

## НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ОШИБКИ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шустов Д.И.<sup>1</sup>, Тучина О.Д.<sup>2</sup>, Шустова С.А.<sup>1</sup>, Елисеенкова А.М.<sup>1</sup>

*dmitri\_shustov@mail.ru*

<sup>1</sup> Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

<sup>2</sup> Российский университет дружбы народов  
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

*Статья поступила 06.10.2017*

*В статье обобщаются современные данные о неблагоприятных явлениях в ходе психотерапии: негативных эффектах, терапевтических ошибках/неудачах, тупиках. Предлагаются подходы для минимизации вреда и восстановления прерванного хода психотерапии. Делается акцент на наркологической практике.*

**Ключевые слова:** психотерапия, негативный эффект, терапевтическая ошибка, наркологическая практика, амбивалентность.

### ВВЕДЕНИЕ

Психотерапевтическая практика для многих (и пациентов, и их родственников, и врачей) представляется наиболее безопасным из медицинских вмешательств, по сравнению с инструментальным или фармакологическим. Однако это не всегда так, поскольку эффекты действующих факторов психотерапии (вербальных и невербальных) в ходе взаимодействия с субъективной реальностью пациента могут быть неожиданными, а иногда и противоположными планируемыми, как, например, эффект «ноцебо» или негативная реакция на любые психотерапевтические воздействия [8]. Другой особенностью психотерапии, отличающей этот вид лечения от любого другого, является высокая интенсивность субъект-субъектного взаимодействия, известного под на-

#### **Об авторах:**

**Шустов Дмитрий Иванович** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

**Тучина Ольга Дмитриевна** – психолог, ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

**Шустова Светлана Александровна** – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

**Елисеенкова Анастасия Михайловна** – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

званием психотерапевтических взаимоотношений, где личность психотерапевта используется в качестве лечебного и вылечивающего инструмента. Поэтому, метафорически – различные «примеси», а то и вредные добавки, содержащиеся в личности психотерапевта, а также и ее «передозировки», могут обуславливать побочные и даже токсические эффекты у пациента.

Так или иначе, считается, что одна треть всех терапевтических случаев содержит ошибки, а в 10% случаев, когда психотерапия была завершена успешно, происходит рецидивирующее ухудшение [25]. От 30 до 60% случаев психотерапии завершаются преждевременно, и клиенты переживают неудачу терапии, причем 50% таких завершений приходится на первый месяц терапии [22].

Все неблагоприятные явления в ходе психотерапии могут быть разделены на три большие группы: 1) негативные эффекты психотерапии, 2) терапевтические ошибки/неудачи, 3) тупики в терапии.

Следует отметить, что подавляющее большинство неблагоприятных явлений, будучи осознанны и терапевтически проработаны, способствуют упрочению доверия, продвижению психотерапевтических взаимоотношений, и, в конечном итоге, излечению пациента. По мнению Голдберга [13], особенно это касается тупиков, неких «патовых» состояний, тормозящих прогресс терапии и ...содержащих надежду, или даже «стимулов инноваций», которые нужно отличать от объективных ошибок терапии. Вместе с тем, все три группы неблагоприятных явлений тесно связаны между собой и порой трудноотличимы друг от друга. Например, смерть пациента, последовавшая в результате выпивки на фоне врачебного запрета («кода»), может рассматриваться и в качестве негативного эффекта «кодирования», а также и в качестве терапевтической ошибки, коль скоро психотерапевт не учел суицидальную направленность зависимого пациента и его готовность нарушить запрет с целью шантажа родственников или достижения смерти [5].

В настоящей статье мы сосредоточимся на анализе негативных эффектов, ошибок/неудач в ходе психотерапии и рассмотрим тактику изменения ситуации к лучшему, когда терапевтическая ошибка произошла и была осознана.

### **НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

К негативным эффектам относят: (1) усиление симптомов, которое, тем не менее, может быть частью процесса и свидетельствовать о прогрессе терапии; (2) появление новых симптомов, особенно в период терапии, когда затрагивается вторичная выгода; (3) злоупотребление лечением со стороны клиента, когда последний использует психотерапию для компенсации своей потребности наказать родственников или получить «часы терапии», необ-

ходимые обучающимся для профессионального продвижения; (4) клиент, желая получить быстрый эффект, загоняет терапевта в цейтнот и «захлестывает» процесс; (5) разочарование в терапии на фоне ее демистификации, поскольку терапия предполагает работу, а не облечение магией терапевта [18].

К негативным эффектам можно отнести прогрессию соматического заболевания, протекающего под маской психической патологии, по поводу которой проводится психотерапия и упускается время. Фрейд сообщал о нескольких случаях таких заболеваний (саркома, рассеянный склероз), которые он лечил психоанализом под видом истерии. В ряде случаев суицидальная попытка может быть признана негативным эффектом, если терапевт не смог утилизировать прошлый травматический опыт из-за недостатка времени или понимания ситуации, хотя, скорее, в ходе психотерапии суицидальная опасность снижается. Известно, что многие пациенты, умершие впоследствии от суицида, контактировали в недавнем прошлом с профессионалом в области психического здоровья [16], думается, с хорошей квалификацией. Например, пациент Альберта Эллиса совершил суицидальную попытку по причинам, которые сам мэтр отнес к тривиальным ошибкам (не распознал эндогенную депрессию, плохо собрав семейный анамнез, и недооценил значение приема антидепрессантов) [11]. В России, где распространен метод опосредованной стресспсихотерапии (кодирование по А.Р. Довженко), смерть пациента можно смело относить к негативным эффектам. Г.М. Энтин [7] в статье «Летальные исходы при нарушении режима трезвости после опосредованной стресспсихотерапии больных алкоголизмом» приводит 9 случаев таких смертей на 10 000 кодирований, ставших следствием «введения в ...подсознание ...строго запретительных словесных формулировок, вызывающих ...стойкое опасение расстройств здоровья, вплоть до смертельных исходов, в случае употребления алкоголя в период заранее обусловленного срока этого запрета» [7; 88]. Сам А.Р. Довженко говорил о 90 смертельных случаях за 46 лет практики «кодирования» [2]. Т.В. Агибалова и соавторы [1] к негативным эффектам психотерапии в наркологии относят следующие: (1) выход из программы лечения после купирования синдрома отмены из-за недостаточного альянса; (2) использование полученных в процессе психотерапии навыков, знаний для формирования негативных стратегий поведения и искажения внутренней картины болезни, в частности, включения полученных знаний в систему аддиктивного алиби («я пью и буду пить, так как я – больной», «я буду колоться, так как это мой выбор», «долги не отдам, ведь я болен» и др.); (3) потеря веры больного в выздоровление из-за ятрогенного эффекта, когда врач намеренно преувеличивает соматические и другие последствия аддикции, вызывая эмоцию страха; (4) рецидив заболевания на поздних этапах при недооценке ресурсов

пациента при переходе к глубинной терапии. Интересно, что в третьем случае эмоция страха при контртрансферном преследующем поведении психотерапевта лежит в основе так называемого контртрансферного «излечения» или «бегства в здоровье» [21], когда напуганный агрессией терапевта пациент «прекращает» продуцировать симптомы и рапортует о выздоровлении.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Существование нескольких групп полярных определений терапевтических ошибок отражают сомнения профессионального сообщества относительно однозначности оценивания психотерапии как «хорошей» или «плохой». Терапевтические ошибки, приравняемые к простой некомпетентности, или понимаемые как трудности с эмпатией и присоединением у терапевта при игнорировании каких-то важных для терапии аспектов пациента [17], могут стать важной составляющей межличностной динамики, незамеченной на момент констатации ошибки. Например, клиент, настроенный на запретительную терапию курения, в ходе терапии вдруг отмечает «стократное», по его словам, усиление патологического влечения, но вскоре после завершающей сессии, на которой была констатирована неудача терапии, не возобновляет курение и формирует стойкую ремиссию. Поэтому, ошибка, связанная с недооценкой реакции личности клиента на терапевтический запрет, может быть анализирована, по словам Нуман [13], только с позиций последующей эффективности или неэффективности терапевтического вмешательства. Значит ли это, что терапевтических ошибок у опытного терапевта нет вообще?

С другой стороны, терапевтические ошибки проистекают из несовершенной природы человека, которая, несомненно, присутствует в профессиональной деятельности [9; 4].

М. Мацетти [17] различает 2 типа ошибок: стратегические, которые появляются в результате значимого непонимания клиента и приводят к постановке неправильного диагноза и выработке неверного лечебного плана, и тактические, когда терапевт, следуя хорошей стратегии, выбирает неподходящие средства ее реализации.

В качестве источников ошибок большинство авторов рассматривают (1) факторы клиента, (2) факторы терапевта, (3) эффекты взаимодействия «терапевт-клиент», (4) ошибки, связанные с пересечением границ, (5) ошибки начинающих терапевтов.

#### **Факторы клиента**

Дж. МакНамара [18] к таковым факторам относит страх психотического срыва или страх перед развитием психоза, смерти и опустошенности, ког-

да клиенты боятся потерять свои экзистенциальные защиты, не обнаружив внутри себя силы справиться с регрессией вне лечебного учреждения. Терапевты могут чувствовать этот страх и идут навстречу пожеланиям клиентов прекратить терапию, опасаясь критики сообщества за нанесенный вред. Иногда терапевты сопротивляются попыткам ложного ухода, чувствуя свою недооцененность, не дают закончить терапию благообразно. Клиенты, в свою очередь, могут реагировать нарциссической яростью и завершение становится конфликтным. При отыгрывании трансфера клиенты, которые не могут совладать с глубоким травматическим опытом, проявляющимся в результате его переноса на терапевта, начинают прерывать терапевтические взаимоотношения через преследования, принимая ужас своего детского опыта за реальность. Этот тип реакции клиента тем сильнее, чем сильнее терапевт, чем более он способен выдержать критику, гнев и даже агрессию. Задача клиента – почувствовать облегчение, наблюдая страдания терапевта. Иски против терапевтов имеют подобную природу.

Существование особых типов трудных клиентов с «двойным диагнозом» или клиентов, склонных к исчезновению (клиентов, инициирующих завершение) [22], также относят к дестабилизирующим терапию факторам.

### **Факторы терапевта**

А. Фримен [11] к факторам терапевта, инициирующим ошибки, относит грандиозность терапевта и его нарциссизм, который проявляется в переоценке собственного интеллекта и квалификации, переоценке харизмы и недооценке мастерства. Нарциссический терапевт избегает изучения углубленной теории, предпочитая поверхностный эклектицизм, переоценивает значимость единственной модели терапии, применимой ко всему разнообразию пациентов, зачастую относится к долгосрочной терапии как к единственной волшебной религии.

Дж. МакНамара [18] выделяет несколько типов контртрансфера, способствующих терапевтическим ошибкам. При первом типе терапевт распространяет на клиента убеждение, что тот в чем-то дефектен и, следовательно, может быть излечен исключительно с помощью интервенций терапевта вне собственного человеческого потенциала клиента. При втором типе терапевт избегает глубоких трансформирующих интервенций и контакта, испытывая страх, что возможная психотическая энергия клиента может захлестнуть его. При третьем типе контртрансфера терапевт поддерживает исключительно поверхностный контакт с клиентом, поскольку переживаемый в ходе терапии опыт клиента катектирует собственный похожий и проблемный опыт терапевта, которого тот хотел бы избежать.

Анализируя высказывания выдающихся психотерапевтов, Н. Эддингтон и Р. Шуман [11] приводят список интервенций, которые способствуют преждевременному прекращению терапии: (1) агрессивный стиль конфронтаций; (2) угрожающие благополучию клиента интерпретации, сделанные в неподходящее время; (3) приверженность нереалистичным целям терапии или целям, противоречащим ценностям клиента; (4) пассивная манера общения с неадекватными реакциями на клиента; (5) демонстрируемое отсутствие заботы, уважения и принятия; (6) отсутствие прочного рабочего альянса с клиентом; (7) нарушения границ, угрожающие конфиденциальности и безопасности клиента; (8) неумелое использование парадоксальных стратегий, психодраматических методов и др.; (9) интервьюирование с использованием закрытых вопросов, воспринимаемое как допрос; (10) уклончивое или таинственное поведение, заставляющее клиента чувствовать себя жертвой манипуляции; (11) повторение неэмпатичных ответов, напоминающее поведение попугая; (12) неумелое молчание, продолжающееся без причины.

#### **Факторы взаимодействия «терапевт-клиент»**

К этим факторам относятся ряд трансферентных и сепарационных конфликтов (симбиотические взаимоотношения, страх зависимости, эмоциональные привязанности и др.), сексуальные привязанности (22% опрошенных психологов связывают трудности с этими вопросами) [23]; использование рутинных интерпретаций без учета уникальности каждого клиента (гнев — перенос, застенчивость — сниженная самооценка и др.); чрезмерные самораскрытия, которые снижают трансферентную ценность терапевта («он такой же, как и я»); потворствующее поведение в отношении нарушений административных сторон контракта у пациентов с выраженной психопатологией (неконфрнтируемые опоздания, задержки оплаты, употребление психоактивных веществ и др.); недостаточный терапевтический альянс [11].

#### **Ошибки, связанные с пересечением границ**

Следующие когнитивные ошибки, присутствующие в мышлении терапевта, обуславливают неудачу терапии [14; 24].

Ошибка 1. События вне сеанса терапии не влияют на процесс терапии (терапевтическая и супервизионная группа).

Ошибка 2. Пересечение границы с клиентом имеет тот же смысл, что и с не-клиентом (помочь кому-то снять пальто; предложить подвезти; использовать кредитку и т.д.).

Ошибка 3. Терапевтическое понимание пересечения границы схоже с таковым пониманием клиента (например, дотрагиваясь до клиента, до ко-

торого ранее не дотрагивались, даже утешая его по поводу потери близкого, надо иметь в виду, что для него это может иметь другой смысл).

Ошибка 4. Переход границы с одним клиентом может быть полезен для всех. (Использование, например, касания в одном случае может усилить самораскрытие, а в другом – испугать клиента).

Ошибка 5. Пересечение границ всегда невозможно. (Эта ошибка в мышлении игнорирует возможность того, что восприятия клиента и терапевта относительно пересечения границ могут со временем меняться).

Ошибка 6. Если терапевт не предполагает наличия какого-либо потенциального риска или вреда от пересечения границы, то, следовательно, никакого риска или вреда нет. (Любой человек может стать жертвой самобмана и рационализации, и, в свою очередь, суждение о потенциальной опасности пересечения может быть неправильным).

Ошибка 7. Самораскрытие всегда терапевтично, потому что оно показывает прозрачность и доверие. (Когда самораскрытие соответствует потребностям клиента – оно продуктивно, однако все же не всегда уместно и является причиной многих ошибочных действий, например, монолога терапевта, что может быть разрушительно и нежелательно. Клиенты иногда жалуются, что терапевты проводят слишком много времени, рассказывая о себе, и не уделяя достаточного внимания дистрессу клиента).

#### **Ошибки начинающих терапевтов**

(1) Рассеянность, невнимание, отвлеченное выражение лица. (2) Плохой контакт глаз и навыки сопровождения (приглашающие навыки). (3) Не фокусируется на утверждениях клиента. (4) Использует закрытые вопросы и стиль допроса, таким образом предлагая клиенту использовать защиты. (5) Прерывание естественного потока самовыражения клиента (не дает выговориться). (6) Акцентирует внимание на поверхностном уровне сообщений клиента, не проникая в глубину. (7) Фокусируется только на содержании коммуникаций с клиентом, игнорируя аффект и/или процесс. (8) Чрезмерная снисходительность в самораскрытии и смещение терапевтического фокуса с клиента на себя. (9) Слишком пассивный терапевтический стиль. (10) Нетерпимость к паузам. (11) Выглядит холодным и нефокусированным на клиенте. (12) Выглядит слишком дружелюбным, соблазнительным и неформальным. (13) Во время конфронтации действует агрессивно и воспитывающее [11].



## РЕАГИРУЯ НА ОШИБКУ

Дж. Коттлер и Д. Блау [15] предлагают пять этапов осознания ошибки и реагирования на нее: иллюзия, самоконфронтация, поиск, разрешение и применение.

1. Во время иллюзии терапевты защищаются, используя отрицание, и ищут виновного в ошибке, не рассматривая самих себя. Эмоции страха, тревоги и вины, что сопровождают неожиданный негативный результат, служат топливом этого поиска. Это терапевта защищает, искажая реальность: «Я не виноват, это клиент».

2. Самоконфронтация включает в себя гнев / вину / сомнение, в то время как терапевт принимает свою ответственность за ошибку и прекращает обвинять других.

3. Третий этап – поиск, обусловлен желанием определить, что действительно произошло. Начинается поиск информации и осторожное исследование события и его причин. По аналогии с действиями в ходе научных исследований, терапевты исследуют и анализируют различные возможности. Это исследование способствует более широкой и более здоровой точке зрения.

4. Следующий этап, разрешение, включает фокусирование на новых идеях и направлениях, которое помогает терапевтам увидеть процесс, приведший к негативным эффектам, и изменить его.

5. Последним этапом является применение новых знаний в будущей работе. Терапевты чувствуют себя настроенными работать более решительно и грамотно, становятся более заинтересованными в непрерывном обучении.

М. Мацетти [17] выделяет пять последовательных шагов при «работе над ошибками». Это признание ошибки, сотрудничество с пациентом, осознание общих ошибочных паттернов, искреннее извинение за ошибку, идентификация лечебного значения ошибки.

1. Признание ошибки. Терапевт нуждается в том, чтобы дать себе разрешение признать, что он – человек, что он – несовершенен, и что делать ошибки – это естественный процесс.

2. Сотрудничество с пациентом. Примерно, на 5-й сессии Мацетти говорит клиентам, что он иногда делает ошибки (не надо говорить этого на первой сессии, поскольку может затруднить формирование доверия к терапевту, как к профессионалу) и, следовательно, просит клиентов говорить ему в вежливой форме, что что-то идет не так, что они чувствуют себя некомфортно. Это особенно хорошо для сверхадаптированных пациентов, которые никогда не позволили бы себе критиковать авторитетные фигуры. Не только супервизор, но и клиент может способствовать инсайту терапевта.



3. Осознание общих ошибочных паттернов. Важны 2 аспекта: понимание возможной проективной идентификации, когда терапевт действует «неправильно», как того хочет патологическая часть клиента; и необходимость саморефлексии для определения собственных «слабых» зон.

4. Искреннее извинение за ошибку. Извинение должно быть чистосердечным, следуя формуле «Я извиняюсь, потому что...», а не формуле «Я извиняюсь, но ...». Например, «Вы совершенно правы, я извиняюсь, потому что Вы имеете право работать с эффективным терапевтом, а я не был им на прошлой неделе. Я надеюсь, что Вы примете мои извинения. Вы принимаете их?» Важно, чтобы пациент принял ваши извинения, отреагировал на них аутентично и был готов к следующим шагам. Терапевт извиняется, не требуя прощения, поскольку прощение — это совсем другой процесс.

5. Идентификация лечебного значения ошибки. Совершая ошибку, мы усугубляем первичную травму пациента, и если мы не идентифицируем ошибку, то пациент начинает защищаться. Поэтому, начиная анализ ошибки, мы имеем редкую возможность пригласить клиента в излечивающие взаимоотношения, которых у него раньше не было: никто, например, не извинялся перед ним, учитывая его эмоциональные потребности.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В значительной мере все вышеизложенные феномены и подходы справедливы для психотерапевтической практики в наркологии. Представляется, что специфика терапевтических взаимоотношений с аддиктивным пациентом во многом определяется амбивалентностью последнего, которая в своем максимальном выражении описывается как алкогольное расщепление личности на нормативную и аддиктивную части [20; 3; 6]. По мнению современных исследователей нейрофизиологии мозга, амбивалентность можно объяснить существованием двух различных структурных и функциональных систем мозга, конкурирующих за способности изменять поведение и не реагировать на безусловные запускающие стимулы-триггеры [19; 12]. В этой связи терапевт должен постоянно задаваться вопросом: «А с какой частью личности я работаю?» Терапевтические ошибки неизбежны, если психотерапевт адресует свои интервенции к аддиктивной части и, главное, не осознает этого. Заметим, что позитивные мотивационные сдвиги возможны, даже если терапевт работает с нетрезвым пациентом, правильно выстраивая взаимоотношения [10].

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Агibalова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д.* Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. // Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2016. – С. 688–699.
2. *Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д.* Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы). // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – №3. – С. 22–25.
3. *Валентик Ю.В.* Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ : лекции по наркологии / под ред. проф. Н.Н. Иванца. – 2-е изд. – М.: Нолидж, 2000. – С. 341–364.
4. *Лайнен М.М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2015. – 592 с.
5. *Шустов Д.И.* Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 208 с.
6. *Шустов Д.И., Тучина О.Д.* Психотерапия алкогольной зависимости : руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 416 с.
7. *Энтин Г.М.* Летальные исходы при нарушении режима трезвости после опосредованной стресспсихотерапии больных алкоголизмом. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – №4. – С. 88–89.
8. *Benedetti F.* Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. // *Physiological Reviews*. – 2013. – Vol. 93. – N3. – P. 1207–1246.
9. *Conyne R.* Failures in group work: how we can learn from our mistakes. – ChroSAGE Publications, Inc., 1999. – 208 p.
10. *DiClemente C.C., Soderstrom C.* Intervening with alcohol problems in emergency settings. // *Alcohol problems among emergency department patients: proceedings of a research conference on identification and intervention* / Hungerford D.W., Pollock D.A. (eds.). – Arlington, VA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002. – P. 89–131.
11. *Eddington N., Shuman R.* Famous therapists errors. // *NAADAC/CAADAC/CAADE Courses*. – San Diego, CA: Continuing Psychology Edu. Inc., 2016. – 16 p.
12. *Feldstein Ewing S.W., Filbey F.M., Sabbineni A.* et al. How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2011. – N35. – P. 643–651.
13. *Goldberg A.* The analysis of failure: an investigation of filed cases in psychoanalysis and psychotherapy. – N.Y., London: Routledge, 2012.
14. *Koocher G.P., Keith-Spiegel P.* Ethics in psychology and the mental health professions. – N.Y.: Oxford University Press, 2008.
15. *Kottler J.A., Blau D.S.* The imperfect therapist: learning from failure in therapeutic practice. – San-Francisco: Jossey-Bass, 1989.

16. *Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L.* Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – N6. – P. 909–916.
17. *Mazzetti M.* Teaching trainees to make mistakes. // *Transactional Analysis Journal*. – 2012. – Vol. 42. – N1. – P. 43–52.
18. *McNamara J.* Therapeutic failures: unpublished teaching materials. – Newcastle: NGP, 2004.
19. *Morris J.S., Dolan R.J.* Dissociable amygdale and orbitofrontal responses during reversal fear conditioning. // *Neuroimage*. – 2004. – Vol. 22. – N1. – P. 372–380.
20. *Nakken C.* The addictive personality: understanding the addictive process and compulsive behavior. – Minnesota: Hazelden Publishing, 1996. – 144 p.
21. *Novellino M., Moiso C.* The psychodynamic approach to transactional analysis. // *Transactional Analysis Journal*. – 1990. – Vol. 20. – N3. – P. 187–192.
22. *Piselli A., Halgin R., MacEwan G.P.* What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. // *Psychotherapy Research*. – 2011. – Vol. 21. – N4. – P. 400–415.
23. *Pope K.S., Tabachnick B.G.* Therapists as patients: a national survey of psychologist's experiences, problems and beliefs. // *Professional Psychology: Research and Practice*. – 1994. – Vol. 25. – P. 247–258.
24. *Pope K.S., Vasques M.J.T.* Ethics in psychotherapy and counseling: a practical guide (3 Ed.). – San-Francisco: Jossey-Bass : Wiley, 2007.
25. *Stricker G.* The lessons of failure. // *Journal of Psychotherapy Integration*. – 1995. – Vol. 5. – N2. – P. 183–188.

## NEGATIVE EFFECTS AND THERAPEUTIC FAILURES IN THE COURSE OF PSYCHOTHERAPY IN ADDICTION PRACTICE

Shustov D.I.<sup>1</sup>, Tuchina O.D.<sup>2</sup>, Shustova S.A.<sup>1</sup>, Eliseenkova A.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> I.P. Pavlov Ryazan State Medical University  
9, Vysokovolt'naya st., Ryazan, 390026, Russia

<sup>2</sup> 'RUDN' University of Russia  
6, Miklukho-Maklaya st., Moscow, 117198, Russia

The article summarizes current data on adverse events occurring during psychotherapy, namely, possible negative effects, therapeutic errors/failures, and deadlocks. Approaches are offered to minimize potential harm and restore the interrupted course of psychotherapy. The main emphasis is placed on the practice of psychotherapy for substance use disorders.

**Keywords:** *psychotherapy, negative effect, therapeutic error, addiction treatment practice, ambivalence.*