

Психотерапия онлайн: проблемы переноса и контрпереноса¹



Джанет Сайерс (Janet Sayers)

- психоаналитик, клинический психолог
- почетный профессор психоаналитической психологии в Кентском университете (University of Kent).
- автор ряда книг по психоанализу

Перевод с англ. Щепкиной Е. В.

В связи с вводом локдауна из-за пандемии коронавируса в марте 2020 в Великобритании в отделении Национальной службы здравоохранения (НСЗ), где я работаю, немедленно последовала замена психотерапии в клинике на онлайн терапию. В последующие недели мой старший коллега попросил меня написать статью о проблемах переноса и контрпереноса, связанных с этой новой формой лечения, уделив особое внимание «терапевтическим отношениям» (Shedler, 2010, p. 104).

Первоначальный обзор литературы показал, что ранее некоторые врачи частной практики более или менее поддерживали психотерапию онлайн. Например, психоаналитик Алессандра Лемма (2017), писавшая о своем опыте предоставления онлайн лечения пациентам, которые по работе или по другим причинам временно или более постоянно не могли продолжать приемы в офисе. С тех пор Гили Агар, клинический психолог и основатель службы онлайн-психотерапии для израильтян, проживающих за границей, цитировал выводы Вагнера, Хорна и Меркера (2014) и Мизрахи (2017) как доказательства того, что результаты психотерапии онлайн так же хороши, как и при личных встречах (Agar, 2020, p. 66).

Другие психоаналитики в прошлом были гораздо менее восторженными. Среди них —

¹ © 2021 The Author. British Journal of Psychotherapy published by BPF and John Wiley & Sons Ltd. Данная статья размещена в открытом доступе в соответствии с условиями лицензии Creative Commons Attribution License. Подробнее об авторе: <https://www.kent.ac.uk/psychology/people/260/sayers-janet>



клинический психолог и психоаналитик из Нью-Йорка Тодд Эссиг. Он выразил сожаление по поводу компьютерного онлайн психоанализа. «Компьютеры — это «декартовы устройства» для обмена «мыслями на расстоянии», — заявил он, памятуя о максиме Декарта cogito ergo sum (я так думаю). Таким образом, компьютеры являются «менее подходящим каналом для переноса и контрпереноса», поскольку, как настаивал Эссиг, «мы больше, чем просто то, что мы думаем» (Essig, 2015, p. Xv). «На данный момент мы застряли на телетерапии, потому что меры вирусной безопасности подрывают психологическую безопасность психотерапии». «Однако, — неохотно признал Эссиг через несколько недель после начала пандемии коронавируса — практически для всех телездравоохранение на основе видео или аудио останется лучшим выбором, чем личные встречи за экранами, защитными масками, дезинфицирующими средствами, физическим расстоянием, вентиляцией, мониторингом симптомов, отслеживанием контактов и т.д.» (Essig, 2020, n.p.).

К июню 2020 года, в ответ на просьбу моего вышеупомянутого коллеги, я начала дальнейшее изучение опубликованной литературы по онлайн психотерапии. К этому исследованию я добавила свои собственные размышле-

ния и размышления коллег психотерапевтов из Национальной Службы Здравоохранения о противопоставлении сеттинга или рамок очной и онлайн психотерапии, а также их соответствующего воздействия на проблемы переноса, контрпереноса, эмпатии и контейнирования, некоторые из которых ранее упоминались в обзоре Диего де Битенкур Мачадо и его коллег (2016) и теоретически обсуждались Лусио Гутьерресом (2017).

СЕТТИНГ ИЛИ РАМКА

«Пациент исцеляется, находя в аналитическом сеттинге то, что должно было быть доступно раньше в его жизни: поддерживающая среда, которая выдерживает и контейнирует», — утверждала психоаналитик Джиллиан Айзекс Рассел, в предисловии к своим наблюдениям об онлайн терапии в рамках частной платной практики (Russell, 2015, с. 13). Вскоре после начала пандемии коронавируса психиатр из США Диба Ашраф и ее коллеги психиатры выразили тревогу по поводу того, что в их онлайн консультациях с пациентами не хватало выдерживающей и контейнирующей «рамки» (Ashraf, Shenoj & Moukaddam, 2020, n.p.).

В этом контексте они одобрили работу психоаналитика Мэрион Милнер, которая описала успокаивающий

эффект сеттинга или рамки, посредством которых «даже хаос, получивший название, становится менее хаотичным» (Milner, 1950, p. 75). Ученые хорошо осознают важность сохранения стабильного сеттинга или рамок своих экспериментов как средства изучения влияния различных составляющих или переменных. Психотерапевты также заинтересованы в обеспечении стабильного сеттинга, не в последнюю очередь потому, что она обеспечивает надежную привязанность — термин, заимствованный из работы психоаналитика и основателя теории привязанности Джона Боулби (John Bowlby, 1988) для обозначения сеттинга, в котором нуждаются пациенты, чтобы исследовать тревожные факторы, вызывающие их психологические проблемы.

Надежная привязанность или сеттинг в психоаналитических или психодинамических приемах как для Национальной Службы Здравоохранения, так и, частных приемов, включает в себя то, что они должны длиться 50 минут каждый и проводиться по возможности в одно и то же время или одинаковое количество раз в неделю. В настоящее время в службе НСЗ, в которой я работаю, пациентам предлагается курс из минимум 24 сеансов психотерапии раз в неделю, не считая отмены, например, из-за физического заболевания или перерывов на отпуск. Время в пути также является частью сеттинга в офисе или в клинике. Это дает пациентам возможность поразмышлять о содержании этих посещений. Или, как сказал коллега психотерапевт по когнитивно-поведенческой терапии из НСЗ об одной из своих пациенток, дорога в клинику и обратно давала этой пациентке передышку от домашних проблем.

Для онлайн встреч, напротив, время в пути практически равно нулю. Пациенты могут прийти к ним сразу после загрузки стиральной машины или разгрузки покупок. Указывая на это, коллега упомянул пациента, одинокую мать четверых детей, которая жаловалась на то, что, во время поездки домой с предыдущих посещений в клинику у нее было время подумать над обсуждаемыми проблемами, а теперь ей приходилось немедленно возвращаться в «режим мамы» после того, как эти встречи перешли в онлайн. Поездки на прием в клинику и обратно влечет за собой переодевание в одежду более или

«Язык тела, выражение лица и феромоны, необходимые для установления человеческих отношений», «полностью отсутствуют» в онлайн психотерапии

менее по погоде. Кроме того, пациенты часто считают, что на эти приемы они должны прийти в приличной одежде. Пациенты, посещающие сеансы онлайн психотерапии, не всегда чувствуют себя обязанными выглядеть прилично. Это, по-видимому, верно в отношении нескольких пациентов, которые приходят на свои онлайн встречи в ночном белье с растрепанными волосами, как если бы они только что встали с постели.

Еще одно важное различие между посещениями психотерапевтов в клинике и онлайн службой НСЗ заключается в том, что первые обычно начинаются с того, что психотерапевт забирает пациента из места ожидания и ведет его в комнату, укомплектованную стульями и носовыми платками, где психотерапевт и пациент более или менее сидят напротив друг друга и разговаривают, возможно, время от времени молчат, пока 50-минутная встреча не закончится, тогда терапевт и пациент встанут, и терапевт откроет дверь, чтобы пациент мог уйти. Эта комната и ее носовые платки были настолько важны для одной пациентки, что она увековечила память о своей терапии в кабинете, создав произведение искусства «Атишу, Атишу», (a tissue — носовой платок), чтобы символизировать их.

Кроме того, что НСЗ не предоставляет пациентам, проходящим онлайн терапию, место ожидания, туалет и комнату с салфетками и стульями, пациенты, не получают необходимое интернет оборудование. У некоторых пациентов нет этого оборудования. Или им трудно получить его даже на временной основе. «Один пациент полагался на доступ к смартфону родственника, и его дважды

подводили в последнюю минуту», — сказал мне коллега. Поэтому у НСЗ есть веская причина предоставить пациентам компьютерное оборудование, необходимое для онлайн терапии, если оно отсутствует, точно так же, как НСЗ предоставляет своим сотрудникам такое оборудование для приемов онлайн из дома. В то время как психотерапевты НСЗ во многих случаях могут обеспечить относительно нейтральную, постоянную, стабильную и приватную обстановку для проведения онлайн психотерапии, это часто не относится к их пациентам. Одна пациентка встречалась со своим психотерапевтом онлайн из своей супружеской спальни. Другой проводил встречу со своим психотерапевтом с веранды своего дома, где онлайн соединение было далеко не надежным. Еще одна пациентка изменила сеттинг своей онлайн терапии: иногда она встречалась со своим терапевтом онлайн из той или иной комнаты своего дома, в другой раз она встретила со своим терапевтом из дома друга. Для этого пациента уединение не было проблемой. Не так как для других пациентов. «Это остается большой проблемой для пары пациентов. Им приходится сидеть в машине, что далеко от идеала, особенно для пациента, которому приходится делать это на общественной автостоянке», — заметил один коллега. Еще одна пациентка, добавил он, «после трех сеансов онлайн психотерапии поняла, что ее муж на самом деле подслушивал, что сделало ее более уязвимой в и без того эмоционально оскорбительных отношениях».

В отличие от психотерапии в клинике, которую можно относительно легко защитить от вторжений, в онлайн психотерапии это не всегда возможно. «Звонили дверные звонки и телефоны», — жалуется коллега. «Хотя я обнаружила, что можно договориться с людьми о том, чтобы их партнеры выводили детей на прогулку во время сеанса терапии, погода, усталость и т.д. могут воспрепятствовать, делая ситуацию ненадежной», — заметила другая коллега психотерапевт. Кроме того, она добавляет, говоря об онлайн терапии: «Для меня самое неприятное из всех прерываний — это когда у вас есть клиент, которому потребовалось много времени, чтобы открыться и поговорить о чем-то очень сложном, а затем изображение

замирает, или распадается, и вы не можете быть с ними в этом трудном переживании. Это может поколебать желание пациента пойти туда снова».

Один из способов нейтрализовать тревожное влияние таких прерываний, а также «размытое сенсорное восприятие, присущее общению экрана с экраном» для психотерапевта — очень сильная концентрация на экране. Это влечет за собой принесение в жертву «свободно плавающего» внимания, рекомендованного Фрейдом в качестве позиции, которой психоаналитик должен придерживаться при лечении своих пациентов (Russell, 2015, p. 23). Другие различия между психотерапией онлайн и психотерапией в клинике или кабинете включают большую трудность терпеть молчание при коммуникации в онлайн. Кроме того, прямоугольная форма, обрамляющая пациента на таких приемах, поскольку она перекликается с прямоугольной формой экрана кинотеатра или театральной сцены, может вызвать ощущение представления, которого не возникает в психотерапии в клинике или кабинете.

Прежде всего, в очной психотерапии психотерапевт и пациент встречаются телесно в одном и том же общем физическом пространстве. Это, конечно, не относится к онлайн психотерапии. Несовершенство технологии, которое может привести к «задержкам и искажениям, подрывающим уверенность обоих участников процесса и лишению возможности воспользоваться ценными подсказками», например, тоном голоса или выражением их лиц. В более общем плане «язык тела, выражение лица и феромоны [химические вещества, выделяемые при личном общении], необходимые для установления человеческих отношений», «полностью отсутствуют» в онлайн психотерапии (Lemna, 2017, p. 91).

ПЕРЕНОС

Фрейд не обращал особого внимания на роль языка тела в психоаналитическом лечении. Тем не менее, язык тела влияет на передачу пациентом терапевту опыта общения с другими значимыми людьми в их жизни — этот аспект психоаналитического лечения Фрейд считал важным. Недавние примеры переноса пациента включают 60-летнего пациента

Джона, истерзанного тревогой, связанной с тем, что он был объектом низкой оценки своих родителей по сравнению с очень высокой оценкой его старшего брата, которая поддерживалась родителями. Опасаясь, что мое лицо выдаст такой же низкий уровень уважения к нему, он избегал зрительного контакта, вместо этого глядя в угол комнаты, в которой мы встречались во время его лечения в клинике. Если бы это лечение проводилось онлайн, это телесное выражение его страха переноса передо мной было бы невозможным, поскольку тогда мы бы не встретились в одной комнате.

Другой пример переноса в клинической психотерапии связан с пациенткой Дженни, которая передала мне свой подавленный страх, гнев и обиду на мужчину, который физически и сексуально насиловал ее в течение нескольких лет, когда она была ребенком. Это было очевидно в страхе, гневе и негодовании, которые выражались телесно во время встреч со мной, например, в напряженно сжимаемых и заламываемых руках. Если бы ее лечение проводилось онлайн, я бы не увидела этого телесного выражения ее чувств. И, конечно же, физический страх пациента перед психотерапевтом телесно коренится в психотерапии в кабинете, поскольку

ку в рамках этой формы лечения терапевт действительно может атаковать пациента телесно. Напротив, как говорит психотерапевт Лу Агоста, пациенты, проходящие онлайн лечение, могут заниматься «раскованным» и «провокационным» самовыражением без риска физического возмездия со стороны терапевта (Agosta, 2020, p. 41). Соответствующие примеры психотерапии на базе НСЗ, включают 19-летнюю пациентку. В отличие от своей жизнерадостной и сексуально одетой матери, она приходила на прием в клинику в очень неряшливой одежде. Психоаналитический психотерапевт был впечатлен ее переносом страха, что мужчины увидят в ней что-то очень дефектное и поэтому отвергнут ее. Вероятно, однако, ее безвкусная одежда также служила защитой от признания ее собственных сексуальных чувств. Они стали очевидными, когда на последующих онлайн сеансах пациентка была одета в открытую одежду с глубоким вырезом. Возможно, она осмелилась сделать это, потому что во время онлайн встреч терапевт физически не мог реагировать так, как в ее опасениях, на сексуальную провокацию, предполагаемую ее тогдашней одеждой.

Тем не менее, как указывает Лемма, ускоряя одновременно «растормаживание» и «ми-



Выбор пациентом места для встречи со своим психотерапевтом в онлайн-терапии дает подсказки психотерапевту об опыте переноса, таким образом «раскрывая элементы» «раннего эмоционального опыта пациента»

нимизацию» «эротических желаний», онлайн лечение может, если его не остановить, «исказить направление терапии» (Lemma, 2017, p. 107). Обобщая такие примеры, некоторые психоаналитические терапевты предполагают, что «проблемы и фантазии, которые могут не возникать очно, могут быть более доступны через технологически опосредованное общение». Возможно, это связано с «безопасностью расстояния» в психотерапии онлайн, позволяющей возникать ранее вытесненным «аффективным состояниям». Кроме того, выбор пациентом места для встречи со своим психотерапевтом в онлайн-терапии дает подсказки психотерапевту об опыте переноса, таким образом «раскрывая элементы» «раннего эмоционального опыта пациента» (Russell, 2015, p. 47).

КОНТРПЕРЕНОС

Но что можно сказать о контрпереносном опыте, вызванном пациентом у психотерапевта? «Иногда меня переполняют глубокие реакции контрпереноса, такие как ужас или горе», — говорит психотерапевт, имея в виду свою офисную работу с пациентами. «В Skype проще: они [пациенты] могут причинить вам меньше вреда. Я называю это «облегченные отношения», — отмечает она. «Внутренняя «защита» экрана рассеивает потенциальное влияние пациента на терапевта», — комментирует другой психотерапевт частной практики (Russell, 2015, p. 27, 38).

Примеры контрпереносных реакций в психотерапии в клинике на базе НСЗ включают в себя пример коллеги консультанта, который, увидев плачущего пациента, почувствовал, что тот не может позаботиться о себе, используя предоставленные носовые платки. Возможно, интерпретация терапевта, способствовала тому, что пациент взял носовые платки, когда плакал во время последующей онлайн встречи. Но для того, чтобы найти платки, пациент покинул экран, тем самым вызвав у психотерапевта контрпереносную тревогу, что пациент покинул встречу — тревогу, которая уменьшилась после того, как он снова появился через несколько минут.

Другая проблема контрпереноса возникла у психоаналитического психотерапевта НСЗ, который обнаружил, что осуждает пациентку, которая тайком налила себе бокал вина во время прерывания связи на онлайн-встрече. Для него это был обман, который менее возможен в общем пространстве лечения в клинике. Обман также является проблемой, способствующей полемике об опасностях онлайн-знакомств.

Что касается проблем контрпереноса в онлайн-терапии, финансируемой из частных источников, Лемма приводит пример из своей работы с успешной бизнес-леди Мала, которой за тридцать, и о которой она говорит: «изначально Мала обратилась за помощью из-за очень сложных отношений с матерью, которые она воспринимала как навязчивые для ее тела и ума. Первые девять месяцев терапии она провела в долгих периодах молчания, которые, как я чувствовала, были предназначены для того, чтобы держать меня на расстоянии и защитить себя от моего ожидаемого вторжения. Поскольку Мала говорила не так много, мои вмешательства часто основывались на собственном соматическом контрпереносе. Когда Мала входила в мою комнату и выходила из нее, она, низко склонив голову, пожимала мне руку. Рукопожатие, которое в культурном отношении соответствовало происхождению Малы, заставило увидеть ее неизменно вспотевшие ладони. Любопытно, что когда мы в первый раз пожали руку — и это произвело неизгладимое впечатление — у меня возникла ассоциация, будто она втирает в меня свой пот, как будто желая проникнуть в меня. В это время было сильное желание вымыть

руки» (Lemna, 2017, p. 101). Этот пример иллюстрирует тот факт, что на сознательное или бессознательное контрпереносное переживание психотерапевта влияют не только слова, но и «жесты, запахи и феромоны» пациента (Russell, 2015, p. 99). И, возможно, именно химические составляющие коронавируса мало чем отличаются от веществ феромонов, от которых психотерапевты и их пациенты защищены, переходя из офиса или клиники в онлайн терапию. Лемма представляет собой пример такого перехода, произошедшего после того, как ее пациентка Мала, описанная выше, уехала жить и работать из Лондона за границу. Об этом переходе Лемма говорит: «когда мы работали через Skype, я осознавала, что мне нужно приложить много усилий, чтобы представить [Малу] в моем сознании лежащей на диване и вспомнить привычные движения ее тела. Когда я снова погрузилась в свою соматическую память о ней, то почувствовала себя более настроенной. Это был не просто внутренний процесс. Я часто проверяла с Малой, как она себя чувствует (чаще, чем при личной встрече), и просила описать свой телесный отклик, чтобы укоренить ее в моем телесном опыте» (Lemna, 2017, p. 103).

Таким образом, Лемма указывает на важную проблему в онлайн психотерапии, а именно на важность признать свои ограничения, проверяя, чаще, чем в терапии в офисе или клинике, как пациенты себя чувствуют, поскольку онлайн телесное выражение чувств менее заметно. Кроме того, стоит отметить наблюдение Леммы о том, что ей пришлось приложить усилия, чтобы представить Малу — работа, которая, возможно, включает в себя больше «воображения, желания и внимания», чем в психотерапии в офисе или клинике (Russell, 2015, p.57). Вероятно, учитывая этот пример, и не удивительно, что и Лемма, и Расселл утверждают, что проблемы, возникающие при онлайн терапии, смягчаются тем, что им предшествуют приемы в кабинете или клинике, которые позволили психотерапевту и пациенту быть вместе в одной комнате, получать и запоминать телесные переживания.

ЭМПАТИЧЕСКОЕ ОТЗЕРКАЛИВАНИЕ

С аспектом контрпереноса в психотерапии связана проблема бессознательной эмпатии или *emföhlung* (сочувствие), как ее назы-

вал Фрейд. Однако он не особо много говорил об эмпатии, за исключением своей книги об остроумии, в которой описал ее как «вовлечение себя в «разум другого» и, как существенный аспект «комического» (Freud, 1905, p.187). В отличие от Фрейда, психоаналитик и педиатр Дональд Винникотт в ответ французскому психоаналитику Жаку Лакану (1953) об увлечении ребенка его зеркальным отображением подчеркнул межличностный и эмпатический характер отзеркаливания. «Что видит ребенок, когда смотрит на материнское лицо?» — спросил Винникотт. «Я предполагаю, что обычно ребенок видит сам себя или саму себя. Другими словами, мать смотрит на ребенка, и то, как она выглядит, связано с тем, что она видит» (Winnicott, 1967, p. 131).

Позже исследователи заметили, что этот «зеркальный ответ» (*mirroring response*), как его еще называют, возникает на очень раннем этапе развития ребенка. Очевидно, через несколько часов после рождения ребенок повторяет движения рта матери, когда находится с ней лицом к лицу. Это, по-видимому, неврологически укоренено в зеркальных нейронах, которые срабатывают в ответ на наблюдение за действиями другого человека, как если бы человек делал это сам. «Вы знаете, что я чувствую, потому что вы буквально чувствуете то, что чувствую я», — говорит Расселл об этих открытиях. Он описывает зеркальные нейроны как аспект «функций правого полушария», заложенный во время раннего развития «процессов привязанности» (Russell, 2015, стр. 83, 97).

Эти процессы игнорировались Фрейдом, поскольку он сосредоточился на аспекте психоаналитического лечения с помощью разговора — аспекта, который обычно опосредуется левым полушарием мозга у людей, у которых эта часть мозга является доминирующей для речи. Телесное выражение проблем пациента, возникающих в результате искажения процессов привязанности в его раннем детстве, вполне может быть отражено в реакции психотерапевта. Например, вероятно, я отражаю на лице и в своем теле контрпереносную реакцию на вышеупомянутую пациентку, Дженни, выражая ее страх, гнев и негодование на меня, коренящиеся в ее раннем опыте сексуального насилия, через напряженное сжимание и заламывание рук. Такие

жесты не видны на онлайн сеансах, поскольку можно увидеть только лицо и плечи пациента.

Это стало особенно очевидно во время такого сеанса психотерапевта с другой пациенткой, Трейси. Во время своих первоначальных посещений в клинике она говорила о жестоком обращении в общих чертах, которому она, как и Дженни, подверглась в детстве. Воспоминания о нашем телесном взаимодействии во время этих встреч, возможно, побудили меня проверить, как она себя чувствовала, подробно рассказывая мне об этом насилии во время следующей онлайн встречи. На это она ответила мне, сказав, что ее физически трясет от беспокойства, после чего я заметила, что кое-что из этого увидела в легком движении ее плеч, но не рук, которых я видеть не могла. Возможно, что обеднение телесных сигналов, необходимых для эмпатического отражения и интерсубъективного общения в целом, а также отсутствие физического опыта встречи с пациентом в одной комнате делает онлайн общение «легко забываемым» (Russell, 2015, p. 87). Обеднение телесных сигналов также влияет на способность психотерапевта «сконцентрироваться и по-настоящему сосредоточиться на клиентах на время онлайн встречи», — отмечает коллега психоаналитический психотерапевт НСЗ. «Это также означает, что мы должны более тщательно продумывать интервалы между клиентами, учитывая «время восстановления», что потенциально снижает

Проблемы, возникающие при онлайн терапии, смягчаются тем, что им предшествуют приемы в кабинете или клинике, которые позволили психотерапевту и пациенту быть вместе в одной комнате, получать и запоминать телесные переживания

нашу способность принимать столько же людей», — добавил он.

К этому аспекту онлайн психотерапии относится следующее наблюдение из статьи, в которой автор отмечает: «во время личного разговора мозг частично фокусируется на произносимых словах, но он также получает дополнительные смыслы из десятков невербальных сигналов, например, пациент лицом к вам или слегка отвернулся. Ерзает, пока вы разговариваете, или вдыхает быстро, готовясь прервать. Восприятие этих сигналов является естественным для большинства из нас, требует небольшого сознательного усилия для анализа и может заложить основу для эмоциональной близости. Однако типичный видео-звонок ослабляет эти укоренившиеся способности и требует постоянного и интенсивного внимания к словам. Если человек обрамлен только с плеч и вверх, исключается возможность видеть жесты рук или другой языка тела. Если качество видео низкое, всякая надежда уловить что-то из мелких выражений лица рушится». (Sklar, 2020, n.p.). Эмпатическому отзеркаливанию не помогает и тот факт, что в психотерапии онлайн терапевт или пациент не могут следить за направлением взглядов друг друга и извлекать из этого информацию об их «душевном состоянии» (Russell, 2015, p. 107).

КОНТЕЙНИРОВАНИЕ

С эмпатическим отзеркаливанием связана проблема контейнирования. Уилфред Бион (1962), например, сравнил работу психоаналитика в этом отношении с тем, как мать принимает, контейнирует и преобразует проецируемый чувственный опыт своего ребенка в смысл. Он указал, что мать через возникающую в результате телесную реакцию позволяет своему ребенку переживать свой иначе проецируемый чувственный опыт как нечто, о чем он тоже может узнавать, фантазировать и размышлять. Точно так же, как утверждал Бион, если пациент в качестве защиты проецирует свой чувственный опыт на психоаналитика, последний может быть в состоянии сконтейнировать его и преобразовывать в осмысленную форму и, благодаря отклику, позволить пациенту восстановить свою способность узнавать, фантазировать и размышлять, в противном случае пациент в качестве защиты отрицает и проецирует стрессовый

Эмпатическому отзеркаливанию не помогает и тот факт, что в психотерапии онлайн терапевт или пациент не могут следить за направлением взглядов друг друга и извлекать из этого информацию об их «душевном состоянии»

опыт на себя. Этого труднее добиться в онлайн психотерапии.

Лемма утверждает, что из-за значительного сокращения телесных сигналов в этой форме лечения пациент может чувствовать себя «менее сконтейнированным» и более «забытым или непонятым», чем в психотерапии в клинике или кабинете (Lemma, 2017, р. 93). Связанная с этим проблема, на которую жаловались психотерапевты НСЗ, заключается в том, что из-за перехода к онлайн работе, они не чувствуют психологической помощи и поддержки, поскольку до локдауна терапевты были сконтейнированы рамками клиники и встречами с коллегами. «Онлайн психотерапия менее сконтейнирована без команды; работая дома, не оставляешь работу в клинике; забираешь ее домой», — жаловался психотерапевт НСЗ. По сравнению с очными групповыми встречами их онлайн версия далеко не удовлетворительна, замечает один автор: «участники группы менее склонны к сотрудничеству и больше похожи на разрозненные панели, на которых одновременно разговаривают только два человека, а остальные слушают. Поскольку каждый участник использует один аудио поток и знает все остальные голоса, параллельные разговоры невозможны. Если вы смотрите на одного выступающего, вы не можете распознать, как ведут себя неактивные участники — это то, что вы обычно улавливаете периферическим зрением» (Sklar, 2020, n.p.). Какой же тогда вывод из всего этого?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Достаточно хорошо читать друг друга — это новый навык в терапевтическом кабинете для обоих», — заметила лондонский психотерапевт Сьюзи Орбах вскоре после того, как в Великобритании в марте 2020 года началась изоляция из-за коронавируса. «Мы видим интерьер — кабинет, спальню, сарай или кухню, и нас удивляет ребенок, который случайно заходит внутрь», — добавила она, рассказывая о своем опыте предоставления пациентам онлайн психотерапии. «Мы слышим внезапно приглушенный голос человека, который не хочет, чтобы его партнер вникал в разговор, который мы ведем. Он освещает аспекты, которых мы раньше не видели. Это лучше? Нет. Это хуже? Незначительно. Я скажу по тому, как люди входят в терапевтическую комнату — тонкое отличие от предыдущего сеанса или то, как они могут держать свое лицо и тело; прежде всего, живое тело в комнате. Я подозреваю, что я более оживлена онлайн, чтобы восполнить потерю этой драгоценной телесности» (Orbach, 2020, n.p.).

С тех пор, как я собрала представленные здесь данные срезов, было проведено исследование на основе интервью и анкет, финансируемое Национальной Службой Здравоохранения, для изучения опыта не только психотерапевтов НСЗ, но и опыта их пациентов в онлайн психотерапии. В этом исследовании также использовались данные анкетирования для оценки эффективности формы лечения в клинике. Что бы ни показало это исследование, оно явно связано с переносом, контрпереносом и другими проблемами. Они не могут быть непреодолимыми. Но они, безусловно, существуют, и, возможно, их нужно учитывать сейчас, когда онлайн психотерапия в НСЗ никуда не денется, по крайней мере, для тех, кто по какой-либо причине не может попасть на прием в клинике. ■

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Agar, G. (2020) The clinic offers no advantage over the screen, for relationship is everything: Video psychotherapy and its dynamics. In: Weinberg, H. & Rolnick, A. (eds), *Theory and Practice of Online Therapy*, pp. 66–78. London and New York: Routledge.
2. Agosta, L. (2020) Empathy in cyberspace. In: Weinberg, H. & Rolnick, A. (eds), *Theory and Practice*

- of Online Therapy, pp. 34–46. London and New York: Routledge.
3. Ashraf, D., Sheno, N. & Moukaddam, N. (2020) Tumbling into telepsychiatry in the COVID-19 era: Challenges and hope. *Psychiatric Times* 24 June. Available at: <https://www.psychiatristimes.com/view/tumbling-into-telepsychiatry-in-the-covid-19-era-challengesand-hope>
4. Bion, W. (1962) A theory of thinking. In: *Second Thoughts*, pp. 110–19. London: Heinemann, 1967.
5. Bitencourt Machado, D., Braga Laskowski, P., Trelles Severo, C. et al. (2016) A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of Psychotherapy* 32: 79–108.
6. Bowlby, J. (1988) *A Secure Base*. London: Routledge.
7. Essig, T. (2015) Foreword to *Screen Relations* by Gillian Isaacs Russell, pp. xiii–xvi. London and New York: Routledge.
8. Essig, T. (2020) Want to see your therapist in-person mid-pandemic? Think again. Available at: <https://www.forbes.com/sites/toddesig/2020/06/27/want-to-see-your-therapist-in-person-midpandemic-think-again/#2861635f624f>
9. Freud, S. (1905) Jokes and their relation to the unconscious. SE 8.
10. Gutiérrez, L. (2017) Silicon in “pure gold”? Theoretical contributions and observations on teleanalysis by video conference. *International Journal of Psychoanalysis* 98: 1097–120.
11. Lacan, J. (1953) Some reflections on the ego. *International Journal of Psychoanalysis* 34: 11–17.
12. Lemma, A. (2017) *The Digital Age on the Couch: Psychoanalytic Practice and New Media*. London and New York: Routledge.
13. Milner, M. (1950) *On not Being able to Paint*. London: Heinemann
14. Mizrahi, C. (2017) The analyst’s closeness in long-distance psychoanalysis. In: Scharf, J.S. (ed.) *Psychoanalysis Online* 3, pp. 65–83. London: Karnac.
15. Orbach, S. (2020) Patterns of pain: What Covid-19 can teach us about how to be human. *The Guardian* 7 May.
16. Russell, G.I. (2015) *Screen Relations: The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. London and New York: Routledge.
17. Shedler, J. (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 65:98–109.
18. Sklar, J. (2020) “Zoom fatigue” is taxing the brain. *National Geographic* 24 April. Available at: <https://www.nationalgeographic.co.uk/science-and-technology/2020/04/zoomfatigueis-taxing-the-brain-heres-why-that-happens>
19. Wagner, B., Horn, A. & Maercker, A. (2014) Internet-based versus face-to-face cognitive behavioural intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders* 152: 113–21.
20. Winnicott, D.W. (1967) *Mirror-role of mother and family in child development. Playing and Reality*, pp. 130–8. Harmondsworth: Penguin Books, 1974.