

ПСИХОАНАЛИЗ СТАРЕНИЯ

Психоаналитические аспекты старения и задачи психоаналитической психотерапии среднего и пожилого возраста

И. С. Кузьмич, А. С. Лейкина

Кузьмич Ирина Сергеевна – психоаналитический психотерапевт, психофизиолог, кандидат фармацевтических наук.

Лейкина Ася Семеновна – доцент кафедры психоанализа и бизнес-консультирования, кандидат филологических наук, психоаналитический психотерапевт, клинический психолог, сертифицированный мастер-супервизор Ассоциации психоаналитического коучинга и бизнес-консультирования.

Актуализация внутриспсихических конфликтов при старении может стать началом стагнации, а затем деградации или, наоборот, дать старт развитию на новом витке жизненной спирали. Психоаналитическая работа с пациентами среднего и пожилого возраста требует проработки точек фиксации, к которым регрессирует пациент, сталкиваясь с утратами, сопряженными со старением.

Ввиду роста численности в популяции людей старше 50 лет имеется большой потенциал в психоаналитической работе с данной категорией пациентов для помощи в преодолении кризиса и гармонизации внутреннего мира для возможности развития.

Психоаналитически ориентированные специалисты должны быть как можно более осведомлены о своем собственном старении, когда берут пациентов на рубеже второй половины жизни и пожилых пациентов на анализ или психотерапию. Интерес к собственному старению помогает раскрывать психическую свободу и творческий потенциал для возможности пациента идентифицироваться с качествами специалиста, который принимает ограничения старшего возраста, способен проделывать работу горя и инвестировать в собственное развитие и в объектные отношения

Ключевые слова: средний возраст, пожилой возраст, старение, утраты, работа горя, внутриспсихический конфликт, расцепление связей, психоаналитическая техника, ригидность психических процессов, проработка, соматизация, страх смерти.

Жизнь человека ограничена определенным временным периодом. Так, начиная движение по жизненному пути, субъект одновременно приближается к финалу. Соединившись под влиянием влечения к жизни, две половые клетки обречены на стагнацию и гибель, если не разрушат свое слияние и не начнут делиться под влиянием влечения к смерти (Коротецкая, 2023). На этом пути индивидуум постоянно несет утраты. Способность и умение изымать из утраченного объекта либидо и восполнять тем самым запас собственной жизненной энергии связаны с понятием «работа горя», которое ввел З. Фрейд (Фрейд, 2017).

Переход к старшему и пожилому возрасту – значимое изменение в жизни субъекта, которое сопряжено с реальными и символическими утратами. В своей работе «Горе и меланхолия» З. Фрейд определяет процесс горевания как общий для всех утрат: «Горе всегда является реакцией на потерю любимого человека или заменившего его отвлеченного понятия, как отечество, свобода, идеал и т. п.» (Фрейд, 2017). Работа горя является наиболее экономичным механизмом с точки зрения поддержания гомеостаза психики. Работа горя возможна, когда субъект может дезинвестировать объект (Руссийон, 2021). Работа горя как базовый внутриспсихический процесс позволяет принять и отгоревать утрату своих первичных родительских объектов, а затем все реальные и символические утраты. Патологическим механизмом является меланхолия. Совокупность и динамика объектного и нарциссического либидо определяют механизм горевания при потере.

Исходя из принципа реальности, при старении субъект обнаруживает утрату своей молодости, надежд, иллюзий, значимых Других и т. п. Экономически необходимо изъять из этих объектов инвестированное в них либидо, каким бы трудным и болезненным ни был этот процесс. Из-за сопротивления это происходит медленно и постепенно. Перед лицом трудностей старения человек бессознательно будет выбирать наиболее привычную модель снижения психического дискомфорта. При нормальном горевании большая часть либидо возвращается субъекту. Если субъекту удастся вернуть себе ранее инвестированное либидо, то Я возвращается к регулярному функционированию и может вновь инвестировать. Работа горя с дезинвестицией утраченных объектов без нанесения ущерба инстанции Я в большинстве случаев предопределяет возможность полностью освоить потенциал собственного жизненного цикла.

По классификации Всемирной организации здравоохранения 45–59 лет – средний возраст, 60–74 года – пожилой возраст. То есть к среднему и пожилому возрасту относятся в данный момент рожденные в период 50–80-х годов XX века. Ввиду слабой доступности психоаналитического метода на рубеже XXI века на советском и постсоветском пространстве, а также из-за отсутствия культуры обращения за психологической помощью у этой возрастной категории, как правило, не сформировано осознанное желание воспользоваться помощью психоаналитически ориентированных специалистов. Представители этой возрастной категории редко идут к психологу с целью психоанализа или психоаналитической

психотерапии и считают регулярные походы к собственному аналитику атрибутом западной культуры.

Вместе с тем переход к старению как значимое изменение в жизни субъекта провоцирует нарушение психического гомеостаза и сопровождается повышением психического напряжения, и возникает необходимость навести порядок внутри себя и по отношению к важным объектам. Возникает дисбаланс, который может стать продуктивным и стимулировать развитие (Олпорт, 2002), в то время как стабильность, наоборот, – привести к эволюционному тупику. Кризис перехода к среднему и пожилому возрасту, вызванный поисками смысла жизни, не представляет собой ничего патологического (Франкл, 1990). В период кризиса происходит открытие новых смыслов (Лейкина, Шибаева, 2022). В итоге благодаря кризису происходят изменения в жизни человека, то есть кризис имеет эволюционное значение (Овчинникова, 2004).

Когда Фрейд было 48 лет, он говорил о том, что лечение пожилого пациента будет слишком продолжительным из-за большого количества материала, который потребуется переработать. Трудности психоаналитического лечения пациентов от 50 лет и старше также связывают с ригидностью психических процессов и слабой способностью интегрировать проработанный материал. В то же время принцип реальности сталкивает нас, с одной стороны, со старением популяции, а с другой стороны, с выдающимися людьми после 50 лет и выдающимися результатами их деятельности, что свидетельствует об актуальности психоаналитической работы с пациентами этого возраста с учетом возможности разных вариантов пластичности и способности к аналитической и синтетической деятельности, как и в любом другом возрасте. А значит, не существует возрастных ограничений для приема мотивированного человека на психоанализ или психотерапию (Quinodoz, 2002).

Представление о возрастной категории 50+ как о когнитивно, эмоционально и физически дефицитарной стигматизировано и излишне обобщено. На рубеже второй половины жизни и при переходе к пожилому возрасту изменения неизбежны, и именно поэтому возрастает напряженность интрапсихического конфликта, что актуализирует необходимость психотерапевтической поддержки, в том числе, а иногда и особенно, психоаналитической направленности. А клиническая работа зависит от индивидуальных показаний, от ситуации в реальности и от анализируемости (Chouvier, Attigui, 2016).

Психоаналитический подход позволяет исследовать, прошел ли человек стадии психосексуального развития, прежде всего сепарацию и Эдип, может ли принять ограничения и смертность, способен ли полноценно горевать. Психоаналитический подход предполагает постижение системы вытесненных репрезентаций, осознание импульсов (производных влечений) или нерепрезентированного опыта, когда анализ выступает первой возможностью проработки *après-coup* (последействие) и интеграции результатов работы по символизации субъективного опыта.

Сепарация с первичным объектом является основой для переживания всех последующих утрат. Возможность работы горя закладывается в

младенчестве при поддержке первичного объекта. Неспособность проделать работу горя в связи с утратами, сопряженными со старением, связана с патологией отношений субъекта с объектом в младенчестве.

Последние десятилетия жизни являются испытанием личности на зрелость. Интегрированный опыт прохождения Эдипа, опора на хороший внутренний объект прочно и надежно поддерживают зрелую личность при старении. Принятие разницы полов и разницы поколений, принятие конечности формируются в эдипальный период и являются фундаментом для принятия старости как неизбежного этапа в жизни индивидуума.

Подростковый возраст является решающим в формировании психической структуры субъекта, которая представляет собой «психический порядок» (Марти, 2019). Все дальнейшее функционирование базируется на установленной в этот период структуре. Подростковый кризис обнажает патологии предшествующих стадий психосексуального развития и дает возможность «исправить» ошибки.

Если кризисы сепарации, эдипального конфликта и подросткового периода были успешно разрешены и опыт их преодоления интегрирован в психику, то у субъекта есть предпосылки к продолжению развития, при опоре на сформированный внутренний объект, и принятию ограничений, которые накладывает новый этап жизненного цикла. Прочная связь между разными сторонами Я может удерживаться, когда субъект дифференцирует свои психические состояния и способен вернуть себя в депрессивную позицию.

В случае нарциссического инвестирования утраченного объекта для возможности развития субъект вынужден ликвидировать этот способ инвестирования через «работу меланхолии» для обеспечения «отделяемости». Без этого предварительного этапа нарциссическая дезинвестиция приведет к утрате Я (части Я). К сожалению, ликвидация нарциссического инвестирования возможна только через смену объекта без качественной трансформации. Через идентификацию происходят одновременное прекращение нарциссического инвестирования и нарциссический регресс. Ненависть меланхолика к утраченному объекту – отголосок первичной ненависти при формировании первичного объекта (Розенберг, 2018).

Незначительные утраты в этот период могут возродить прошлые потери, если они не были достаточно проработаны. Тогда необходимо заново пережить потери прошлых лет. Опыт, который не доставлял удовольствия, будет повторяться. Задача психоаналитически ориентированного специалиста – помочь пациенту выйти за пределы замкнутого круга компульсивного повторения, помочь переработать травматический опыт, символизировать его и интегрировать. В процессе психоаналитической работы пациент получает удовольствие от того, что находит смысл травматического опыта, открывает себя и разделяет свой психический опыт с аналитиком (Руссийон, 2021). Опыт взаимодействия с объектами, которые не удовлетворяли желаний, должен быть интегрирован и нести удовольствие от реальности (Руссийон, 2021).

Психоаналитическая техника предполагает контейнирование и проработку. Контейнером становятся психика специалиста и психоаналитическое пространство. Проработка является сущностью психоаналитического процесса и неотъемлемой частью любой психоаналитической работы (Roussillion, 2010). Проработка скорби дает возможность любить то, что невозможно вернуть. Помощь в проработке дает шанс запустить вначале работу меланхолии, а затем работу горя. «Скрытная» работа психической переработки может привести к выходу пациента из приступа меланхолии без медикаментов. В то же время медикаментозная поддержка психотерапевтической работы выступает в роли «обезболивания» (Минаева, 2023), так как для проработки меланхолии необходимо пройти болезненный процесс через обострение до истощения конфликтности и одновременного ее обнаружения. Интеграция проработанного опыта гармонизирует внутренний мир и объектные отношения. Критерием проработки травматического опыта становится отсутствие его повторения. В результате субъект действует по-новому в похожей ситуации.

Искусственное управление старением, попытки торможения, биохакинг можно рассматривать как отрицание закономерных процессов, а отрицание относится к маниакальным защитам. Отрицание утрат, их стирание блокирует горевание. И, хотя все мы живем в частичном отрицании реальности (Коротецкая, 2023), психоаналитическая работа на рубеже второй половины жизни и при переходе к среднему и пожилому возрасту должна базироваться в том числе на принципе реальности с учетом единства и борьбы влечений к жизни и к смерти. Фантазии о том, что будущее можно отодвинуть и что смерти не существует, создают иллюзию бесконечности и могут порождать «отложенную жизнь». Для специалиста эти симптомы являются основанием для гипотезы о непринятии пациентом конечности и ограничений и незавершенном Эдипе, которые требуют исследования и проработки.

Сублимация как защитный механизм высшего порядка защищает Я при старении. Но идеализация сублимации, как и идеализация ментализации, буддийской модели самоуничтожения, наслаждения старением будут оставлять в негативе прошлые утраты и предстоящие потери. Исторические очерки, мемуары, ведение дневников и обработка данных, исследование и фиксация собственной психической жизни и т. п. позволяют сохранить Я целостным, но играют на стороне влечения к смерти. Созданные произведения являются продолжением бессознательного сопротивления горю (Волкан, 2019). Взаимодействие с объектами, а не игры в прятки со страхом смерти позволяет заниматься тем, что обогащает жизнь (Ялом, 2019). Проработка *après-coup*, интеграция не частичного, а всего жизненного опыта и откровенное исследование страхов способствуют поддержанию целостной картины истинного Я (Talpin, 2014). Проистекая из Оно, страх смерти то ослабляется, то усиливается и способен заполнить собой все пространство Я, сковать и полностью дезорганизовать. Не отбрасывание, а именно осознание и интеграция ограничивают влияние страха смерти на Я и позволяют Я развиваться. Психоаналитический метод способен

выявить и проработать страх смерти. Медикаментозная поддержка может быть необходимым сопровождением психотерапии.

Современное представление о моделях психоаналитической проработки опирается на проработку в понимании Фрейда (Фрейд, 2016) и расширяет его до трех моделей (*Roussillion*, 2010). Выбор модели проработки опирается на психическое функционирование и трансферентные ситуации.

В рамках первой модели предполагается работа по возвращению вытесненного, последовательное и тщательное освоение фрагментов, реконструкция и интеграция материала. Реконструкция должна происходить очень осторожно, поскольку восстановление воспоминаний, которые были бессознательно утеряны из-за их травматичности для психики, может спровоцировать психотическое функционирование (Фусу, 2023).

Первая модель психоаналитического подхода помогает сформировать навык самодиагностики и регулирования. Следуя за пациентом, психоаналитически ориентированный специалист продвигается в глубину и раз за разом прорабатывает подростковый опыт, детский опыт, спускаясь к довербальному опыту субъекта (Руссийон, 2021). Интерпретации, соответствующие уровню функционирования пациента, способствуют связыванию и интеграции проработанного опыта (Руссийон, 2021). Акт высказывания интерпретации «переозначает функцию аналитика, возможно, как хранителя психоаналитической игры» (*Donnet*, 2010).

Для реализации этой модели необходим невроз переноса. Бессознательные репрезентации задают структуру последовательности ассоциаций. Реконструкция опыта, скрытая за репрезентациями, активизируется в переносе. По мере углубления психоаналитической ситуации и фокусирования на нарциссической проблематике и чувстве идентичности требуется переход ко второй модели проработки.

Вторая и третья модели особенно характерны для работы при пограничном функционировании, когда ситуации не были осознаны и не имеют репрезентаций в вытесненном.

Когда защиты исключают из субъективного перцептивные и сенсорные элементы, которые могут участвовать в сложении образа невыносимого страдания (ужаса, страха, угрозы уничтожения), актуальна вторая модель проработки. Исторический материал субъекта проявляется в психотическом и эротизированном переносе, «холодной меланхолии» и мазохизме (Гринсон, 2018). Его необходимо распознать как принадлежащий прошлому. Конденсированная смесь восприятий, ощущений, аффектов (Фрейд, 2017) должна быть сначала тщательно поэтапно и многократно деконденсирована. «На пересечении двух игровых пространств» (*Roussillion*, 2010) путем символизации может появиться материал для осознания и интеграции в Я. Я должно исследовать различные аспекты этого материала и примириться с их чудовищностью (Евсеева, 2022). Присутствует риск суггестии со стороны аналитика ввиду совместного поиска атрибутов для символизации.

При использовании третьей модели символизации и репрезентации сырого материала недостаточно. Кроме этого требуется деконструировать Сверх-Я, так как эта инстанция будет создавать сопротивление аналитическому процессу и разрушать психическое функционирование, лишая символизации. Вместе с тем важно, чтобы анализант мог говорить «нет» аналитику, а исследование постоянно тестировало атрибуты символизации на принадлежность анализанту. Это защищает от суггестивного воздействия и отождествления истории пациента с гипотезами аналитика.

При старении человек обращается к одним и тем же воспоминаниям, как будто бы раз за разом перерабатывая и переосмысливая прошлое, пытаясь запустить и осуществить работу горя по расцеплению связей с ушедшими объектами и освобождению либидо, которое станет возможным реинвестировать. Редко находят благодарные слушатели, которые готовы день ото дня принимать в свой контейнер чужую психическую продукцию, поскольку это требует времени и эмпатии. Эмпатия способствует обретению клиентом способности к рефлексии, символизации и удерживанию своего психического состояния. Бессознательная потребность восстановить утраченные воспоминания может выражаться в соматических симптомах, потере памяти (Жибо, 2022), странных идеях, и поэтому их бывает тяжело обнаружить. Раскрывая символику симптомов, психоаналитический подход помогает пациенту разобраться в себе и обогатить объектные отношения.

При утрате неневротический пациент любого возраста не способен проделать работу горя и абортирует его. Для защиты против депрессии Я может прибегнуть к искажению реальности, диссоциации, паранойе (Жибо, 2022). Отслеживание контрпереноса, профессиональная настороженность, своевременная диагностика и адекватное сопровождение специалистами разных профилей позволяют предотвратить дезорганизацию. Цель психоаналитической работы – интеграция Я.

Гипотеза о нарциссическом инвестировании утраченного объекта и невозможности проведения работы горя должна быть всесторонне исследована. Порицание и обесценивание объекта маскируются под самообвинения. Снятие идеализации происходит за счет обесценивания объекта – Идеал Я разрушает идеальный объект, так как он не соответствует Идеалу Я. Сверх-Я порицает объект и обвиняет его в том, что он лишь представлялся ценным. Целью аналитического процесса является движение к объектализации процесса (Розенберг, 2018). При условии переживания чувства вины к утраченному объекту через преобразование интроекции в идентификацию может быть проведена работа меланхолии с инвестицией нового внешнего объекта (Розенберг, 2018). В случае «непроявленных утрат без видимого объекта» работу горя проделать сложно, особенно если потеря объектная, но «объект пропал без вести, умер, но вытеснен некой идеализированной репрезентацией либо умер бесславной смертью» (Лейкина, 2023).

В случае с тяжело нарушенными пациентами с высоким риском развязывания влечений и высочайшим риском суицида необходимы проработка садизма и ненависти с целью их связывания и превращение аутосадизма в

мазохизм. Психоаналитический метод предполагает исследование и связывание деструктивных влечений. Но в чрезвычайных ситуациях и в качестве скорой помощи он не подходит (Гринсон, 2018). При подозрении на острое состояние и психотическое функционирование необходима совместная работа с психиатром в рамках медицинского учреждения.

Ощущение тотальной пустоты, а также физическое и эмоциональное истощение должны исследоваться, поскольку наталкивают на гипотезу о патологии первичной сепарации и могут быть симптомами остановленного или замершего горя (*Racamier, 2016*).

Пусковыми механизмами реактивации остановленного или замершего горя могут быть любые внешние события, способствующие регрессу. Так, все тревожные события последних лет всколыхнули реактивацию неотгореванных утрат в прошлом. При исследовании запросов клиентов, сформулированных как невозможность справиться с внешними масштабными кризисами, специалисты сталкиваются с механизмом мины замедленного действия, которая осталась невзорвавшейся и коварно ждала своего часа, чтобы в виде недифференцированной массы взорвать психику индивидуума и коллективную психику. «Не-горевание вызывает бредовый ответ – лучше смерть, чем утрата жизни» (*Racamier, 1992*).

Невозможность работы горя, защита от принятия утраты, избегание внутреннего конфликта могут приводить к оперативному поведению или соматизации (Марти, 1990). Когда существует конфликт в психическом Я и он не может быть переработан, то для сохранения целостности Я психическое инвестирует в Я телесное Я. Конфликт, который не находит отражения в психическом, проявляется в соме. Связанные в норме влечения могут развязаться при любой травме, при любой утрате. Орган может стать объектом для связывания влечений (Фусу, 2023).

Промежуточным решением между психическим и соматическим ответом на утрату может стать «работа ипохондрии» (Айзенштайн, Жибо, 2005). Ипохондрическое решение является одним из возможных при переходе к старшему возрасту как страх любых утрат – объектов, органов, функций, психического здоровья и т. п. Ощущение болезни защищает от страха любых других неожиданностей и дает контроль над Я. Исследование мнимых болезней делает человека самым большим специалистом в области приписываемых себе недугов, что позволяет ощущать контроль над другими. Минимальные ипохондрические инвестиции могут способствовать принятию физиологической регрессии. Ипохондрические сны могут рассматриваться как психическая работа по защите сомы. Обостренное восприятие во сне сигналов от поврежденных органов или нарушенных процессов может восприниматься как вещие сны и носит характер магического мышления, играя при этом роль детектора в выявлении и своевременном предотвращении нарушений. В период возрастной реорганизации ипохондрический сценарий может разыграться как маниакальное преследование своего тела и вылиться в полную блокировку других либидинальных инвестиций.

При невозможности психической переработки утрат при старении под влиянием влечения к смерти происходит «работа соматизации» (Смаджа, 2013), когда возбуждение преодолевает психосоматический барьер и устремляется из психики в тело. Трансформируясь, либидинальная энергия преобразуется, утрачивает свои качества созидательности и в таком дисквалифицированном виде способна лишь поддерживать физиологические функции живого организма в виде органической энергии. Происходит передача энергии возбуждения между двумя различными областями – психикой и сомой. В этом случае либидинальная энергия используется для образования соматического симптома.

В случае соматизации необходима бережная работа по рементализации для реализации психического пути переработки внутриспсихического конфликта.

Старение сопряжено с утратами значимых близких и переживанием острого горя. В момент острого горя активируются все защитные механизмы, чтобы оградить психический аппарат от дезорганизации. Проблема связывания и удаления раздражителей становится основной. Временная интернализация утраченного объекта используется как экстренная мера адаптации для защиты Я от душевной боли (Абрахам, 2004). Субъект, переживающий острое горе, нуждается в контейнировании и в кризисном консультировании. Аналитическая работа в остром состоянии почти невозможна.

Реакция на острое горе начинается с шока и неверия в случившееся, после чего приходит время гнева и протеста, за которым следует стадия символического торга с судьбой, а потом глубокая печаль или горевание (Кюблер-Росс, 2016). До «запуска» работы горя происходит первичное отрицание утраты объекта. Специалист может помочь в проработке защитного отрицания и обеспечении перехода к фазе переживания утраты (Стайнер, 2010). Принятие реальности утраты запускает работу горя. Функция специалиста – способствовать этому процессу, поскольку другой человек не может проделать работу горя вместо субъекта.

Человек боится неизвестности – той, которая осталась в прошлом, и той, которая предстоит. Иллюзия контроля над старением рождает идею его предотвращения. Это отвечает экономическим интересам общества, которое предлагает модель идеального счастливого старения без зависимости, без утрат объектов любви, без потери финансовой состоятельности, без проблем со здоровьем. Идеальный образ идеальной старости может стать Проектом самости во второй половине жизни, в основе которого лежит отрицание потерь и смерти. При этом у субъекта существуют репрезентации старости, которые конфликтуют с Проектом. Как стандарты красоты добавляют масла в огонь патологического недовольства своим телом и провоцируют расстройства пищевого поведения и дисморфофобических расстройств, так и стандарты счастливого старения обостряют внутриспсихический конфликт на рубеже второй половины жизни и при переходе к среднему и пожилому возрасту. Целостное представление о себе, полученное путем исследования истинной самости и интеграции жизненных событий гармонизирует этот этап жизненного пути.

Психоаналитический подход может запустить переосмысление опыта утрат, улучшить качество жизни при старении и задать вектор осознанному старению.

Можно долго избегать старости, а потом жить воспоминаниями. Можно сохранить собственное Я и отнестись к этому этапу как к новому приключению. Психоаналитическое путешествие во второй половине жизни дает возможность узнать о себе больше, принять и интегрировать весь свой опыт и освоить новые возможности, которые приносит вторая половина жизни и опыт исследования своей внутренней жизни (*Quinodoz, 2010*). Соппротивление изменениям при старении связано с неприятием ограничений и собственной конечности. Проработка, осознание и принятие неизбежности старения высвобождают либидо для повышения эффективности в работе и личной жизни пациентов в соответствии с их запросами, способствуют развитию творческого потенциала, улучшают эмоциональное состояние и качество жизни.

Старость как неизбежный этап в жизни любого индивидуума приходит и к аналитику. Примеры долго живущих старших коллег становятся предпосылкой для фантазии о возможной бесконечности собственной профессиональной деятельности. К сожалению, собственный анализ не защищает от конечности, хотя и способствует психосоматическому здоровью. Для возможности оказания помощи пациенту аналитику необходимо своевременно идентифицировать, исследовать и принять неизбежное. Интеграция происходящих изменений на рубеже второй половины жизни при переходе к старению является необходимым условием для продолжения психоаналитической работы. Принятие собственной конечности является необходимым условием для исследования и проработки кризиса старения и страха смерти у пациента. Вместе с тем стоит придерживаться общих принципов психоаналитического подхода, в том числе разделять психическое, принадлежащее пациенту, и относящееся к аналитику, избегать гиперинвестирования пациентов, конфликты и страхи которых кажутся идентичными в связи с одной возрастной категорией аналитика и анализанта. Анализ аналитика, самоанализ, регулярные супервизии поддерживают способность наблюдения за аналитическим и терапевтическим процессом с нейтральной позиции и защищают специалиста и его пациентов. Адекватность специалиста возрасту и здоровью (своевременный отдых и лечение) позволяет пациенту среднего и пожилого возраста идентифицироваться с тем, кто принял и интегрировал необходимость изменений для того, чтобы подняться на новую ступень развития. Исследование аналитиком собственного старения не должно трансформировать сеттинг и расшатывать аналитическую сдержанность. Враждебность по отношению к изменениям, которые сопровождают взросление и старение аналитика, может лишать аналитика благосклонной нейтральности и увеличивать риск суггестии как по отношению к пациентам с конфликтами, сопровождающими старение, так и вообще ко всем пациентам. Чтобы не идентифицироваться с Хроносом, который

пожирает своих детей, аналитик должен отслеживать, прорабатывать и интегрировать агрессивные чувства по отношению к тем, у кого старость далеко за горизонтом (Дени, 2020).

Понимание происходящих с возрастом изменений помогает аналитику брать на себя посильные обязательства и своевременно отказываться от неадекватной нагрузки, защищая пациентов от собственного садистического воздействия ввиду нездоровья и несогласованных в контракте пропусков сессий из-за его болезней, а самого аналитика – от ускорения Я и связанного с этим явлением мазохизма. Раненый целитель может блокировать садистические проявления пациента, а значит, редуцировать свои функции как специалиста.

Интерес к собственному старению помогает раскрывать психическую свободу и творческий потенциал для возможности пациента идентифицироваться с качествами специалиста, который принимает ограничения старшего возраста, способен проделывать работу горя и инвестировать в собственное развитие и в объектные отношения.

Клинический случай

П., женщина, 55 лет, обратилась за консультацией по рекомендации невролога, работа онлайн, один раз в неделю.

Запрос: невролог рекомендовал сочетать фармакотерапию, физиотерапию и мануальные методы снятия болевого синдрома с психотерапевтическим лечением, поскольку считает основной причиной заболевания стресс.

В ходе первичных интервью клиентка рассказала, что она страдает от боли и скованности в пояснице, которые, по ее наблюдениям, являются следствием стрессовых ситуаций последнего времени.

П. рассказала о ранее перенесенных операциях по удалению гландов, аденоидов, аппендикса, желчного пузыря. Клиентка обеспокоена тем, что резкая боль может застать в самый неподходящий момент в самом неподходящем месте, поэтому она не может никуда выезжать и нуждается в постоянном сопровождении. Этим она объяснила отказ от встреч офлайн.

Со слов пациентки, в детстве она часто болела, при первых признаках заболевания ее оставляли дома и ограничивали контакты до полного выздоровления во избежание возникновения осложнений и заражения окружающих.

Рассказывая о своем болезненном детстве, П. упомянула, что ее родители много работали и почти не бывали дома.

У П. есть дети, которые живут отдельно.

Клиентка говорит об отсутствии сновидений: «Не снятся. Не запоминаю. Это надо записывать. Когда-то снились. Сейчас нет».

По классификации ВОЗ 55 лет – это переход из среднего в пожилой возраст. Таким образом, П. обращается к терапевту с запросом по поводу психосоматического симптома в период старения. Соматический симптом начинает беспокоить П. незадолго до шестидесятилетия, когда происходит символический переход из среднего в пожилой возраст.

В манифестном содержании – страх непредсказуемой беспомощности из-за проблем со здоровьем, зависимость, снижение физической активности и обеднение объектных отношений.

Недостаточность опекунской роли родителей препятствует укреплению нарциссизма ребенка (*Vermorel, 1987*). Частые болезни давали П. возможность получить инвестиции первичных объектов через внимание к соматическим симптомам, то есть родители поддерживали этот способ выражения. Таким образом, тело использовалось как проекция. Удаление гланд, аденоидов, желчного пузыря, аппендикса – акт кастрации тех органов, функциональность которых подвергается сомнениям, по сути избавление от объектов, которые не несут функциональную нагрузку. Что подтверждает использование органов тела как частичных объектов, на которые проецируются плохие части.

Столкнувшись с утратами, сопряженными со старением, П. регрессирует. Старение в условиях психосоциальных потрясений пробудило преддепрессивную нарциссическую ситуацию (*Бержере, 2001*). Дезорганизующая травматизация становится причиной повышенной тревожности и приводит к психосоматической регрессии. Отсутствие сновидений у П. – симптом редукции психического пути переработки конфликта. Раньше сновидения были, но в данный момент сновидческая способность утрачена, что является угрожающим симптомом, поскольку может быть предвестником тяжелой соматической дезорганизации. Либидинальной энергии не хватает для нейтрализации внутренней деструктивности – Оно свободно распространяется внутри и за пределами Я.

При малейшей угрозе быть зараженным или стать источником заражения других ребенка изолировали. Этот страх стал семейным (*Бержере, 2001*). В текущей ситуации П. изолируется, чтобы не стать источником заражения и не заразиться. Ощущение собственной загрязненности и страх загрязнить и быть загрязненной свидетельствуют об анальной тревоге, связанной с одновременным влечением, запретом и риском утраты объекта. Страх вторжения в другого, его разрушения, его загрязнения индуцирован родителями П. Проективный страх мести со стороны другого связан с разделением влечений и выявлением агрессивности, не связанной с либидо (*Бержере, 2001*). С развитием нарциссизма связан ранний страх (*Бержере, 2001*). Тревога утраты фаллоса у П. имеет скорее нарциссический прегенитальный характер. Страх как сигнал опасности используется с момента эдиповой или латентной фазы, а в данном случае страх кастрации перестает функционировать как сигнальная тревога, а становится ужасом быть искалеченным, «таким как ампутированный Нарцисс, который теряет свой образ и свою жизнь» (*Cournut, 1998*).

Болезненные приступы являются последствием подавления аффектов, когда происходит разрыв между телом и его репрезентацией. Напряжение растет и приводит к психосоматической реализации.

Пограничное состояние П. на протяжении всей жизни могло удерживаться в оформленном состоянии (*Бержере, 2001*). Декомпенсация связана с переходным состоянием старения. Обострение внутриспсихических

конфликтов нарушило психический гомеостаз и стало причиной соматизации.

На пороге перехода к пожилому возрасту П. сталкивается с утратами, сопряженными со старением. Происходит дементализация. Соматический симптом П. возникает вместе с психопатологическими проявлениями и свидетельствует о недостаточности функции ментализации. Соматический симптом ориентирует на необходимость терапии для возможности активизации психического пути для разрешения внутренних конфликтов.

Целью аналитического процесса является движение к объектализации процесса для возможности развития на новом жизненном этапе.

Психоаналитически ориентированным психологом клиентке предложена аналитическая работа лицом к лицу офлайн один раз в неделю с возможностью увеличения частоты сессий до двух в неделю после всестороннего предварительного обсуждения. Данный кадр предложен с учетом рекомендаций по работе с соматизирующими пациентами (Фусу, 2023), поскольку сессии более одного раза в неделю часто ведут к их перевозбуждению. С учетом невозможности на данном этапе определить, с какой психической организацией (психосоматической, пограничной, невротической с иррегулярным психосоматическим функционированием) мы имеем дело, возможность увеличения частоты встреч до двух раз в неделю заложена при заключении контракта. Вопрос частоты сессий в настоящее время находится в процессе осмысления и обсуждения в супервизионном процессе.

П. сомневается в действенности психоаналитического метода, считает наличие собственного психоаналитика атрибутом западной культуры, но на очередную сессию приходит воодушевленная и рассказывает, что стала выезжать из дома одна, встречаться со старыми знакомыми и даже планирует участие в новом проекте.

Задачи дальнейшей терапии состоят в последовательной проработке с постепенным углублением. Выбор модели проработки будет опираться на психическое функционирование и трансферентные ситуации. Предполагаются такие шаги, как последовательное и тщательное освоение фрагментов, реконструкция и интеграция материала. Следуя за пациентом, терапевт собирается продвигаться в глубину и раз за разом прорабатывать подростковый опыт, детский опыт, спускаясь к довербальному. Планируется использовать интерпретации, соответствующие уровню функционирования пациента. По мере углубления психоаналитической ситуации и фокусирования на нарциссической проблематике потребуются переход ко второй модели проработки.

Подобно подростковому, кризис перехода к пожилому возрасту может разрешиться переходом на новую ступень развития, а может стать началом угасания и деградации. Психоаналитическая работа с пациентами в период перехода к старению помогает использовать кризис как

возможность психического роста и развития в целом. Исследование динамики влечений и проработка фиксаций открывают двери новому опыту вопреки страху неизвестности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрахам К.* Подходы к психоаналитическому исследованию и лечению маниакально-депрессивного безумия и связанных с ним состояний // Психоаналитические труды. В 3 т. Т. 1. Работы 1907–1912 гг. / К. Абрахам. М.: Наука, 2004. С. 100.
2. *Айзенштайн М., Жибо А.* Работа ипохондрии // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А. В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. 576 с.
3. *Анзье Д.* Я-кожа / Пер. с фр. под науч. ред. С. Ф. Сироткина, М. Л. Мельниковой. Ижевск: ERGO, 2011. XXXIV. 302 с.
4. *Бержере Ж.* Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника / Пер. с фр. А. Ш. Тхостова. (Серия «Классический университетский учебник»; вып. 7). М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001. 288 с.
5. *Волкан В.* Работа горя: Оценка взаимоотношений и освобождение [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://psychoanalysis.by/2019/06/01/статья-вамик-волкан-работа-горя-оцен/> (дата обращения: 17.02.2026).
6. *Гринсон Р.* Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2018. 478 с.
7. *Дени П.* Глава IX. Психоаналитик: бессмертная профессия? // Контрперенос в кадре и отклонениях / П. Дени. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2020. С. 143–156.
8. *Евсеева М. Л.* «Теоретические и практические принципы психоаналитического лечения. Трансгенерационная передача семейного травматизма». Лекция. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2022.
9. *Жибо А.* «Техника и практика работы с неневротическими пациентами. Функция третьего в психоаналитической работе: психоз, невроз и пограничные состояния». Семинар. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2022.
10. *Коротецкая А. И.* «Работа горя в психоанализе». Семинар. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2023.
11. *Кюблер-Росс Э.* Смерть и умирание. М.: Корвет, 2016. 176 с.
12. *Лейкина А. С.* «Работа горя в психоанализе и психоаналитической терапии: от метапсихологии к практике». Семинар. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2023.
13. *Лейкина А., Шibaева И.* Новые вызовы и возможности практики психоаналитической работы в условиях новой реальности коронавирусной пандемии [Электронный ресурс] // Журнал клинического и прикладного психоанализа. 2022. Т. 3. № 4. С. 54–66. URL: <https://psychoanalysis-journal.hse.ru/article/view/16685/> (дата обращения: 17.02.2026).
14. *Марти П.* Психосоматика и психоанализ [Электронный ресурс]. 13.06.2019. URL: <https://psychoanalysis.by/2019/06/13/пьер-марти-психосоматика-и-психоанал/> (дата обращения: 17.02.2026).

15. *Минаева Г. С.* «Основы клинической психиатрии, сомнологии, суицидологии и фармакологии для психоаналитических психотерапевтов». Семинар. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2023.
16. *Овчинникова Ю. Г.* Роль конструктивного кризиса идентичности в развитии личности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. М., 2004. 164 с.
17. *Олпорт Г.* Становление личности: Избранные труды / Пер. с англ. Л. В. Трубицыной, Д. А. Леонтьева; под общ. ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. 1883 с.
18. *Розенберг Б.* Мазохизм жизни и мазохизм смерти. М.: Когито-Центр, 2018. 212 с.
19. *Руссийон Р.* «Основы психоаналитического метода. Эволюция психоаналитических парадигм». Семинар. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2021.
20. *Смаджа К.* Горе, меланхолия и соматизация [Электронный ресурс] / Пер. с фр. Л. И. Фусу, А. И. Коротецкой. 2013. URL: <https://psychoanalysis.by/2018/03/12/article-2/> (дата обращения: 16.02.2026).
21. *Стайнер Дж.* Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов. М.: Когито-Центр, 2010. 239 с.
22. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: сборник / Пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйдмана. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
23. *Фрейд З.* Двадцать шестая лекция. Теория либидо и нарциссизм // Введение в психоанализ / З. Фрейд; пер. с нем. Г. В. Барышниковой. М.: АСТ, 2017. С. 472–494.
24. *Фрейд З.* Скорбь и меланхолия / Пер. с нем. М.: АСТ, 2017. 64 с.
25. *Фрейд З.* Хрестоматия: в 3 т. Т. 1. Основные понятия, теории и методы психоанализа / Пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2016. 634 с.
26. *Фусу Л. И.* «Психоаналитическая психосоматика». Лекция. [Стенограмма]. НИУ ВШЭ, 2023.
27. *Ялом И.* Вглядываясь в солнце / Пер. с англ. А. Петренко, Ж. Мельник. М.: Эксмо, 2019. 384 с.
28. *Cournut J.* (1998) Le pauvre homme ou Pourquoi les hommes ont peur des femmes. *Revue Française de Psychanalyse*. Vol. 62. No 2. P. 393–414. URL: <https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-1998-2-page-393?lang=fr> (дата обращения: 17.02.2026).
29. *Chouvier B., Attigui P.* (dir.) (2016) *L'entretien Clinique*. Paris: Armand Colin. 248 p. URL: <https://shs.cairn.info/l-entretien-clinique--9782200616076?lang=fr> (дата обращения: 17.02.2026).
30. *Donnet J.-L.* (2010) Le divan bien tempéré. Paris: Presses Universitaires de France. 320 p. URL: <https://shs.cairn.info/le-divan-bien-tempere--9782130525394?lang=fr> (дата обращения: 17.02.2026).
31. *Quinodoz D.* (2002) Psychothérapie de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste. *Psychothérapies*. Vol. 22. No 2. P. 105–114.
32. *Quinodoz D.* (2010) *Growing Old: A Journey of Self-Discovery*. London: Routledge. 232 p.
33. *Racamier P.-C.* (1992) *Le génie des origines: Psychanalyse et psychose*. Paris: Payot. 412 p.
34. *Racamier P.-C.* (2016) *Le Deuil originaire*. Paris: Payot & Rivages.

35. *Roussillon R.* (2010) Working through and its various models. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 91. P. 1405–1417. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00338.x> (дата обращения: 17.02.2026).
36. *Vermorel H.* (1987) To be or not to be? Le poids des réalités infantiles traumatiques dans les cures. *Revue Française de Psychanalyse*. Vol. 51. No 3. P. 947–966.
37. *Talpin J.-M.* (2014) Le bien vieillir et ses modèles au regard de la Clinique. *Le Carnet Psy*. No 180. P. 38–42. URL: <https://shs.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2014-4-page-38?lang=fr> (дата обращения: 17.02.2026).

Psychoanalytic aspects of the transition into an older age and major objectives for psychoanalytic therapy of patients of the senior and old age

I. S. Kuzmich, A. S. Leykina

Kuzmich Irina S., psychoanalytic psychotherapist, psychophysiologist, Candidate of Pharmaceutical Sciences.

Leykina Asya S., Associate Professor of the Department of Psychoanalysis and Business Counseling, Candidate of Philological Sciences, psychoanalytic psychotherapist, clinical psychologist, certified master supervisor of the Association of Psychoanalytic Coaching and Business Counseling.

The actualization of intrapsychic conflicts with aging can become the beginning of stagnation, and then degradation, or it can be the start of development on a new turn of the life spiral. Psychoanalytic work with middle-aged and elderly patients requires the study of fixation points, to which the patient regresses when faced with losses associated with aging. Due to the growing number of people over 50 in the population, there is a great potential in psychoanalytic work with this category of patients to help overcome the crisis and harmonize the inner world for the possibility of development.

Psychoanalytically oriented specialists should be as aware of their own aging as possible when taking patients at the turn of the second half of life and elderly patients for analysis or psychotherapy. Interest in one's own aging helps to reveal mental freedom and creativity for the patient to identify with the qualities of a specialist who accepts the limitations of older age, is able to do the work of grief and invest in his own development and in object relations.

Keywords: middle age, old age, aging, loss, work of grief, intrapsychic conflict, disconnection of connections, psychoanalytic technique, rigidity of mental processes, elaboration, somatization, fear of death.