

вытесняет глубину этой работы, выражающейся в невозможности вовлечения во внутренний мир человека и его смыслообразование. И это, в свою очередь, ведет к повсеместному профессиональному истощению и, в результате, недобросовестному, халатному отношению к работе. В последних исследованиях, сделанных еще до пандемии (Summers 2020), 80% психиатров из более 2000 опрошенных признались в профессиональном выгорании. Чувствующие себя чужими и ненужными студенты медицинских институтов, тем не менее, хотят большего и самостоятельно ищут глубину и связность, исконно присущие профессии, в психоаналитических институтах. Они приходят в поисках основного объединяющего фермента профессии; в поисках дома, исчезающего в современном, трещащем по швам сообществе со всеми их научными школами.

С психоаналитической перспективы наша концепция изначально призвана отзываться на любые социальные трансформации, продираться сквозь любые изменения, выдерживать самые нелепые перенастройки, но при этом сохранять частицы фундаментального истинного знания. Процесс психоанализа в своей основе способен работать с любыми проявлениями новой культуральной реальности и привносить в нее ясность, тонкость и глубину. Да, мы уже видим волны изменений; но будут и другие, и с ними придет «что-то большее». ■

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Freud, S. (1919). The «uncanny» Standard Edition 17:219–256.
2. Heidegger, M. (1927). Being and Time, transl. J. Macquarrie & E. Robinson. New York: Harper & Row, 1962.
3. Laplanche, J., & Pontalis, J. — B. (1967). The Language of Psycho-Analysis, transl. D. Nicholson-Smith. New York: Norton, 1973.
4. Alfred Margulies. One could see this coming a decade or two back (see Margulies 2000), 1136
5. Lévinas, E. (1987). Collected Philosophical Papers, transl. A. Lingis. Dordrecht: Nijhoff.
6. Loewald, H.W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. In Papers on Psychoanalysis. New Haven: Yale University Press, 1980, pp. 221–256.
7. Loewald, H.W. (1972). The experience of time. In The Essential Loewald: Collected Papers and Monographs. Hagerstown, MD: University Publishing Group, 2000, pp.138–147.
8. Margulies, A. (1989). The Empathic Imagination. New York: Norton.
9. Margulies, A. (2000). Our psychoanalytic legacy: The relevance of psychoanalysis to psychotherapy. In The Real World Guide to Psychotherapy Practice, ed. A. N. Sabo & L. Havens. Cambridge: Harvard University Press, 2000, pp. 292–316.
10. Margulies, A. (2014). After the storm: Living and dying in psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association 62:863–905.
11. Margulies, A. (2018a). Falling out of the world: shock, strangeness — and after. Spring Academic Lecture, Boston Psychoanalytic Society and Institute, April 5.
12. Margulies, A. (2018b). Illusionment and disillusionment: Foundational illusions and the loss of a world. Journal of the American Psychoanalytic Association 66:289–303.
13. Mukherjee, S. (2020). What the coronavirus crisis reveals about American medicine. The New Yorker, May 4, 2020.
14. Poland, W.S. (2000). The analyst's witnessing and otherness. Journal of the American Psychoanalytic Association 48:17–35.
15. Rosen, J. (2000). The Talmud and the Internet: A Journey between Worlds. New York, Farrar Straus & Giroux.
16. Stoute, B. (2020). Plenary panel: Psychoanalysis in a Broken World: Part 2. The Psychoanalyst's Anxieties: When the Bough Breaks. American Psychoanalytic Association Virtual Annual Meeting, June 20.
17. Summers, R.F., Gorrindo, T., Hwang, S., Aggarwal, R., & Guille, C. (2020). Well-being, burnout, and depression among North American psychiatrists: The state of our profession. American Journal of Psychiatry 177 (10):955–964.

Предварительные размышления о кризисе, вызванном пандемией COVID-19



Ховард Б. Левин
(Howard B. Levine)

- психоаналитик
- супервизор Массачусетского института психоанализа (Massachusetts Institute for Psychoanalysis)
- сооснователь Группы по изучению психоаналитического процесса и Бостонской группы психоаналитических исследований (Group for the Study of Psychoanalytic Process and the Boston Group for Psychoanalytic Studies)

Перевод с англ. Поповой А. А.

Пандемия COVID-19 обнаружила и поставила под угрозу наше «привычное» отрицание хрупкости жизни. Некоторые, в том числе многие авторитетные политические лидеры, предпочли проигнорировать опасность или найти вымышленных «врагов», чтобы свалить на них вину за наступивший кризис. Другим пандемия принесла осознание смертности, чувство тревоги и страха, сопровождаемое депрессивным осознанием уязвимости и мимолетности жизни. Все это способствовало усилению чувства беспокойства, напряжения и усталости, о чем сообщали очень многие пациенты и аналитики.

Кроме того, что пандемия принесла телесные болезни и смерть, она выявила существование давних проблем социального и психического здоровья, вторичных по отношению к экономическим трудностям, равнодушию властей и социальному неравенству. Хотя эти проблемы и не входят в круг привычных предметов психоаналитического интереса, они тоже требуют признания, изучения, понимания и решения со стороны нашей профессии. Вызывает потрясение и уныние тот факт, насколько поверхностны идеалы прогрессивной либеральной демократии по сравнению с расизмом, классицизмом, ксенофобией, ненавистью, пренебрежением и жадностью,

которые скрываются за видимым социальным благополучием многих западных стран. Перефразируя высказывание Фрейда (1920b) о разрушительности эпидемии испанского гриппа 1918 года, вспыхнувшей вслед за кровопролитными сражениями Первой мировой войны, можно сказать, что коронавирус разоблачил и внес свой вклад в «неприкрытую жестокость нашего времени».

Вследствие того, что доля смертности и заболеваемости оказалась выше среди работающих бедняков и небелокожего населения, пандемия вскрыла часто отрицаемые проблемы расизма, классицизма и бездушного эксплуатирования, которые существуют во всем мире. Именно к таким социальным проблемам обращался Фрейд в своих работах «Размышления о войне и смерти» (1915), «Почему война?» (1933), «Недовольство культурой» (1930) и др. К сожалению, представители нашей профессии не направили наше уникальное, обусловленное опытом и спецификой работы, видение человеческих эмоций и поведения на то, чтобы понять, объяснить и решить эти проблемы. Возможно, благодаря кризису, мы сможем перенаправить на это наши усилия.

Когда я приступил к написанию настоящей статьи весной 2020 года, эти проблемы болезненно проявились в США, где в правительстве царили разногласия, а необоснованное убийство афроамериканцев полицейскими вызвало огромный всплеск протестного движения. Мы больше не могли отрицать зависимость состоятельных граждан и верхушки среднего класса от цепочек поставок услуг, предоставляемых рабочим классом и бедными, и ярко выраженное неравенство в доступе к качественной медицинской помощи, комфортным условиям жизни и распределению богатства. Кроме того, мы не могли и дальше отрицать ущерб, наносимый ксенофобией, изоляционизмом и параноидальным обвинением «других» перед лицом такого масштабного международного кризиса общественного здравоохранения. Надеемся, что, размышляя о последствиях пандемии, мы станем больше ценить ту жизнь, которая у нас есть, и признаем, что все мы взаимосвязаны и взаимозависимы, что жизнь каждого человека имеет равную ценность, и предпримем попытку решить давно назревшие проблемы

глобального потепления, управления климатом, гонки ядерных вооружений и других экзистенциальных угроз продолжению жизни на Земле.

На мой взгляд, первый урок, который нужно усвоить в условиях пандемии, заключается в том, что жизнь ценна, потому что она преходящая. Об этом говорил Фрейд (1916) в своем эссе «Преходящее». Даже при самых благоприятных обстоятельствах жизнь — это игра случая, к которой мы приспосабливаемся разными путями, включая некоторую степень нормативного отрицания. У. Р. Блон (W. R. Bion, 1962) говорил об «обучении из опыта», но, как командующий танковым взводом во время Первой мировой войны, он знал, что сначала нужно пережить этот опыт, и что выживание часто является делом случая. Отказавшись принять такую высокую награду как медаль за героизм, проявленный в бою, он сказал, что единственная разница между теми, кто получил медаль, и теми, кто был осужден как дезертир, — это направление, в котором они бежали, когда их объял ужас.

Я был в Барселоне на Международной Бионической конференции [International Bion Conference] в начале февраля 2020 года. Новости о коронавирусе только начали распространяться и совершенно случайно на конференции присутствовали лишь несколько коллег из Северной Италии, первой из европейских стран, где была зафиксирована вспышка заболевания, которая принесла самые разрушительные последствия. Вспоминая об этом сегодня, можно сказать, что некоторые из наших итальянских коллег могли бы быть носителями коронавируса, и, как мы, к сожалению, теперь знаем, штамм COVID-19, который процветал в Ломбардии, был крайне злокачественным.

Реальность повторного распространения вируса и сила его разрушающего воздействия пробили нашу иллюзорную защиту. Психическое пространство наших пациентов и нас самих сжалось и переполнилось тревогами и страхами, которые сопровождались и усиливались постоянным навязчивым поиском новостей и информации. В этих обстоятельствах первое, что должен сделать аналитик — попытаться помочь нашим пациентам и нам самим очистить пространство для ясного мышления. С этим, вероятно, согласился бы

и капитан Блон. Прежде чем командир (или аналитик) успешно поведет свои войска в бой, ему, возможно, придется сначала помочь им успокоиться и начать ясно мыслить.

Помочь перегруженному пациенту успокоиться и начать ясно мыслить — такая задача не противоречит проведению анализа. Скорее, это — обязательное условие. При использовании широкой аналитической техники необходима гибкость, учитывающая особенности работы с пациентом в зависимости от уровня его возможностей и экзистенциальных потребностей в данный момент времени. Как только психическое пространство появится вновь, мы сможем увидеть, каким образом психика каждого человека, если исходить из того, что она обладает такой способностью, начинает создавать значения и оттенки и придавать их более общей и универсальной угрозе пандемии в соответствии со своими личными конфликтами и индивидуальными особенностями. Появление этого пространства вполне может служить своего рода диагностической функцией, указывая на то, что потенциально травматичный «лесной пожар» пандемии берется под контроль и интегрируется в более привычный набор конфликтов и проблем конкретного человека.

Одна пациентка, находившаяся на карантине и тяжело переживавшая трагическую преждевременную смерть супруга, проходила терапию отчасти для того, чтобы справиться

Отказавшись принять такую высокую награду как медаль за героизм, проявленный в бою, он сказал, что единственная разница между теми, кто получил медаль, и теми, кто был осужден как дезертир, — это направление, в котором они бежали, когда их объял ужас

с последствиями подавленной реакции горя. Глядя в окно на когда-то оживленный, а теперь застывший город, она заметила: «Как на кладбище». Другой пациент, отец которого жил в постоянном страхе быть арестованным, заметил, что социальная изоляция — «это как тюрьма». Эти бессознательно выбранные метафоры были «сигналами поля» (Ferro, 2002), которые показывают, как каждый пациент начинает сдерживать и перерабатывать последствия угрозы и изоляции своим собственным особым способом. Они создавали и приписывали личностный и субъективный смысл жестокому и обезличенному хаосу пандемии; начинали бессознательно придавать символическое значение через ретроактивный эффект [*apres coup*] событиям, связанным с действительной травмой пандемии, вплетая то, что теперь становилось символическими и значимыми событиями, в ассоциативную ткань своей жизни.

У многих из нас первые недели и месяцы пандемии вызвали то, что я бы назвал *травматическим актуальным неврозом* (Traumatic Actual Neurosis), отмеченным тревогой, напряжением и усталостью, за которыми следуют ипохондрия, нарушения сна и питания и незначительные соматические расстройства. Для некоторых это состояние психологической травмы продолжается и становится хроническим. Реальные невротические симптомы изначально не имеют символического значения. Хотя Фрейд (1916–1917) использовал этот термин только для описания расстройств сексуального происхождения (застой либидо, чрезмерная мастурбация), есть основания распространить его на несексуальные события, которые атакуют и разрушают наши психические регуляторные способности — то, что Фрейд (1920a) назвал «защитным щитом» Эго.

Травма в психоанализе — это всегда экономический вопрос: баланса или дисбаланса между отрицательным стимулом и способностью мозга сдерживать, перерабатывать и обезвреживать его воздействие и последствия. В случае пандемии стимулом стал невидимый, меняющий жизнь и угрожающий жизни патоген, о котором мало что известно и против которого нет ни адекватного лечения, ни вакцинации. Отсутствие четкого представления о том, с чем мы сталкиваемся

У многих из нас первые недели и месяцы пандемии вызвали то, что я бы назвал травматическим актуальным неврозом (Traumatic Actual Neurosis), отмеченным тревогой, напряжением и усталостью, за которыми следуют ипохондрия, нарушения сна и питания и незначительные соматические расстройства

или как с этим бороться, усиливает ужас и напряжение, которые все мы испытываем, и побуждает нас прибегать к паническим покупкам и другим способам, которые «как по волшебству» помогут решить эту проблему. В свете этой неопределенности отрицание, позерство и антинаучная риторика правительственных лидеров только усилили смятение и усугубили ситуацию. Кому и чему мы верим? Кому мы доверяем?

Из-за недостатка знаний, отсутствия грамотного руководства, а также ввиду «неуловимости» распространения вируса, локализовать угрозу COVID-19 почти невозможно. Нельзя с уверенностью сказать, что «здесь вирус есть», а «там его нет» и тем самым получить преимущество в борьбе с ним. Мы с трудом можем найти пространство, в котором бы почувствовали себя по-настоящему в безопасности. Самое лучшее, к чему привели наши поиски — это почти полная изоляция и нахождение дома на карантине. Возможно, эти меры помогут нам успокоиться и прийти в себя, но они дорого обойдутся в плане как экономических, так и эмоциональных затрат.

Тот факт, что коронавирус передается от человека к человеку, спровоцировал рост

подозрительности, избегания и паранойи. Кому-то вследствие социальной изоляции пришлось вести одинокий образ жизни; для других она стала версией пьесы Сартра «За закрытыми дверями»; третьи словно оказались в ситуации, чем-то напоминающей сенсорную депривацию. Изнуряющее воздействие социальной изоляции напоминает нам о том, какую значительную психологическую и эмоциональную поддержку мы обычно получаем от самых простых социальных контактов: пара слов с работником химчистки; рассуждения о погоде с продавцом газет возле моего офиса; советы о том, какой фильм посмотреть, и шутки, которыми мы с тренером обмениваемся в спортзале... Все эти контакты и многое другое составляют важную часть обычной ткани нашей жизни, и мы едва ли обращаем на них внимание, пока вдруг это все не пресекается необходимостью сидеть дома.

В одной из работ (Levine, 1990) я предположил, что при нормальном развитии маленький ребенок приобретает интернализированное чувство бессознательной неуязвимости, основанное на том, что родители его защищают, любят, кормят, одевают и предоставляют ему кров. Надлежащее выполнение родителями своих обязанностей по отношению к ребенку способствует формированию у него бессознательного, всемогущего защитного внутреннего объекта, который способствует развитию бессознательных (всемогущих) ожиданий безопасности¹. Более поздние разновидности этого ожидания проявляются в «неуязвимости» подросткового возраста; в предположении, что «это не произойдет/не может произойти со мной» в молодом возрасте; в идее о том, что смерть — это то, что происходит только с поколением родителей или бабушек и дедушек; и в общем отрицании смерти как части жизни, что мы наблюдаем у многих, казалось бы, благополучных взрослых до тех пор, пока они не испытают потерю одного или обоих родителей или другого близкого и значимого человека. Даже тогда, хотя неизбежность смерти можно признать на интеллектуальном уровне, она, возможно, лишь намного позже, если вообще

¹ См. также: Sandler, J. (1960). The Background of Safety. Int. J. Psycho-Anal., 41:352–356.



когда-либо, перестанет восприниматься как что-то «немыслимое» и станет, в какой бы ограниченной степени это ни было возможно, реальностью, с которой следует считаться.

Большое количество размышлений и дискуссий посвящено проблеме сеттинга и переходу от непосредственного контакта с пациентом к телефонным или онлайн-сессиям. Для классических аналитиков Блегер (2012) исследовал сеттинг или рамку и особые бессознательные технические роли, исполняемые им помимо обычных установок времени, места, оплаты и т.д.

Когда Фрейд в своей работе начал использовать кушетку, она уже была привычным предметом в кабинетах многих венских врачей. Утвердившись в остальном мире как психоаналитическая норма, она начала приобретать набор значений и мистический смысл,

наряду с другими аспектами офисного сеттинга терапии, и стала частью ритуала психоанализа. Заслонила ли эта «нормализация» тот факт, что в случае с пациентами, которые терпимо относятся к использованию кушетки, она помогает им глубже сконцентрироваться на внутреннем мире и добиться большей свободы ассоциаций? Кушетка может помочь некоторым пациентам не заострять внимание на лице аналитика и на том, что оно выражает в данный момент. У других пациентов, использующих кушетку, потеря зрительного контакта с аналитиком может спровоцировать чрезмерную травматическую тревогу или абстиненцию, что затрудняет процесс лечения и не может рассматриваться как механизм защиты, «доступный анализу» (т.е. устранимый). Ее необходимо признать как патологическое состояние и слабое место,

которое нужно уважать, с которым необходимо считаться на его же условиях и которое необходимо преодолевать в ходе длительного лечения при непосредственном личном общении пациента и аналитика.

В условиях смены сеттинга, каким пациентам необходимо видеть наше лицо во время дистанционной сессии? Кому из них мы это предложили? Было интересно узнать, что некоторые аналитики, использовавшие кушетку до наступления пандемии, во время удаленных сессий просили своих пациентов улечься и расположить свои компьютеры так, чтобы аналитик мог видеть пациента в таком ракурсе, как если бы он находился на кушетке в его кабинете. Полагаю, что для этого есть много причин, но мне интересно, является ли такое действие необходимым и есть ли от него польза, особенно если об этом просит сам аналитик, или данная просьба представляет собой попытку воссоздать привычные условия ритуализированного прошлого и отрицать масштабность кризиса и перемен?

Смена сеттинга показала, насколько мы в целом надеемся, что с помощью ритуала сможем упорядочить самих себя и свою жизнь и, возможно, обрести некую стабильность. Один пациент, который в очень раннем возрасте испытывал материнскую нечувствительность, что привело к тому, что ему приходилось бороться с мощными бессознательными силами, направленными на слияние со своим объектом и поглощение им, говорил о том, что испытывал чувство потери ориентации и связи с окружающими объектами вследствие потери времени и пространства между окончанием аналитической сессии и началом работы; это чувство он начал испытывать, когда сессии стали проводиться на дому дистанционно с помощью Zoom. Он испытывал назойливое чувство потери периода, следующего сразу за окончанием сессии; раньше это чувство было размыто и не осознавалось им благодаря поездке обратно на работу.

Другой пациент, испытывавший сходные проблемы, но защищавшийся от своих сильных желаний слияния путем ухода в еще более сильное и устойчивое шизоидное убежище, длительное время занимал довольно скучную и однообразную позицию во время очных сессий с использованием кушетки.

Смена сеттинга показала, насколько мы в целом надеемся, что с помощью ритуала сможем упорядочить самих себя и свою жизнь и, возможно, обрести некую стабильность

Увеличение дистанции, благодаря телефонным сессиям, с самого начала словно бы способствовало снятию напряжения. Пациент перестал хронически опаздывать на сессии, его внимание, до этого занятое проблемами на работе и тем, как дела у жены и детей, стало направляться все глубже внутрь и сосредоточиваться на личных эмоциональных проблемах. Неожиданно лечение начало углубляться. В течение нескольких недель удалось проникнуть в самое ядро некоторых угрожающих и неприятных чувств, и речь пациента стала тревожной, затем осторожной, сбивчивой, рассудительной и, наконец, невыразительной. Наблюдая смену состояний от вовлеченности к тревожности и к новому уходу, и аналитик, и пациент получили более ясное представление о глубине фобического избегания пациентом потенциально дестабилизирующего материала.

В заключение я бы хотел отметить, что уже идет множество дискуссий о том, что дистанционные формы лечения останутся нормой даже после окончания пандемии. Необходимость помешать распространению вируса потребовала перехода к работе с пациентом на расстоянии с целью соблюдения требований самоизоляции. Сейчас еще преждевременно говорить о последствиях смены сеттинга и отделять их от других последствий пандемии, таких как социальная изоляция, экономические кризисы, угроза смерти и т.д. Тем не менее, я полагаю, что большинство терапевтов поняли, что с помощью компьютера или по телефону можно продолжить

выполнять работу, участвовать в супервизиях и заниматься самообразованием. Еще предстоит определить, окажутся ли глубина и охват удаленной работы такими же, как в ходе анализа и терапии, проходящих в очной форме, подходит ли такая работа для целей обучения и для каких пар «терапевт-пациент» ее можно использовать.

Непрерывность и эффективность, которые возможно получить в условиях смены сеттинга в этой кризисной ситуации, поддерживаются и той степенью, в которой аналитическая функция существует или может развиваться в пациенте или в аналитике. В моей работе о лечении пациентов, которые находятся в пределе или рядом с пределом доступности анализу, я подчеркнул, что аналитический процесс часто начинается в уме аналитика и должен быть выдержан в нем длительное время (Levine, 2010). Это утверждение верно вне зависимости от того, проводится ли анализ в офисе или удаленно. Только тогда, когда аналитическая функция интернализируется пациентом, мы можем признать существование того, что мы называем аналитическим процессом, в общении, происходящем в паре «аналитик-пациент».

Ответ на кризисную ситуацию часто содержит предпосылки для прогресса и инноваций. Пандемия COVID-19 и те изменения, которые она вызвала, дали нам богатую пищу для размышлений и изучения и много того, что нам еще предстоит узнать. Подводя итог своим

размышлениям, я призываю не спешить с выводами, а приложить усилия для более глубокого изучения плюсов и минусов того, что было необходимо сделать; это поможет нам продолжать развивать нашу профессию и развиваться самим с помощью ответственных, эффективных и конструктивных решений. ■

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bion, W.R. (1962). Learning From Experience. London: Heinemann.
2. Bleger, J. (2012). Symbiosis and Ambiguity. London: Routledge.
3. Ferro, A. (2002). In the Analyst's Consulting Room. London: Karnac.
4. Freud, S. (1915). Thoughts for the Times on War and Death. S.E. 14
5. Freud, S. (1916). On Transience. S.E. 14.
6. Freud, S. (1916–1917). Introductory Lectures on Psycho-Analysis. S.E. 16.
7. Freud, S. (1920a). Beyond the Pleasure Principle. S.E. 18.
8. Freud, S. (1920b). Letter to Oscar Pfister. Cited in The Guardian, June 9, 2020.
9. Freud, S. (1930). Civilization and Its Discontents. S.E. 21.
10. Freud, S. (1931). Why War? S.E. 21.
11. Levine, H.B. (1990). Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse. New York: The Analytic Press.
12. Levine, H.B. (2010). Creating analysts, creating analytic patients. IJPA 91:1385–1404.
13. Sandler, J. (1960). The Background of Safety. Int. J. Psycho-Anal., 41:352–356.