**Психотерапия по интернету[[1]](#footnote-1)**

**Алессандра Лемма**

**Лора**

Когда я согласилась на работу по скайпу с Лорой, 19-летней девушкой, обратившейся за помощью в связи с паническими атаками, она была очень довольна. Ей надо было ходить на экзамены в университет довольно далеко от места моей работы. Работа по интернету сэкономила бы ей множество времени для подготовки к экзаменам, *а кроме того,* ей не приходилось бы отменять сессии, в которых она нуждалась. На первый взгляд это показалось неплохим компромиссом с учетом всех ее потребностей.

В условленное время мы «встретились» в скайпе, когда Лора была одна в университетской аудитории. Я спросила, насколько это уединенное место, и она уверила меня, что никто нам не помешает. Слушая ее, я поразилась тем, насколько беспокойно она выглядела. Она старалась не смотреть на меня и сказала, что беспокоится из-за экзаменов и давнишней тревоги по поводу того, что у нее мало друзей. Потом она рассказала длинную историю о другой студентке в ее общежитии, которой было очень тревожно после того, как кто-то вломился в ее комнату. Лора тоже с той поры чувствовала небезопасность и плохо спала по ночам. Она беспокоилась, что другие обитатели общежития тоже могли бы замешаны в том происшествии. Она панически боялась находиться одна в своей комнате.

Лора поразмышляла над этой историей и своими тревогами за приятельницу и за собственную безопасность. Она заплакала и заговорила о том, что сейчас никому нельзя верить: «Даже те, кого ты вроде бы знаешь, в итоге нападают исподтишка». Тут она взглянула вправо и наклонилась вперед, загородив экран, как бы проверяя, не входит ли кто-то в аудиторию. Я спросила, может быть, она беспокоится, что кто-то войдет. Лора ответила, что не беспокоится, но я заметила, что ее глаза что-то искали за экраном. Казалось, она отвлеклась.

Слушая Лору, я думала о том, как мне трудно вовлечься в контакт с ней. Она выражала тревогу, которая, конечно, отчасти была связана с приближающимися экзаменами, но было еще и ощущение, что мы общаемся в незащищенном пространстве, в которое кто-нибудь может «вломиться» и вторгнуться в ее сессию. Как ее терапевт я тогда подумала, что, согласившись на работу в Скайпе, я надеялась таким способом помочь ей, но реальность онлайн-общения для Лоры, по крайней мере на бессознательном уровне, воспринималась как разрыв наших безопасных отношений. Я тоже оказалась «замешана», предложив такой опосредованный сеттинг, оказавшийся небезопасным для нее.

В быстро движущейся мировой экономике время и географическая удаленность стали ключевыми переменными, определяющими судьбу длительной и интенсивной терапии. Такое внешнее давление приносит свои возможности, а также риски. «Возможности» — потому что угроза устоявшимся моделям практики заставляет нас в корне пересмотреть все то, что казалось нам прежде важным. Это, в свою очередь, может дать полезные плоды: мы оптимизируем свою работу, а также подтвердим то, что составляет ценность и нуждается в защите. «Риски» — потому что когда нам приходится адаптироваться к психоаналитическому сеттингу в разных новых условиях, движущие силы культурных перемен могут изменить нашу практику в не лучшую сторону. Оказывается непросто различить те аспекты техники, которые имеет смысл отстаивать, от тех аспектов, за которые мы держимся лишь из соображений удобства или привычки.

Этот вопрос представляется еще более сложным из-за того, что мы говорим о внешний переменах, воздействующих на защищенность терапии. Мы здесь вступаем на опасную территорию. В нашей профессии всегда существовал некий дискомфорт, связанный с деньгами. Иногда кажется, что оплачиваемость нашей деятельность не имеет особого отношения к нашей мотивации или необходимости работать. В худшем случае мы боимся показаться жадными, если выражаем потребность в хорошей оплате. Экономические реалии все же так или иначе влияют на всех клиницистов. Например, если сейчас есть склонность к более краткосрочной терапии с использованием средств связи, которой можно воспользоваться буквально на ходу, то клиницисты оказываются под давлением: они должны принять этот формат или умереть. Не слишком удачная позиция для оценки того, какой адаптации требуют привычные техники.

Терапия, опосредованная каким-то средством связи, — идея не такая уж новая. Важной составляющей самоанализа Фрейда были его письма другу Вильгельму Флиссу, и он отмечал терапевтическую ценность переписки в общении с отцом «Маленького Ганса» (Brahnam, 2014). Уже само использование кушетки, можно сказать, — это некая форма опосредования, в котором ограничен визуальный контакт на протяжении сессии, когда перед пациентом, так сказать, экран со односторонней связью: терапевт может видеть пациента, а пациент его — нет.

Новизна опосредованной терапии в том, что мы наконец-то обсуждаем этот формат в наших профессиональных терминах. В этой главе я обрисую мой клинический опыт в качестве аналитика и терапевта и поделюсь тем, что я узнала в своей работе с применением новых технологий. Это будет исключительно мой личный взгляд, основанный на работе с пациентами в различных форматах: нерегулярные консультации, психотерапия раз в неделю, краткосрочная аналитическая терапия и анализ четыре раза в неделю. Я работала в одних случаях лицом к лицу, в других — с кушеткой, а иногда с некоторыми пациентами по скайпу.

Не стану воспроизводить здесь все аргументы и свидетельства за и против терапии по интернету. Две недавние публикации — Isaacs Russel (2015) и другая под редакцией Scharff (2013) весьма обстоятельно все это излагают. Вместо я этого я ограничусь тем, чтобы поразмышлять о важности очных встреч (embodied setting) для практики психоаналитической терапии и психоанализа, а также о соотношении этой темы с терапией по скайпу. В частности, я поделюсь некоторыми соображениями о том, почему, несмотря на значительные ограничения, скайп-терапия все же *иногда* может быть действенной. По итогам я предложу схематическую модель, чтобы сформулировать, что же я, по моему мнению, делаю со своими пациентами, когда использую скайп.

**Аналитический сеттинг**

Чтобы рассмотреть влияние опосредования в психотерапии, важно сначала выделить черты классического аналитического сеттинга и их функции. Аналитический сеттинг, или рамка (frame)[[2]](#footnote-2), обычно понимается как установление и поддержание физических правил и психоаналитического контракта, включая установление времени и частоты сессий, использование кушетки, оплаты и роли терапевта (Bleger, 1967; Langs, 1998; Modell, 1989; Winnicott, 1956). Некоторые терапевты также включают сюда обозначение «содержания анализа», то есть свободные ассоциации пациента (Busch, 1995) и аналитическую установку. Многие также упомянули бы здесь внутренний сеттинг терапевта, то есть настройку структуры сознания терапевта как «психической арены, на которой реальность определяется через понятия символизма, фантазии, переноса и бессознательного значения» (Parsons, 2007: 1444). Внутренний сеттинг — это нечто портативное, «праздник, который всегда с тобой», и это то, что отличает аналитического терапевта от любых других (Lemma et al., 2008).

Есть и теоретическая составляющая сеттинга, идеи, на которые опирается терапевт (Donnett, 2005). Внутренний сеттинг терапевта работает как важный якорь, который ориентирует терапевта в этом весьма специфическом способе общения с пациентом. В этой главе термин «аналитический сеттинг» обозначает и практические параметры, и внутренний сеттинг терапевта, как его определяет Парсонс (2007, см. выше).

Функция сеттинга много раз была описана в литературе. Традиционно принято считать сеттинг главной основой, обеспечивающей необходимое контейнирование и стимул для постепенного разворачивания переноса у пациента. В рамках модели объектных отношений можно также добавить, что он позволяет возникать бессознательным фантазиям, придающим переносу его динамическую специфику. Соответственно, роль терапевта в том, чтобы обеспечивать сеттинг. Необходимо, чтобы терапевт не только внимательно наблюдал за тем, как пациент реагирует на сеттинг (на бессознательные фантазии и сопротивления, которые сеттинг порождает), но и тщательно отслеживал свои собственные внутренние процессы, которые могут как способствовать (через свободно плавающее внимание), так и препятствовать (через собственное сопротивление и «слепые пятна» терапевта) разворачиванию аналитического процесса.

Рамка действует как контейнер. Она позволяет разворачиваться истории пациента и пониманию его / ее внутреннего мира в пределах безопасного пространства. Безопасность, или так называемый контейнер формируется в практическом смысле через уважение к границам аналитических отношений. Отстаивание защищенного сеттинга — сердцевина аналитической техники. Сюда включается управление физическими границами отношений, а именно предоставление места, где терапевт и пациент могут встречаться без помех, где конфиденциальность может быть гарантирована, где пациент может положиться на то, что терапевт будет там вовремя, в одно и то же время, неделя за неделей, а также что сессия заканчивается тоже всегда вовремя. Вдумчивое распоряжение этими границами многое говорит пациенту о том человеке, которому он доверяется. То, как мы устанавливаем рамку и управляем ею или как отклоняемся от нее, — все это наши интервенции (вмешательства), как и интерпретации. Интервенция содержит некое коммуникативное намерение — сознательное или бессознательное.

Быть щепетильным в соблюдении границ сеттинга вовсе не значит быть педантом или негибким сухарем. Напротив, такая установка выказывает уважение к происходящему и подчеркивает важность стабильности и надежности для психического развития пациента. Сеттинг, изначально оговоренный с пациентом, становится частью того, как пациент воспринимает терапевта. Следовательно, любое изменение параметров рамки колеблет субъективное восприятие пациентом знакомого объекта.

Защищенный сеттинг создает пространство, в котором пациент может «использовать» терапевта (Winnicott, 1971). Винникотт описал, как важно для развития, чтобы младенец мог проживать разрушение объекта, который выживает под его атаками и не мстит. Это позволяет объекту стать «объективным» — то есть, младенец осознает, что тот существует вне «я». Это отмечает начало, по Винникотту, «использования объекта». Если мы применим эти соображения к терапевтической ситуации, то можно сказать, что одна из задач аналитической рамки заключается в том, чтобы создать такие правила, в которых пациент мог бы проживать и всемогущество, и лишенность через знание, что терапевт выживет под их атаками.

Не только пациент выигрывает от цельности сеттинга. Терапевты тоже извлекают пользу из сеттинга, который укореняет их в реальности. Работа в психотерапии погружает и пациента, и терапевта в нечто очень интимные, интенсивные и порой очень возбуждающие отношения. Границы, расставленные в сеттинге, помогают нам помнить, что отношения с пациентом ни в коем случае не должны становиться заменой разрешения личных конфликтов или подавленных желаний — а этот риск выше в опосредованной терапии, и об этом мы поговорим позже.

Тело аналитика также полезно понимать как неизменно присутствующую составляющую сеттинга, которая поддерживает ощущение цельности сеттинга и таким образом его контейнирующей способности, и здесь также любые изменения могут пробуждать и у пациента, и у аналитика фантазии и тревоги. Физическая внешность аналитика и то, как он / она себя чувствует в своем теле и в физическом пространстве кабинета — как сидит в кресле, дышит, двигается по комнате, говорит, одевается и т.д. — устанавливает ключевые сенсорные параметры сеттинга, которые также вносят вклад в контейнирование, требуемое от терапевта. Так что мы могли бы сказать, что некоторые аспекты сеттинга действительно относятся к области телесного воплощения, эмбодимента (Lemma, 2014). Наши кивки или взгляды, когда мы приветствуем пациента, или то, как мы встаем в конце сессии, — все это часть ритуала, параметры рамки при очных встречах, воплощенные константы процесса.

Однако эти константы в силу их телесной природы трудно сохранять в надежном и неизменном виде, так чтобы пациент мог реагировать на них более отчетливо и часто, чем на другие параметры сеттинга. Под реагированием я вовсе не подразумеваю сознательный ответ на видимые изменения в телесности терапевта, я скорее имею в виду, как тело терапевта выступает мощным стимулом во внутреннем мире пациента, как это проявляется в его фантазиях, разыгрываниях и т.д. а также как влияет на контрперенос терапевта, — и как все это позволяет нам оказывать влияние на бессознательные фантазии и внутренние объекты пациента.

Сенсорные черты аналитического сеттинга оказываются очень важны для всех пациентов. Стиль интерьера кабинета может вызывать чувство тепла и фантазии о том, как о тебе заботятся, — а может, совершенно наоборот, создавать ощущение «голых стен» и пробуждать фантазии о том, что аналитик лишает пациента чего-то. Подобным образом, тело аналитика задает особую сенсорную окраску сеттингу и активизирует определенные фантазии: наш голос может восприниматься как «теплый» или «жесткий», выбор одежды казаться слишком «холодным» или навязчиво «пестрым». Эти фантазии, — которые по замечанию Bronstein (2013) можно назвать «фантазиями воплощения» (embodied phantasies), еще не доступными для репрезентации, — могут, тем не менее, невербально сообщаться аналитику, и это приводит к мощному соматическому контрпереносному отклику. Аналитический сеттинг может пробуждать самые разные фантазии, включая досимволические (Bronstein, 2013), в том, как пациент воспринимает общее физическое пространство и физическое присутствие терапевта.

**Скайп-терапия.**

**Вопрос присутствия и важность релевантности**

Опосредованная терапия происходит в сеттинге, существенно отличающемся от вышеописанного. Я позволю себе недвусмысленно пояснить свою позицию касательно скайп-терапии, прежде чем обсуждать нюансы.

1. Скайп-терапия сегодня широко распространена, поэтому нам надо заняться вопросами и возможностями, которые она содержит, и для этого разобраться в ее сущности и ограничениях.
2. Скайп-терапия *действительно* отличается по нескольким важным параметрам от очной терапии. То есть это не какие-то незначительные модификации классического аналитического сеттинга, а фундаментально иной процесс и сеттинг.
3. Различия эти оказывают влияние на суть работы, — на то, какого рода работа возможна, даже если наш внутренний сеттинг остается по-прежнему аналитическим. Это надо учитывать, когда мы оцениваем, подходит ли этот формат для конкретного пациента.
4. Таким образом, эта форма терапии не может подойти всем пациентам или всем терапевтам. Она больше подходит для когнитивно- или поведенчески-ориентированных видов терапии, чем для тех видов, что ориентированы на аффект и отношения.
5. В терапии, опосредованной таким образом, терапевту труднее работать аналитически, так как есть риск, в том числе, связанные с разыгрыванием контрпереносного отклика.
6. Тем не менее, известны несколько историй успешной психоаналитической терапии с применением средств связи (Sharff, 2013). Интересно попытаться понять, как это происходит в условиях виртуального сеттинга со всеми его ограничениями.

Теперь мы поговорим об этом подробнее. Я работала по скайпу в течение шести лет с некоторыми из моих пациентов. Только один раз я взялась работать с пациентом по скайпу, не увидевшись с ним до этого хотя бы несколько раз лично. Почти во всех случаях я использовала скайп только с пациентами, с которыми я уже какое-то время работала и которых хорошо знала, когда они попросили использовать скайп, чтобы не прерывать работу из-за переезда в другую страну или из-за частых командировок.

Возникает вопрос о том, не лучше ли столкнуться с реальностью сепарации и закончить терапию — или приспособиться к другому способу работы, чтобы настроиться на новые обстоятельства пациента, которому в противном случае пришлось бы закончить лечение. На этот вопрос невозможно ответить обобщенно. Все будет зависеть от пациента и от того, есть ли какие-то особые вопросы, связанные с сепарацией, которые лучше разрешились бы через завершение терапии, чем через смягчение тревоги и продолжение терапии по скайпу. В некоторых случаях это вопрос практических обстоятельств: пациенту недоступен такой же вид терапии в новой стране, так что лучше получается продолжить работу по скайпу, невзирая на значительные ограничения такого сеттинга.

Важно различать временное использование скайпа, прибегание к этому способу время от времени в течение длящейся очной терапии — и скайп как постоянную форму дистанционной терапии. В последнем случае можно работать более продуктивно и использовать более творческим образом отыгрывания, которые этот сеттинг может провоцировать. Это связано с тем, что основная рамка остается той же, а использование скайпа — отклонением от нее, которое впоследствии можно анализировать и интерпретировать. Это не исходный терапевтический сеттинг.

Здесь разумно было бы возразить, что даже при всех отличиях скайп-сеттинга, это все равно сеттинг, функционирующий по всем тем же правилам, что и очный аналитический сеттинг (включая постоянство времени, использование кушетки и т.д.). Однако это не совсем так. Существенный аспект аналитического сеттинга заключается в том, что именно терапевт его устанавливает поддерживает и отвечает за него. Скайп-терапия работает иначе, поскольку терапевт не может контролировать окружение, в котором пациент получает терапию. Нельзя считать равноценным использование кушетки, предоставленной терапевтом в его / ее кабинете, и лежание на кушетке, самостоятельно организованное пациентом в физическом месте, определенном самим пациентом. Разница не просто в том, что это разные точки в пространстве: более глубокое значение имеет то, что пространство, обживаемое пациентом, не создается разумом терапевта и не сформировано его / ее индивидуальной телесной реальностью.

Даже те аспекты скайп-сеттинга, которые подконтрольны терапевту, зачастую игнорируются. Например, звонит обычно пациент. Однако это нечто отличное от ситуации, когда пациент звонит в дверь и ждет, когда терапевт его / ее впустит в кабинет. Это может показаться мелкой деталью, но это очень важно, потому что здесь выпадает переживание пациента, когда ему приходится ждать, когда терапевт его впустит. Скайп-сценарий, наиболее близкий к обычному, — когда пациент пишет в чат скайпа, что он прибыл и готов начать, а терапевт тогда ему звонит (виртуальный эквивалент открывания двери кабинета) в условленное время.

Хотя эти аспекты сеттинга важны и вносят вклад в ощущение контейнированности у пациента, более глубоко лежащая проблема опосредованной терапии — это вопрос так называемого «присутствия» и обращение с утратой телесности в сеттинге. В своей замечательной книге Screen Relations Рассел (2015) привлекает данные информатики и нейронауки, чтобы подчеркнуть важность «присутствия», которое, как она доказывает, подорвано в опосредованном сеттинге. Идея присутствия часто понимается в контексте виртуальной реальности как «ощущение, что я там» в виртуальном мире (Barfeld et al., 1995) или как «перцептивная иллюзия не-опосредованности» (Lombard and Ditton, 1997). Присутствие, однако, это социальный конструкт, отличный от иллюзии восприятия не-опосредованности. Реальность не просто находится где-то снаружи человеческого разума, но также и со-конструируется в отношениях между двумя людьми.

Нейронауки и развитийный психоанализ сходятся в признании важности воплощенного восприятия и взаимодействия с другими для развития ощущения себя, и критика опосредованной терапии, высказанная Рассел, основывается на этой литературе. Вот этот фокус на роли воплощенности восприятия очень важен. Тело — это ключевая составляющая развития привязанности (Lemma, 2014). Shore (2000) предполагает, что в первый год жизни зрительные переживания находятся в основе социального и эмоционального развития. Эмоционально выразительное лицо матери дает ребенку активизирующие визуальные стимулы. Хореография тактильно-визуального танца между матерью и ребенком создает взаимную регуляторную систему возбуждения (Trevarthen, 1998; Tronick and Weinberg, 1997).

Намерения другого человека и телесные возможности взаимодействующего младенца можно напрямую читать в лице и физических действиях. Качество телесного опыта и восприятия заботящегося лица, а также происходящего между пациентом и терапевтом, крайне важно. Во время такого невербального обмена, в котором и родитель, и младенец выражают содержания своего разума и откликаются на выражения другого разума — в основном без осознания и часто через тело, — родительская способность осмыслять невербально выражаемый внутренний мир младенца закладывает основу для развития способности ментализировать опыт. Невербально выражаемый внутренний мир пациента — это критически важный аспект того, что терапевт пытается понять и вербализовать в ходе терапии.

Riva and Mantovani (2014)[[3]](#footnote-3) убедительно доказали, что мы чувствуем себя «присутствующими», если мы действуем в общей временной и пространственной рамке с внешними объектами, и наша способность определять свое место в пространстве зависит от действий, которые мы можем выполнить в нем:

«Присутствие — это до-рефлексивное ощущение «бытия в окружении», реальном или воображаемом, и это ощущение возникает из способности интуитивно осуществлять наши намерения в этом окружении» (2014: 14).

Иными словами, я присутствую в реальном или воображаемом пространстве, если я способна воплотить свои намерения в действия. В этом смысле присутствие — это восприятие успешного превращения намерения в действие. Конечно, «действие» не обязательно означает, что мы совершаем физическую разрядку. Проективная идентификация, например, это тоже форма действия в адрес разума и поведения другого, когда его идентифицируют с проекцией. Мы можем также воздействовать на разум другого удаленно, и если бы это было не так, кибербуллинг не был бы так значим (хотя, конечно, кибербуллинг не обязательно ограничен в плане физических действий может действительно быть лишь виртуальным продолжением реального буллинга). Даже виртуально мы, таким образом, все же «действуем» в мире реальных межличностных последствий, хорошо это или нет.

Riva et al. (2014) также описывает важность социального присутствия, которое позволяет происходить взаимодействию и общению через понимание ожидаемых намерений и явных действий другого. Это позволяет разворачиваться эволюции селф через узнавание «оптимальных общих переживаний» (optimal shared experiences). Это подводит нас к главному пункту: субъективное переживания «бытия там» находится под влиянием способности «извлекать смысл там» и возможности учиться через проживание реального опыта (опытов) даже в виртуальном окружении (Villani et al., 2014). Это очень точно отвечает на наш вопрос, почему опосредованная терапия может работать: потому что обмен между терапевтом и пациентом позволяет пациенту «извлекать смысл» из его опыта с терапевтом, и этот обмен все же может быть меняющим обучающим опытом, независимо от сеттинга, в котором это происходит.

Чтобы понять, что же просачивается через скайп в таком опосредованном процессе, полезно поразмыслить о двух осях коммуникации, которые работают и сознательно, и бессознательно: *ось воплощенного присутствия* и *ось релевантности* (relevance: соответствие, применимость, актуальность).

Ось воплощенного присутствия: расположено телесное восприятие терапевта и пациента в одном и том же физическом пространстве или в виртуальном пространстве. Если оба они находятся в одном общем физическом пространстве, оба участника могут полностью использовать скрытую коммуникацию (implicit communication) и явные сигналы (т.е. сигналы коммуникативного намерения), которые составляют часть коммуникации. Невербальная коммуникация пронизывает любое человеческое взаимодействие и сопровождает каждое мгновение. Невербальное поведение — это бессознательное, ставшее видимым, особенно когда есть расхождения в посланиях между разными каналами коммуникации, например, между выражением лица, словесным сообщением, тоном голоса, жестами и т.д.

Чтобы уловить эти бессознательные послания, Фрейд заявил, что терапевт «должен настроиться на пациентка, как телефонный приемник настроен на передающий микрофон» (1912: 115–­16) и «включить свое бессознательное, как воспринимающий орган, на прием бессознательного пациента» (там же: 115). Фрейд называл это состояние настроенности «ровно распределенное внимание» (там же). По Фрейду, тело всегда выдает бессознательные содержания:

«Если его уста молчат, он постукивает кончиками пальцев; предательство сочится из всех пор. И, таким образом, задача осознавания наиболее скрытых уголков разума становится выполнимой» (там же: 69).

Когда терапевт и пациент не находятся в одном физическом пространстве, терапевтический процесс происходит в контексте *виртуально воплощенного присутствия*. Компьютер и сетевые технологии создают селф, которое участвует в общении по скайпу: общение преображено цифровыми средствами. В виртуальной беседе оба участника имеют доступ, в первую очередь, к *явному уровню общения* (explicit communication) и в меньшей степени могут использовать скрытый, имплицитный канал. Это происходит не только потому, что два тела не находятся в одном физическом месте, но и потому что технологии далеки от совершенства: происходят задержки и искажения, подрывающие уверенность сторон в том, что можно делать какие-то выводы из того, что привыкли считать ценными подсказками, глядя на лицо другого человека или слыша тон его голоса (аспекты коммуникации, которые искажаются в скайпе).

Как бы аккуратно мы ни следили за структурой скайп-сеттинга, некоторые вещи нам неподконтрольны: язык тела, выражение лица и феромоны (испускаемые при взаимодействии лицом к лицу) — все это основа установления отношений между людьми, и здесь они выпадают из коммуникации. Некоторые медиа, такие как скайп, позволяют обмениваться более богатой информацией за счет количества сигналов и каналов, доступных для коммуникации. Более богатая передача позволяет общению быть более внятным и эффективным. В большинстве систем телеконференций, доступных сегодня, однако, синхронизация аудио- и видеоканалов не настолько совершенна, образы могут искажаться и поступать с существенной задержкой. В целом, рассогласованность аудио- и визуальных сигналов оказывалась неприятной для участников и вызывала негативные эмоции (Bruce, 1996). Разнообразные несовпадения могут и часто происходят и в скайпе:

«Это аудио / видео-несовпадения и расхождения, они могут бессознательно восприниматься как обманывающие и разъединяющие, нарушающие эмоциональные оттенки тонкого и бессознательного сообщения пациента» (Branham, 2014: 132).

Я намеренно говорю о терапии по скайпу как о разновидности *воплощенного присутствия,* потому что, как я подчеркивала в главе 1, в киберпространстве мы все равно воплощаемся: изменяется лишь наше восприятие своего и чужого воплощения. Даже по скайпу все равно есть какое-то присутствие, с учетом того, что это средство и визуальное, и аудиальное. Так что это не настолько сильно сенсорно ограниченный обмен. Интересно добавить, что визуальный канал виртуальной коммуникации не обогащает восприятия присутствия. Исследования показали, что, в отличие от очного общения, когда визуальный канал доступен, он используется в основном чтобы организовать взаимодействие. Однако, именно аудиоканал становится центральным элементом, привлекающим внимание, почти как по телефону (Cukor et al., 1998). Диапазон частот и размер экрана не так важны, поскольку люди предпочитают аудио-канал в видеоконференциях (O’Donnell, 1997). Возможно, это происходит потому, что видеоконференции упускают некий тонкие и трудноопределимые элементы, без которых визуальный канал остается обедненным и бледным.

Психолингвисты, придерживающиеся интеракционистской позиции, полагают, что успешное взаимодействие происходит тогда, когда случается моментальное сотрудничество между участниками, которые устанавливают и поддерживают взаимное понимание, которое называют «общей основой / почвой» (common ground) (Clark and Wilkes-Gibbs, 1986). Это взаимопонимание опирается на возможность считывать невербальные сигналы, — позиция, перекликающаяся с психоаналитической точкой зрения, которая добавила бы сюда бессознательное измерение коммуникации через тело. Визуальные подсказки, такие как направление взгляда, выражение лица и телесные движения, укрепляют субъективное ощущение близости или отдаленности от другого индивида. Можно допустить, что это в основном упускается или значительно обедняется и открывает возможность к недопониманию в общении по скайпу. Исследования в целом показывают, что, несмотря на доступность невербальных сигналов (обычно взгляда) в телеконференциях и попытки людей опираться на эти подсказки, качество этих сигналов оказывается невысоким (O’Malley, 1996).

Работа Schore (2000) здесь отвечает на наши вопросы. Он приводит свидетельства того, что ядро интерсубъективности составляют тонкие и скрытые телесные взаимодействия, включающие сложный обмен с другим телесным выражением сонастройки, синхронизации и ритмического рисунка. Beebe замечает, что:

«Взаимодействия в невербальном и скрытом режиме всегда более быстрые, тонкие, со-конструируемые и в целом неосознаваемые. И все же они глубоким образом влияют на ежесекундное общение и аффективный климат» (2004: 49).

Таким образом, критическая разница между скайп-форматов и очной терапией заключается в том, что при дистанционном контакте оба участника утрачивают доступ к полному спектру скрытых аспектов коммуникации, доступных в общем физическом пространстве. Это может вызывать у пациента чувство меньшей контейнированности, ощущение пренебрежения и недопонимания. По контрасту, в очном общении терапевт может опираться на свой соматический контрперенос, чтобы понимать то, что пациент еще не может облечь в слова. Пациент также может опираться на более широкий спектр невербальных сигналов, чтобы ему открылась релевантность (доступность, уместность, применимость) предлагаемого терапевтом и понимание, что терапевту можно доверять. Ось релевантности, таким образом, — это измерение того, до какой степени пациент воспринимает помощь, которую терапевт старается сделать релевантной (подходящей, применимой, удобоваримой, актуальной) для него.

Теория релевантности (Sperber and Wilson, 1995; Walaszevska and Piskorska, 2012) утверждает, что при выборе одно из поступающих сигналов из массы конкурирующих между собой стимулов имеет значение не просто его релевантность (соответствие, актуальность), а то, что он более релевантен, чем любые другие альтернативные сигналы, доступные нам в данный момент. Это означает, что сообщения, которые приносят наибольший позитивный результат, — это те, что с точки зрения получателя стоят не просто понимания, а принятия в качестве истинных. Релевантность, таким образом, заключается в позитивном когнитивном влиянии, которое истинно и стоит принятия и которое может быть «использовано» пациентом, чтобы спросить себя и узнать что-то новое о том, как он функционирует в мире.

Я бы добавила, что релевантность также способствует позитивному аффективному опыту. Релевантность определяется тем, до какой степени мы чувствуем, что находимся в отношениях с «другим», который относится к нам как к активному участнику (agent) с ценным субъективным опытом, с которым стоит иметь дело. Это жизненно важно для любого терапевтического процесса вне зависимости от названия конкретного терапевтического направления и сеттинга. Это объединяет уровень вовлеченности пациента и воспринимаемую добросовестность терапевта. Отношения между присутствием и эмоцией важны. Между ними происходит циркулярное взаимодействие: чувство присутствия усиливается в эмоциональном окружении (Riva et al., 2007), и уровень присутствия влияет на эмоциональное состояние (Wirth et al., 2012). Более того, эмоциональная вовлеченность влияет на присутствие в том смысле, что опосредованное окружение (в котором мы «присутствуем» виртуально, через какое-то средство связи) приобретает релевантность.

Цель всего общения — породить *эпистемологическое доверие* (epistemic trust, Fonagy et al., 2015), то есть готовность индивида рассматривать новое знание, полученное от другого лица, как стоящее доверия, поддающееся обобщению (generalizable) и релевантное его собственному селф. Эпистемологическое доверие существует для того, чтобы поддержать возможность индивида безопасно задаваться вопросами и быть способным менять точку зрения и отношение к чему-то или чувство; оно пробуждает открытие *эпистемологической магистрали* (epistemic superhighway, Fonagy et al., 2015) — эволюционно защищенный механизм, который свидетельствует о готовности индивида воспринять новое знание.

В наилучших обстоятельствах, когда пациент и терапевт вместе поработали в общем пространстве, у пациента возникает восприятие того, релевантно ли сказанное терапевтом той проблеме, в которой нужна помощь. Релевантность проистекает отчасти из того, насколько терапевт, опиравшийся на общий опыт очного, воплощенного присутствия в кабинете, настроен на воплощенный внутренний мир и перенос пациента. Повторяющийся обмен с терапевтом, чьи интервенции воспринимаются как релевантные, выстраивает запас доверия, который способен восполнить до какой-то степени ущерб из-за отсутствия доступа к воплощенному со-присутствию в общем физическом пространстве. Чем больше чувство релевантности, соответствия, тем больше эпистемологическое доверие пациента, а значит и терпимость к ограничениям и фрустрациям опосредованной терапии. Это, конечно, предполагает, что пациент и терапевт начинали процесс с периода очных встреч, прежде чем перейти в скайп.

В любой интернет-терапии повышена эпистемологическая настороженность в отношении обмана и дезинформации. Релевантность относится к истинной ценности терапевтических интервенций, отсюда и доверие, которое пациент может испытывать к терапевту. В опосредованной психотерапии важнейшая движущая сила отношений, способная укрепить или подорвать воспринимаемую релевантность и соответствующее доверие, — это переживание пациентом того, что терапевт говорит правду о природе скайп-терапии, и то, как это воздействует на пациента. Иными словами, в формате интернет-терапии на терапевте лежит обязательство сообщать пациенту о том, как это средство связи влияет на пациента и как это взаимосвязано с реалиями его внутреннего мира. Терапевт в условиях этого специфического формата таким образом помогает эпистемологической настороженности расслабиться (то есть, смягчить самозащитную подозрительность в отношении информации, исходящей от других, которая может оказаться обманчивой или вредоносной) за счет того, что позволяет пациенту пережить чувство, что о нем думают (то есть, что его переживания и потребности ожидаемы и приняты).

Если переживания пациента терапевтом не признаны ценными, например, потому что терапевт считает скайп-терапию и очную терапию совершенно равноценными, или потому что терапевт не чуток к бессознательному восприятию пациентом скайп-формата, то возникает риск того, что интервенции терапевта не будут восприниматься как релевантные пациенту и терапевтический процесс будет разрушаться. Вместо того, чтобы восприниматься как честные попытки понять истинное переживание пациента, интервенции терапевта будут восприниматься как ложь.

Я покажу на примере своей работы с Мартином, почему при работе по скайпу важно слушать, как пациент воспринимает это средство связи, и проговаривать, как это медиа влияет на восприятие терапевта пациентом.

**Мартин**

Мартин был одним из первых пациентов, с которыми я использовала скайп как часть очной длительной терапии трижды в неделю на кушетке. Когда он сменил работу и должен был регулярно ездить в командировки, он спросил, можем ли мы использовать скайп для некоторых сессий, так как иначе их пришлось бы пропускать. После долгих размышлений и с учетом его высокой мотивированности к терапии мы решили, что стоит попробовать, чтобы он не пропускал много сессий.

Изначальная причина обращения Мартина за терапией была в его несчастливом браке с женщиной, которая хоть и была доброй и поддерживающей, была нагружена множеством запретов в сфере сексуальности. Мартина также очень беспокоила его собственная сексуальность, которую он пытался встроить в любовные отношения. Нам удалось понять, как он «выбрал» свою жену, так как он знал, что ее сложности станут своеобразной защитой от его глубинной тревоги, связанной с проявлениями сексуальности и эмоциональной близости. Он чувствовал, что она была надежным компаньоном, на которого он мог «сгрузить» все свои беспокойства и обсуждать детей, однако их отношения все же оставались «мертвыми».

Теперь, когда дети выросли и покинули дом, Мартин осознал пустоту в браке и беспокоился о своей отщепленной сексуальности. Он часто встречался с проститутками, и поначалу это было очень здорово, но потом стало нарастать ощущение, что он занимается чем-то «грязным» и опасным, потому что он боялся, что об этом узнают на работе.

Когда мы начали использовать скайп, сразу стало ясно ощутимо, что мы уже не в одном физическом пространстве, а кроме того, из-за разницы во времени даже время сессии (остававшееся прежним по нашему местному английскому времени) для Мартина было уже другим. Подобным образом, хоть я и была в том же кабинете, где мы обычно встречались очно, он был в совершенно другом физическом пространстве, обычно в своем гостиничном номере или в офисе, каждый раз в новом.

Мы обсудили, как важно найти закрытое место, защищенное от вторжений, но это оказалось сложным, и иногда как будто служило его потребности, чтобы его перебивали: его офис никогда не воспринимался им как безопасный и закрытый. Он также по-другому обживал пространство: он не был моим пациентом на кушетке, а я не сидела у него за головой. На работе он был в своем профессиональном «я», сидящим перед компьютерным экраном, и наши разговоры бывали интересными для него, но я заметила, что отношения смещаются в сторону «коучинга», тренировки. В коучинге нет ничего плохого, если пациент за этим приходит. Но если пациент решил посвятить время аналитическому процессу, но терапевт отвечает за то, чтобы обеспечить ему требуемое.

После двух скайп-сессий я заметила, как обеднели наши диалоги: все казалось поверхностным, и я едва удерживала контакт с ним. Мартин выглядел так, будто вовсе не замечал этой перемены, и заявлял, что эти сессии очень полезны. Видя его выше пояса, я наблюдала нечто совсем иное. Мартин отклонялся от экрана, будто хотел установить более далекую дистанцию между нами. Его руки были скрещены, и он раскачивался на кресле. Я вспомнила, что на кушетке он выглядел более расслабленным и менее взбудораженным. Это сравнение с моими наблюдениями при очных встречах — один из видов информации, на основании которой я могла судить о том, что происходит между нами в виртуальном формате. Если бы у меня до этого не было опыта очных встреч с ним, такого наблюдения у меня бы не было.

Я попросила Мартина подумать о том, насколько иначе он себя чувствует и не кажусь ли я ему теперь кем-то вроде его жены: компаньоном, которому он «сгружает» все накопившееся, но обмен между нами эмоционально дистантен, мертв. Мартин ответил молчанием и потом рассказал сон, который приснился ему накануне второй скайп-сессии:

*«Я в пустом баре и пью пиво пинту за пинтой. Странно, но я не чувствую опьянения, однако когда я встаю, то еле могу удержаться на ногах. Я падаю и теряю сознание. Я просыпаюсь через несколько дней, и мое тело уже начало разлагаться.»*

Мартин обнаружил некоторые ассоциации к этому сну и рассказал мне, что в путешествиях он приобрел дурные привычки: например, поздно ложиться спать, смотреть порно в интернете и пить больше чем следовало. Он беспокоился насчет использования порнографии, «привлекательных, но дешевых картинок секса», как он выразился. Он думал, что, может быть, это был его своеобразный протест против скучной рутины, в которую он был погружен дома с женой, а вот в поездках мог «оторваться» и позволить себе лишнего. Он понял, что из-за этого он чувствует себя плохим.

В итоге мы поняли, что его сновидение было напрямую связано с изменением нашего сеттинга: несмотря на непрерывность нашего процесса и его сознательную благодарность за мою готовность приспособиться к его потребностям, бессознательно присутствовала совершенно другая история. Мартин на самом деле чувствовал, что мое согласие на скайп «опустошило» его. Компьютерный экран, на котором он смотрел порно и который оставлял его на милость этих «дешевых картинок», был тем же экраном, на котором появлялась и моя картинка. Это звучало как сильная метафора того, как деградировал наш аналитический процесс. Когда мы смогли признать это, сессия пошла гораздо живее и стала похожа по ощущениям на наши очные встречи.

В другой раз, несколько недель спустя, Мартин вышел на связь из гостиничного номера. Он признался, что ему как-то странно говорить со мной из своей «спальни», но он решил, что это не проблема. Я не была особо уверена в этом, но тогда у меня еще было маловато опыта работы в скайпе, и деваться было некуда, так что вначале я ничего не сказала. По ходу сессии, однако, мне становилось все более неудобно из-за того, что манера общения Мартина стала необычно походить на флирт, особенно когда он расхохотался, представив, что гостиничная уборщица вошла бы и услышала, как он тут обсуждает со мной свои сексуальные проблемы.

Я задумалась над этим сложным вопросом, связанным с конфиденциальностью, который всегда должен быть у нас на уме при работе по скайпу, — здесь его обозначила фигура третьего лица, уборщицы из его воображения. Мне было ясно, что Мартин не чувствует себя в безопасности, но интересным образом эта тревога здесь была под контролем через сексуализацию: теперь мы все были у него в спальне и занимались сексом втроем. Его это возбуждало, но было ясно, что это не терапия. Точно так же, как он чувствовал себя виноватым за «загрузку» порно, так и тут: я ощущала, что наше нарушенное общение не было на самом деле полезным. Использование скайпа превратило консультационный кабинет в спальню, и я согласилась на эту подмену.

От интерпретации этой динамики стало легче, и терапевтическая рамка была восстановлена, а Мартин почувствовал облегчение оттого, что я признала, как мое согласие на скайп-терапию повлияло на процесс и как он теперь использует этот формат для разыгрывания знакомой динамики. Восстановление этой реальности и принятие мной своей доли ответственности за вовлеченность позволило нам подумать об условиях, в которых скайп-терапия лучше всего может работать для Мартина. Его укрепило его в уверенности, что я чутко улавливаю его переживания по поводу скайпа.

Через несколько месяцев, в течение которых мы время от времени устраивали скайп-сессии, мы, тем не менее, пришли к соглашению, что лучше пропустить сессию, чем использовать скайп. Это казалось более плодотворным вариантом, по крайней мере, это перекликалось со странными переживаниями Мартина в скайпе и тем, что вначале этот формат подыграл его дефензивным потребностям. Может быть, этот опыт нельзя обобщить для всех пациентов, и именно поэтому на терапевте лежит ответственность тщательно отслеживать все бессознательные реакции пациента на особенности опосредованной терапии.

**Настройка на телесное**

Психоаналитическая терапия, которая проводится исключительно по скайпу, негативно влияет на многие черты психоаналитической работы, и некоторые коллеги задаются вопросом, можно ли такую работу вообще назвать психоаналитической терапией. Я не говорю, что она не может быть полезной. Это совершенно другой вопрос. Однако сеттинг настолько изменяется, что терапевт не может надежно и эффективно опираться на целый спектр своих компетенций, необходимых для аналитической работы, а именно, использовать переносно-контрпереносную матрицу как основополагающую схему для понимания разворачивающегося внутреннего мира пациента (Lemma et al., 2008). Эта схема встроена в присущую этой работе методологию «я-во-взаимодействии-с-другим», которая осуществляется в том, что пациент выражает себя, а терапевт воспринимает это через невербальное общение. Утрата личного контакта, его эмбодимент-составляющей — существенный факт для аналитической рамки, это изъян скайп-формата, так как мы оказываемся ограничены в получении важнейшей информации.

Russell (2015) предполагает, что когда мы убираем переживание «совместного бытия тел», мы сдерживаем и ограничиваем возможное поле терапии с «состояний бытия» до «состояний разума». В результате рефлексивная интроспекция оказывается под угрозой. Она тщательно и убедительно документирует значительные различия между скайп-терапией и терапией с физическим соприсутствием на большом спектре отдельных терапевтических процессов: предоставление облегчающей, удерживающей (holding) среды, принятие состояния равномерно распределенного внимания, а также выработку условий для разделяемого ревери.

Когда терапевт работает через виртуальную представленность, он / она оказывается ограничен в целом спектре своих *соматических контрпереносных реакций*, которые нужны для ориентировки в отношениях с бессознательной коммуникацией пациента. Способность терапевта настроиться на «телесную длину волны» (Pugh, 2016) оказывается значительно урезанной. Это существенный изъян, влияющий на работу со всеми пациентами. Особенно же это касается тех пациентов, которым сложно устанавливать и поддерживать устойчивую дифференцированность от объекта и которые обычно демонстрируют значительные сложности в символизации и поэтому могут создавать мощные проекции в тело аналитика. Эти пациенты, по моему опыту, не подходят для опосредованной терапии.

Соматические реакции аналитика можно понять как результат проективных процессов, которые обходят вербальное проговаривание и размещаются в теле, так сказать. «Телесные состояния разума» пациента (Wyre, 1997) неизбежно оказывают влияние и сами влияют на телесные состояния разума аналитика: пациент коммуницирует через свое тело, и аналитик получает эти сообщения через свое тело. Такие телесные переживания нуждаются в том, чтобы стать «мыслями с мыслителем», перефразируя Биона (1967), и чтобы в итоге ими поделились с пациентом, чтобы поддержать развитие способности к символизации. Однако с некоторыми пациентами «сенсорный прием» (sensory acceptance) (Lombardi and Pola, 2010) проекций пациента может быть существенным условием еще до того, как интерпретации смогут быть полезными, — это никоим образом не возможно по скайпу.

Несмотря на значительные ограничения, накладываемые на способность терапевта использовать соматический контрперенос, я также сталкивалась с волнующими открытиями в своей работе по скайпу. Как же тогда это понять? Чтобы осмыслить позитивные результаты, нам следует рассмотреть два тесно связанных вопроса, вытекающих из идеи релевантности, о которой речь шла выше.

Во-первых, когда у терапевтической пары есть история совместной работы в одном физическом пространстве до того, как началась работа по скайпу (постоянно или время от времени), терапевт может опираться на свой прежний опыт телесного соприсутствия. Это позволяет ему / ей использовать телесно и аффективно заряженные *соматические маркеры,* чтобы восстановить контакт с пациентом, несмотря на новые условия работы. Такие маркеры многозначны и могут перекликаться с многослойными переносными переживаниями, случающимися в очном сеттинге. Они могут быть очень мощными и помощь «заземлить» в теле, поставить на одну висцеральную почву и пациента, и терапевта, несмотря на виртуальный формат. Например, терапевт может, работая онлайн, упоминать свое восприятие *in situ (там и тогда)* того, как пациент использовал пространство кабинета, его позу или дыхание. Это может помочь восстановить контакт пациента с общим для них историческим опытом и общим пониманием его внутреннего мира, восстановленного по этим небольшим соматическим манифестациям.

Воспоминания о наших переживаниях связаны с определенными репрезентациями в форме нейронной активности. Активность нейронных сетей репрезентирует закодированный опыт, например, переживания «Когда мой терапевт понял, почему я встревожен». Когда эта сеть активируется какими-то сигналами, которые включают перепроживание того межличностного события, мы восстанавливаем тот опыт. Я хочу сказать, что соматический маркер срабатывает как такой сигнал, и я покажу это вкратце на примере работы с Малой.

Во-вторых, поскольку разделенный телесный опыт *in situ (там и тогда)* в наилучшем варианте позволяет терапевту более подробно и точно понять невербально выражаемый внутренний мир пациента, то и в виртуальном формате соматические маркеры опираются на общий очный опыт и снова пробуждают и укрепляют восприятие релевантности пациентом того, что предлагает терапевт. Иными словами, память об очном восприятии через соматические маркеры восстанавливает связь пациента с переживанием того, что терапевт его знает и понимает тем уникальным образом, который сложился именно в этих отношениях. Это углубляет эмоциональную связь между пациентом и терапевтом через использование терапевтом воспоминаний для понимания пациента, а это укрепляет ощущение релевантности.

Виртуальный сеттинг и скайп, делающий возможным контакт, могут казаться «ужасным третьим» (uncanny third, Dettbarn, 2013). Соматические маркеры, однако, отодвигают или расслабляют эпистемологическую настороженность, активизируемую виртуальными обстоятельствами.

**Мала**

Мала, успешная бизнесвумен тридцати с чем-то лет, получила назначение за рубежом после 18 месяцев работы со мной трижды в неделю на кушетке. В сравнительно маленькой стране, в которую она переехала, были когнитивно-поведенческие терапевты и несколько психодинамических консультантов, но не было квалифицированных аналитиков. После долгого обсуждения мы решили, что мы продолжим работу по скайпу, и при этом она будет три раза в год приезжать в Лондон на две недели и в эти периоды приходить ко мне лично.

Прежде чем описывать наш опыт онлайн-работы, я хочу дать некоторое представление о нашей очной работе. Мала изначально обратилась за помощью в связи с очень сложными отношениями со своей матерью, которую она воспринимала как вторгающуюся в ее тело и разум. Она провела первые девять месяцев терапии, погружаясь в долгие минуты тишины, которые, как я это воспринимала, должны были удерживать меня на расстоянии и защищать ее от ожидаемого с моей стороны вторжения.

Поскольку Мала говорила немного, мои интервенции зачастую основывались на моем соматическом контрпереносе. Когда Мала входила или выходила из кабинета, она низко свешивала голову, пожимая мою руку. Каждый раз при рукопожатии — а это была часть жизненного уклада Малы — я чувствовала влажность ее ладони. Любопытно, что когда мы пожали руки в первый раз — и это я запомнила надолго, — у меня возникла ассоциация, что она намазывает меня своим потом, чтобы проникнуть в меня. Я тогда почувствовала острую потребность помыть руки.

В течение многих месяцев, когда я сидела в изголовье кушетки, ожидая, когда Мала заговорит, я размышляла об этом странном телесном опыте: с одной стороны, казалось, будто Мала впитывалась в мою кожу через свои влажные ладони, и это казалось интрузивным; с другой стороны, Мала изгоняла меня из своего разума с помощью своего непроницаемого молчания. Единственное движение, которое я заметила, было, когда она потягивала своей левой ногой, всегда одинаково, вперед-назад, а обычно лежала очень спокойно. В этом было что-то аутоэротическое и — что неудивительно — также отдаляющее меня от нее. На сессиях я часто чувствовала сонливость. Мысли мои легко улетали вдаль, когда она молчала по 40 минут, не отвечая даже на мои попытки заговорить с ней. То есть, я в равной степени испытывала проникновение в меня и отстранение от меня.

Спустя несколько месяцев нашей работы Мала лежала на кушетке и внезапно впала в панику. Она развернулась, как бы извиняясь, и объяснила, что беспокоилась, не оставила ли пятна на кушетке, так как у нее «пришли дела», как она выразилась. Она проверила покрывало на кушетке и потом расслабилась, так как это была «ложная тревога». Снова лежа на спине, она сказала мне, что в голове у нее пусто. Я заметила, что минутой раньше ее разум был переполнен паникой и тревогой из-за мысли, что она могла оставить кровавой пятно на моем покрывале. Мала промолчала и спустя долгое время сказала, что она была в ужасе, что если она оставила пятно, то как стыдно будет потом вновь сюда прийти. Она думала, что прямо уже чувствует неприятный запах, и боялась, что он исходит от ее тела и что я сочту это отталкивающим.

Слушая ее, я задумалась о том, что ее потные руки и вот эта теперешняя фантазия о менструальной крови, способной оставить пятно на моем покрывале, и ее телесный запах, — что все это были сильные висцеральные ходы, через которые она просачивалась в мое пространство / тело. Я думала, что ее страх, что «пришли дела», был смещенным указанием на ее стремление «прийти» ко мне и быть сексуально близкой со мной. Однако ее эротическое стремление пробудило токсичную смесь возбуждения, тревоги и стыда.

В описании телесного и физического переживания Малы в отношении моего кабинета я показала, как первичный источник коммуникации и информации, на который я опиралась в первые месяцы терапии, носил первично сенсорный характер (визуальный, ольфакторный, тактильный и кинестетический). Такой тип взаимодействия никогда не был бы замечен и переработан терапевтом в опосредованной терапии, за исключением некоторого количества визуальной информации. И все же, спустя какое-то время, в очном сеттинге эти соматические реакции и вызванные ими ассоциации позволили мне осмыслить наиболее вероятное довербальное восприятие Малой своей матери, женщины, перенесшей несколько серьезных психотических срывов. Мать поочередно бывала то очень возбужденной и вторгающейся в тело Малы, то погружалась в сильную депрессию и становилась совершенно недоступной для дочери.

Переход на скайп был непростым, не в последнюю очередь из-за того, что Мала была глубоко опечалена переездом, и ее мать незадолго до этого умерла. Ей казалось, что она потеряла все свои якоря. Мала пыталась воспроизвести обстановку кабинета в новом месте в новой стране и для этого отвела специальное место с кушеткой в своем доме. Она ложилась на кушетку, ставила в изголовье айПад (вне поля своего зрения, но так, чтобы слышать). Мы скайпились без видео (включали камеру только чтобы поздороваться и попрощаться), в основном потому, что использование видео осложнялось техническими разрывами связи, нарушающими ход сессии.

Когда мы работали по скайпу, я осознавала, что мне нужно здорово потрудиться, чтобы удерживать ее в своем разуме, например, представлять ее лежащей на моей кушетке и припоминать телесные движения, к которым я так привыкла. Когда я погрузилась в соматические воспоминания о ней, я почувствовала себя более подключенной. Это был не только внутренний процесс. Я часто также осведомлялась у Малы, что она чувствует (чаще, чем стала бы это делать в очном сеттинге), и пыталась поощрять ее, чтобы она описывала свои телесные переживания, связанные со мной, чтобы погрузить *ее* в ее телесный опыт.

В подходящие моменты я опиралась на знакомые соматические маркеры. Например, к тому моменту, когда пришлось перейти на скайп, мы уже свободно обсуждали ее потные руки и то, как она подвергалась тревоге во время рукопожатий, ожидая, как я восприму ее «со всеми потрохами». Мы также поняли немного больше ее желание просочиться в меня. Однажды, обсуждая по скайпу случай, где проявилась ее интрузивность, я «маркировала» свою интервенцию упоминанием того самого соматического выражения и тревоги, и интрузивности, с которыми мы столкнулись лично при рукопожатии.

На этот «маркер» Мала ответила совершенно особенно: она сильно заплакала и потом рассказала, как она скучает по моему кабинету и его особенному запаху. Она сказала мне, что недавно искала свечи, которые пахли бы так же, как мой кабинет. Она ужасно себя чувствовала, потому что никак не могла найти ничего подходящего, и хотела, чтобы я сказала ей, какого бренда свечи, которые я зажигаю в своем кабинете. Тогда мы смогли вместе подумать о том, как при воспоминании о рукопожатии она как бы снова вернулась в мой кабинет и хотела воспроизвести его в своем новом жилище. Я сказала, что, наверное, она просит меня предложить ей такой «бренд» терапии, который был бы укоренен в реальных запахах, а не в виртуальной замене. Она сказала, что услышав это от меня, почувствовала оживление.

В отличие от Мартина, с Малой представлялось вполне возможным продолжать терапию по скайпу, не в последнюю очередь потому, что она постоянно переезжала, так что выбирать нам было не из чего. В работе с Малой было важно признать утрату, заключавшуюся в переходе на скайп, и то, что несмотря на ее благодарность за возможность продолжить нашу работу, она признала, что это не одно и то же. Главное для нее было, чтобы я тоже признала это, — как и в случае с Мартином.

**Скользкая дорожка**

Аналитические отношения разворачиваются в поле парадокса, определяющего аналитический сеттинг: это отношения, которые полагаются на установление взаимности в контексте изначальной асимметрии (Aron, 1996; Celenza, 2010). Готовность терапевта и пациента приняться за совместную работу опирается на надежду и обещание непрерывного принятия и понимания в интересах пациента всех, даже самых ненавистных аспектов его селф. Это мощный межличностный опыт, который уходит корнями в универсальное стремление быть любимым «со всеми потрохами» без требования дать что-то взамен тому, кто нас любит.

Можно сказать, что формат лечения, сеттинг и стимулирует, и фрустрирует эти всеобщие желания. Более того, этот сложный микс усиливает ощущение и тоску по близости и активизирует эротическое притяжение в психоаналитической диаде. В самом деле, аналитический сеттинг может быть стимулирующим, соблазняющим и фрустрирующим и для аналитика. Аналитический контракт определяется ассиметричным распределением внимания, уделяемого терапевтом пациенту. Требование, чтобы терапевт игнорировал свои личные потребности, фрустрирует и опустошает. Это ограничение задает мизансцену, так сказать, так как терапевт в таких рамках может быть частично «вознагражден и утешен» моментами сонастроенности, исходящими от пациента:

Можно сказать, что *фрустрация асимметрии уравновешивается соблазном взаимности и кратких мгновений сонастроенности;* *«мы в этом вместе, но по-разному» ошибочно превращается в «мы вместе в этом одинаково».* Эти компенсаторые идентификации пробуждают и временно сбивают аналитика с толку, когда он / она сдвигается со своей позиции и входит в резонанс с переживанием анализанда. (Celenza, 2010: 64, курсив оригинала)

Психоаналитическая терапия, таким образом, осуществляется в крайне соблазняющем поле терапевтической асимметрии. Эта одновременно опустошающая и соблазнительная структура означает, что терапевт нуждается и в профессиональном консультировании, и в стабильном сеттинге, в котором можно поддерживать или восстанавливать равновесие. Очный сеттинг с физическим присутствием — важный якорь в этом отношении: в нем контейнируется и пациент, и терапевт.

Значительный риск, создаваемый новыми технологиями для терапевтического процесса, состоит в том, что эти технологии соблазнительно неформальны, так что терапевт тоже легко оказывается на этой скользкой дорожке скайпа. Это «соскальзывание» возникает отчасти потому, что скайп поощряет расслабление границ сеттинга. В самом деле, иногда само понятие «сеттинга» становится все более растяжимым. Например, не так уж редко пациенты используют скайп через свои смартфоны и участвуют в сессии в самых неожиданных местах (в парке, в такси). Подобным образом, терапевты могут начать работать по скайпу не из своего кабинета, а из других мест. Я однажды тоже проделала такое, объяснив это необходимостью «поддерживать непрерывность», когда была за границей, и очень быстро поняла, почему никогда не буду так больше делать, потому что долго пыталась найти такую позицию гаджета, чтобы не была видна кровать в моем гостиничном номере. Это был неприятный и отрезвляющий опыт, который помог мне осознать, насколько я упустила из виду важность сеттинга и втянулась в отыгрывание.

Различные средства связи располагаются на некоем континууме от формальных к неформальным, и все это сопровождается веером обоснований и объяснений того, что то или иное медиа добавляет к специфической для данного человека смеси бессознательных ассоциаций в личном общении. Портативная природа разных медиа — их важная черта, так как лаптоп, используемый для скайп-терапии, может быть тем же, на который скачивается порнография, например. Место, где используется медиа, также может иметь значение: скайп в настольном компьютере может восприниматься формально — в отличие от такой же сессии по мобильному из гостиничного номера, например. Важно отметить, что такие средства связи подпитывают панибратское или случайное отношение — в сравнении с более серьезным настроем при работе лицом к лицу. Это задает поле, подталкивающее к отыгрыванию с обеих сторон.

Мы, конечно, хорошо помним, как подчеркивал Фрейд (1919), о важности абстинентной позиции в нашей работе. Он предполагал, что если терапевт становится важным объектом для пациента, то есть в терапевта помещается образ мишени для переносных желаний, то терапевт должен оставлять все эти желания без вознаграждения и вместо этого анализировать актуализирующиеся защиты. Клинический опыт раз за разом показывает, что аффект возникает вскоре после переживания фрустрации, наряду с сопровождающими фантазиями и защитами, применяемыми от этих фантазий. Это позволяет терапевту помочь пациенту изучить его конфликты. Иными словами, абстинентная позиция пробуждает состояние депривации (лишения, неудовлетворения потребности), ключевое для терапии.

Как я предположила в главе 3, мы сегодня живем и работаем в мире, где «состояние депривации» мало в ходу, если вообще встречается: желание, хотение и фрустрации — это скорее помехи, чем состояния психики, которые надо выдержать, чтобы получить плоды. Это задает ожидания пациентов от терапии, которые терапевт также может разделять: терапия должна быть предоставлена несмотря ни на что, когда требуется. Как и анонимность, то оптимальное состояние депривации, которое Фрейд считал ключевым элементом лечения, подвергается испытаниям в нынешней практике. Опосредованная терапия может восприниматься как глубоко вознаграждающая. Это может подпитывать фантазии о большей близости и о легкодоступности терапевта. Такие фантазии могут оставаться неисследованными, потому что применение виртуальных медиа очень легко рационализируется в мире, где это уже в порядке вещей.

В работе с помощью виртуальных медиа легко соскользнуть в отыгрывание не только потому, что сеттинг представляется более «расслабленным» и вознаграждающим. Важную роль играет также отсутствие двух тел участников в одном общем физическом пространстве. Некоторые доказывают, то виртуальные отношения защищают пациента, который может тревожиться насчет сексуальных или агрессивных нападок на другого. Парадоксальным образом, однако, именно исключение физического присутствия и вызывает проблемы. Когда реальные тела не участвуют в деле непосредственно, отношения, разворачивающиеся в виртуальном пространстве, могут оказаться более соблазняющими: тот факт, что «ничего не случится *на самом деле»* (т.е., «Я влюблен в своего терапевта, но мы никогда не осуществим наших отношений, потому что мы в разных местах в пространстве»), соблазняет обоих участников и отвлекает их таким образом от рефлексии о том, что, тем не менее, *все же происходит* между ними на уровне фантазии. Рамка физического соприсутствия жизненно важна, я полагаю, для защиты пациента и терапевта от такого соскальзывания. Когда оба тела находятся в одном пространстве, соматический контрперенос может быть легче замечен и учтен, на него можно с большей уверенностью опираться, и это минимизирует отыгрывание.

Suler (2004) пишет о «высвобождающем эффекте онлайна», для которого характерно следующее:

* диссоциативная анонимность (невозможно связать мои действия со мной лично);
* невидимость (никто не видит, как я выгляжу);
* асинхрония (мои действия не привязаны к реальному времени);
* солипсическая интроекция (я не вижу другого / других, и мне приходится угадывать, кто они и чего хотят);
* диссоциативное воображение (нет реальных людей);
* минимизация власти (я могу действовать свободно).

Некоторые из этих черт не относятся к скайп-терапии, потому что это визуальное средство связи, где оба участника известны друг другу. Однако последние две черты в списке, «диссоциативное воображение» и «минимизация власти», создают риски именно за счет того, что виртуальное общение не требует телесного присутствия в одном и том же месте: раз тело не в игре, оно предпочтет действовать, а не думать.

В самом деле, можно доказать, что эротическое возбуждение — нормальный и ожидаемый отклик в аналитической диаде — может функционировать как сигнал, привлекающий внимание к нашему телесному переживанию. Когда такое возбуждение случается в опосредованном общении, где тело другого и собственное тело может быть проигнорировано, а все переживание в целом списано как «виртуальное» и поэтому не настоящее, риск нарушения границ минимизируется, и терапевт, следовательно может стать менее чутким к такому нарушению. Опасность тут в том, что виртуальная встреча пробуждает «притворное» состояние разума (Fonagy and Target, 1996) у обоих участников: ментальный мир отсоединяется от внешней реальности. А ведь даже если терапевт и пациент не воздействуют физически на тела друг друга, они все равно могут интенсивно воздействовать на разумы друг друга с разрушительными последствия для пациента, если терапевт не сохранит способность отслеживать перенос и контрперенос. Соприсутствие дает более высокие шансы терапевту помочь определить и проанализировать физические ощущения, защищающие от отыгрывания вовне любых стремлений, включая любовные и эротические.

Технологические средства, таким образом, выступают в некотором (одном) смысле как защитный физический щит, и тогда терапевт или пациент не могут на самом деле прикоснуться друг к другу. Но психически технологические средства могут вызывать одновременно высвобождение (снятие запрета) и минимизация эротических стремлений, которые могут извратить ход терапии, если останутся незамеченными. Свидетельства их бывают зачастую едва заметными, и против осознания мобилизуются защиты и у терапевта, и у пациента. Бессознательный нарратив пациента рассказывает свою историю, как я покажу в следующей короткой клинической виньетке случая, который я супервизировала. Хочу добавить, что терапевт была опытным клиницистом, обученным психодинамической терапии, и она проделала огромную работу в этом случае — вместе со мной — так как не имела прежде опыта работы в скайпе.

**Джон**

Доктор Б., терапевт, работала с Джоном раз в неделю без кушетки в течение примерно 6 месяцев, когда однажды он получил повышение и должен был переехать за границу. Изначально он обратился за помощью вскоре после разрыва отношений с женой и поступления на новое место работы, когда с болью осознал, что его брак не вернуть.

В первые несколько недель терапии по скайпу Джон выражал благодарность доктору Б. за продолжение работы с ним. Он сказал, что чувствовал себя одиноким и чужим в новой стране. Доктор Б. сразу заметила, что использование скайпа тоже вызывает чувство отчужденности от нее, а Джон уверил ее, что это для него спасительная ниточка, и никакие ограничения тут не важны.

Доктор Б. чувствовала, что отождествляется с его ощущением утраты, потому что она тоже недавно развелась. Она понимала, какой риск это создавало, и смогла обсудить это со мной в супервизии. Однако я отметила, что когда Джон уехал и они стали общаться по скайпу, доктор Б. стремилась подчеркнуть в разговорах со мной его острую потребность в поддержке и сонастройке. Она дважды соглашалась изменить время сессии, не исследуя смысла происходящего, и это поразило меня, так как шло вразрез с ее обычной дотошностью в работе. Потом она сообщила, что Джон прислал ей сообщение по дороге на работу, потому что чувствовал себя в тревоге и нуждался в контакте с ней, и она ответила, написав несколько поддерживающих слов. Доктор Б. призналась, что это было для нее «необычно», но она чувствовала, что Джону очень одиноко и ему нужно было опереться на ее поддержку. Я ощущала, что она слишком быстро находила объяснения вместо того, чтобы сохранять любопытство о том, что все это могло значить. Казалось, будто чем больше была физическая дистанция между ними, тем более у нее сужалось поле аналитического видения.

Я предложила ей исследовать вместе с клиентом его «необычное» поведение на следующей сессии, и вот короткий отрывок из нее, который мне разрешено опубликовать:

**Джон:** Спасибо, что ответили на мое сообщение… Это действительно помогло мне прожить тот день… Мне сейчас трудно, и я чувствую, что только вы меня знаете… Меня окружают чужаки или коллеги по работе… Так одиноко…

**Терапевт:** Вы чувствуете, что вас словно не видят… Не признают тем, кто вы есть.

**Джон:** Да, точно… Как будто я невидим… У меня здесь никаких корней, и так странно, но я чувствую себя как-то отдельно, когда люди спрашивают меня о моей жене… Я вчера вечером звонил матери, пытался пообщаться по Face Time, но в технологиях она просто безнадежна (смеется), и она сказала, чтобы я просто позвонил по телефону…

**Терапевт:** Вы чувствовали себя отвергнутым, когда она предложила звонить по телефону вместо возможности видеть вас…

**Джон:** Ну, знаете, приятно, когда есть более какая-то существенная связь… Как сейчас… Вот это, когда я вижу вас по скайпу, хотя бы как-то делает все реальнее… Мне сегодня так хочется, чтобы меня обняли… Я думал, может даже заплатить за секс, просто чтобы кто-то меня обнял… Но потом я вспомнил, что у нас же сессия, и подумал, что это же важнее…

**Терапевт:** Реальнее…

**Джон:** Да, потому что я знаю, что вы обо мне заботитесь… То сообщение, которое я вам написал… Я реально думал, что вы не ответите… Я думал, я, наверное, нарушил некую черту, но когда вы ответили… Всего несколько слов, которые вы написали, мне от них стало лучше…

**Терапевт:** Вы не верили, что я откликнусь на вашу боль… Вы ожидали отвержения, как с вашей матерью, которая не хотела использовать Face Time…

*(Молчание)*

**Джон:** Мне вчера приснилось, что я пошел на встречу с моим бывшим начальником, и он странно вел себя. Я все время думал, что это не он, а какой-то притворщик… Он был похож, но мне было неприятно. Он предложил мне новую работу в Азии и сказал, что я буду дураком, если откажусь. Я на самом деле не люблю Азию, но он сказал, что он тоже туда переедет и я смогу работать с ним и мы сможем заработать много денег.

Мы не будем рассматривать эту сессию дальше, так как я хочу привлечь ваше внимание к нескольким моментам, важным для нашей темы.

Перед сессией Джон пишет сообщение своему терапевту в таком духе, как если бы он относился к ней скорее как к другу или любимому человеку. На самом деле, он говорит ей, что не ожидал ответа (т.е. он осознает, что перешел черту), но когда доктор Б. отвечает, она вознаграждает его стремление быть к ней ближе и сделать ее своим суррогатным партнером. Вместо того, чтобы заговорить об этом на сессии, как мы договорились на супервизии, и подумать о своем отыгрывании, доктор Б. играет в регистре сонастройки и фокусируется на том, как Джон не чувствует себя видимым другими: на том, что он недополучает нечто, что она теперь ему предоставляет. Это возбуждает Джона, и он говорит ей, как он тоскует по прикосновению и как он уже собрался было встретиться с проституткой, но потом вспомнил, что у него же сессия по скайпу с доктором Б. Здесь видно начало его бессознательной репрезентации своего терапевта: она приравнена к проститутке, к кому-то, кому платят за предоставленный сексуальный комфорт.

Отклик доктора Б. вновь не о том, чтобы заговорить о извращении аналитического сеттинга, которому она способствовала, или об эротическом притяжении в переносе. Вместо этого она связывает свой отклик с тем, как Джон чувствует себя отверженным матерью, которая выступает здесь фигурой, которая *не использует* виртуальные медиа. Доктор Б. откликается очень соблазняюще, усиливая идею о том, что его общение с ней «реальнее» — хотя, парадоксальным образом, это общение виртуально. Это приводит к тому, что Джон продолжает свой соблазняющий танец, говоря: «Я знаю, что вы заботитесь обо мне».

В сновидении Джон, однако, начинает бессознательно представляет смысл вознаграждающего разговора и доносить это до доктора Б. В сновидении он встречает своего босса — знакомая фигура, с которой он теоретически в асимметричных отношениях, — который теперь, однако, ведет себя «странно» и приглашает его поехать в Азию с ним, туда, куда Джон на самом деле не хочет ехать (т.е. терапевт согласился работать с ним в другом сеттинге / стране, а это не то, как хотел работать Джон). Можно сказать, что доктор Б., как и его босс в сновидении, заманивающий его горами денег, воспринимается как соблазняющая. Сновидение, таким образом, содержит переживание Джона о том, что он на самом деле не признает своего «старого» терапевта, в этом новом скайп-сеттинге превратившегося в какого-то «притворщика».

Специфика аналитического сеттинга со всеми его рамками может казаться иногда странной и фрустрирующей, но такой сеттинг по крайней мере внятно обозначает, что границы в аналитических отношениях отличаются от прочих социальных отношений. Любые стремления к привязанности или эротические чувства, которые могут возникать у любого из участников, более надежно ограничиваются сеттингом, и это служит напоминанием о том, что аналитические отношения отличаются от близких отношений любого другого типа, даже если в них возникают знакомые и манящие чувства.

**Заключительные размышления**

Можно думать о «месте» как о фиксированности, например, о месте на карте или о том, где находится наш кабинет, в терминах «пространства» как «практикуемого места» (DeCorteau, 1984: 117). Улица, например, превращается в «пространство» своими прохожими. Кабинет в физическом или виртуальном размещении превращается в «аналитическое пространство» пациентом и терапевтом и контрактом, связывающим их на 50 минут в этом пространстве. Таким образом, места создаются людьми, участвующими в определенной деятельности. Места «постоянно исполняются, разыгрываются» (performed) (Creswell, 2004: 37). Переосмысление места как создаваемомого и разыгрываемого на новый лад задает другие смыслы в исследовании телесного проживания кабинетной терапии по сравнению с терапией в виртуальности. В этом смысле место становится событием, обозначенным качеством коммуникации между двумя людьми, а не ограниченностью или постоянством реального места встречи, и тогда приходится иметь дело с преимуществами и ограничениями, наступающими в отсутствие реального кабинета. Это может быть в разной степени важно с пациентами в разном психическом состоянии. То есть вопрос о том, «хороша» или «плоха» опосредованная терапия, следует превратить в вопрос о том, работает ли она для конкретной диады пациент­–терапевт, занимающей психоанализом.

Как я показала в этой главе, опосредованная терапия ставит перед нами важные вопросы. Неизбывный вопрос для меня звучит так: не честнее ли иногда отказаться от скайп-терапии с учетом потерь и рисков, которые с ней связаны. На основании своего опыта я считаю, что аналитическая терапия, проводимая по скайпу, всегда беднее, чем опыт очной работы. Мы не можем воспроизвести полностью разделяемый воплощенный телесный опыт в виртуальном пространстве, в лучшем случае мы можем приблизиться к этому и компенсировать потери, связанные с тем, что мы не находимся в одном физическом месте. Крайне важно с готовностью принять это и обосновывать свои решения с учетом этих соображений. В нашей работе всегда важно быть честным, приверженным истине. Честность, правдивость — это состояние разума, обращенное к другому человеку, а не просто констатация фактов. Быть честным и стремиться к истине — это всегда намерение, и оно составляет самую сердцевину того, что пациент проживает со своим терапевтом: здесь определяется, может ли пациент доверять намерениям терапевта в свой адрес.

Вопрос того, можно ли доверять источнику информации, сегодня стал более значимым, потому что мы живем в эпоху «пост-правды» (Pomerantsev, 2016). Дело не только в том, что политики скармливают нам массу лжи через разные средства связи, например, но также и в том (и это более разрушительно), что лгать самому себе как будто уже перестало считаться чем-то проблемным. Это контекст, в котором стало возможно, чтобы британские политики запустили кампанию Brexit в 2016 году с обещаниями в таком духе: «Давайте отдадим нашей системе здравоохранения те 350 миллионов фунтов, которые забирает еженедельно Европейский союз», а выиграв референдум заявление как «ошибочное» отозвал один из лидеров Брекзита, а другой объявил это заявление просто «пожеланием».

Влияют ли технологии на наши отношения с истиной? На мой взгляд, влияют. Тому есть две причины. Во-первых, новые медиа с множеством экранов и потоков информации дают нам возможность сбегать в виртуальные реальности и фантазии, где то, что кажется правдой в нашем внутреннем мире, приравнено к внешней реальности и непроницаемо для любой другой версии реальности. Во-вторых, нарастает осознание того, что так называемый информационный век позволяет лжи распространяться очень быстро. Огромный объем «дезинформационных каскадов» не дает отличить правду от лжи (Pomerantsev, 2016). Все дело в том, что ложь привлекает поток интересующихся, потому что отвечает на уже существующие человеческие предрассудки. Гугл и Фейсбук выработали алгоритмы, основанные на том, что человек ранее искал и кликал: каждым следующим поисковым запросом и каждым следующим кликом мы подтверждаем свой портрет, и нам предлагаются только те вещи, которые принесут нам приятные впечатления, независимо от того, правдивы они или нет. Нами каждый день манипулируют, и мы не в курсе того, насколько мы замешаны в этом процессе, потому что выступаем поставщиками личных данных, позволяющих манипулировать нами.

Во внешней среде, где истина таким образом лишается опоры, а ложь не влечет последствий и живет, подтверждая сама себя, предоставление психотерапии через те же средства связи, что распространяют ложь, требует особой осторожности. Как убедительно показал Churcher (2015), в скайпе приватность не может быть надежно защищена. Если мы превозносим фундаментальную важность конфиденциальности, а потом работаем с помощью медиа, которое не может ее защитить, то что мы фактически сообщаем пациентам? Мы уклоняемся от истины. Единственный способ поддерживать верность принципам — это открыто поддерживать диалог с пациентом о том, что утрачивается или приносится в жертву компромиссу при работе через такое опосредование. А не относиться к Скайпу так, будто это всего лишь следующее «новое» приспособление для работы, нечто, что мы просто должны принять как должное.

Поразмыслив и приняв во внимание культуру, в которой мы живем и работаем, я пришла к решению, что мне нужно использовать это средство связи, но только при определенных условиях.

1. Важно встретиться с пациентом лично несколько раз, прежде чем переходить на скайп, а в идеале поработать с ним лично в течение длительного периода, а потом уже рассматривать необходимость скайпа.
2. Существенный момент — открыто говорить с пациентом об ограничениях работы по скайпу и внимательно слушать, что это для него значит на бессознательном уровне, как он это истолковывает.
3. Следует тщательно выбирать, кому из пациентов подходит такая форма работы, а кому нет. Не подходит она:  
   - пациентам, у которых нарушен образ тела,   
   - людям пограничным и / или перверсивным,   
   - тем, у кого ограничена способность репрезентировать переживания,   
   - тем, кому трудно дифференцироваться от других,   
   - тем, кому трудно удерживаться в реальности.  
   У этих пациентов есть общая черта: потребность укоренения в своем теле, так как для проработки своих конфликтов они нуждаются в воплощенном очном сеттинге, обеспечиваемом актуальным присутствием терапевта.
4. Важно быть твердым с теми пациентами, чьи потребности не укладываются в формат опосредованной терапии, и иногда это означает, что лучше вовсе отказаться от работы с ними, если очные встречи невозможны.
5. Такой способ работы требует, чтобы терапевт тщательно следил за своим поведением при использовании скайпа, потому что это средство связи значительно ограничивает терапевта в доступе к его / ее соматическому контрпереносу, а значит, как это ни странно, повышается риск эротического отыгрывания.

1. Глава 4, “Mediated psychotherapy” из книги Lemma, Alessandra. The Digital Age on the Couch. Psychoanalytic Practice and New Media. — Routledge, 2017. Перевод Юлианы Пучковой. [↑](#footnote-ref-1)
2. Я использую здесь термины «сеттинг» и «рамка» как взаимозаменяемые. [↑](#footnote-ref-2)
3. Авторы описывают три черты присутствия: оно располагает «я» во внешнем физическом или культурном пространстве, оно предоставляет обратную связь для «я» о статусе его активности и оно позволяет «я» эволюционировать через инкорпорацию инструментов. Они также описывают три уровня присутствия — прото, ядерное и расширенное присутствие (proto, core and extended presence) — где самое развитое и превосходящее это расширенное присутствие. Оно определяется как «интуитивное восприятие успешного действия во внешнем мире по отношению к доступным объектам». [↑](#footnote-ref-3)