている。Tamir は失敗の意味を十分に説明するために、セラピストと患者の主観との間に交差する空間を作り出す共感に注意を払う必要があると強調している。

Tamir は共感が傾聴、理解、応答性の3つの要素で構成されているとみなしている。傾聴は Tamir によると、主に感情の周辺に組織されるという。これは主に、患者の感情、連想、記憶に焦点を当てたものであり、「分析治療独自の二人一組の出会いの間に存在し、感情領域を目的無く漂う瞑想状態」(p.2) の中にある。理解は患者の情動体験を認知的に理解することを含む。このプロセスでは、セラピストの理論的知識が重要であると強調しているが、「理論モデルへの頑固な遵守」(p.3) が共感の失敗を生み出す可能性があるとも警告している。彼が提案しているのは、「内的な共感的対話、メンタル・ワンダリング」(p.3) であり、それは「長期にわたって蓄積された個人的かつ理論的な知識によって影響を受け、新しい方向性の価値を見出すことによって」(p.3) 共感的に理解される患者の主観性である。応答性は、「セラピストの積極的な在り様に

関係する」臨床的共感の要素である (p.3)。すなわち、セラピストの合意は「患者のニードに対応する適切な存在」である (p.4)。

この論文で Tamir は、共感の3つの要素間の適切なバランスが欠如したあたりで失敗が組織化されることを示唆している。20代半ばの女性患者である Michelle との分析作業についての彼の美しい議論では、彼は自分自身の応答性を探索している。論文の結びにあたって「共感的応答は私の理解から生じたものであるが、「理解していること」を伝えることに主眼を置いていた。つまり、彼女の感情状態を映し返し、彼女の父親との特別な関係を承認し、彼女が絶え間なく痛みと孤独を感じ、共有することを許容し、彼女がトラウマを徹底操作する個人的な調律と時間を容認することだった」と結論づけた (p.10)。Tamir にとって、治療の成功または失敗からの成功は、セラピストの適切な共感的応答性によってなされる。すなわち共感的応答性は、セラピストが患者の情動体験を理解することによって組織されており、つまり理解は患者の感情状態に注意を払うことで組織化されるということである。そして失敗と成功は、セラピスト (と患者) がこれら共感の3要素の間の繊細なバランスをいかに最適に維持するかにかかっている。

Michelle との分析作業を描写する中で、Tamir は、彼女が男性との関係に不満を持ち、無力感を覚え、社会活動や人間関係に身を置くことができなと感じていたと語っている。彼女は自分の潜在能力に合わない単純な仕事を選ぶ傾向にあったが、即座に疲れて、すぐに辞めていた。これらの問題は、父親が亡くなった直後に現れており、Tamir との分析作業を始める6年前のことであった。

* 甲南大学 文学部人間科学科 教授/栄橋心理相談室

** 福岡県立大学大学院人間社会学研究科 心理臨床専攻 講師

Michelleは父親と非常に親密な関係にあった。父娘はダンサーとしての活動を通じて強く結ばれていた。父親が死んだ後、彼女は落ち込み、ダンスを断念していた。彼女は舞台女優になるという夢を大切にしていたが、オーディションではすべて失敗していた。

セラピストとしてTamirはまず、彼女のうつ病と無力感について、父親を喪失したことによる長引く悲嘆反応として理解していた。この理解は治療のこの段階では適切であるように思われ、彼女とTamirが悲哀をワーク・スルーしたことでうつが軽くなっていた。しかし、彼女の無力感と停滞感は明らかな変化を示さなかった。

TamirはMichelleの変化のない精神状態を彼の失敗とみなし、代替の理論モデルを探したと述べている。Winnicottの著作に導かれ、Tamirは「幼少期の夢を諦めるためには、必要なだけずっとそこに（夢とともに、また夢の中に）留まることが必要だ」（p.8）と思い至り、彼女に「現実についての問い」（p.8）を試みるべきではなかったことに思い至った。

この認知的方向を決定した後、Tamirは対応する「感情的な」答えを探した。そして彼は「内的な共感的対話」に没頭した（p.8）。彼は以前の患者との分析作業を思い出し、その患者を理解することへの失敗を修復しようと努め、彼の情動体験に反映させた。

このプロセスを通して、彼は女優になるというMichelleの夢を新たに理解し、この夢に参加して彼女のオーディションに熱狂するまでになった。彼はこの参加をセラピストの共感的応答性の例としている。

Tamirは遂に、野心を熱心に追い求めることをしないMichelleの無力感は、幼少期のエディパルな夢に付随する病理学的問題ではなく、自身の特別な才能を「大衆と世の中（父親を彼女から遠ざけた『世の中』（p.8）に」捧げることへの躊躇が原因であったことを理解した。この解釈に基づく行動は、Michelleの精神状態を変えたことで成功を証明された。彼女は積極的に俳優学校のためのオーディションに打ち込み、セッションでモノローグのリハーサルのための聴衆としてセラピストを使い始めた。Tamirは「非常に積極的で、情熱的に参加し、拍手を送る聴衆になった」（p.9）が、それを彼は共感的応答性として理解した。

セラピーが終わりに向かうにあたって、Tamirによれば、彼はもう一つの失敗を体験した。Michelleが自ら選んだモノローグの一つは、父親に憧れる少女のことだった。TamirはMichelleの選択を父親に対する彼女の気持ちを表すものと解釈した。これを聞いて

Michelleは静かになり、次のセッションでも黙ったままになった。Tamirは、一般的な心理学的理解に気を取られてはいけなかったことに気付き、解釈を課すよりもむしろ、彼女が演じる仕事に参加することについて、シンプルに熱意を共有すべきであったことに気づいた。修復のために彼は彼女の心の中の力動的なプロセスから注意をそらし、もう一度共にリハーサルのセッションに没頭した。

Tamir論文の価値は、分析的失敗を伴いながらもセラピストの共感的参与に不可欠な視点と感受性を提供している点にあることが分かる。彼の思慮深い議論と、臨床ヴィネットの美しい推敲は、共感の3つの要素のバランスをいかに保つかの例を我々に示してくれたものと思う。この感受性を持つことで、私たちセラピストは不可避免的に生じる失敗を、患者にとってより小さいトラウマの水準で留めておける。この論文はセラピストがその瞬間、瞬間の思考を明示することで、セラピストがそのような失敗を認識し、自分自身を共感モードに入れるようにしてくれるものである。

私はTamirがこの論文で詳述しなかった問題について、私の考えを加えたいと思う。もっとも、彼がもっと時間があれば論じていたものであると思うが。これは決して彼の結論との意見の不一致ではなく追加であって、私は議論の後に彼がこの問題についてさらに詳しく説明すると確信している。

Tamir論文は共感と失敗という2つの極に基づいているが、大多数の議論は失敗よりも共感の極を中心にして行われている。そこで私は失敗についての考えを加えたいと思う。

失敗は簡単に理解することができない概念である。Tamirが指摘するように、現代自己心理学者やリレーショナル・アナリストの多くはこの問題に特別に注意を払い、その現象を詳述した。しかしこれらの思想家の大部分は、精神分析において失敗を定義することは容易ではないことを強調している（Greenberg, 1988; Chessick, 1996; Goldberg, 2012）。Chessick（1994）は次のように述べている。「必ずしもすべての中断例が治療の失敗ではなく、すべての成功例が終結ではない。心理療法の成功または失敗を定義することは必ずしも容易ではないし、失敗、行き詰まり、中断などの臨床上の危険的期間を認識することも必ずしも容易ではない」（p.194）。

どのように精神分析的関係性の中で失敗が現れるのだろうか？セラピスト（および患者）がどのように、そしてどのような文脈でもって現象を失敗として認識

するのだろうか？私たちが「失敗」の用語を使う際、私たちは、しばしば失敗があたかも実体や事実として存在しているかのごとく前提にして使用している。この前提に基づいて、伝統的な精神分析では失敗を標準的な治療手順からの逸脱と呼んだり、あるいは治療者が「適切な」治療解釈に従って、「進展しない患者」と呼んだりする傾向がある。しかしながら現代の思索家は、この観点が治療上の成功の意味を無理に強いたり、治療領域のあらゆる可能性を遮断したりする可能性があるという警告している（Goldberg, 2012）。

このような観点から Tamir ケースのヴィネットを次のように見てもらいたい。セラピーの始め、彼は Michelle の基本的な問題は、父親の喪失に対する長く続く悲嘆であると理解し、このレンズを通して治療的視点を維持していた。しかしながらこの解釈は、分析作業が進むにつれて不十分とみなされたが、必ずしも誤解や誤った理解ではなかった。彼の解釈は当初、一定の効果をj得ていた。この文脈で言えることは、この理解はある特定の関係における特定の瞬間には不十分であったが、別の関係性モードにおける別の瞬間には十分であったということである。Tamir はそれを「失敗」として扱っているが、彼の理解は必ずしも理解の失敗や共感の失敗ではなかったのである。

別の言葉で言えば、失敗は文脈に強く依存する概念である。失敗は治療上の関係性ので事実や実体としては存在しないが、患者とセラピストとの間の関係性において特定の瞬間に主観的体験として現れる。Michelle のケースでは、その瞬間は喪の作業が背景に退いた時に生じたのであり、彼女が演技に熱中することの社会的意義が、この分析的対の中にはじめて表面化した。この意味での失敗は、現象学的な観点から最もよく明示されている。

Stolorow (2013) は、彼の間主観性システム理論を「現象論的文脈論」とみなしている。これは、治療的な現象がどのようにそしてどのような文脈で、治療的な一対として現れるかを明らかにしようと試みる視点である。彼は、「情動体験の世界を探索して照らし出す」という点で、それは現象論的である。またそのような情動体験の組織化は、発達的にも精神分析的状況でも双方において構成主義的な間主観的文脈の中から得られることを保有しているという点で、文脈的である」(p.383) と述べた。この点において、治療的な現象は事実あるいは実体ではなく、Tamir 論文で論じられてはいないが、私たちは失敗という治療的現象を事実あるいは実体のある真実のように見ることができな

い点で共通している。この観点から言えば、私たちが言えることは、治療的対における情動体験としての失敗が、どのようにそしてどのような文脈で現れるのかということである。

私の理解では、失敗が治療的対に現れた時、それはセラピストと患者の間に「何かが間違っている」という共通の体験があることを前提としている。なぜなら、セラピストだけがその現象を失敗と見て患者がそう見ていないならば、セラピストはこれをセラピストの解釈に対する抵抗として理解していることとなり、「失敗」は適切な治療手順で修正できると信じることになるからだ。したがって、その現象はもはや失敗ではなく、セラピストにとっては成功である。同様に、患者だけが現象を失敗と体験し、セラピストが同意しない場合、セラピストは患者を正確な視点に向けてその体験を分析して修復することができると考えている。すなわちこれもまた、その現象を失敗とすべきではない。

現象が失敗として体験される場合、そこに参与する者同士は、言語的に共有されているかどうかに関わらず、すでにこの知識を共有している。失敗が治療的一対に現れると、ある種の共感的な結びつきが存在を現し、彼らは気づきを共有する。それは意識的、無意識的、非意識的のいずれにせよ、二人はこの関係性が共感のバランスを崩してしまったことに共に気づいている。彼らは共感的に結びついており、私の理解では、共感と失敗の間の根本的で不可欠な繋がりがこの辺りに組織化される。

Michelle のケースにおいて治療作業が終盤に向かうと、Tamir は、彼女が自発的に行ったモノローグの選択を彼女自身の父親についての気持ちを表していると解釈した。しかしその後彼女は沈黙状態に退行した。Tamir はこの瞬間すぐに自身の「失敗」を認識し、応答を修正したが、治療の場が誤った方向に進んでいると感じたのは彼一人ではなかった。Michelle は失敗として扱わなかったにも関わらず、どこか不適当だと感じたに違いない。このため代わりに彼女は沈黙状態に入った。この沈黙がなければ、Tamir は自身の応答の問題に気付くことはなかったに違いない。両者はある意味では彼らの関係性の中で共感的なバランスを喪失していることを共有することによって共感的に結びつけられたし、彼ら両者にとっては失敗が意味あるものになっていった可能性空間（potential space）に身を任せていた（surrender）ということである。

これからが Tamir への私の質問である。彼の素晴らしいプレゼンテーションをさらに推敲できればという

希望の下、提出したい。

1. 今回のコメントで議論したように、私はTamirがMichelleとの分析作業で「失敗」を認識した際、きっと参与者共に、ある水準で失敗を共感的に共有していたものと思っています。
この私の理解は彼女とあなたとの分析作業を適切に述べていると思われますか？
2. もし同意されるならば、あなたはどの水準で「失敗」を共有したと思われますか？失敗を共有したのは、言語的にでしょうか、あるいは非言語的にでしょうか？意識的でしょうか、あるいは無意識的にでしょうか？

付記

本稿は2017年9月24日（日）に兵庫県民会館にて開催された、JFPSP（日本精神分析的自己心理学協会）英語相互学習グループ主催、Yossi Tamir先生の講演論文（On Empathy and Failures in Psychotherapy）への指定討論者（富樫公一先生）からのコメントを日本語訳したものです。本セミナーは当日、通訳を介さず全て英語で行われました。

翻訳にあたりまして、外山敬先生にご協力をいただきました。深く感謝申し上げます。また、掲載をご了承くださった指定討論者の富樫公一先生に厚く感謝申し上げます。

How Do “Failures” Emerge in a Psychoanalytic Relationship? Commentary on Tamir’s “On Empathy and Failure in Psychotherapy”

Koichi Togashi, Ph.D., L.P.

In his well-considered presentation, Yossi Tamir discusses empathy and failures in psychoanalytic psychotherapy through a careful elaboration of his therapeutic work with a female patient. He begins his presentation by arguing that clinical psychoanalysis has not appropriately explored failures, although they “are an integral part of the development of psychoanalysis as a science” (p.1). And, while contemporary theorists of self psychology and relational psychoanalysis have focused considerable energy on discussing their failures; Tamir says that they tend to overvalue or idealize those failures, and that their discussions are only used to strengthen the advantages and usefulness of their theoretical approaches. He emphasizes that, in order to sufficiently illustrate the meaning of failures, we need to pay attention to empathy, which creates an intersectant space between the therapist’ s and patient’ s subjectivities.

Tamir sees empathy as consisting of three components: listening, comprehending, and responsiveness. Listening, for Tamir, is mainly organized around emotions. It is a state of attention focused, primarily, on patients’ feelings, associations and memories, in “a meditative state of aimless wandering in the emotional area existing within the unique dyadic encounter of analytic treatment” (p.2). Comprehending includes a cognitive understanding of patients’ emotional experiences. In this process, Tamir emphasizes, therapists’ theoretical knowledge is crucial, although he warns that a “stubborn adherence to a theoretical model” (p.3) may produce a failure of empathy. What he proposes is “an internal emphatic discourse, a mental wandering”

(p.3), which is an empathic comprehension of patients’ subjectivities “by personal and theoretical knowledge accumulated through the years and by his willingness to evaluate new directions” (p.3). Responsiveness is a component of clinical empathy which “relates to the active presence of the therapist” (p.3); the therapist’ s agreement to be a “suitable presence corresponding to the patient’ s need” (p.4).

In this paper, Tamir implies that failures are organized around a lack of the appropriate balance between the three components of empathy. In his beautiful discussion of his work with Michelle, a female patient in her middle twenties, he explores his own responsiveness, concluding, “the empathic responses, which derived from my comprehension, centered on the transmission of “understanding” – reflecting her emotional states, acknowledging her special relation to her father, allowing her to feel and share her continuous pain and voidness, tolerating her personal rhythm and time for working through her trauma” (p.10). For Tamir, a therapeutic success, or a successful recovery from failure, is made through the therapists’ appropriate empathic responsiveness; empathic responsiveness is organized through therapists’ comprehension of their patients’ emotional experiences; comprehension is organized through their attention to their patients’ emotional states. And failure and a success depends on how optimally the therapist (and patient) maintains the delicate balance between these three components of empathy.

In describing his work with Michelle, Tamir says that she was dissatisfied with her relationships with

men and suffered from a sense of powerlessness, feeling unable to push herself into social activities and human relationships. She tended to choose simple jobs that did not fit her potential, but quickly tired of them and soon quit. These problems had appeared shortly after her father had passed away, six years before she began working with Tamir.

Michelle had a very intimate relationship with her father. They had been strongly tied to each other through her activities as a dancer. After he died, she was depressed and gave up dancing. While she cherished a dream of becoming a stage actress, she was unsuccessful at all her auditions.

As a therapist, Tamir first understood her depression and powerlessness as a prolonged mourning for the loss of her father. This understanding seemed to be suitable in this stage of treatment, and she became less depressed as she and Tamir worked through grief. Yet, her sense of powerlessness and stagnation showed no apparent change.

Tamir states that he considered Michelle's unchanging mental state as his failure, and searched for alternative theoretical models. Guided by his reading of Winnicott, Tamir came to think that "giving up a childhood dream requires that one remains there (with and in the dream) as long as necessary" (p.8) and that he should not have challenged her "with questions about reality" (p.8).

After determining this cognitive direction, Tamir looked for a corresponding "emotional" answer. He immersed himself in an "internal empathic dialogue." (p.8) He recalled his work with a previous patient and reflected on his emotional experience in his effort to repair a failure of understanding about that patient.

Through this process, he obtained a new understanding of Michelle's dream to be an actress, and let himself participate in this dream and becoming enthusiastic about her auditions. He identifies this participation as an example of a therapist's empathic responsiveness.

Tamir finally understood that Michelle's powerlessness to push herself to eagerly pursue her ambition is not because of her pathological preoccupation with a childhood Oedipal dream, but because of her

hesitation toward granting her special talent to "the public and the world, as it was 'the world' that took her father away from her" (p.8). Acting on this interpretation proved successful in changing Michelle's mental state. She became actively engaged in her auditions for acting schools and began to use her therapist as an audience for monologue rehearsals in her sessions. Tamir "became a very active, passionate, participating, and applauding audience" (p.9), which he understood as his empathic responsiveness.

Toward the end of their therapy, according to Tamir, he experienced another failure. One of the monologues Michelle independently selected was about a girl longing for her father. Tamir interpreted Michelle's choice as a representation of her feelings about her own father. Hearing this, Michelle became quiet, and remained silent in the following session. Tamir came to recognize that he should not have been preoccupied with a general psychological understanding, that he should have simply shared his enthusiasm about her participating in acting jobs rather than imposing his interpretation. To recover, he turned his attention away from the dynamic process in her mind and once again immersed himself in their mutual rehearsal sessions.

I found Tamir's paper valuable because it provides an essential perspective for and sensitivity to the therapist's empathic participation with analytic failure. His thoughtful discussion and beautiful elaboration of his striking clinical vignette gives us, I believe, an example of how to maintain a balance of the three components of empathy. By having this sensitivity, we, the therapists, are able to keep inevitably emergent failures at a less traumatic level for our patients. This paper illustrates the therapist's moment-to-moment thinking as he recognizes such failures and puts himself into an empathic mode.

I would like to add my consideration of an issue that Tamir did not elaborate on in this paper although I believe he might have if he had had more time. This is in no sense a disagreement with his conclusions but an addition, and I am sure that he will elaborate further on this issue after my discussion.

Tamir’s paper is built on two poles: empathy and failures, with the bulk of the discussion centering on the pole of empathy more than failures. I would like to add a thought about failures.

Failure is not an easily understood concept. As Tamir points out, many contemporary self psychologists and relational analysts have paid special attention to this issue and elaborated the phenomena, but most of these thinkers also emphasize that it is not easy for us to define failures in psychoanalysis (Greenberg, 1988; Chessick, 1996; Goldberg, 2012). Chessick (1994) states, “not all dropouts are failures in treatment and not all successes are terminable. It is not always easy to determine success or failure in psychotherapy nor to recognize the clinical danger periods for failure, impasse, or dropping out” (p.194).

How do failures emerge in a psychoanalytic relationship? How and in what context do therapists (and patients) recognize a phenomena as a failure? When we use the term, failure, we often presuppose the existence of the failure as a substance or a fact. Based on this premise, traditional psychoanalysis tends to address failures as therapists’ departure from the standard therapeutic procedure, or as patients’ lack of progress as therapists follow an ‘appropriate’ therapeutic interpretation. Contemporary thinkers, however, warn that this perspective can constrain the meaning of therapeutic success and block the full potential of therapeutic fields (Goldberg, 2012).

Look at Tamir’s case vignette from this perspective: at the beginning of therapy, he understood Michelle’s basic problem to be a prolonged mourning for the loss of her father, and maintained his therapeutic viewpoint through this lens. Although this interpretation came to be seen as insufficient as their work proceeded, it was not necessarily a misunderstanding or a wrong understanding. His interpretation initially did achieve a certain effectiveness. What we can say in this context is that this understanding was insufficient at a particular moment in a particular relationship, while it was sufficient at another moment in another mode of the relationship. Although he addresses it as his

“failure,” his understanding was not necessarily a failure of comprehension or empathy.

In other words, failure is a strongly context-sensitive concept. Failures do not exist as facts or substances in a therapeutic relationship, but do emerge as subjective experiences at a particular moment in a relationship between the patient and the therapist. In Michelle’s case, the moment occurred as her work of mourning receded into the background and the social meaning of her devotion to acting came to the fore in this analytic dyad. Failure, in this sense, is best illustrated from a phenomenological perspective. Stolorow (2013) sees his intersubjective system theory as a “Phenomenological Contextualism,” a perspective which attempts to illustrate how and in what context a therapeutic phenomenon emerges as an emotional experience in a therapeutic dyad. He states, “it is phenomenological in that it investigates and illuminates worlds of emotional experience. It is contextual in that it holds that such organizations of emotional experience take form, both developmentally and in the psychoanalytic situation, in constitutive intersubjective contexts” (p.383). In this viewpoint, a therapeutic phenomenon is not a fact or a substance, and similarly, in Tamir’s paper under discussion, we cannot see the therapeutic phenomena of failure as a fact or substantial truth. What we can say, from this perspective, is how and in what context a failure emerges as an emotional experience in a therapeutic dyad.

In my understanding, when a failure emerges in a therapeutic dyad, it presupposes a shared experience of ‘something wrong’ between the therapist and the patient, for if only the therapist sees a phenomenon as a failure and the patient does not see in this way, the therapist understands this as resistance to the therapist’s interpretation, and believes that “the failure” can be corrected with the right therapeutic procedure. Thus, the phenomenon is no longer a failure, but a success for the therapist. Similarly, when only the patient experiences a phenomenon as a failure and the therapist does not agree, the therapist believes that she can analyze and restore the experience to the correct perspective for the patient; again, the phenomenon need not become a

failure.

When a phenomenon is experienced as a failure, both participants already share this knowledge, whether or not it is shared verbally. A certain type of empathetic tie exists between them when a failure emerges in the therapeutic dyad, and they share an awareness—consciously, unconsciously, or non-consciously—that this relationship has lost a balance of empathy. They are empathically bonded, and in my understanding, the fundamental and essential connection between empathy and failure is organized around here.

Toward the end of therapeutic work in Michelle's case, Tamir interpreted her spontaneous choice of monologue as a representation of her feeling about her father, and she retreated to a silent state. He soon recognized his "failure" in this moment and corrected his responses, but he was not the only person who felt the therapeutic field going wrong. Michelle must have felt that something was amiss between them even though she did not address it as a failure; instead she sank into a silent state. Without this silence, Tamir could have not been aware of the problem in his response. They both, in a certain sense, were empathically bonded by sharing a loss of empathic balance in their relationship, and surrendered themselves to the potential space in which the failure came to be meaningful for both of them.

Here are my questions for Tamir, offered in the hope that they can act as a prompt to further elaboration of his superb presentation.

1. As discussed in this commentary, I believe that when Tamir recognized his "failures" in his work with Michelle, both participants had empathically shared the failure at a certain level. Do you think that this understanding appropriately describes your work with her?
2. If you agree, at what level do you think both of you shared the "failure"? Did you share it verbally or non-verbally, consciously or unconsciously?

References:

Chessick, R.D. (1996). Impasse and Failure in Psychoanalytic Treatment. *J. Amer. Acad.*

Psychoanal., **24**:193-216.

Goldberg, A. (2012). *The analysis of failure: An investigation of failed cases in psychoanalysis and psychotherapy*. Routledge.

Greenberg, J. R. (1981). Prescription or description: The therapeutic action of psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, **17**, 239-257.

Stolorow, R.D. (2013). Intersubjective-Systems Theory: A Phenomenological-Contextualist Psychoanalytic Perspective. *Psychoanal. Dial.*, **23** (4):383-389.