
Когда смерть – это часть жизни. Работа горя как способ проживания потерь в профессиональной деятельности с онкологическими больными

А. В. Коровина

Коровина Анна Владимировна – магистр психологии (НИУ ВШЭ), психоаналитический психотерапевт, клинический психолог, нейропсихолог, ассоциированный член Московской психоаналитической ассоциации, член Ассоциации специалистов в области психоаналитической психосоматики.

Когда смерть – это часть жизни. Какие психические процессы побуждают индивидуума выбрать профессию онколога и каким образом психоаналитическая психотерапия может помочь человеку в ситуации ежедневной утраты. В данной статье мы рассмотрим аспекты формирования первичного горя, первичного эrogenного мазохизма, биологический компонент влечения к смерти и связь со структурной организацией мозга, онкологию с точки зрения психосоматики и теоретические основы терапии горя, проживания потери в психоаналитической психотерапии.

Ключевые слова: онкология, деструктивность, влечение к смерти, психоаналитическая психотерапия, терапия горя, психосоматика, первичный эrogenный мазохизм, работа горя, первичное горе.

Мы приходим в этот мир с инстинктивной потребностью в привязанности, и эта необходимость побуждает нас формировать связи, которые, если повезет, смогут обеспечить нам питание и защиту в младенчестве, утешение в старости, а в течение всей жизни – дар признания и принадлежности к определенному месту в группе людей. Потеря близкого человека вызывает те же чувства, которые ребенок испытывает при сепарации

от значимого взрослого, с которым у него сформировалась привязанность. Так и в работе врача с пациентом формируется определенная связь, разрыв, который приводит к ощущению утраты, опустошению и неминуемой работе горя. Сталкиваясь с утратой в своей профессиональной деятельности постоянно, врачи-онкологи блокируют чувства и эмоции, подавляют их, уровень отрешенности от собственных чувств может быть настолько высоким, что человек перестает их испытывать сознательно, несмотря на то что они продолжают влиять на его ментальное состояние, в свою очередь подавленные эмоции, связанные с проживанием горя и утраты, могут воздействовать негативно на психическое и физическое состояние (*Raimbault, 2007*). Но стоит отметить, что выбор профессии и его последствия связаны с более глубинными причинами, и их мы рассмотрим в данной статье, уделяя внимание таким аспектам, как первичное горе, первичный эрогенный мазохизм, биологический компонент влечения к смерти и его связь со структурной организацией мозга, исследуем онкологию с точки зрения психосоматики и теоретические основы терапии горя, проживания потери в психоаналитической психотерапии.

Теоретическое исследование формирования первичного эрогенного мазохизма, первичного горя

Адаптируясь к жизни в мире после внутриутробного рая, ребенок получает от матери ребенку иллюзию того, что ее грудь является частью его самого. Этот опыт дает ему иллюзию контроля, которую в дальнейшем мать должна будет разрушить, чтобы психика ребенка продолжила свое развитие. Разрушение иллюзии – это своего рода конфликт внутри психики младенца, который ведет к формированию понимания субъективности и объективно представляемого и происходящего в жизни человека, то есть к ощущению себя отдельным от матери. Важную роль в этом процессе играет переходный объект, который служит замещением материнской груди, в этот объект ребенок может помещать свои проекции, эмоции, наделять его особым смыслом, уже осознавая его как отдельный объект – отдельный от себя (*Винникотт, 2017*). Процесс отделения Поль-Клод Ракамье обозначает как «первичное горе», он пишет: «Это основной психический процесс, посредством которого Я с самого рождения, вернее, с самого начала его появления и до смерти отказывается от тотального владения объектом, проделывает свое горе по абсолютному нарциссическому единству и по устойчивому неопределенному существу и посредством самого горя, которое образует его собственные истоки, проделывает открытие объекта и себя, придумывает себе свой внутренний мир». Только потеряв что-то, мы можем приобрести, приобретая, мы неминуемо с чем-то расстаемся – эта своего рода цикличность – основа развития человека, его психики, то, что запускает преобразования; эти изменения происходят на уровне деления клеток, на уровне развития и функционирования человека, во всех его проявлениях, в физической и психической реальности. Первичное горе меняет все в психике, оно вводит понятие темпоральности времени. А время в свою очередь может, наверное,

быть в какой-то степени тем, что нам проще отследить, наделить смыслом, обозначить, придать форму (*Racamier, 1989*). Время как единица измерения остается на уровне сознания, понятие, которое мы можем обозначить как «темпоральность времени», является обозначением психических процессов, в основе которых лежит связывание внешней реальности с внутренней, что в свою очередь может помочь провести работу горя над потерянным объектом, придавая утрате особый смысл. Лишение чего-либо подталкивает нас искать новые смыслы, опыт и пути развития. Объект, который был потерян, не только обнаруживается, но и интериоризируется. Возможность признавать реальность потери ведет к отделению объекта от себя, и этим же определяется, насколько скорбь двигается к нормальному завершению. Соответственно, потеря внешнего объекта сопровождается приобретением внутреннего. В своей бессознательной фантазии субъект должен встретиться со своей неспособностью защитить объект, что в свою очередь в психической реальности может носить ощущение встречи с внутренней катастрофой, созданной его садизмом и пониманием того, что его желания и любви недостаточно для того, чтобы сохранить объект. Необходимо позволить ему умереть, а затем встретиться с опустошением, отчаянием и виной.

Этот процесс содержит в себе сильнейшую психическую боль, и одним из назначений работы горя является уменьшение и нивелирование этой боли. В этой дуальности процесса нахождения через потерю и потери через нахождение прослеживается связь между процессами влечения к жизни и влечения к смерти, принципом удовольствия и неудовольствия, которые в свое время ввел Зигмунд Фрейд (Фрейд, 2021). Объединение и разъединение влечения к жизни и влечения к смерти на протяжении всего существования меняется. В младенчестве объединение влечений происходит во время взаимодействия с объектом и формируется в диаде «мать – дитя». Продуктом объединения влечений является первичный эрогенный мазохизм и принцип удовольствия, который оказывает влияние на первичное структурирование архаического Я. Объединение двух влечений вызывает парадокс, его можно обозначить как «мазохистическое удовольствие», оно впоследствии становится моделью удовольствия. Таким образом удовольствие становится сочетанием удовольствия и неудовольствия, которое скрывает в себе меняющуюся, но неизбежную долю мазохизма. В зависимости от ситуации удовольствие изменчиво, в какие-то моменты оно приближается к удовольствию, когда составляющее его неудовольствие близко к нулю, и, наоборот, переживается как чистое неудовольствие, когда составляющее его удовольствие близко к стиранию. Именно из-за того, что принцип удовольствия включает в себя мазохистическое удовольствие, принцип удовольствия имеет возможность трансформироваться в принцип реальности. Мазохизм обеспечивает сохранность, внутреннюю непрерывность, он является точкой, которая связывает безвременье Оно со временем, является первой формой работы предсознательного, позволяя соприкоснуться к сознательному.

Первичный эрогенный мазохизм является эквивалентом вторичного эрогенного мазохизма, с которым мы сталкиваемся в клинической работе

с пациентами. Тут необходимо отметить, что при определенных условиях обращенный вовне садизм или деструктивное влечение могут вновь интроецироваться обратно вовнутрь. Именно первичный эрогенный мазохизм указывает на возможность эротизирования боли и неудовольствия в целом, и он же открывает возможности понимания того, что любое возбуждение, каким бы оно ни было, можно эротизировать (Розенберг, 2018). В основе влечений лежит стремление к удовлетворению, воспрепятствовать реализации влечения к смерти может только первичный эрогенный мазохизм. Который в свою очередь находится в основе других его форм.

И тут мы задаемся вопросом: что побуждает индивида выбрать путь работы с онкологическими больными и что его уберегает от саморазрушения? С одной стороны, бессознательное влечение к смерти, с другой – его психика стоит на стороне жизни, и только мазохизм помогает регулированию этих аспектов. Помогая онкобольным, врачи погружаются в атмосферу боли, утраты, горевания. Становясь свидетелями чужой жизни и смерти, принимая непосредственное участие в этом, проживая сложные и болезненные этапы с пациентами, они вынуждены нести груз потерь на своих плечах, множества утрат, но и множества спасенных жизней. Именно мазохизм способен устанавливать внутреннюю регуляцию между влечениями, но есть основания полагать, что в основе выбора профессии врача-онколога лежит большое количество деструктивного влечения – как будто бы бессознательно, для того чтобы его связать, субъект выбирает подобную сферу деятельности. Стремясь посредством проекции извлечь все происходящее в его психической вселенной и преобразовать в реальности. Выбирая ту или иную профессию, мы выбираем свой путь, в какой-то степени свою жизнь, свою профессиональную идентичность, – узнавая себя через другого, проецируя вовне то, что находится внутри нас и не может быть распознано при помощи самоанализа. В какой-то степени потребность в работе горевания в этом контексте относится и к внутреннему миру врача, к его внутренним объектам и тем потерям, с которыми он сталкивается ежедневно. Все, что проживается в реальности, помогает прожить и пережить внутреннюю деструкцию, опустошение, одиночество и боль.

Исследование биологического компонента влечения к смерти, структурной организации мозга и связь с психоаналитической теорией

Фрейд в своей работе об «Экономической проблеме мазохизма» утверждает, что живое существо возникает после неживого, логично предположить, что у данного существа возникает определенное влечение, которое побуждает его вернуться в исходное неживое состояние. Часть влечения к смерти направлена через мускульную систему и преобразуется во влечение к разрушению, приобретению сильной воли и желанию овладеть. Влечение к смерти направлено прежде всего вовнутрь и лишь вторично проявляется в форме внешней деструкции. Данный подход обозначает, что любое живое существо обречено умереть по внутренним причинам.

Как будто столкновение с травмирующим опытом, с большим количеством смертей в течение жизни усиливает вероятность интроекции его вовнутрь и служит преобладанию влечения к смерти над влечением к жизни (*Freud, 1924*). Если мы посмотрим на понятие «влечение к смерти» с точки зрения нейробиологии и начнем разбор данной проблематики со строения и деления клеток, то можем увидеть, что одно из основных свойств клетки – это ее способность к самоуничтожению. Если клетка находит в своем межклеточном пространстве то, что может погасить способность к саморазрушению, то она остается живой. Как будто там присутствует и то, что защищает, и то, что побуждает к разрушению (*Ameisen, 1999*).

Нейробиологи утверждают, что естественная селекция конструирует наш мозг и сохраняет те связи, которые будут удовлетворяющими и полезными. Независимо от качества раннего опыта ребенка во взрослую жизнь переходит бессознательное понимание о чувствах, взаимодействиях и событиях из личного опыта, возникшее до того, как мозг завершил свое развитие. Важно отметить, что ранний опыт человек получает еще до того, как использует язык для понимания и передачи наших внутренних состояний. Соответственно, бессознательное сохраняет в себе огромное количество переработанного психического материала. Нейробиологи, описывая поведение нейронов, проводят параллель с людьми, указывая на то, что индивид развивается и процветает только благодаря связи с другими. Точно так же и рост и выживание нейронов зависят от того, насколько «хорошо» они взаимодействуют между собой. Именно взаимодействующие нейроны синтезируют новые белки, укрепляющие их. Связи могут быть различной направленности и этиологии, в раннем возрасте именно невербальная коммуникация с первообъектами играет важную роль для формирования, укрепления и развития головного мозга, нервной системы и психического аппарата (*Schore, 2002*). В этой части хотелось бы остановиться на структуре организации головного мозга и психического аппарата, ведь данные взаимосвязи являются основополагающими в развитии индивида. Итак, в соответствии с триединой моделью мозга Маклин утверждал, что мозг представляет три мозга в одном и включает в себя структуры, найденные у рептилий (рептильный мозг), у млекопитающих (лимбический мозг), и уникальную у человека (неокортекс). Исходя из этого, мы используем целый ряд противоречивых способов реагирования на стимулы внешней среды, человек ощущает парадоксальность и дуальность бытия. Эта модель мозга может служить своего рода «метафорой» к пониманию бессознательных процессов, происходящих внутри психики, начиная от архаичных форм коммуникаций и заканчивая сложными паттернами поведения (*MacLean, 1990*). Во взрослом возрасте сформированные системы так же продолжают свою трансформацию и изменения, на основе полученного ранее опыта в детском возрасте и приобретая новый опыт, в том числе в процессе профессиональной деятельности с коллегами, пациентами (*Bowlby, 1976*). Любые соединения в бессознательном разной степени нагруженности деструктивными или же либидинальными влечениями образуются внутри психического пространства и в дальнейшем преобразуются во внешние проявления.

Какие бы ни были эти связи, они имеют свою логику возникновения и определяют последующую жизнь и профессиональное самоопределение. Таким образом, мы можем предположить, что человек, выбирающий работу в онкологии, имеет большое количество влечения к смерти внутри себя и для того, чтобы каким-то образом с ним справиться и преобразовать деструкцию в продуктивное проявление, выбирает для своей профессиональной деятельности именно такое направление. Спасая людей, проживая потери и победы вместе с пациентами, врач, с одной стороны, пытается компенсировать свое влечение к смерти, а с другой – пребывает в состоянии бесконечных утрат, что напоминает навязчивое повторение, как будто бы с целью прожить какую-то травмирующую ситуацию, возможно еще довербального характера. Двойной удар получает психический аппарат, если на травмы, произошедшие в раннем возрасте, накладываются ситуации травмирующего характера, полученные во взрослом возрасте. Если изначально способность к эмоциональной регуляции была нарушена, могут страдать контейнирующие способности и аппарат мышления, это влияет на состояние человека как на психическом, так и на физическом уровне. Как известно, структура мозга и его функции продолжают меняться всю жизнь. Развитию мозга способствует такой уровень возбуждения, который стимулирует, но не перегружает мозг, как в младенчестве, так и во взрослом возрасте. Под воздействием стресса или же психологической травмы возникает торможение в развитии и росте. Также мешает развитию интеграция тяжелого опыта, в том числе возрастающее количество деструктивных мыслей, желаний и способов разрешить этот внутриспсихический конфликт. Эффективная психоаналитическая психотерапия способствует развитию у человека возможностей управлять эмоциями, соединять внутриспсихические связи и укреплять их за счет проживания потерь, связывания негативного опыта, придания смыслов происходящему и последующего повышения уровня устойчивости к внешним факторам.

Исследование онкозаболевания с точки зрения психосоматики

«Я – это прежде всего телесное Я», – говорил Фрейд (Фрейд, 2021). Из этиологии невротозов следует, что репрезентация психического конфликта и защита от него посредством соматического симптома происходят одновременно. Тело и психика неразрывно связаны друг с другом. Каждый психический опыт, каждый аффект сопровождаются телесным опытом, а каждая телесная травма, процедура или же повреждение сопровождаются психическим опытом. Тело – это место, где переживаются стресс и облегчение, расслабление, вождение, отвращение. Желания, страсти, фантазии, аффекты, тревоги проецируются или отщепляются в тело или в его части и находят отражение в образе тела или в его опыте. Тело и психика переплетены и всегда развиваются вместе, выстраивая сеть, а не являясь разными частями одного целого, работают как единое целое.

Рак оказывает огромное влияние на жизнь человека, поскольку многие онкобольные продолжают выпадать из поля зрения системы здравоохранения ввиду социального клейма и недостатка ресурсов для установления диагноза, лечения и поддержки. Выявление болезни и выживаемость связаны с социально-экономическими факторами и индивидуальным статусом человека. Помимо генетических существует множество других факторов, которые учитывает теория канцерогенеза. Большую роль играют загрязнение окружающей среды, питание, употребление алкоголя, никотина, наркотиков тоже влияет на возникновение рака. Сюда же добавим недостаток движения, физической нагрузки. Тем не менее исключение вредностей и здоровый образ жизни не дают никаких гарантий, что вы не заболите раком, для большинства людей ужас заключается в этом (Schwarz, 1993). Возвращаясь от сомы обратно к психическому аппарату, стоит отметить, что обнаружению рака достаточно часто предшествует интенсивное душевное страдание пациента (смерть близкого родственника, проблемы на работе, травматические ситуации). Стоит предположить, что время развития рака коррелирует со страданием, которое имело место до появления первых симптомов. Считается, что сам по себе стресс не может быть причиной возникновения рака, однако хроническое психическое напряжение угнетает иммунную систему или же негативно влияет на иммунный статус, что в свою очередь может оказаться одним из факторов, вызывающих рак. Во многих случаях рак является мультифакторным заболеванием.

Наше тело является своего рода границей внешнего мира. С помощью тела мы можем общаться с окружающей средой, передавая тем самым послания о себе не только как о физическом теле, но и о духовной и психической составляющих. Если тело болеет, изменяются его функции и нарушается катексис. Образ тела олицетворяет совокупность переживаний, которые человек испытывает, используя свое тело, а то, как другие важные лица, например в детстве родители, обращались с телом и с ребенком в целом, будет влиять на психосоматическое функционирование субъекта (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Признание и оценка, а также сознательное и бессознательное отрицание действительности переживаются сомой и в значительной степени определяют образ нашего тела, который начинает формироваться в младенчестве и является своего рода матрицей, формирующий образ себя и уверенность в себе на протяжении всей жизни. Именно благодаря раннему опыту закрепляется ощущение тела как источника наслаждения, восторга, активности или же как источника стресса, тревоги, что в свою очередь влияет на то, каким образом человек сможет справиться с тяжелым заболеванием. Индивиды с надежной привязанностью, получившие в детстве в процессе коммуникации с первообъектами опыт признания и любви, то есть интроецировали хорошие объекты, и находились в понимающей и поддерживающей социальной среде, имеют гораздо больше шансов на восстановление психического и физического состояния и преодоление таких травм, как диагностирование злокачественной опухоли, процесс ее лечения, а также оценка значения болезни для себя (Bowlby, 2005). При обнаружении заболевания происходит

слияние телесных изменений с экзистенциальной угрозой, переживаемой психически. Из-за онкозаболевания обостряется ощущение непредсказуемости, бессилия, беспомощности, бессмысленности существования, неопределенности бытия. Человек испытывает внутренний хаос, психический шок, могут возникать тревоги, панические атаки, чувство вины, безнадёжности, чувство одиночества и изоляции, стыд от утраты целостности тела и потери эффективности, депрессия, страх потери автономности, нарушение сна и, конечно же, боль, огромная боль, как телесная, так и психическая (*Van der Kolk*, 2014). Психические страдания генерируют соматические симптомы, создавая порочный круг. Болезнь нарушает целостность Я, интрузивное лечение воспринимается пациентами как атака и повреждение образа тела, личной идентичности. При онкологическом заболевании опасная угроза исходит изнутри тела, а не снаружи. Возникает непреодолимая скорбь по прошлому, по будущему, которого может не быть, усиление фантазийной активности. Фантазии все более могут обретать характер объектов внешнего мира, ввиду чего может возникать трудность между фантазией и реальностью, внутренним и внешним. Качество хороших внутренних объектов облегчает преодоление разрыва между идеальными представлениями о Я и актуальным чувством Я. Также они позволяют формироваться своего рода расщеплению в самоощущении, благодаря чему Я может отделяться или высвобождаться от Я тела (*Becker*, 1986). Страх смерти онкобольными может восприниматься как страх потери внутреннего мира фантазий и как страх потери коммуникации с внешним миром. Когда эти потери материализуются, возникает угроза дезинтеграции, аннигиляции, ужас и одиночество. Мишель де М'Юзан в умирании видел психические феномены, которые связаны с интенсивным диадным контактом. Умиравший человек рассматривался им как очень интенсивно психически работающий, имеющий «ужасную жажду отношений» человек, который должен уметь использовать защиту в работе с переходящими границы аффектами и который пытается с помощью отрицания и расщепления закрыть в Я рану умирания. Благодаря расщеплению умирающего тела он отражает ту часть, которую может нарциссически занять, таким образом возникает сфантазированный объект, который обладает непредсказуемыми способностями. Этот объект за спиной разума заключает пакт с бессмертным бессознательным и тем самым сообщает умирающему Я чувство жизни, вследствие чего у онкобольного формируется представление о том, что бессознательно и эмоционально он будет жить вечно (*Muzan de*, 1998).

Лечение онкологических больных сталкивает врачей с множеством экзистенциальных вопросов, эти вопросы неминуемо наполнены скорбью, яростью, отчаянием, болью, но также и надеждой и жизненностью. В процессе работы на первый план выходит тело, поскольку оно громко говорит языком симптомов. Врачи могут сталкиваться с собственным бессилием и в какой-то степени принимать это как личное поражение. Тяжелая форма соматического заболевания всегда порождает у лечащего врача страх и тревогу, обусловленную столкновением с возможностью самому заболеть раком, вызывает страх перед тяжелой болезнью и смертью.

Какие слова врач использует для описания лечения рака? «Борьба», «выиграть битву», «потерпеть поражение в битве» – будто бы это общая война, совместная борьба врача и пациента за жизнь. Это жизнь не только пациента, но и ощущение жизни внутри врача, ведь каждый раз, когда удастся вылечить, «победить», возможно, даже «обыграть» болезнь, это как если быть на стороне жизни, чувствовать ее, понимать, что, даже когда, казалось бы, надежда уходит, возможен благоприятный исход. Даже перед лицом смерти человек может наделять жизнь смыслом до последнего дня, и это удерживает людей в живых довольно долго. После окончания работы с пациентом, какой бы ни был исход, неминуемо наступает скорбь, в травматические моменты время будто застывает и невозможно думать и принимать человеческие страдания. Чтобы восстановить его течение и суметь интегрировать травматический опыт, необходимо преодолеть защитную потребность нежелания знать. Только желание распознать травму приведет к пути проработки и интеграции, в свою очередь и к работе горя.

Исследование теоретических основ терапии горя, проживания потери в психоаналитической психотерапии

Профессиональная деятельность врачей, работающих с онкологическими больными, так или иначе связана с утратой, в случае смерти или же в случае выздоровления. Как правило, наблюдение пациента может носить пожизненный характер, иногда это полгода, а иногда и двадцать лет, в зависимости от заболевания и степени его прогрессирования. Каждый человек так или иначе в течение жизни сталкивается со смертью близких и знакомых. Индивид переживает огромное количество чувств, среди которых поглощающее чувство тоски, страха, отчаянье. А если врач ежедневно вынужден находиться с этими чувствами, живет в состоянии неопределенности и не имеет возможности как-то переработать их, то это неминуемо скажется на его физическом состоянии. Эмоциональные и физические реакции горя – это сочетание протеста, отчаяния и провала. В какой-то степени у взрослых людей подобное состояние схоже с состоянием сепарации в детстве от родителей, в том числе это похоже на первичное горе, о котором говорилось в первой главе. Достаточно много людей продолжительное время испытывают симптомы, характерные для фазы острого горя, и на проживание потери оказывает влияние характер профессиональной деятельности, частота взаимодействия с умирающими больными. Внутренние конфликты, которые могут разыгрываться между желанием и невозможностью физического воссоединения, осознанием этой невозможности, а также дезорганизация со временем разрешаются, но как долго это будет продолжаться, зависит от психических возможностей индивида, а также от того, каким способом он пытается справиться с наваливающимся на него ежедневно грузом (Торек, 2005). Проживание потери в профессиональной деятельности врача порождает чувство вины, будто что-то было сделано не в полной мере или не доделано. Листая медицинские карточки умерших пациентов, которые еще неделю назад к

тебе приходили на обследование, загружали своими эмоциями, переживаниями, страхами, он как будто возвращается обратно к этому умершему объекту, и такое происходит изо дня в день, из года в год в работе с онкологическими больными. Если не прорабатывать все накопленное, не проводить работу горя, вся боль, отчаянье, чувство вины, бессилия – все будет уходить в сому. И именно для того, чтобы минимизировать риск воздействия характера профессиональной деятельности на целостность, структуру и функционирование психики, и нужна психоаналитическая психотерапия. Она направлена не только на сохранение и укрепление, но и на расширение психических возможностей индивида. Психотерапевт, работающий с тяжелой утратой, помогает пациенту переживать и переносить чувства, связанные с горем, интегрировать новую информацию и навыки, а также создавать новую самооценку, учитывая последствия и специфику, частое погружение в смертельные диагнозы больных. Процессы, которые происходят в терапии, находятся не только на уровне вербальных интервенций, но также на уровне эмоционально-чувственного общения между психотерапевтом и пациентом. Такая связь выполняет функцию аффективной регуляции. Регулирующая функция крайне важна в психотерапевтическом альянсе. При терапии горя, болезненных чувств, вызванных собственно самой работой, задача психотерапевта – помочь пациентам-врачам в саморегуляции, обучении их тому, как управлять эмоциями и придавать своему опыту смысл. Саморегуляция включает в себя способность переносить сильные аффекты, возможно связанные с утратой, и поддерживать согласованность самоописания и мировоззрения при горевании (Космински, Джордан, 2022). Стоит отметить, что травматическая утрата может являться фактором риска для возникновения патологического горя, однако опыт патологической травмы, в том числе ранней травмы отношений, усиливает эффект травматической утраты в зрелом возрасте и увеличивает вероятность дисрегуляции. Патологическая реакция горя возникает в случае, если работа скорби неудачна или же не была завершена. Основа любой успешной терапии горя опирается на установление надежного и доверительного, эмоционально безопасного и психологически полезного формата терапевтических отношений. Эмпатическая сонастройка с пациентом во многом зависит от психических возможностей психотерапевта гибко подстраиваться к потребностям пациента (Ворден, 2020). Важнейшим элементом привязанности является невербальная коммуникация, которая происходит благодаря работе зеркальных нейронов и возникающему «нейронному резонансу» между двумя людьми, что помогает обеспечить эмпатическую сонастройку между ребенком и первичным объектом и, соответственно, так же между психотерапевтом и пациентом. Способность к эмоциональной эмпатии заключается в том, что индивид может резонировать с эмоциональным состоянием другого человека, испытывать отклик в себе, понимать и чувствовать то состояние, в котором находится человек напротив, в случае потерь ощущать и сопереживать тому горю, той утрате, с которой пришлось соприкоснуться горящему. Но при этом различать собственное Я и Я другого человека, отделять свои эмоции от эмоций пациента, регулировать интенсивность,

наблюдать за всем происходящим, быть в процессе, но при этом понимать, что пациенту больно, но его боль не моя, мне больно, потому что я сочувствую его беде. При такой модели выстраивания коммуникации терапевт будет реагировать на боль с участием и состраданием, а не защищаться от нее, но при этом сохранять эмоциональную дистанцию. Для одних добрая и заботливая атмосфера будет подходящей и хорошо успокоит, а у других может вызывать защитные реакции, в этой связи терапевту необходимо улавливать микроизменения и микропроцессы, происходящие внутри сессии, на протяжении всей терапии в целом, в динамике работы с пациентом, в материале, который он приносит. Также немаловажным является принятие и понимание того опыта, с которым столкнулся пациент ранее, это помогает не только понять то, что чувствует пациент, но и выстроить гипотезы и причинно-следственные связи, оценить реакцию более полно и определить тот жизненный опыт, который повлиял на его нынешнее поведение и эмоции. Помимо сонастройки, принятия и понимания боли пациента очень важно успешно донести это понимание до него.

Одна из главных задач терапии горя – это укрепление способности пациента управлять собой и переносить эмоции. Именно устранение разлада в эмоциональной регуляции положительно повлияет на переносимость утрат пациента, который сталкивается с грустью, тоской и другими чувствами. В зависимости от привычного способа реагирования на болезненные эмоции скорбящие будут склонны чрезмерно использовать одну из двух вторичных стратегий регуляции: либо погружаться в переживания (гиперактивация), либо подавлять осознание и паттерны, связанные с утратой (деактивация). Только преодолевая внутренние конфликты, работая над своими эмоциями, чувствами и мыслями, над потерями, утратами и нереализованными планами, можно справиться с тяжестью переживаний, но не подавлять их. И именно комфортная терапевтическая среда создает достаточный уровень возбуждения, в котором возможна динамика. Сонастроенный психотерапевт, работая с пациентами, стремится создать баланс между слишком большим и слишком малым участием в их эмоциональных реакциях на смерть. Отслеживая и анализируя физическое и эмоциональное состояние пациента от сессии к сессии, от того психического материала, который разворачивается на сессии, терапевт постоянно способствует расширению аффективной гибкости пациента.

Еще одним важным элементом в терапии горя является укрепление и восстановление способности к ментализации пациента. Ментализация как основа саморегуляции, самонаправления позволяет нам справиться с болью утраты и травмами, с тревогой, гневом, печалью, беспокойством, отчаяньем, стыдом и виной. Именно с помощью хорошей ментализации человек может справиться с аффектами при помощи психики, не соматизируя и не прибегая к каким-либо физическим актингам. В процессе восстановления ментализации происходит интеграция необходимых навыков, в том числе и забота о себе, которые у человека могли ухудшиться или же вообще никогда не были развиты. Эти навыки включают в себя заботу о физической, эмоциональной и духовной составляющих Я.

Еще одним важным навыком является способность управлять отношениями с другими людьми, особенно регулировать изменения в отношениях, а также обозначать и снижать сложности в установлении и создании связей, когда врач находится в ситуации постоянного соприкосновения с потерями пациентов, особенно с учетом того, что доктора часто возлагают ответственность за них на себя (*Allen, Fonagy, Bateman, 2008*). Работая в тяжелейших, эмоционально нагруженных условиях, проживая потери на работе и, если есть такая возможность, в психотерапевтическом процессе, очень важно научиться понимать и создавать смыслы после утраты, развивать и пересматривать самоописания. Кажется, что субъектов побуждает к выбору профессии врача-онколога не только внутренне переполняющее влечение к смерти, но также желание пересмотреть внутреннее самописание, которое формировалось под воздействием первообъектов, жизненных обстоятельств и опыта, способа установления связи между людьми, понимания смысла, целей и задач в прежнем жизненном опыте. Работа горя является процессом развития в том смысле, что значимость утрат, с которыми сталкивается человек, раскрывается со временем – в самом начале невозможно понять, на что может повлиять та или иная утрата. Именно придание смысла утрате, самоанализ, рефлексия будут влиять на проживание потери, на создание новых смыслов, на восприятие нового опыта и проживание новых потерь и уже интеграцию получаемого впоследствии знания и опыта. Реконструкция смысла – очень важная и неизбежная часть жизни, которая позволяет восстановиться после утраты (Волкан, Зинтл, 2017). Этот эмоциональный процесс помогает человеку с морально тяжелой, угнетающей работой обрести своего рода контроль над непереносимыми, болезненными мыслями и чувствами как в своей профессиональной деятельности, так и в жизни. Повторюсь, это особенно важно для врачей-онкологов, поскольку в силу своей специфики они являются свидетелями потерь, участниками процесса тяжелого лечения, им приходится каким-то образом справляться со своими эмоциями, но также с большим количеством непереработанных эмоций, болезненных чувств родственников умерших людей, которые в поисках разрешения своей внутренней боли достаточно часто могут направлять ее на врача, который лечил их родного. Под воздействием профессиональной специфики меняется и Я. И вот в тот момент, когда происходят данного рода трансформации, очень важна фигура терапевта, который может оказать поддержку, с которым негативное представление будет меняться на позитивное и составит часть ядра нового самоописания. Как правило, психотерапевт выполняет сразу несколько действий одновременно: он обеспечивает безопасную и доверительную среду, в которой пациент может исследовать свои мысли, чувства, которых в любой другой ситуации индивид избегал бы, а также способствует развитию его аппарата мышления, побуждая к возникновению новых репрезентаций, связыванию материала, наделению новыми смыслами имеющегося опыта и эмоций, являясь при этом промежуточной фигурой привязанности. В ходе работы психотерапевт сталкивается с сильными чувствами пациента, которые могут встревожить и взволновать обе стороны, как,

например, мысли о самоубийстве, ощущение внутренней дыры и пустоты, скованность, молчаливость, отчаянье, сарказм и агрессия. Иногда терапевт узнает о приеме запрещенных психоактивных веществ с целью заглушения боли и одиночества. Все это способы совладания с чувствами, которые сваливаются на врача неожиданно, и, в частности, избираемый им паттерн поведения в тот или иной момент, они зависят от стиля привязанности человека и его отношений со значимым взрослым. Подобные реакции защиты, как правило, являются перестройкой его внутренних рабочих моделей, сформировавшихся в то время, когда индивид не мог выбрать более здоровые способы самозащиты. В этой связи психотерапевту важно выдерживать, контейнировать, принимать всю гамму эмоций, актингов, которая обрушивается в процессе работы на специалиста, – отдавая себе отчет в том, что это связано с огромной внутренней психической болью и защитными механизмами, приводящими в действие дисфункциональные модели преодоления.

Психотерапевт тоже является человеком со своим набором утрат и травмирующих событий и вне зависимости от ситуации может испытывать экзистенциальную уязвимость перед пониманием конечности существования. Терапия горя – это прежде всего признание пациентом и психотерапевтом неопределенности и непостоянства самой жизни. Врачи, работающие с онкобольными, так или иначе день ото дня, год от года вынуждены принимать неопределенность, непредсказуемость жизни, понимать, что она быстротечна, что сегодняшнее здоровье не определяет состояние здоровья человека через год или даже через два дня. Это понимание, постоянные разговоры о смерти вносят в психотерапевтические беседы особую ноту – подспудное осознание того, насколько мы не можем ничего контролировать в этой жизни и как важно беречь того, кто нам дорог, кого мы любим, о ком заботимся, кому оказываем помощь. Нам остается лишь справляться с тем, что на нас обрушивается, это может быть ожидаемо или же неожиданно. И именно человеческая связь, тепло, доверие, принятие в терапевтических отношениях, цельность и схожесть человеческих реакций на утрату, способность откликнуться на страдания человека, испытывающего целую гамму чувств, помочь переживать утрату с открытостью, состраданием и эмпатией могут принести облегчение. Только тот, кто сам переживает горе, может знать всю тяжесть проживаемой утраты. Но не обязательно знать, насколько тяжела ноша другого человека, чтобы помочь ему нести ее. Проводить психотерапевтическую работу с пациентами, чья профессиональная деятельность завязана на людской боли, немощи, страхах и отчаянье, – это значит понимать и осознавать хрупкость человеческой жизни и силу человеческого духа. Силу духа не только врачей-онкологов, силу духа и хрупкость людей, которым врачи оказывают помощь.

Заключение

На основании полученных данных мы приходим к выводу, что в младенчестве объединение влечений происходит во время взаимодействия с объектом и формируется в диаде «мать – дитя». Объединение двух противоположностей вызывает парадокс – мазохистическое удовольствие становится моделью удовольствия. Таким образом, удовольствие становится сочетанием удовольствия и неудовольствия, которое скрывает в себе меняющуюся, но неизбежную долю мазохизма, что приводит в действие, с одной стороны, бессознательное влечение к смерти, а с другой – влечение к жизни. Помогая онкобольным, врачи погружаются в атмосферу боли, утраты, горевания. Становясь свидетелями чужой жизни и смерти, принимая непосредственное участие в этом, проживая сложные и болезненные этапы с пациентами, они вынуждены нести груз потерь на своих плечах, но и множества спасенных жизней. Именно мазохизм способен устанавливать внутреннюю регуляцию между влечениями, но есть основания полагать, что в основе выбора профессии врача-онколога лежит большое количество деструктивного влечения, как будто бессознательно он делает такой выбор, чтобы его связать и посредством проекций вовне внутренних переживаний преобразовать их через свою деятельность. Выбирая ту или иную профессию, мы выбираем способ узнать себя через другого, увидеть то, что не распознано при помощи самоанализа. В какой-то степени работа горевания в этом контексте относится и к внутреннему миру врача, к его внутренним объектам и тем потерям, с которыми он сталкивается ежедневно. Все, что проживается в реальности, помогает прожить и пережить внутреннюю деструкцию, опустошение, одиночество и боль. Лечение онкологических больных сталкивает врачей со множеством экзистенциальных вопросов, эти вопросы неминуемо наполнены скорбью, яростью, отчаянием, болью, но также и надеждой и жизненностью. Врачи могут сталкиваться с собственным бессилием и в какой-то степени принимать это как личное поражение. Только преодолевая внутренние конфликты, работая над собой, над своими эмоциями, чувствами и мыслями, над потерями, утратами и нереализованными планами, субъект, работающий с умирающими, тяжелобольными людьми, может стабилизировать собственное психическое состояние. И именно комфортная терапевтическая среда создает достаточный уровень возбуждения, в котором возможна динамика. Сонастроенный психотерапевт, работая с пациентом, стремится создать баланс между слишком большим и слишком малым участием в эмоциональных реакциях на смерть. Отслеживая и анализируя физическое и эмоциональное состояние пациента-врача от сессии к сессии, по мере разворачивания психического материала на сессиях, терапевт постоянно способствует расширению аффективной гибкости пациента. Работая в тяжелейших, эмоционально нагруженных условиях проживания потери на работе и в психотерапевтическом процессе, пациент приобретает возможность понимания и создания смыслов после утраты, находит внутреннюю опору, что дает ему возможность быть устойчивым в профессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Волкан В., Зинтл Э.* Жизнь после утраты: Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2017. 160 с.
2. *Винникотт Д. В.* Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. 208 с.
3. *Ворден В.* Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. М.: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. 329 с.
4. *Космински Ф. С., Джордан Д. Р.* Терапия горя, основанная на привязанности. Руководство для практикующих специалистов. СПб.: ООО «Диалектика», 2022. 336 с.
5. *Розенберг Б.* Мазохизм смерти и мазохизм жизни. М.: Когито-Центр, 2018. 212 с.
6. *Торок М.* Болезнь траура и фантазм чудесного трупа. Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 317–222.
7. *Фрейд З.* Я и Оно: сборник. М.: АСТ, 2021. 352 с.
8. *Allen J. G., Fonagy P., Bateman A.* (2008) Mentalizing in clinical practice. Arlington V. A.: American Psychiatric Publishing. S. 119.
9. *Ameisen J-C.* (1999) La sculpture du vivant: le suicide cellulaire ou la mort créatrice. Editions du Seuil. P. 567.
10. *Becker H.* (1986) Psychoonkologische Forschung. In: Psychoonkologie, Berlin/Heidelberg: Springer. 235 p.
11. *Bowlby J.* (1976) The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists. British Journal of Psychiatry. P. 420–431.
12. *Bowlby J.* (2005) A Secure base: Clinical applications of attachment theory. New York: Taylor & Francis. P. 237.
13. *De Muzan M.* (1998) Der Tod gesteht nie. Psyche (11). 1988. S. 1049–1066.
14. *Freud S.* (1924) Die infantile Genitalorganisation, internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. Jahrgang 9, Heft 2. Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag. P. 168–177.
15. *MacLean P. D.* (1990) The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions. New York, NY: Springer Publishing Company. P. 198.
16. *Racamier P.-C.* (1989) Antioedipe et ses destins. Aspygee Editions, Paris, 1989. 127 p.
17. *Raimbault G.* (2007) Parlons du deuil. P.: Editions Payot & Rivages pour l'édition de poche. P. 129.
18. *Schwarz R.* (1993) Die Bedeutung der psychosozialen Onkologie in der Behandlung von Krebs-kranken. In Zeitschrift für Psychosomatische Medizin. S. 14–25.
19. *Schore A. N.* (2002) Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. S. 36.

20. Van der Kolk B. (2014) The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, NY: Viking Penguin. P. 239.

When death is a part of life. Grief work as a way of living losses in professional activity with cancer patients

A. V. Korovina

Korovina Anna V., psychoanalytically oriented psychotherapist, psychologist, member of the Association of Specialists in the Field of Psychoanalytic Psychosomatics.

When death is a part of life. What mental processes encourage an individual to choose the profession of an oncologist and how psychoanalytic psychotherapy can help a person in a situation of daily loss. In this article we will consider the aspects of the formation of primary grief, primary erogenous masochism, the biological component of the death drive and the connection with the structural organization of the brain, consider oncology from the point of view of psychosomatics and the theoretical foundations of grief therapy, loss living in psychoanalytic psychotherapy.

Keywords: oncology, destructiveness, death drive, psychoanalytic psychotherapy, grief therapy, psychosomatics, primary erogenous masochism, work of grief, primary grief.