

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

Психоаналитическая психотерапия во времена пандемии коронавируса: реакции пациентов на изоляцию и изменение традиционного психотерапевтического сеттинга

*К.В. Ягнюк, А.К. Баскурян, С.Д. Бимбат,
Г.Ф. Кузьменок, И.В. Чирцова, Е.В. Шмунк*

Ягнюк Константин Владимирович – клинический психолог, психоаналитический индивидуальный и парный психотерапевт, действительный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и член Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, действительный член Общества психоаналитических парных и семейных психотерапевтов, преподаватель Института практической психологии и психоанализа, главный редактор Журнала практической психологии и психоанализа, автор книг «Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники» (2014) и «Терапевтическая встреча и ключевые навыки в психотерапии. Избранные работы» (2021).

Баскурян Амалия Константиновна – клинический психолог, кандидат биологических наук, психоаналитический индивидуальный психотерапевт, ассоциированный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и член Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, преподаватель Института практической психологии и психоанализа (Москва).

Бимбат Светлана Давидовна – психолог, психоаналитический индивидуальный психотерапевт, ассоциированный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и член Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, преподаватель Института практической психологии и психоанализа, автор курса «Трансгенерационная передача травмы: психоаналитический взгляд».

Кузьменок Геннадий Федорович – психиатр, кандидат медицинских наук, психоаналитический индивидуальный, парный и семейный психотерапевт, групповой аналитик (COIRAG, EGATIN) и супервизор (IGA, London), действительный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и председатель Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, действительный член Общества психоаналитических парных и семейных психотерапевтов, преподаватель обучающих программ по психоаналитической индивидуальной, парной и семейной психотерапии и групповому анализу.

Чирцова Ирина Владимировна – психолог, психоаналитический психотерапевт, ассоциированный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых, участница Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением.

Шмунк Елена Викторовна – психиатр, кандидат медицинских наук, психоаналитический индивидуальный психотерапевт, действительный член Секции индивидуальной психоаналитической психотерапии взрослых и участница Группы психоаналитической психотерапии пациентов с комбинированным лечением Общества психоаналитической психотерапии – Европейской федерации психоаналитической психотерапии, преподаватель Института практической психологии и психоанализа (Москва).

Данная статья посвящена клиническому исследованию реакций пациентов на изоляцию и изменение традиционного сеттинга психоаналитической психотерапии, вызванных распространением вируса COVID-19. Экстраординарные обстоятельства, в которых мы все оказались, потребовали резких и значительных изменений в сеттинге, чтобы психотерапия могла продолжаться. Необходимость перенесения терапевтических сессий из физического пространства кабинета психотерапевта в некий виртуальный кабинет стала вызовом для всех нас – и пациентов, и терапевтов. В статье представлены шесть клинических виньеток, которые иллюстрируют многообразие эмоциональных откликов и бессознательных фантазий пациентов, вызванных этими переменами. Стремительное изменение жизненных обстоятельств и сеттинга терапии привело к актуализации травматического опыта пациентов, появлению интенсивных аффектов и примитивных фантазий и защит, вызванных столкновением с болезненной внешней реальностью и непереработанными областями их внутренней реальности. В отдельных случаях это время стало не только переживанием выраженного стресса, но и отправной точкой для неожиданных позитивных перемен в их текущей жизни и терапевтическом процессе.

Ключевые слова: психоаналитическая психотерапия, телетерапия, сеттинг, травма, коронавирус, пандемия, COVID-19.

Введение

Мы все переживаем сейчас исключительные обстоятельства. Эпидемии – то, что, как нам казалось, безвозвратно ушло в прошлое, стало нашим настоящим и будущим. Почти 4 миллиарда человек, или половина населения земного шара, были вынуждены оставаться дома, чтобы предотвратить распространение смертельного вируса COVID-19 (Sandford, 2020). Окружение, внезапно ставшее опасным, страх заражения и потери близких, ограничение свободы передвижения и физической активности на свежем воздухе, утрата социальных контактов и иные тревоги личного и коллективного характера стали очень реальными для каждого из нас. Лидеры государств во всем мире начали принимать беспрецедентные чрезвычайные меры для сдерживания пандемии COVID-19. Социальное дистанцирование, самоизоляция и удаленная работа из дома стали необходимыми мерами сохранения безопасности. Новые реалии потребовали адаптации от всех нас. Единственной возможностью обеспечить непрерывность психотерапевтической помощи для наших пациентов стала терапия по телефону, Skype или Zoom. Эксперт по психоанализу онлайн Джилл Шарфф в связи с этим утверждает: «Если раньше телетерапия считалась нарушением рамки психоаналитического лечения, в сложившихся обстоятельствах она повсеместно стала легитимной и рекомендуемой формой лечения» (Шарфф, 2020).

В данной работе мы хотим исследовать реакции пациентов на изоляцию и последствия изменения традиционного сеттинга психоаналитической психотерапии из-за необходимости перехода на онлайн-формат, а именно вынужденного перенесения терапевтических сессий из физического пространства кабинета психотерапевта в некий виртуальный кабинет, который оба – и терапевт, и пациент – были вынуждены создать в своих домашних условиях. Переход на дистанционный формат поставил перед нашими пациентами сложные вопросы, которые не могли не повлиять на терапевтические отношения. «Терапевт поступил так, чтобы позаботиться обо мне или защитить себя? Терапевт воспринимает меня как опасность или, наоборот, хочет защитить меня, потому что в его глазах я хрупка? Может ли терапевт отступить от извне устанавливаемых мер по самоизоляции, чтобы позаботиться обо мне? Не говорит ли такое поведение терапевта о неприятии меня?» (Anastasia & Goisis, 2020). Такая резкая и столь масштабная перемена привычного уклада клинической практики поставила и перед нами, психоаналитическими психотерапевтами, непростые вопросы, среди которых, в частности, такие: «Стоит ли соглашаться со столь радикальным изменением традиционного сеттинга? Может быть, в данной ситуации необходимо прервать терапевтический процесс и дожидаться, когда его можно будет возобновить в привычном сеттинге?», «Возможно ли продолжать вскрывающую аналитическую работу в онлайн-формате или в данных обстоятельствах остается лишь вариант поддерживающей психотерапии?», «Со всеми ли пациентами переход на онлайн-формат будет оптимальным решением или с какими-то пациентами такие перемены могут приобрести неконтролируемый характер

и принести больше вреда, чем пользы?» Пандемия устроила невероятный эксперимент, поставив перед нами эти вопросы и сделав нас участвующими наблюдателями происходящих изменений. Осмысление этого опыта и его воздействия на наши профессиональные представления является, на наш взгляд, важной задачей ближайшего будущего.

Мы бы хотели представить клинические виньетки, иллюстрирующие различные эмоциональные реакции и бессознательные фантазии пациентов на введение режима самоизоляции и изменение традиционного психотерапевтического сеттинга. На наш взгляд, реакции пациентов отражают их уровень психического функционирования, актуализированные этой переменной травматические переживания прошлого, а также те проблемы терапевтического процесса, которые присутствовали на момент изменения.

О рамке и сеттинге психоаналитической психотерапии

Термины «рамка» и «сеттинг» определяются и используются по-разному, иногда как взаимозаменяемые термины. Согласно Хосе Блехеру (*Bleger, 1967*), рамка состоит из тех непроцессуальных, внешних констант, которые необходимы для развития процесса психотерапии и при наличии которых он может развиваться. Эти константы, которые определяют терапевтическое пространство, складываются из элементов места и времени, стабильного расписания посещений и договоренностей об оплате. Блехер (*Bleger, 1967*) называл «процессом» ту часть материала лечения, которая изучается, анализируется и интерпретируется, и отделял ее от того, что он называл «непроцессом», понимая эту часть как «состоящую из констант, внутри границ которых происходит аналитический процесс».

Стабильность сеттинга является его определяющей характеристикой. «Между тем, – отмечает Горацио Этчегоен, – сеттинг подвержен влияниям, исходящим из социального окружения, в контексте которого протекает аналитическая работа. Сеттинг должен учитывать определенные внешние обстоятельства ради согласованности между сеттингом и социальным окружением, в контекст которого он помещен. Изменения сеттинга в ответ на требования реальности, к которой он в конечном счете и принадлежит, вполне оправданны»¹ (Этчегоен, 2020).

При отсутствии изменений сеттинг остается незаметным, молчащим. Когда по каким-то причинам происходит нарушение сеттинга, он тут же меняет свой статус: «...из фона гештальта он становится фигурой, то есть

¹ Этчегоен в связи с этим ссылается на работу Либермана (*Lieberman, 1970–1972, vol. 1*), который определяет *метасеттинг* как социальное окружение, в котором существует сеттинг и которое в той или иной степени оказывает на него влияние. С ним связаны некоторые события и обстоятельства, которые не всегда предусмотрены и детально проговорены при обсуждении аналитического контракта, однако оказывают давление на сеттинг, так что сеттинг должен учитывать их в кратко- или долгосрочной перспективе (Этчегоен, 2020, курсив Этчегоена).

процессом» (*Bleger, 1967*). «Блехер отмечает, что подобно любовным отношениям и уходу за ребенком на сеттинг обращают внимание, только когда он "плачет"» (Этчегоен, 2020).

Роберт Лэнгс (*Langs, 1978*) описывает рамку как психологические границы и согласованные условия, в которых будет проходить терапия. Установление и поддержание надежной рамки «порождает доверие к терапевту и чувство безопасности, способствующее сообщению бессознательных фантазий пациента...» (*Langs, 1978*). Согласно Блехеру (*Bleger, 1960*), рамка обеспечивает константы и ограничения, которые помогают отмежевывать уникальные и иллюзорные реальности анализа от реальности обыденной жизни.

В дополнение к рамке другим измерением сеттинга является установка, состояние сознания и метод работы терапевта. Это включает в себя открытость терапевта и эмоциональную доступность для бессознательных коммуникаций и теоретическую ориентацию терапевта, то есть ту призму, сквозь которую понимается взаимодействие пациента и терапевта. Гарри Голдсмит отмечает: «Способ, которым аналитик управляет сеттингом, является существенной частью его аналитической функции. Пациент воспринимает аналитика и сеттинг единым целым. Аналитик со своей стороны видит отношение пациента к сеттингу как часть его/ее характера и работает, в значительной степени используя и управляя сеттингом, зная, что это – ответ на проявление характера и переноса пациента» (Голдсмит, 2015).

Предоставление терапевтом особого удерживающего окружения (*Winnicott, 1965*) обеспечивает пациента поддержкой и безопасностью, необходимой для осуществления терапевтического процесса. Пациент, как и младенец, начинает полагаться на последовательность и предсказуемость удерживающего окружения, которое обеспечивает защиту и чувство безопасности. Контейнирование (*Bion, 1962*) в дополнение к удерживанию создает еще один аспект сеттинга, внутренний по отношению к терапевту. Это процесс вбирания и переработки внутреннего мира пациента, а затем – придания смысла бессознательному опыту.

Марион Милнер использует аналогию с рамой картины, разграничивающей отдельные реальности. Рама отграничивает иной тип реальности внутри нее от той, что вне ее: но пространственно-временная рамка также отграничивает особый тип реальности психоаналитического сеанса. Именно существование этой рамки делает возможным полное развитие той творческой иллюзии, которую аналитики называют переносом (*Milner, 1955*).

Арнольд Моделл напоминает нам о том, что иллюзия переноса сравнима с иллюзией театра: «В обоих случаях чувства, которые переживаются, "реальны", но эмоциональный опыт происходит внутри обозначенной рамки» (*Modell, 1989*). Моделл утверждает, что «психоаналитический сеттинг очерчивает уровень реальности, отдельный от уровня реальности обыденной жизни». Наряду с этим, согласно Моделлу, «помимо "реальных" элементов сеттинга существует фантазия о том, что аналитический

сеттинг функционирует неким магическим образом, защищая пациента от опасностей окружающей среды» (*Modell, 1968*).

Когда сеттинг нарушается, тем более таким радикальным образом, как это произошло после введения режима изоляции, он выходит на передний план и требует нашего внимания. «По своему опыту мы все знаем, что резкое изменение сеттинга часто влечет за собой появление в материале новых – нередко очень интересных – конфигураций» (Этчегоен, 2020). Лэнгс пишет о том, какие сложные чувства могут быть вызваны изменением рамки. Пациент может чувствовать, что терапевт вторгается в его автономию, контролирует его, соблазняет, враждебен или неуважителен к нему. Чувствуя меньше безопасности и больше недоверия, пациент может удариться в крайность – отрицать влияние изменения. И наоборот, у пациента может возникнуть потребность преувеличивать воздействие произошедшего изменения (*Langs, 1979*).

У пациента может нарушаться ощущение безопасности не только вследствие реального изменения условий, но и потому, что изменение приводит к болезненной реальности раздельности пациента и терапевта, а также к перемене в состоянии сознания терапевта. Изменение рамки может менять восприятие и образ терапевта у пациента. Пациент может ощущать, что больше не находится в кабинете с тем же самым терапевтом.

Понимание разрушительного действия изменения сеттинга становится неотложной терапевтической задачей. Терапевт должен понимать коммуникацию, которая следует за изменением в сеттинге, как реакцию на эту перемену. Отклики пациента могут включать в себя как осознанные и реалистичные восприятия, так и бессознательные восприятия значения произошедшей перемены, а также искаженные фантазии (*Langs, 1978*). Установление заново безопасного терапевтического пространства не может произойти, пока осознаваемые смыслы и бессознательные фантазии пациента не будут поняты и рассмотрены с помощью языка, соответствующего уровню психического функционирования пациента на момент перемены, и как реакция на изменение.

Вместе с тем стоит отметить, что изменение сеттинга имеет не только разрушительный эффект. Изменение сеттинга может предоставить терапевту уникальную возможность доступа к тому, что раньше оставалось незамеченным. Интерпретация этого опыта помогает восстановить пациента и снова зафиксировать рамку. По мнению Моделла, акт интерпретации несет в себе скрытое сообщение о том, что терапевт все еще функционирует и его ум способен мыслить (*Modell, 1988*). Вбирая интерпретацию и работая с ней, пациент, как и раньше, использует пространство, созданное для мышления.

Виньетка 1

Пациенту в данный момент около 40 лет. Он обратился за помощью два года назад и первоначально хотел проходить терапию по Skype, хотя он и живет в одном городе с терапевтом. Сознательным объяснением этого было нежелание тратить время на дорогу. Также влиял неудачный опыт

предшествующих терапий. Он не верил, что терапия будет эффективна, поэтому не хотел тратить на нее много времени. Терапевт предложил ему начать с очных встреч и обсудить эти вопросы.

В ходе первичных интервью терапевт предположил наличие ранее не диагностированного биполярного аффективного расстройства. Это могло влиять на неоправданные ожидания от терапии и прогноз предстоящей работы. В период депрессивной фазы ему казалось, что все происходящее в жизни, включая психотерапию, не имеет смысла. «Все бесполезно, ничего и никто мне не поможет». На вопрос: «Как давно вы испытываете такое отношение к жизни?» он ответил: «Мне кажется, так было всегда». Эпизодически у него возникали суицидальные мысли, но суицидальных попыток он никогда не предпринимал. В маниакальной фазе, наоборот, ему казалось, что у него нет никаких проблем – соответственно, психотерапия ему не нужна: он и сам может со всем справиться.

В ходе первых консультаций он жаловался также на то, что брал много работы, когда находился в «приподнятом настроении». Однако оно сменялось подавленностью, отсутствием сил, из-за чего он не мог выполнить взятых на себя обязательств и терял своих клиентов. Так же обстояли дела и в отношениях с девушками: начиная новые отношения, он был очень вдохновлен, считал, что «нашел свою судьбу», но потом наступал период разочарований с идеями своей виновности. У него не получалось быть в отношениях более трех месяцев.

После обсуждения этих вопросов терапевт порекомендовал ему проконсультироваться у психиатра. Одним из доводов в необходимости обращения к психиатру был тот факт, что один из его дальних родственников покончил жизнь самоубийством.

После консультации у психоаналитически ориентированного психиатра ему было подобрано соответствующее лечение. Затем была достигнута договоренность о сеттинге два раза в неделю в очном формате. Комбинированное лечение, то есть сочетание приема лекарств и психотерапии, стабилизировали его эмоциональное состояние, у него появилось больше сил, чтобы ездить на сессии и доделывать работу, которую он осуществлял на дому.

В истории пациента было много травмирующих событий: он с детства не знал и не видел отца, который ушел от матери, когда узнал, что она беременна. Матери пришлось самостоятельно обеспечивать благосостояние семьи. Когда пациенту было около года, она отвезла его к бабушке, которая проживала в другом городе. Мать забрала его обратно в возрасте примерно четырех лет. Пациент тогда маму не узнал. Для него она была чужой женщиной, лишавшей его любимой бабушки. Этот период своей жизни он плохо помнит. Мама рассказывала, что после переезда он отказывался от еды и не хотел выходить гулять. Это сильно напугало ее.

История его детства влияла на его переживание настоящего. Внезапно изменившаяся из-за пандемии ситуация в стране заставила нас столкнуться с необходимостью изменений. Для обсуждения перехода на онлайн-формат в связи с введением периода изоляции было всего две сессии. Терапевт сомневался, насколько онлайн-формат будет подходящей

формой для данного пациента. При этом было опасение, что прерывание терапии может оказаться для него травмирующим. Пациент очень болезненно воспринял предложение о переходе на дистанционный формат. Вместо этого он предложил прерваться на время введенной изоляции, думая, что «это только на пару недель». Но, когда стало ясно, что это может продлиться значительно дольше, согласился попробовать.

Сессии в Zoom проводились в то же время, что и очные сессии. Первую сессию он пропустил, написав, что не может настроить Zoom. На предложение провести сессию по телефону ответил отказом. Перед второй сессией он предупредил, что выйдет на связь с опозданием на 20 минут, но не вышел. В тот момент терапевт стал думать, что, видимо, в этих условиях не получится продолжать терапию. Но на третью сессию он смог выйти на связь, правда, только на 10 минут. Во время этой сессии, находясь в приподнятом эмоциональном состоянии, сообщил, что в терапии больше не нуждается. Терапевт напомнил ему о правиле четырех сессий в случае желанья прервать терапию. На это он ответил, что о терапии онлайн они не договаривались и поэтому свой уход он не считает нарушением договоренностей. Терапевт ответил, что ранее уже бывали ситуации, когда ему хотелось прервать терапию, но раньше получалось это обсуждать. В итоге было принято решение, что какое-то время они ничего не будут менять и попробуют понять, готов ли он к завершению.

Первые сессии в новом формате он был весьма тревожен, контакт с ним был ограничен, у него были мысли, что его «прослушивают». После детального обсуждения изменения формата взаимодействия и его влияния на эмоциональное состояние пациента он немного успокоился и смог приносить сновидения. Сюжеты снов содержали сцены крушения мира, в них он пытался себя спасти, придумывал разные способы, но все было безуспешно. В одном из сновидений у мальчика украли маму, но когда она нашлась, он сомневался, его ли это мама.

В ассоциациях к сновидениям пациент связал их с утратой матери, крушением мира детства и разделением жизни на период, когда он жил с бабушкой, и после, а также с переменой в терапевтических отношениях, где после теплых очных сессий пришлось перейти на онлайн-формат, где он воспринимал терапевта как отстраненного и временами чужого.

Комментарий

Ситуация экстраординарного изменения сеттинга привела к оживлению раннего травматического опыта в терапии. Пациент переживал утрату очных сессий как внезапное лишение. Его ассоциации были связаны с воспоминанием о том, как мама забирала его у бабушки, совершенно не обращая внимания на его чувства.

В терапии это выразилось в сопротивлении переходу на онлайн-формат. Управление сеттингом и сохранение удерживающего окружения терапевтом стало решающим фактором, позволившим воспрепятствовать обрыву терапии. Когда стали понятны бессознательные причины его сопротивления, он смог обсуждать не только свой гнев в связи с изменением

сеттинга, но и чувства, связанные с ранней травмой. Это было важно, поскольку в детстве эти чувства не могли быть названы и выражены.

Еще одним фактором, не позволявшим пациенту осознать и выразить боль утраты, являлась его склонность к отреагированию. От переживаний, связанных с болью и утратой, он защищался гипоманиакальным состоянием, которое неоднократно приводило к обрыву предыдущих терапий. Находясь в приподнятом эмоциональном состоянии, он отрицал происходящее, сообщал, что чувствует себя прекрасно, что запланировал «кучу дел». Благодаря совместному ведению пациента вместе с психиатром эти колебания стали менее интенсивными, что привело к лучшему пониманию себя пациентом.

В данный момент в терапии появляется надежда, что обсуждение и проработка ранней травматичной ситуации, актуализировавшейся в переносе, а также анализ защит и отреагирований позволит улучшить уровень функционирования пациента и осуществить работу горя.

Виньетка 2

Пациентка, 35 лет, в терапии чуть больше года, сессии два раза в неделю. Ее запрос на терапию был связан с тревогой в отношениях с мужчинами.

В ходе работы выяснилось, что пациентка идентифицировалась с некоторыми аспектами своей поглощающей психотичной матери. Она рассказывала, что в детстве настроение матери могло внезапно измениться и привести к яростным оскорблениям и побоям. В своих значимых отношениях она часто копировала поведение матери.

Отца пациентка идеализировала и любила. Он занимал высокую руководящую должность, и всю критику в его адрес пациентка воспринимала как личную обиду и в фантазиях яростно нападала на обидчиков. Вместе с тем она не чувствовала, что отец беспокоится о ней. Он мало бывал дома и безоговорочно верил своей жене в ее жалобах на дочь. Пациентка считала, что отец очень любил мать и всячески ей угождал. В моменты истерик жены «он цепенел и у него стекленели глаза».

На начальном этапе терапии сессии были наполнены снами о войне. Война была повсюду, помощи ни от кого не было, вокруг одни предатели. На слова о том, что ей страшно довериться терапевту, что она считает, что верить никому нельзя, пациентка отреагировала горьким плачем, затем сказала, что хотела бы верить терапевту, но не может.

На следующую сессию был принесен сон о пожилой женщине – хозяйке усадьбы, у которой на огороде есть еда и можно попросить у нее убежище. Но, так как кругом идет война, пациентка не хочет быть обузой для нее.

За время работы доверия к терапевтическому процессу стало больше, отчасти в связи с ремиссией опоясывающего герпеса, произошедшей в ходе лечения. В терапии восхищение мудростью терапевта чередовалось с обвинениями в отсутствии понимания с ее стороны, порой на одной и той же сессии. Пациентка дорожила сессиями и наслаждалась возможностью

живо выражать свои чувства, но вместе с тем она периодически заявляла о желании уйти из терапии. Тем самым она хотела «защитить терапевта от своих нападков, считая себя ужасной и опасной». Так же она поступала с мужчинами.

Необходимость перейти от очной терапии к сессиям по Skype внешне была воспринята как досадное недоразумение на фоне полного отрицания опасности коронавируса. На онлайн-сессиях пациентка неожиданно стала надевать очки и пристально вглядываться в видеоизображение терапевта. Лицо на весь экран с большими от линз глазами вызвало у терапевта ощущение засасывания. В эти моменты терапевту вспоминалась сказка, где волк переоделся в бабушку и надел ее очки.

Спустя пару сессий пациентка рассказала сновидение о розовых облаках, похожих на бисквиты, которые выпекала ее мать. Во сне облака обволакивают офис терапевта, и все черты дома теряются из виду. Ассоциации привели к воспоминанию о маминой плохой стряпне. Ее розовый бисквит был слишком приторным. «Во рту получалась липкая каша, ее трудно было глотать».

Терапевт предположила: «Терапия в Skype похожа на стряпню вашей матери, я кормлю вас плохой едой. Вы вынуждены довольствоваться недобоваримым виртуальным общением, чтобы не умереть с голоду».

На эту интерпретацию сна пациентка ответила воспоминаниями о детстве: «Мать требовала, чтобы из школы я бежала домой, а для меня как глоток воздуха были походы в лес с друзьями. Для меня не было ничего вкуснее, чем печеная картошка и поджаренный на костре хлеб».

На следующей сессии после рассказа вышеприведенного сновидения пациентка разными способами уговаривала терапевта встретиться хотя бы один раз в кабинете, убеждая в своей неуязвимости перед вирусом.

В этот период также произошел рецидив герпеса. На сессиях пациентка постоянно говорила о желании спать. Несмотря на это, терапевт прилагала усилия к установлению связей между внешней реальностью (*ограничение в свободе передвижения, невозможность быть в живом контакте с терапевтом*) с чувствами тревоги, беспомощности и ярости по поводу «вероломных изменений» и внутренним желанием оцепенеть, сделать глаза «стеклянными» (*ношение очков*).

Постепенно пациентка стала, как она выразилась, «механически оживать». Она поставила балетный станок на балконе и под классическую музыку в наушниках начала монотонно делать физические упражнения.

Через месяц работы по Skype пациентке приснилось сновидение о долгожданной встрече с терапевтом. Встреча происходила на последнем этаже шикарного небоскреба. Пациентка стремительно взлетала на лифте вверх, уже не испытывая страха подъема. Внутри офиса терапевт и пациентка, красивые и богато одетые, радовались встрече друг с другом.

Комментарий

Воздействие пандемии на повседневную жизнь и терапевтический сеттинг стало для данной пациентки большим испытанием. То доверие, которое терапевту удалось завоевать на начальном этапе психотерапии,

сильно пошатнулось после тех резких перемен в сеттинге, которые пришлось установить. Переход на онлайн-формат был воспринят пациенткой как дистанцирование и отчуждение со стороны терапевта. Потеря привычных сенсорных параметров в восприятии терапевта в ее кабинете вызвала интенсивную тревогу. Внутренний материнский объект стал более явно проявляться в ее эмоциональной жизни в качестве преследующего объекта, угрожая ощущению самоконтроля пациентки. Желание слиться с терапевтом, стирая все преграды (что переживалось терапевтом как атака на связь), с одной стороны, вызвало у пациентки ужас, а с другой – триумф поглощения.

Исследуя сновидения, можно видеть, какие бессознательные фантазии и желания возникают у пациентки в результате болезненного столкновения с реальными ограничениями терапевта. В первом сновидении розовые облака, ассоциирующиеся у пациентки с липким, приторным бисквитом, которым мать потчевала домочадцев, полностью обволокли здание, в котором находится кабинет терапевта. Произошел как будто захват поглощающим материнским объектом того места и пространства, в котором ранее проходили терапевтические сессии. Когда пациентке не удалось убедить терапевта хотя бы раз встретиться вживую в кабинете и разыграть бессознательную фантазию о неуязвимости терапевтической пары, у нее вернулись симптомы опоясывающего герпеса.

Пробуждение травматического детского опыта, переживания пренебрежения ее потребностями и эмоционального отчуждения также проявились в ощущении наступающего омертвения в переносе и контрпереносе. В сновидении о радостной встрече с терапевтом на последнем этаже небоскреба можно увидеть стремление изолировать смертоносные импульсы посредством таких защит, как отрицание, идеализация и всемогущий контроль.

Виньетка 3

В феврале 2019 года я сообщила пациентам о своем переезде в другой город. У них была возможность завершить терапию в течение года или продолжить в комбинированном варианте, сочетающем сессии в онлайн-формате и очные встречи, с сохранением остальных договоренностей о проведении психотерапии. Многие пациенты отреагировали на переезд и изменение сеттинга с огромной тревогой и злостью. Они сообщали о страхе неопределенности; сомневались, «можно ли будет жить на дистанции»; говорили, что я забираю у них кабинет, который стал «родным вместилищем их бед и радости»; высказывали желание завершить терапию до моего переезда; размышляли о возможности перейти к другому терапевту; сожалели, что очная работа заканчивается, вместе с этим завершается развитие в реальных условиях. Выражали недовольство, что я не хочу дать столько времени, сколько нужно им для завершения терапии.

Март 2020 года – это время перехода в онлайн в период объявленного карантина в стране. Я обратила внимание на то, как отличается реакция пациентов на озвученный заранее переход на онлайн-формат в условиях

переезда терапевта и на вынужденный переход к сессиям по Zoom или Skype из-за введения режима самоизоляции, как обрушиваются основы терапевтических отношений, появляются разные реакции и смыслы. На примере истории одного пациента хочу поделиться размышлениями о разнице его реакций на сообщение о переезде и на резкий переход на онлайн-формат из-за эпидемии коронавируса.

Данный пациент находился в терапии несколько лет. После объявленного переезда он размышлял, завершить или продолжить терапию в онлайн-формате. При этом он говорил, как завидует мне и ревнует меня, говорил, что жизнь у меня будет интереснее, пациенты будут состоятельнее, был переполнен фантазиями и о собственном переезде. Он злился, что я не дала ему возможности самому решать, когда завершить терапию. Сожалел, что будет лишен своей привычки собираться на терапию, идти пешком по улицам, где они гуляли за ручку с мамой в раннем детстве, приходиться в «родной» кабинет.

На момент обращения за помощью он сообщил, что переполнен страхами, практически не спит, ему наплевать на людей, что он их ненавидит. Живет он только тем, что ходит на ненавистную работу, с которой давно хочет, но не может расстаться. О себе он говорил: «Я ужасный, я разрушитель, у меня как будто нет чего-то живого внутри». Отношения с родителями были переполнены ненавистью и выражались словами: «Зачем они меня родили? Они никогда не интересовались моей жизнью, мать была всегда в себе». Он отрицал отношения внутри родительской пары, говорил о том, что мать и отец ненавидели друг друга. Почти сразу он рассказал об абьюзе, который имел место в его жизни, но он относился к этому событию просто как к жизненному факту. В терапии он долго отрицал ужас, страх и стыд, связанные с произошедшим событием. Выражал ярость, обесценивал, отвергал терапию, но все же надеялся получить помощь. Когда его ужас и страх были нестерпимыми, у него возникало желание сбежать из терапии. Я слушала его и порой думала о его жизни как о фильме ужасов, который он мне показывает, не осознавая, как ему самому страшно и как все извращено. Он вываливал на меня всю «грязь», погружал в хаос и наблюдал, выдержу ли я его. Все годы нашего общения я сомневалась, смогу ли я ему помочь, но было сочувствие и понимание его страданий. Только в последний год, когда мы стали говорить о завершении терапии, что-то изменилось. Он стал меньше атаковать, говорил, как ему интересно. Раньше он так не думал.

В середине марта 2020 года на очной встрече он выразил желание завершить терапию к концу апреля, за полтора месяца до даты окончания, и я с ним согласилась. Последняя наша очная встреча была в конце марта, через день был объявлен карантин. У меня не было возможности обсудить это с ним, и я написала, что мы вынуждены в данных условиях перейти в онлайн. В условленное время он позвонил и начал сессию в типичной для наших ранних отношений манере и сообщил, что у нас сегодня последняя встреча. У меня возникло ощущение, что он вновь «вышел на тропу войны», что он главный и теперь только он решает, кто я, «противник» или «сторонник». Я интерпретировала ему, что тяжело переживать

окончание терапии в условиях онлайн-связи в период пандемии, что он хочет избавиться от чувства потери, убегает от переживания утраты, ему невыносимо испытывать эти тяжелые чувства. Мы говорили, что карантин – это шок, серьезная травма, это вторжение в жизнь, что все пошатнулось и его пугает неизвестность. Его последняя фраза: «Я соглашусь, что я чего-то не понимаю, избегаю, но я думаю, что это окончание или обрыв, считайте как угодно. Я так решил, мне все равно. Я хочу вам сказать большое спасибо. Прощайте». Когда я вышла из состояния растерянности, то сказала: «Хорошо. Желаю всего наилучшего». Я была рассержена, что не так попрощалась с ним, что невозможно было попрощаться вживую. Я не ожидала, что пациент может отказаться от терапии, так как у нас с ним уже был период онлайн-работы, когда я временно уезжала в другой город. Это давало мне беспочвенную, как оказалось, надежду на то, что сессии онлайн в период карантина пройдут примерно так же.

Комментарий

На примере истории данного пациента мы видим огромную разницу в реакциях пациента на сообщение о переезде терапевта в другой город и на внезапный, вынужденный переход на онлайн-формат из-за введения режима самоизоляции. В первом случае пациент имел выбор: уйти или остаться. Он смог принять эту болезненную реальность, предстоящую потерю, расставание с терапевтом. Поскольку это было преждевременное окончание не по его воле, он почувствовал себя брошенным, однако связь с терапевтом и терапевтическое пространство были сохранены: он мог злиться, сожалеть, выражать обиду и зависть. Эти чувства выражались словами, их можно было контейнировать.

Его реакция на внезапный переход в онлайн-формат из-за эпидемии коронавируса была иной, очень острой, как будто внезапно разрушилась основа его жизни и терапии. Это была реакция на болезненную реальность раздельности с терапевтом и потерю безопасности. Вероятно, он ощутил изменение сеттинга терапевтических отношений как повторение его травмы. Невозможность завершить терапию так, как решил он, расставание без личного контакта пациент, по всей видимости, переживал как унижение и катастрофу. Граница между реальностью отношений переноса и реальностью травмы абьюза растворилась. Терапевт перестал быть для него реальным, сопереживающим объектом и стал несущим опасность, вторгающимся и преследующим. Пациенту остался доступным только язык действия, то есть отыгрывание его аффектов. Чтобы не ощущать себя жертвой и избежать потери и краха, он нападает, шокирует, пробуждает в терапевте боль, вину и стыд. В его субъективной реальности родители не дали ему любви и не защитили от насилия, а терапевт не смогла уберечь от вторжения пандемии.

Виньетка 4

Пациент, 40 лет. На психотерапию ходит два раза в неделю в течение пяти лет. За помощью он обратился в связи со сложными взаимоотношениями

со старшей сестрой и ее сыном-подростком, надеялся как-то изменить свою жизнь. В семейной истории пациента есть истории о пострадавших родственниках во время репрессий 1937 года.

У него низкая самооценка, высокая тревожность, спутанная идентичность, время от времени возникают переживания эмоционального хаоса и страха преследования. Для него было труднопереносимо любое изменение в сеттинге. Я, его психотерапевт, являюсь для него в каком-то смысле частью сеттинга, и любое изменение во мне его очень пугает. Однажды, когда я изменила прическу и стиль одежды, то у пациента в ответ на это была интенсивная эмоциональная реакция, которую, однако, он выражал лишь косвенно. Всю сессию он говорил только о своих страхах, вспоминая разные трагические ситуации, произошедшие с близкими ему людьми в результате каких-то внешних событий.

Эпидемия коронавируса и режим самоизоляции активизировали у пациента тревоги, страх преследования и чувство беспомощности. Все сессии, предшествовавшие введению режима самоизоляции, были пронизаны его рассказами о том, что он услышал или увидел в СМИ и что обо всем этом говорили его знакомые. Во всех его рассказах были темы надвигающейся катастрофы («прежний привычный мир рухнул, на что опираться?») и неопределенности («выживем или погибнем?»).

Изменение рамки нашей работы вызвало у пациента очень большое беспокойство. Он сказал, что мой кабинет – это единственное безопасное для него место, что только здесь он может говорить обо всем, не боясь, что кто-то его подслушает или неожиданно ворвется. И что сейчас он особенно явно осознал, что постоянно чувствует себя в опасности, ведь даже дома у него всегда есть ощущение, что в любой момент его уединение в своей комнате может быть бесцеремонно нарушено кем-то из домочадцев. Больше всего его угнетало то, что его старшая сестра постоянно подслушивает телефонные разговоры своего сына, а потом пересказывает их ему, несмотря на его протесты что-то узнавать из личной жизни племянника. Поэтому опасение, что теперь сестра будет подслушивать уже его разговоры со мной, вызывало у него сомнение в возможности продолжения психотерапии.

Его сомнения я интерпретировала следующим образом: «Возможно, вам кажется, что не только ваша сестра сможет теперь подслушивать ваши телефонные разговоры за дверью вашей комнаты, но и я теперь, как ваши домочадцы, ворвусь к вам в комнату через экран вашего компьютера». Пациент удивленно посмотрел на меня и сказал, что так непривычно и страшно увидеть мое лицо на мониторе компьютера, что это вызывает у него смешанные чувства, и что действительно он не хочет, чтобы я увидела его комнату, и что для него это будет чем-то похожим на вторжение в его жизнь. На это я ответила, что и он как бы вторгается в мое личное пространство и у него теперь как будто бы появится возможность узнать что-то обо мне, чего он не мог узнать в кабинете. Он засмеялся и сказал, что действительно ему одновременно и очень любопытно посмотреть на то, как я живу, и в то же время это вызывает у него чувство какой-то жути. «Возможно, вам очень страшно оказаться слишком близко от меня, как

будто бы между нами не останется тогда безопасного пространства кабинета», – ответила я на его слова. Пациент помолчал, а потом сказал, что сейчас для него страх остаться без поддержки психотерапевта в такое опасное время гораздо сильнее, чем ощущение отсутствия безопасности в своей комнате.

После этих слов пациента мы перешли к детальному обсуждению возможности организации безопасного пространства у него в комнате: где и в каком месте ему лучше сесть, как лучше использовать «звуковую штору» (включать негромко музыку и какую музыку). Такая конкретизация позволила ему представить, как все будет происходить; он немного успокоился и сказал: «Давайте попробуем».

Начало первой онлайн-сессии было посвящено обсуждению всех его тревог, связанных с изменением сеттинга. Я спросила пациента о том, как он ощущает себя в данный момент, не отвлекает ли его музыка, несмотря на то что он в наушниках, и не боится ли он того, что старшая сестра, возможно, стоит за дверью или что племянник сейчас может ворваться к нему в комнату. Только после такого буквального обсуждения его страхов преследования и вторжения я вновь вернулась к символизации его страхов вторжения в личное пространство в контексте его внутреннего психического процесса.

Постепенно, через несколько сессий, к пациенту стало приходить ощущение большей безопасности пространства онлайн-сессий, он даже убрал «звуковую штору». Но теперь ощущение опасности сместилось у него на страх заболеть или заразить родных: «Я все время нахожусь в тревоге, в страхе – ведь любое мое неосторожное действие может привести к тому, что я принесу вирус в дом, и тогда могут пострадать моя сестра или племянник». С одной стороны, в этих словах пациента была отражена эпидемиологическая реальность, но, с другой стороны, он тем самым говорил о своих агрессивных чувствах к сестре и племяннику, смещенных на новый непонятный вирус.

Внешне все выглядело похожим на страх того, что из-за какого-то своего «неосторожного действия» он невольно может стать причиной несчастья для родственников. Но именно эти его слова, «неосторожные действия» и «пострадать», натолкнули меня на мысль о том, что в связи с изменением сеттинга и эпидемией в психике пациента актуализировалось что-то из его трагической семейной истории, что именно это сейчас вышло на авансцену его бессознательного.

Я вспомнила, с каким гневом он несколько лет назад на одной из сессий рассказывал про «неосторожные действия» и слова деда, из-за которых тот был арестован в 1937 году и потом расстрелян. Тогда его жена (бабушка пациента) и пятилетний сын (его отец) очень сильно «пострадали». Их как родственников «врага народа» отправили в лагерь жен изменников Родины. И вот теперь пациент, сам того не осознавая, испугался повторения каких-то своих «неосторожных действий», которые могут нанести вред сестре и племяннику (матери и сыну).

У меня возникло впечатление, что в этот момент «склеились» чувства самого пациента и его детские воспоминания тех тягостных чувств, с

которыми отец и бабушка в его детстве рассказывали ему про их пребывание в лагере и о своих страданиях. Очевидно, что ни бабушка, ни отец так и не смогли примириться с их горестным положением репрессированных, что боль и отчаяние, которые так и остались у них эмоционально переработанными, были вложены ими в психику маленького ребенка.

Поэтому я решила начать с интерпретации именно этих склеившихся «своих» и «не своих» чувств. Я сказала пациенту: «У меня такое ощущение, что для вас время как будто бы схлопнулось и что сейчас не 2020 год, а 1937-й. И что как будто бы от любого вашего неосторожного слова или действия могут пострадать ваши родные, так же как пострадали ваша бабушка и ваш отец, в одночасье ставшие женой и сыном "врага народа" после ареста вашего деда». Пациент помолчал, а потом сказал: «Действительно, по ощущению очень похоже, хотя это ведь совершенно разные ситуации».

Было важно, что он увидел не только внешнее сходство этих различных событий, но и ощутил какую-то привнесенность в его внутренний мир чужих и горестных переживаний, ставших для него привычными и как будто своими. Эти чужие для него горестные переживания как будто «склеивались» с его страхами.

Чтобы помочь ему глубже увидеть эту «склеенность», я задала вопрос: «Возможно, есть еще что-то, происходящее с вами сейчас, что как будто не из сегодняшнего времени? Возможно, еще чем-то нынешняя ситуация похожа на что-то очень трагическое, пережитое вами или вашими родственниками?» В ответ на это пациент сказал, что накануне он весь день не мог справиться с паникой в связи с тем, что долго не приходил письменный приказ о его переходе на дистанционную работу: «Меня накрывал ужас, что мне потом предъявят обвинение в том, что самовольно остался дома. Что мне ничего не удастся им доказать и меня "без суда и следствия" уволят по статье. Я сейчас вспомнил, что у другого моего деда тоже была ситуация, когда его чуть не посадили. Это было перед самой войной, его отпустили пораньше с работы в больницу, но письменно это не было зафиксировано. В это время пришел какой-то начальник, и выяснилось, что деда не было на работе. И его чуть не посадили за приписанный ему саботаж работы. Дед тогда чудом избежал ареста. И я сейчас вижу, что история репрессированного деда и другого деда, чудом избежавшего ареста, и мой страх про отсутствие письменного приказа с работы у меня в голове как-то склеились в одну историю. Но ведь тогда было другое время, время репрессий, и любое дисциплинарное нарушение тогда жестоко наказывалось, вплоть до ареста или расстрела. А сейчас просто началась эпидемия, от которой пока нет лекарств и вакцины. Я сейчас сказал вам это, и на душе стало даже как-то легче и спокойнее. И даже такое ощущение, что что-то как будто бы даже отделилось от меня».

Благодаря такому разделению «своих» и «не своих» чувств уже на следующей сессии стало возможным обсуждение с пациентом его собственного страха, за которым скрывалось много обиды и негодования, а также беспомощности и желания внешней защиты. Чтобы дать возможность ему ближе соприкоснуться с этими чувствами, я перешла к интерпретации

его негативного переноса на меня: «Возможно, вам хочется применить ко мне репрессивные меры и предъявить мне обвинение в том, что я как будто бы самовольно осталась дома. Возможно, поэтому вы уже несколько раз не оплачивали вторую сессию на неделе, ссылаясь потом на свою забывчивость». Пациент ответил, что он действительно сердится на карантин, на психотерапию по Skype, потому что ему не хватает очных сессий. Но самое главное – это то, что ему не хватает того времени, которое у него было после сессии, ведь в это время он обычно, идя к метро, еще размышлял о том, что было на сессии, вспоминал мои слова, мои интонации. А теперь он остается в своей комнате и злится на меня, на внешние обстоятельства и эпидемию. И в этих словах пациента отчетливо проявилась его потребность в некотором переходном пространстве между психотерапией и его реальной жизнью, ведь в формате онлайн-сессий у него такого пространства нет.

Для меня также было очевидно, что под этой злостью на отсутствие переходного пространства у пациента глубоко запрятаны другие чувства – беспомощности и потерянности, желание «получать» тепло и защиту от меня бесплатно, как в детстве от родителей. Благодаря этому он наконец стал говорить о своих позитивных чувствах к сестре и племяннику, о причинах, почему он до сих пор живет с ними вместе в родительской квартире.

Комментарий

Необходимость сосуществования с вирусом заставила каждого человека испытать продолжительную и достаточно массивную фрустрацию своих потребностей. «Нам всем пришлось в той или иной степени столкнуться с болезненными, жесткими аспектами реальности... Каждый был вынужден столкнуться с риском стать не только жертвой заразы, но и стать ее возможным источником, "распространителем чумы"» (*Anastasia & Goisis, 2020*). Призрак потенциального заражения столкнул многих наших пациентов с самыми темными, примитивными, непереработанными областями их внутренней реальности. В данном случае мы видим, как пандемия коронавируса, несущая с собой угрозу жизни, лишение привычного уклада жизни, свободы передвижения и социальных контактов, а также многие другие аспекты иной реальности, вызвала усиление паранойяльных страхов и пробудила переживания межпоколенческой травмы. Мы видим, как призраки семейного прошлого прорываются в реальность жизни и терапевтических отношений во времена пандемии коронавируса. Интерпретации терапевта нацелены на то, чтобы помочь осознать действие межпоколенческой передачи травмы и интеграцию фрагментированного опыта. Как свидетельствует клинический опыт, «выделение того, что было передано, позволяет восстановить историю, принадлежащую прошлому, и, как следствие, дает больше свободы субъекту в формировании своей индивидуальности. В то же время вписывание травмы, пусть даже не своей, в субъективный мир конфликтов и фантазий позволяет интегрировать этот опыт и превратить его в структурирующий вместо деструктивного» (Тарабрина, Майн, 2013).

Виньетка 5

Пациентка 23 лет обратилась за психотерапевтической помощью год назад в состоянии подавленности и тревоги. В этот момент она уже наблюдалась у психиатра и принимала антидепрессанты. В течение года мы работали два раза в неделю. Терапию оплачивали родители. Я помню, как на первой встрече меня поразили и даже встревожили ее бледное, практически лишенное мимики лицо, монотонная речь, неподвижное тело, как будто она была безжизненной. Она выглядела как подросток, а не как молодая женщина. Между тем в своей жизни она пережила серьезный кризис идентичности. Будучи студенткой вуза, она стала остро осознавать, что пошла учиться той же профессии, которую имела мать и которая была ей самой неинтересна. Молодая женщина мечтала стать флористом. Родители были в панике и настаивали на окончании вуза. К моменту прихода в терапию у пациентки было много несданных долгов по учебе, оформлять академический отпуск она категорически отказывалась. Ее протест, с одной стороны, выглядел пассивным, но вместе с тем в итоге она оставила нелюбимый вуз, закончила курсы флористики и устроилась на работу. С этих пор родители отказались давать ей деньги на терапию, и она стала оплачивать ее самостоятельно. Стоит отметить, что мать в этом вопросе была категорична, отец же старался помогать своей дочери материально, но втайне от матери. Благодаря этой помощи пациентка смогла пройти курсы по веб-дизайну. Как будто она должна была скрывать от матери свои истинные желания и интересы и вести двойную жизнь.

Большую часть времени она была погружена в свой фантазийный мир. Подростком она стала участницей интернет-сообщества, в котором люди придумывали истории и разыгрывали их онлайн. Главными героями ее фантазий были волки и драконы. Она говорила, что «стая волков – это ее семья». Иногда она фантазировала о том, что она ведьма льда и холода Аиси, противница фей Винкс. Пациентка ни с кем не дружила в реальности, только онлайн. Она пыталась наладить дружеское общение в вузе, но ссорилась со сверстницами и не понимала почему. У нее никогда не было отношений с противоположным полом, хотя ей и был симпатичен герой сериала «Игра престолов» Джон Сноу. Большую часть времени она спала. Она не курила, не употребляла алкоголь и наркотики. Я думала о том, что ее внутренний, богатый фантазиями мир помогал ей преодолевать атмосферу неприятия и критики со стороны матери. В контрпереносе я постоянно чувствовала, что теряю ход ее мыслей, как будто блуждаю в тумане. Порой я испытывала злость и отчаяние от невозможности понять ее. Тогда я начинала «играть» с ней, просила описать, с кем из героев своих грез она идентифицировала себя, меня, какие чувства испытывала. Мир фантазий был для нее миром, в котором она «пряталась от реальности», изолировалась, но это был еще и мир, который позволял ей выживать. Она как будто параллельно жила в двух мирах: в одном она жила жизнью своих героев, в другом училась, работала и мечтала о новой профессии.

Введение режима самоизоляции столкнуло ее с необходимостью целыми днями находиться в кругу семьи в небольшой квартире, в комнате, которую она делила со своим 17-летним братом. Казалось, что по большому счету в жизни пациентки мало что изменилось. Она и раньше была «изолирована» от общества, общалась с немногочисленными друзьями в социальных сетях. Однако вынужденная «изоляция» стала для нее качественно другой «изоляцией». Переход в онлайн-формат потребовал от нее реальных действий для того, чтобы организовать себе пространство и время для сессий. Ей пришлось вести реальные переговоры с членами семьи и искать компромисс. Это было непросто. С переходом на онлайн-формат атмосфера и содержание сессий поменялись: туманные и запутанные блуждания в мире волков, принцесс, фей, драконов трансформировались в описания попыток построить отношения с матерью, отцом и братом. Она ссорилась с родными, испытывала гнев за то, что мать критиковала ее и не останавливала язвительные выпады брата в ее сторону, плакала. Одновременно она винила себя за это. Я интерпретировала, что пациентка сердилась, что не могла приехать в мой кабинет и ей нужно было «выстраивать» свою часть отношений и нашего кабинета самостоятельно. Эта интерпретация была ею принята. Пациентка смогла договориться с братом о том, что он будет выходить из комнаты на время сессии и вместе с родителями смотреть телевизор или слушать музыку, создавая звуковую завесу. Вскоре у пациентки возникла идея о том, что необходимо сделать ремонт в комнате, которую она делила с братом, построить перегородку. Как будто я стала для нее надежным объектом, опираясь на который она могла смелее обдумывать свои желания и вступать в переговоры. Одновременно с этим пациентка тревожилась и от состояний «ясного мышления» регрессировала к состояниям запутанности и непонимания. Приведу в качестве примера отрывок одной из сессий, произошедшей спустя месяц после перехода на онлайн-терапию.

П: Я в растерянности, я путаюсь в терапии. (Пауза.) Мне иногда хочется, чтобы вы сказали, что мне делать, задали какой-то вопрос... Когда я пришла в терапию, я думала, что депрессия пройдет и все будет классно! Я буду уверенной в себе, буду знать, что мне нужно. А все не так. Я ни фига не понимаю, злюсь, в голове пустота. У меня впечатление, что я мешаю себе. Обычно в таких ситуациях мне хочется куда-то уйти, подальше от всех.

Т: Видимо, сейчас вы чувствуете, что вы не та, что прежде, вы молодая женщина на пороге жизни, перед вами встает много вопросов, и вам тревожно.

П: Я сейчас вспомнила произведение Стивена Кинга «Побег из Шоушенка». Там был дедушка, который всю жизнь провел в тюрьме, а когда его выпустили, он покончил жизнь самоубийством (в этом месте ее тон изменился и стал решительным). Да! Теперь у меня другие проблемы! Что важнее: быть хорошей или сохранить себя? Все такое многогранное, я не могу выбрать что-то одно... Блин! Не могу вытащить эту мысль. Я хочу свою комнату, пространство, хочу зарабатывать деньги, хочу реализовываться. Я хочу разобраться с веб-дизайном, но я боюсь учиться.

Я боюсь даже смотреть обучающие ролики. Мне нужно просто посмотреть, как другие люди работают, а мне это тяжело сделать. Очень сильный страх и ощущение, что это не я.

Я испытывала удивление и некоторые сомнения относительно ее изменений. Появление активной позиции в жизни представлялось мне слишком быстрым. Одновременно я искренне сопереживала ей. Пока она все еще фантазировала о своем отделении от семьи, проживая в семье, то есть без реального физического отделения от родителей. У нее возникли мысли о том, чтобы снять квартиру, содержать себя самостоятельно, но пока они очень пугали ее.

Комментарий

Для обоих участников терапевтического процесса – и терапевта, и пациента – период после вынужденного перехода на онлайн-формат стал непростым испытанием. В некоторых случаях это время стало не только переживанием выраженного стресса, но и отправной точкой для неожиданных перемен. Именно так, на наш взгляд, произошло с этой пациенткой. Те изменения, которые принесла с собой пандемия коронавируса, буквально «заставили» эту пациентку посмотреть в глаза реальности, от которой раньше она уходила в мир грез и фантазий.

С переходом на онлайн-терапию стал разворачиваться многоуровневый процесс изменений во внешнем и внутреннем мире пациентки. На одном уровне она организовывала свою часть терапевтического кабинета, то есть сеттинга терапии, который раньше целиком для нее обеспечивал терапевт. На другом уровне она стала пытаться по-новому, возможно, более активно и решительно выстраивать отношения во внешнем мире, не только со своей семьей, но и со своей подругой, с которой она впервые встретила лицом к лицу, хотя до этого они дружили только в социальных сетях. Как будто вынужденная изоляция стала для нее поворотным моментом для преодоления ее привычной самоизоляции. Формально она нарушала запрет на встречи с людьми в условиях вирусной инфекции. Возможно, протест против ограничений, налагаемых органами власти, был ее протестом против власти родителей. Одновременно с этим в терапии она стала говорить о своем желании изменить сеттинг и перейти на один раз в неделю, чтобы иметь больше пространства для себя. На третьем уровне, похоже, начался ремонт и перестройка в ее внутреннем мире, в недифференцированной атмосфере ее внутреннего дома, стали образовываться «перегородки», появляться очертания отдельных людей. Теперь, когда мы могли видеть друг друга лишь в пространстве виртуального терапевтического кабинета, остро обнаружилась отдельность между пациенткой и терапевтом.

Виньетка 6

Пациент, 28 лет. Терапию проходит один раз в неделю в течение двух лет. На психотерапию пришел в связи с тем, что не мог справиться с чувствами злости и обиды на женщину, которая его бросила. Он считал, что

разрыв произошел просто оттого, что он неправильно себя вел, и ему хотелось, чтобы терапевт «научил» правильному поведению с женщинами.

Его родители развелись, когда ему было три года. Вскоре после развода отец умер. До шести лет он много времени проводил с бабушкой (матерью отца). Но после замужества матери его общение с бабушкой прекратилось. Его детские воспоминания были очень скудными и ограничивались только биографическими данными. В данный момент пациент живет с матерью, отчимом и двумя младшими сестрами. О матери говорит с презрением, считает ее неудачницей. Пациент очень гордится тем, что всегда сам добивается того, чего хочет: сам поступил в престижный вуз, сам смог устроиться на хорошую должность в иностранную компанию.

С одной стороны, он производил впечатление высокомерного молодого человека, а с другой стороны – маленького и недолюбленного ребенка. И это двойственное впечатление у меня вызывало противоречивые чувства к нему: чувства отторжения и одновременно жалости и желания поддержать, обогреть теплым словом.

В работе с ним всегда было очень сложно переходить в символическое пространство: он все время был готов говорить только о бросившей его женщине и обсуждать, как ее вернуть или как ее забыть. Мои генетические интерпретации, в которых я пыталась связать его сегодняшнее чувство отверженности с его детским безутешным горем после развода родителей, пациент воспринимал лишь умозрительно. Казалось, что он боялся соприкоснуться со своей детской болью и поэтому активно отвергал связь между прошлым и настоящим. В ответ он задавал один и тот же риторический вопрос: «Что вы посоветуете мне прочитать или о чем подумать к следующей сессии, чтобы психотерапия была успешной?» Он все время ждал от меня конкретной и буквальной помощи в виде советов и наставлений. В этом ощущалось отчуждение и обесценивание того теплого и задушевного эмоционального потока между нами, который иногда возникал в пространстве сессий. Мои интерпретации переноса он как будто пропускал мимо ушей. Привычную для него отчужденность в отношениях со своей матерью он воспроизводил и в наших с ним взаимоотношениях.

Формат онлайн-терапии пациент воспринял спокойно, сказав, что и на работе у них со следующей недели тоже будет удаленный режим работы, чему он очень рад, так как наконец-то сбылась его мечта о том, чтобы не сидеть в офисе весь рабочий день.

На первой же онлайн-сессии он поразил меня тем, что был оживлен больше обычного. И на мой вопрос о том, как он себя ощущает в новом формате, он ответил: «Замечательно! Я на время карантина переехал в бабушкину квартиру, потому что бабушка теперь живет весь год на даче. Дома спокойно работать невозможно, я созвонился с бабушкой, и она разрешила на время карантина пожить у нее в квартире. И вот я вновь, как в детстве, в бабушкиной квартире, с которой связано столько теплых воспоминаний».

Почти все содержание последующих сессий было наполнено размышлениями пациента о новых для него возможностях удаленной работы, об

открывающихся в связи с этим перспективах в его жизни. Тема обиды и злости на бросившую его женщину, казалось, ушла в прошлое вместе с изменением формата всей его жизни.

В конце одной из сессий я вернулась к теме временного изменения формата нашей с ним работы. Пациент радостно ответил, что такой формат ему нравится больше, что он чувствует себя свободнее, чем у меня в кабинете, так как я нахожусь от него на другом расстоянии. Впервые он заговорил о том, что часто во время сессий чувствовал себя неудобно, как будто ожидая от меня каких-то критических замечаний, похожих на те, что часто слышал от матери, и что теперь, находясь на расстоянии от меня, он ощущает себя защищенным. Защищенным не только расстоянием между нами, но и тем, что он сейчас в квартире бабушки, где он прежде всегда чувствовал себя любимым и единственным ребенком. А через несколько сессий пациент сказал: «Происходит что-то удивительное: порой ваш голос в моей голове сливается с теплым бабушкиным голосом, и я в эти моменты чувствую себя счастливым, как в детстве».

Вслед за этим переживанием у пациента стали всплывать в памяти воспоминания об отце, о том, как ему не хватало отца, когда тот исчез из его жизни. Он стал рассказывать на сессиях о своем отце, вспоминать встречи с ним, вспомнил, что бабушка часто повторяла ему, что он очень похож на отца и внешне, и характером. Эти воспоминания одновременно и радовали, и пугали его. Он впервые рассказал мне, что отец страдал алкоголизмом, что родители часто ругались, что мать всегда в этих скандалах кричала отцу, что тот алкоголик и неудачник. Воспоминания об этом были очень болезненными для него, к тому же он очень боялся, что и сам может стать таким же неудачником, как и его отец. Именно поэтому он стремился поступить в престижный вуз, а потом устроиться на престижную работу. Пациент всегда стыдился рассказывать о своем отце и все воспоминания о нем бессознательно вытеснял из сознания, как будто бы «вычеркивая» этим отца из своей жизни.

Постепенно стало возможным говорить с пациентом и о причине неудачных отношений с бросившей его женщиной. Ведь он бессознательно разыграл в своей жизни то, как ему представлялся развод родителей. Он с самого начала «разыгрывал» в этих взаимоотношениях роль отвергаемого, а затем и брошенного женщиной мужчины.

Комментарий

«Не было бы счастья, да несчастье помогло». Похоже, в данном случае изменения, которые принесли с собой меры по самоизоляции, наконец-то дали пациенту то, о чем он мечтал. С переходом на дистанционный формат работы он обрел больший контроль над своей жизнью: стал жить отдельно от матери с отчимом и сестер, теперь ему не нужно ездить на работу и пребывать в офисе весь рабочий день. Бабушка предоставила ему свою квартиру в пользование, тем самым дав возможность для отдельной, самостоятельной жизни. Как в детстве, бабушка дала ему укрытие и тепло любви – в реальности и в фантазиях зависимости от идеального родителя. Ослабление влияния матери в реальности и материнского образа

в переносе привело к увеличению доверия и эмоциональной открытости. Страх близости ослаб.

Находясь на расстоянии от терапевта благодаря онлайн-формату, он смог стать более открытым. Дистанционный формат проведения сессий и квартира бабушки стали для пациента тем безопасным пространством, где он смог соприкоснуться со своими болезненными чувствами потери отца. Он смог наконец начать размышлять о себе, о своем отце, о своих детских взаимоотношениях с ним, о своем взрослом отношении к отцу. В живом общении он стеснялся рассказать мне про алкоголизм отца, про свой страх стать таким же неудачником, как отец. В этой проработке связи с отцом можно увидеть укрепление мужской идентичности.

Его материнский образ расщеплен на две части – «плохая и презираемая мать» и «теплая бабушка». Проработка и интеграция материнского образа – это задача, которая по-прежнему стоит перед ним. В его желании оставить все как есть в своей жизни и сеттинге времен пандемии можно увидеть уклонение от этой задачи, впрочем, возможно, он нуждается в такой подпитке и укреплении идентичности, чтобы вновь всерьез взяться за эту задачу в своем развитии.

Выводы

Экстраординарные жизненные обстоятельства, в которых мы все оказались, потребовали быстрых и значительных изменений в сеттинге, чтобы психотерапия могла продолжаться. Внешние обстоятельства лишили нас – и терапевтов, и пациентов – оптимальных условий для проведения/прохождения психотерапевтического лечения. Это привело к появлению на аналитической сцене переживаний и фантазий, которые, возможно, в иных обстоятельствах могли бы и не возникнуть.

Резкое изменение жизненных обстоятельств и сеттинга терапии привело к актуализации травматического опыта пациентов (виньетки 1–4). В одном из случаев (виньетка 4) мы видим, как эти перемены всколыхнули историю межпоколенческой передачи травмы в семье. В каких-то случаях в реакциях пациентов мы видим появление интенсивных аффектов и примитивных фантазий и защит (особенно виньетки 2 и 3), вызванных столкновением с болезненной внешней реальностью и переработанными областями их внутренней реальности.

Виньетка 2, на наш взгляд, иллюстрирует представление о сеттинге как о контейнере психотических тревог. Блехер утверждает, что «психотическая часть личности использует относительное постоянство сеттинга для того, чтобы проецировать в него такие отношения с аналитиком, для которых характерно отсутствие четких границ. "Говорящий" сеттинг, отвечающий невротическим аспектам, и "безмолвный" сеттинг психоза вполне могут сосуществовать. В первом случае действует вербальная коммуникация, тогда как второй остается неподвижным и становится заметен только при изменении сеттинга» (цит. по: Этчегоен, 2020). Внезапное и сильное изменение сеттинга привело в данном случае к более выраженному проявлению психотической части личности пациентки.

Как мы видим по приведенным виньеткам, удержание сеттинга и контейнирование тревог стало важным вмешательством терапевта, позволившим снизить тревогу и принять новую реальность, тем самым создав возможность для проработки травматического опыта, актуализированного изменением условий жизни и терапии. В одном из случаев (виньетка 1) удержание сеттинга терапевтом позволило предотвратить прерывание терапии. В другом сложном случае длительной терапии (виньетка 3) введение карантина произошло на этапе окончания терапии, и появление интенсивных аффектов привело к их отреагированию и обрыву лечения.

Виньетки 5 и 6 демонстрируют, что в некоторых случаях это время стало не только переживанием выраженного стресса, но и отправной точкой для неожиданных позитивных перемен в их текущей жизни и терапевтическом процессе. Вынужденная изоляция стала для пациентки из виньетки 5 поворотным моментом, почти «волшебным пинком», который позволил преодолеть ее привычную самоизоляцию, стать более ассертивной и признать мир реальных взаимоотношений. Переезд в бабушкину квартиру и отмена необходимости ежедневно ездить на работу в офис, похоже, позволили пациенту из виньетки 6 ощутить себя «баловнем судьбы». Когда все страдают от введения карантина, он один из тех немногих, кто многое приобрел. Такая нарциссическая подпитка укрепила его уверенность. А общение в онлайн-формате снизило его страх близости, что сделало возможным обсуждение важных новых тем в терапии.

Заключение

Шерон Залуски (*Zalusky, 2016*) в статье «Телефон, психотерапия и XXI век» цитирует социального философа Джереми Рифкина: «Очевидно, что мы живем в быстро меняющемся мире, где прогресс в телекоммуникациях, транспорте и биотехнологии меняет то, как мы и наши пациенты живем, путешествуем и общаемся друг с другом. Технологии раздвигают наши границы, создавая продолжение наших тел и/или нашего физического присутствия» (*Rifkin, 1998*). Затем она продолжает его мысль сама: «Мир, каким мы его знаем, становится меньше и теснее, и в этом процессе мы становимся более подключенными друг к другу и взаимосвязанными. Технологии влияют почти на каждый аспект общества, в том числе на наше отношение к своей самости и другим. Годами я размышляла над использованием телефона и его значением в клинической практике и для пациента, и для терапевта. Чаще всего наш первый контакт с пациентами – и их с нами – происходит по телефону. Телефон вездесущ. Он стал существенной частью нашей клинической жизни. Мы используем телефон как продолжение своего рабочего кабинета и своей самости. Сам телефон стал мобильным и беспроводным. Благодаря спутниковой технологии мы можем брать с собой телефон всюду, в любое место на планете. Он больше не должен находиться в офисе, но может буквально сопровождать нас повсюду. В практическом смысле вы можете набрать мой уникальный номер, и я могу ответить, если захочу, будь я в Лос-Анджелесе, Нью-Йорке, Лондоне, Париже, Риме или Пекине, – независимо от того, где находитесь

вы. И вследствие этого расширяется наше понятие о доступности. Наша способность презентировать себя в различных формах (телефон, e-mail, видеоконференции) в разное время делает открытым поле, в котором мы как терапевты и пациенты можем действовать».

Появление и развитие интернета и новых технологий XXI века сильно изменили наш мир, что, правда, до сих пор не так уж сильно затронуло мир психотерапии и психоанализа. Да, многие клиницисты использовали телефон и средства видеокommunikации для сохранения возможности проводить сессии, которые стало невозможно проводить традиционным образом, но до сих пор это оставалось за рамками основного течения развития психоаналитической психотерапии и психоанализа. Так было, но вряд ли это таковым и останется после того, как пандемия коронавируса станет частью прошлого. «В царстве идеала к продолжению терапии по телефону (Skype или Zoom) никогда бы не прибегали. Но, увы, мы редко живем в царстве идеала», – напоминает нам Шерон Залуски (*Zalusky, 2016*). В сложившихся обстоятельствах, когда все человечество оказалось в одной лодке и жизненная ситуация потребовала от всех нас гибкости и адаптации, почти все психотерапевты и психоаналитики пошли на единственно возможный компромисс и признали реальность психотерапии онлайн.

По всей видимости, то, что мы переживаем сейчас, позволяет нам заглянуть в будущее, которое сильно затронет и нашу профессию. Слова «мир уже никогда не будет прежним» кажутся весьма уместными в связи с теми переменами, которые принесла с собой пандемия COVID-19. Весьма вероятно, что через 20 лет, а может быть, и раньше наиболее практикуемой формой психотерапии будет терапия онлайн и комбинированный вариант очного и дистанционного психотерапевтического лечения. Нам нужно извлечь уроки из опыта практики во времена пандемии и быть готовыми к переменам в будущем.

Козимо Скинайя в эссе «Похвала гибкости и строгости в эпоху коронавируса» пишет: «Хотя экстренную ситуацию невозможно предвидеть по определению и абстрактные и общие правила поведения невозможно установить априорно, ее текущую динамику можно воспринимать и изучать как эксперимент чрезвычайного и исключительного масштаба. Этот эксперимент может предоставить полезные инструменты проработки не только для того времени, когда мы вернемся к относительно обычной жизни, пусть и не совпадающей с обычной жизнью до исключительного кризиса, но также позволяющие получить ценный опыт, возможно, применимый в любых последующих экстренных состояниях» (*Schinaia, 2020*).

Завершить эту статью мы бы хотели следующей цитатой Роджера Мани-Керла: «Если мы хотим жить вечно, мы должны продолжать приспосабливаться к окружению, и окружение должно приспосабливаться к нам. Далее, мы должны уметь предсказывать и предвидеть адаптации, которые будут необходимыми в будущем» (*Money-Kyrle, 1931*).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Голдсмит Г.* Клинические и исторические аспекты психоанализа. Избранные работы. М.: Когито-Центр, 2015.
2. *Тарабрина Н.В., Майн Н.В.* Феномен межпоколенческой передачи психической травмы (по материалам зарубежной литературы). Консультативная психология и психотерапия, № 3, 2013.
3. *Шарфф Джилл.* О переходе на онлайн-формат для пар, семей, в детской и взрослой индивидуальной терапии. Онлайн-семинар. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=HFv0CHQd1DU&t=273s> (дата обращения: 01.10.2020).
4. *Этчегоен Р.Г.* Основы психоаналитической техники. М.: Когито-Центр, 2020.
5. *Bion W.R.* Learning from Experience. London: Heinemann, 1962.
6. *Bleger J.* Psychoanalysis of the Psycho-analytic Frame. International Journal of Psychoanalysis. 48:511-519, p. 511, 1967.
7. *Langs R.* Technique in Transition. New York: Jason Aronson, 1978.
8. *Langs R.* The Therapeutic Environment. New York: Jason Aronson, 1979.
9. *Lieberman D.* (1970–1972) *Linguistica, Interaccion Comunicativa y Proceso Psicoanalytico*. Vols 1–3. Buenos Aires: Galerna.
10. *Milner M.* The Role of Illusion in Symbol Formation. In: *New Directions in Psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1955.
11. *Modell A.* Object Love and Reality: An Introduction to a Psychoanalytic Theory of Object Relations. New York: International University Press, 1968.
12. *Modell A.* The Centrality of the Psychoanalytic Setting and the Changing Aims of Treatment. A Perspective from a Theory of Object Relations. *Psychoanalytic Quarterly*. 57(4):577-96, 1988.
13. *Modell A.* The Psychoanalytic Setting as a Container of Multiple Levels of Reality: A Perspective on the Theory of Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, Vol. 9, pp. 67–87, 1989.
14. *Schinaia C.* Praise of Flexibility and Rigour in the Age of Coronavirus. *Frenis Zero*. [Электронный ресурс] // URL: <http://web.tiscali.it/cispp/schinaiaPRAISE.htm> (дата обращения: 01.10.2020).
15. *Money-Kyrle R.E.* The Remote Consequences of Psychoanalysis on Individual, Social and Instinctive Behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 11: 173–193, 1931.
16. *Rifkin J.* The Biotech Century: Harnessing the Gene and Remaking the World. N.Y.: J.P. Tarcher/Putnam, 1998.
17. *Sandford A.* Coronavirus: Half of humanity Now on Lockdown as 90 Countries Call for Confinement. *Euronews*. [Электронный ресурс] // URL: <https://www.euronews.com/2020/04/02/coronavirus-in-europe-spain-s-death-toll-hits-10-000-after-record-950-new-deaths-in-24-hou> (дата обращения: 01.10.2020).
18. *Winnicott D.W.* The Maturation Process and the Facilitating Environment. New York: International University Press, 1965.
19. *Zalusky S.* Telephone, Psychotherapy and the 21st Century. *Dimensions of Psychotherapy, Dimensions of Experience. Time, Space, Number and State of Mind*. First Edition. Edited by M. Stadter D.E. Scharff. 2016.

Psychoanalytic psychotherapy during the coronavirus pandemic: patient responses to isolation and change in traditional psychotherapeutic setting

***K.V. Yagnyuk, A.K. Baskuryan, S.D. Bimbat,
G.F. Kuzmenok, I.V. Chirtsova, E.V. Schmunk***

Yagnyuk Konstantin Vladimirovich – clinical psychologist, psychoanalytic individual and a couple psychotherapist, full member of the Section of individual psychoanalytic psychotherapy of adults and the participant of the Group of psychoanalytic psychotherapy for patients with combined treatment at the Society of Psychoanalytic Psychotherapy – the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy, full member the Society of Psychoanalytic Couple and Family Psychotherapists, the faculty member of the Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis, editor of the Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis, the author of the books "The Anatomy of Therapeutic Communication. Basic Skills and Techniques" (2014) and "The Therapeutic Encounter and Key Skills in Psychotherapy. Selected Papers" (2021).

Baskuryan Amaliya Kostantinovna – clinical psychologist, Candidate of Sciences in Biology, psychoanalytic individual psychotherapist, the associate member of the Section of individual psychoanalytic psychotherapy for adults and the participant of the Group of psychoanalytic patients with combined psychoanalytic psychotherapy at the Society of Psychoanalytic Psychotherapy – the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy, the faculty member of the Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis.

Bimbat Svetlana Davidovna – psychologist, psychoanalytic individual psychotherapist, the associate member of the Section for individual psychoanalytic psychotherapy for adults and the participant of the Group of psychoanalytic psychotherapy for patients with combined treatment at Society of Psychoanalytic Psychotherapy – European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy. She teaches the course "Transgenerational Transmission of Trauma: Psychoanalytic View" at the Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis.

Kuzmenok Gennady Fedorovich – Psychiatrist, Candidate of Sciences in Medicine, psychoanalytic individual psychotherapist, group analyst (COIRAG, EGATIN), couple and family psychotherapist and supervisor (IGA, London), full member of the Section of individual psychoanalytic psychotherapy for adults and the Chairman of the Group of psychoanalytic psychotherapy for patients with combined treatment at the Society of Psychoanalytic Psychotherapy – the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy, full member the Society of Psychoanalytic Couple and Family Psychotherapists. He teaches in training programs on psychoanalytic individual, couple and family psychotherapy and group analysis.

Chirtsova Irina Vladimirovna – psychologist, psychoanalytic psychotherapist, the associate member of the Section of individual psychoanalytic psychotherapy for adults and the participant of the Group of psychoanalytic psychotherapy for patients with combined treatment at the Society of Psychoanalytic Psychotherapy – the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy.

Shmunk Elena Viktorovna – psychiatrist, Candidate of Sciences in Medicine, psychoanalytic individual psychotherapist, the full member of the Section of individual psychoanalytic psychotherapy for adults and the participant of the Group of psychoanalytic psychotherapy for patients with combined treatment at the Society of Psychoanalytic Psychotherapy – the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy, the faculty member of the Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis.

This paper is devoted to the clinical investigation of patients' reactions on isolation and changing of traditional setting of psychoanalytic psychotherapy due to spreading of COVID-19. Extraordinary circumstances in which we all found ourselves, demanded sharp and significant changes in a setting so that psychotherapy could proceed. The necessity of transfer the therapeutic sessions from physical space of the psychotherapeutic office into a special virtual office was a challenge for all of us – both patients and therapists. There are six clinical vignettes in this article which illustrate variety of emotional responses and unconscious fantasies of the patients due to these changes. Rapid changes of life and therapeutic setting resulted in actualization of traumatic experience of patients, intensive affects and primitive fantasies and defenses caused by collusion with painful external and internal reality. In some cases, this period was not only the time of prominent stress but also a starting point for unexpected, positive changes in current life and therapeutic process.

Keywords: psychoanalytic psychotherapy, teletherapy, setting, trauma, coronavirus, pandemic, COVID-19.