

УДК 159.964

DOI <http://doi.org/10.32437/PVEMCERPdppp0010>

### **Марианна Козлова**

*Психоаналитический психотерапевт, супервизор,  
официальный представитель ЕКПП в Беларуси, супервизор,  
кандидат Международной Федерации Психоаналитических Сообществ (IFPS),  
член Белорусской ассоциации психотерапевтов (БАП)  
<https://orcid.org/0000-0001-5399-7340>*

## **НОВЫЕ РЕАЛИИ. КАК БЫТЬ?**

Я довольно долго размышляла над тем, что мне было бы интересно обсудить на конференции. Однажды, поздним вечером мой взгляд скользнул по томику Шекспира. Я вспомнила слова Гамлета: «*Быть или не быть? Вот в чем вопрос...*» И в этот момент «пазлы» сложились. Мне бы хотелось поделиться сегодня с вами своими размышлениями по поводу текущей ситуации и нашей адаптации к ней. Потому что с марта 2020 года мир резко изменился. И сейчас не стоит вопрос: быть или не быть психотерапии и психоанализу онлайн. Сейчас стоит вопрос: *как* быть?

Я думаю, что все вы помните времена, когда велись дискуссии по поводу работы онлайн. И многие высказывались весьма неодобрительно о данном способе. Так исторически сложилось, что мой личный опыт состоит из всех возможных вариантов. В самом начале своего пути в профессию психотерапевта я нашла специалиста у себя в Минске, и мы работали у него в кабинете. Затем было повышение квалификации в Литве. Одним из необходимых условий для получения диплома являлось наличие дидактической психоаналитической психотерапии,

которая проходила шаттлово. Я до сих пор помню, как, приезжая каждые 2 недели к своему аналитику, первые 2 часа я просто «вываливала» все, что у меня накопилось. И лишь затем я могла работать в более спокойном режиме. Так повторялось каждый мой приезд. Я думаю, что те из вас, кто проходил терапию или анализ в шаттловом варианте, могли заметить аналогичную реакцию. Поскольку мои коллеги по учебе у себя такую же ситуацию наблюдали.

Сейчас я не помню точно, с чем именно это было связано, но после того, как нормативные 300 часов терапии были пройдены, мы с аналитиком решили попробовать работать регулярно в скайпе и продолжать встречаться во время моих приездов в Литву на семинары, как раньше. Это был первый опыт работы онлайн как для моего аналитика, так и для меня в качестве пациента. Тогда я с радостью обнаружила, что во время приездов могу работать спокойно, а не эвакуировать экстренно содержимое переполненного за время перерыва между шаттлами контейнера. Что необходимость выгружать в терапевта скопившиеся «завалы» своей психики у меня просто исчезла. Опытным путем на себе я обнаружила, что терапия онлайн работает достаточно хорошо. Да, есть разница между удаленной терапией и работой в кабинете. Но так ли принципиальны различия? Как плюсы, так и минусы есть в каждом варианте. Нам может нравиться или не нравиться работать онлайн, но без использования интернета работать сегодня уже невозможно. И именно об этом я хотела бы сегодня поговорить с вами, уважаемые коллеги.

Сегодняшний мир таков, что основные коммуникации переносятся в киберпространство. Дистанционные технологии используются очень широко и уже более 50-ти лет. Хотя, если немного погрузиться в историю, то появление дистанционного образования начинается с XVIII века. В 1728 году Калейб Филипс подал в бостонскую газету объявление о наборе студентов

для изучения стенографии в любой точке страны путем обмена письмами. Это послужило началом образования на расстоянии. В 1892 году, университет Чикаго создал первую дистанционную программу, став тем самым, первым дистанционным учебным заведением США.

С изобретением радио процесс разработки обучения на расстоянии ускорился, стали доступны новые формы работы с учащимися. Считается, что первый университет, который внедрил радио в обучение, был Государственный Университет Пенсильвании, в 1922. С появлением телевидения в 1950-х годах развились телевизионные курсы.

В 1960-е годы дистанционное образование получило международное признание и стало активно развиваться при поддержке ЮНЕСКО. В 1963 году премьер-министр Англии Г. Вильсон объявил о создании «эфирного университета», который предполагал объединить все учебные заведения, использующие дистанционное образование. Университет Висконсина в США в 1965 году внедрил масштабную образовательную программу для врачей, используя при этом формат телефонного преподавания. В 1968 году можно было получить аккредитованный диплом на базе дистанционного образования в университете Линкольна, штат Небраска. Дистанционные технологии в обучении начали довольно широко применять с 1969 года, когда был основан 1ый в мире Университет дистанционного образования - Открытый Университет Великобритании (он был назван так, чтобы показать его доступность за счет невысокой цены и отсутствия необходимости часто посещать аудиторные занятия).

С изобретением интернета человечество шагнуло еще на шаг вперед в образовательных технологиях. На сегодняшний день есть ряд платформ, которые позволяют получать онлайн-образование. Наиболее известные из зарубежных - это Coursera, Udemу, edX, а также российский Skillbox. И сейчас

дистанционные технологии используются практически повсеместно, в том числе в психотерапии и психоанализе. Мы работаем с пациентами в скайпе, даем и берем супервизии, используем различные платформы для семинаров и обучающих программ. Посредством интернета мы поддерживаем связи с профессиональными сообществами. Как на постсоветском пространстве, так и за рубежом есть центры обучения психоанализу и психотерапии, которые предлагают весь спектр тренинга. Не только обучение, а и тренинговую терапию или анализ, супервизии и групповую работу в онлайн пространстве. Современный мир буквально пронизан технологиями и они становятся неотъемлемой частью нашей жизни.

К слову сказать, в свое время я с удивлением прочла сообщение в интернете, что, как оказывается, в секс-индустрии очень активно используется общение веб-моделей и пользователей в видеочате в режиме онлайн. Я не буду сегодня останавливаться на этом, но у меня эта информация вызвала много вопросов и размышлений.

Что касается психотерапевтической работы онлайн, то она имеет как плюсы, так и минусы. И для начала я хотела бы остановиться на очевидных бонусах, которые мы имеем.

Пациент, особенно, если это будущий психотерапевт, может выбирать специалиста без привязки к своему месту жительства, что позволяет снизить риск или совсем избежать пересечений контекстов. Я думаю, что это значимый фактор в нашей работе. Ведь даже в больших городах психотерапевтические сообщества не так уж и велики.

Если взять Беларусь, то психотерапия начала развиваться здесь всего пару десятков лет назад. И около половины этого времени, кроме терапевтической работы у себя в Минске, я занималась организацией конференций, обучающих программ, Летних школ по психоанализу и психотерапии и различных групп. Побочным последствием моей деятельности

явилось то, что многих психотерапевтов я знаю лично. И когда мой сын решил начать психотерапию, мне пришлось обратиться к моему супервизору в Литве за рекомендациями, чтобы избежать пересечения контекстов. Для меня было крайне важно найти специалиста, с которым я лично не знакома, и который при этом достаточно хорош с точки зрения уважаемого мной профессионала. Особенно с учетом того, что я на себе прочувствовала не самые приятные последствия, которые возникли из-за невозможности избежать смешения контекстов в начале моей профессиональной деятельности.

Принадлежность к одному психотерапевтическому сообществу приводит к сложной плоскости пересечений. Участие в семинарах, различных группах, конференциях неминуемо сводит нас с теми, с кем мы работаем, если это будущий психотерапевт. И тогда зачастую мы оказываемся перед необходимостью делать крайне сложный выбор: или отказываться от участия в интересующем нас мероприятии, или в течение определенного времени прорабатывать и перерабатывать в терапии последствия таких пересечений. Всего этого можно избежать при использовании дистанционных технологий.

Интернет позволяет нам работать из любого места и из любой точки мира, что само по себе очень удобно. Если пациенты не успевают добраться домой, то они могут выйти на связь, сидя в машине, и не опаздывать к назначенному времени встречи. Или могут таким образом уединиться, если их домашние во время сессии находятся дома. Отпадает необходимость делать перерыв в терапии, когда пациент уезжает в командировку или отпуск, что было неизбежным при встречах в кабинете. Таким образом, мы получаем больше возможностей и степеней свободы, когда работаем онлайн.

Используя скайп, появляется шанс обеспечить постоянство и регулярность терапии. И по моему опыту, это значительно облегчает течение процесса по сравнению с шаттл-

терапией. Кроме этого, поскольку на экране монитора невербальные проявления видны все-таки хуже, мы тренируемся лучше слушать и слышать, о чем говорит пациент, и становимся более внимательны к словам и смысловым оттенкам.

При дистанционной работе имеется еще и довольно приятный материальный плюс - это экономия времени и денег на трансфере. При чем как для пациента, так и для психотерапевта, если его кабинет находится не рядом с домом. Ведь за то время, которые мы тратим на дорогу к кабинету, особенно в мегаполисах с их пробками и расстояниями, можно принять еще одного-двух пациентов, или освободить себе время для других дел. Например, написать доклад на конференцию, прочесть статью, пообщаться с коллегой или просто отдохнуть.

В то же время, терапия онлайн имеет ряд «побочных» эффектов. Еще в 2014 году John O'Keefe, May Britt, Edvard Moser, исследуя работу мозга, обнаружили, что в нашем общении всегда задействовано и то пространство, на котором оно происходит. При работе в кабинете в мозгу остается «привязка» к обстановке, в которой находятся пациент и терапевт. И на сегодняшний день мы не знаем, как повлияет отсутствие этой дополнительной связи на процесс терапии. Может быть это обернется к лучшему, а возможно, мы что-то безвозвратно потеряем.

Также мы знаем, что терапия начинается не тогда, когда пациент садится в кресло или ложится на кушетку. Она начинается еще по дороге в кабинет. И ученые подтвердили, что одни и те же нейронные сети отвечают как за перемещение тела в пространстве, так и за путешествия в пространстве памяти, мыслей и чувств. Наш мозг содержит ментальную карту, которая помогает нашим перемещениям. И она включает в том числе наши впечатления и запахи (Buzsaki & Moser, 2013).

Когда мы пользуемся традиционными, выработанными тысячелетиями способами общения, то включенность в диалог, его воздействие на нас, а также наша ответная реакция довольно

интенсивны. С использованием интернета мы менее активно участвуем в общении, чем это заложено эволюционно. Наличие совместного пространства оказывает влияние на то, как именно проходит общение и влияет на его качество.

В своей работе мы имеем дело с внутренней реальностью. И большую часть ее составляют эмоции. Известно, что основные эмоции человек «читает» и распознает не столько по произносимому тексту и мимике, сколько по телодвижениям собеседника. В ответ «включаются» собственные эмоциональные реакции. Экспериментально было установлено, что на эмоциональность общения у испытуемых влиял тот факт, где именно находится партнер по общению - в соседней комнате или в другом городе. И я думаю, что психотерапевты не являются исключением. Мы также более эмоционально включены при близком контакте, хотя это не всегда можно за собой отследить.

Когда мы общались с коллегами на тему состояния и самочувствия во время онлайн терапии, можно было услышать противоположные отклики. Кому-то работать стало легче. Кто-то говорил о большей усталости из-за напряжения. Общим было то, что взаимодействие отличается от привычного в кабинете, и что появилась необходимость обустроить работу технически, чтобы это было удобно.

В онлайн работе есть составляющие, которые так или иначе, в большей или меньшей мере имеют значение и оказывают влияние на нашу работу. И мне хотелось бы поделиться своими размышлениями по этому поводу.

К значимым факторам, влияющим на происходящее в сессии, я бы отнесла в первую очередь отсутствие сенсорного контакта. Это неотъемлемая черта онлайн-терапии, которая находится вне зоны нашего влияния и это невозможно исправить. При работе в скайпе мы видим не целостную картинку, а только ее часть, и это может приводить к функциональным искажениям в восприятии. Например, когда терапевт улыбается,

то пациент может улыбаться ему в ответ и при этом сжимать кулаки. При работе в кабинете мы бы обратили внимание на это несоответствие и стали бы размышлять о возможных причинах. Когда же такие детали остаются вне зоны видимости, специалист может только смутно ощущать, что происходит нечто, чему практически невозможно найти объяснение.

Встречаясь в скайпе, мы не чувствуем запаха, цветопередача временами искажается монитором и тогда легко упустить нюансы, которые были бы очевидны для нас при работе в кабинете. Та чашка, из которой пациент что-то пьет во время сессии - что в ней? Это кофе, вода или там алкоголь? Мы этого не знаем. Хотя при очной встрече легко бы почувствовали запах и определили. При встрече онлайн пространство и пациент целиком не видны для нас. И существенные детали могут ускользать, поскольку находятся вне поля зрения, однако при этом нередко вызывают эмоциональный диссонанс у терапевта и непонимание, что же происходит с пациентом. А когда идет работа в переносе, то такие мелочи имеют большое значение.

Также к имеющим значение факторам я бы отнесла отсутствие возможности во время нашей работы влиять на условия, в которых находится наш визави по ту сторону экрана. В кабинете, как правило, мы можем обеспечить безопасность и подходящую обстановку. Когда же работа происходит онлайн, то контроль за ситуацией осложнен. В какой-то момент мы можем увидеть собаку или ребенка, который мелькает на экране. И только тогда обнаружить, что, оказывается, мы работали втроем, а не вдвоем, как думали изначально.

Случается, что пациент во время сессии держит ноутбук или смартфон у себя на коленях, или выходит в скайп, сидя в постели. Такие ситуации не всегда возможно отследить. И тогда голова терапевта располагается по отношению к пациенту совершенно не там, где она была бы при работе в кабинете. Говорящая голова на коленях или в постели - довольно



пикантная ситуация. И бессознательное пациента реагирует на такое положение. А поскольку мы не видим картинку целиком, то происходящее в сессии может вызвать диссонанс у терапевта. Невольно возникает вопрос: как с этим обходиться?

То же самое касается и курения во время сессии. В своем кабинете я устанавливаю правила. Когда идет работа в скайпе, то есть наше общее время, предназначенное для работы. В то же время, есть 2 территории, и одна из них нам не принадлежит - не мы являемся на ней хозяевами. Подобные феномены можно и желательно исследовать, пытаться понять, что именно за этим кроется. Но увы, это не всегда осуществимо. И приходится держать ситуацию у себя в голове, что является дополнительной нагрузкой для нас, как специалистов.

Бывает, как во время сессии мы замечаем, что взгляд пациента скользит по экрану или направлен куда-то в сторону. И тогда можно предположить, что кроме работы с нами, он занят еще чем-то. Лично я временами делаю заметки во время сессий. При работе в кабинете пациент это видит и понимает, что происходит. При работе онлайн я информирую, что могу смотреть вниз, когда записываю, и при этом слушаю и слышу, о чем идет речь. Для того, чтобы не усиливать тревогу, приходится пояснять и запоминать довольно много дополнительной информации.

Все эти важные детали, на которые мы не можем существенно повлиять, приводят к эмоциональной неуверенности, которая осознается терапевтом только частично, т.к. внимание концентрируется на других вещах. Эта неуверенность становится сильнее при обсуждении эмоционально важных для пациента вопросов. Она же приводит к тому, что быть естественным не так легко, как при работе в кабинете. И говорить о сложных вопросах, углубляться в противоречия или интерпретировать может быть тоже непросто. Возможно, что все вышеперечисленное и приводит к тому, что при работе онлайн у многих специалистов быстрее наступает усталость.

Также невозможно игнорировать тот факт, что скайп становится вечным третьим в нашей работе. И техника может вмешиваться в терапевтический процесс. Временами случаются проблемы с интернетом. Как это было в августе 2020 во время протестов в Беларуси, когда его просто отключали на неопределенный срок. Бывают чисто технические сбои с одной либо другой стороны. В кабинете мы просто сидим и ждем пациента, т.к. это его время. Наша задача - наблюдать за происходящим. При работе в скайпе возникает беспокойство: это техника подвела или пациент не появился? Он там или его нет? Что за причина? Я уже не говорю о том, что есть техника разного качества и не всегда она достаточно хороша, что приводит к искажениям изображения или голоса. Тогда нам приходится встречаться с сомнениями: так ли я вижу и понимаю? А это затрудняет выбор эмоционального фокуса в сессии.

Бывает, что на эмоционально заряженной ситуации в сессии связь прерывается или становится неустойчивой. Тут возникает любопытный момент. Обычно, если мы хотим работать и настроены на хорошую связь, то все так и происходит. В то же время, местами возникают различного рода помехи, которые могут быть в том числе отыгрыванием или реакцией переноса со стороны пациента, либо своего рода индикатором контрпереносных реакций терапевта. И речь не о паранормальных явлениях, а о том, как мы готовимся к сессии. Осознаем ли мы то, что происходит в терапевтическом процессе и с нами в том числе, что может мешать нормальной связи или не осознаем. Поскольку возможно, что по какой-то бессознательной причине мы не хотим видеть данного пациента или работать в этот день вообще.

Я думаю, что вы тоже сталкивались с ситуацией, когда во время сессии скайп просит его обновить и прерывается связь. Или компьютер начинает перезагружаться, или интернет отваливается по непонятным причинам. И снова вопрос: что за этим стоит и как обходиться с этим моментом?

Когда пациент опаздывает или пропускает сессию, как правило, он ее полностью оплачивает. Должен ли он оплачивать, если произошли неполадки с техникой? У меня нет готового ответа на этот вопрос. При проблемах со скайпом я обычно пытаюсь связаться с пациентом какими-то альтернативными способами. Например, по телефону или в мессенджере. И в то же время, я чувствую себя растерянной. Я понимаю, что время идет, а связи нет и непонятно, кто за это несет ответственность. Это ситуация, в которой может возникнуть чувство вины. И хорошо, если мы его у себя заметим и проанализируем сами или с помощью супервизора.

Как написал кто-то из коллег вчера в чате: «Технические сбои - это прекрасная возможность еще раз встретиться и наблюдать за своим бессознательным».

Если в отношениях с пациентом у нас хороший терапевтический альянс, то решить подобного рода вопросы довольно легко. Если же отношения напряженные, что случается на определенных этапах работы, или альянс еще некрепок, то такие ситуации вызывают дополнительные сложности и увеличивают паранойяльный компонент, который приводит к фантазиям, что что-то не ладится в терапевтических отношениях. Остается только надеяться, что со временем технологии станут лучше, количество технических проблем станет меньше, и работать тогда нам станет чуть полегче.

Когда мы работаем в кабинете, то готовимся к началу приема и соответственно выглядим, даже если рабочее место находится у нас дома. При онлайн варианте, когда пациент физически не находится в одном с нами пространстве, вполне может наступить некое расслабление по поводу тех частей нашего тела или пространства вокруг нас, которые обычно не видны на экране. И здесь нужно быть особенно внимательным и помнить о своем внешнем виде. Лично я несколько раз была невольным свидетелем того, как забывшись, мои пациенты поднимались, и оказывалось, что они сидели в рубашке и без штанов.

То же самое касается и обстановки, в которой мы работаем. Приходится заранее продумывать, чтобы в объектив камеры не попали детали, которые не предназначены для глаз пациента - какие-то личные вещи, фотографии, отражение в зеркалах. Начинает иметь значение тот фон, который находится у нас за спиной. Необходимо задумываться об освещении, которое может быть неподходящим для онлайн-работы, в силу того, что монитор стоит так, как стоит. Независимо от времени суток, лично мне приходится включать дополнительный свет во время встреч с пациентами, поскольку у меня в кабинете за спиной находится окно, на фоне которого в скайпе виден лишь контур моего лица. Хотя при очных встречах это было не нужно. Я также прошу своих пациентов организовать для работы подходящее освещение, чтобы я могла их видеть.

Здесь добавляются и вступают в игру еще несколько факторов - это расстояние до экрана и наш возраст. Я думаю, что вы согласитесь со мной, что любому из нас хочется выглядеть хорошо (особенно прекрасной половине). И обычно наши пациенты не видят нас так близко. Я уже не говорю о том, что изображение на экране можно увеличивать и рассматривать малейшие детали. Лично я, когда писала доклад и подумала об этом, отследила беспокойство: а что, если кто-то из них действительно так делает, а я об этом даже не задумывалась раньше?

Хотя есть и другая сложность. Мы видим себя на своем экране в маленьком окошке и это существенно отличается от того, как нас видят наши пациенты. Лицо терапевта во весь экран может затруднять некоторым из них зрительный контакт, когда мы работаем лицом к лицу. А терапевту приходится постоянно помнить, особенно в эмоциональные моменты, когда важна мимика, что камера может исказить изображение в зависимости от того, как она расположена по отношению к лицу пациента. Также существуют оптические феномены, связанные с использованием линзы, когда на экране меняется

левая и правая сторона. И тогда может возникать путаница и недоумение, а куда же и на что смотрит наш визави?

Я думаю, что стоит оговаривать эти технические моменты с пациентом в самом начале и пояснять, почему необходимо сделать именно так. Поправить или добавить освещение, отрегулировать расположение камеры и компьютера, поменять позу и т.д. Если заблаговременно позаботиться об обустройстве условий для работы, то снижается необходимость постоянно держать в своей голове все эти дополнительные детали, что, в свою очередь способствует уменьшению напряжения.

Когда мы работаем онлайн, то можем наблюдать ту часть жизни наших пациентов, которая при работе в кабинете нам недоступна. Ведь в кабинет пациент приносит только то, что он хочет, чтобы мы видели. В скайпе нам становится доступна какая-то часть их приватной жизни. Мы видим обстановку, в которой они живут. Иногда они хотят показать нам что-то важное для них в их доме, в их обжитом пространстве. Одна из моих пациенток даже провела для меня нечто типа экскурсии по всему уголкам своей квартиры, отмечая, какие из мест ей нравятся больше всего, а что она хотела бы изменить и улучшить. И тогда возникает ряд вопросов: кто я для нее? Я все еще ее терапевт или уже стала кем-то большим? Какая роль отведена мне в ее жизни? Что она таким образом мне хочет сказать? Что за этап наступает или уже наступил в наших с ней отношениях?

Как я, так и мои коллеги обратили внимание на то, что некоторые пациенты при переходе в онлайн формат работы начали легче говорить о вещах, которые были ранее загружены у них стыдом и практически недоступны обсуждению. Темы обозначались во время очных сессий, но погрузиться и проработать их было нереально. Возможно, что при дистанционной работе сопротивление уменьшается, когда дело касается стыда. И тогда возникает вопрос: эти изменения позитивны или негативны?

Похоже, что при онлайн-терапии тревога снижается, что создает иллюзию близости. В скайпе пациентам часто легче говорить о тяжелых вещах и переживаниях. Возможно, что дистанционный формат терапии работает на защиту от стыда и тревоги, которая связана с близостью. Я думаю, что это не хуже и не лучше - просто онлайн-терапия действует и работает иначе. Это достаточно хороший инструмент, в чем я убедилась лично на себе. И в то же время, необходимо помнить, что он не всегда бывает уместен. И им нужно уметь (или научиться) пользоваться.

Когда мы встречаемся с глубокими проблемами личности и пациент начинает сразу же говорить о тяжелых событиях и переживаниях, я думаю, что не стоит применять раскрывающую терапию, особенно на начальных этапах. И это то ограничение, которое лично я учитываю при работе онлайн. В то же время дистанционная работа достаточно хороша в случае необходимости использования суппортивной терапии.

Виртуальное пространство позволяет легко отреагировать деструктивное поведение. Нажав кнопку, пациент прерывает общение и выходит из скайпа мгновенно, в отличие от ухода из нашего кабинета, который занимает некоторое время. Ведь обычно при прощании мы говорим уходящему пациенту несколько фраз. Я не раз с удивлением слышала, как эти фразы мне возвращали с комментариями, что именно они оказали большое влияние на то, что произошло впоследствии в терапии. Пациенты помнили не то, что происходило во время сессии, а то, что они услышали уже за пределами кабинета. Похоже, что наши слова при прощании являются в том числе тем самым «мостиком», который позволяет нашим визави остаться в кабинете, когда сессия уже закончена, и укрепляют связь. Увы, эта задача невыполнима при дистанционной работе.

Кроме всего прочего, время от времени в сети появляются сообщения о вскрытых переписках, взломанных сайтах и

похищенных данных. И тогда неминуемо возникает вопрос о конфиденциальности - одном из основных и необходимых условий проведения психотерапии и анализа. Сможем ли мы гарантировать безопасность и неразглашение того, что происходит на сессии нашим пациентам? А если нет, то что? Как это отразится на наших пациентах и нашей практике?

Использование онлайн-терапии поставило перед нами много вопросов как профессионального, так и технического толка, на которые мы до сих пор все еще ищем ответы. Работа в скайпе привнесла в нашу профессию дополнительные задачи, которые необходимо решать. В нашем профессиональном сообществе до сих пор ведутся дискуссии на тему: должна ли быть разница в оплате за онлайн и очные встречи. Необходимо ли сочетать сессии в скайпе и живую или придерживаться только одного вида работы с пациентом. Как решать вопросы с оплатой, если пациент живет в другой стране и это неминуемо вызывает сложности в данном аспекте работы.

Терапия онлайн - это работа, такая же, как и прием в кабинете. В то же время критерии ее размыты и временами совершенно непонятны. Научные данные противоречивы. Кто-то говорит о затруднениях, а кто-то - о достижениях. И окончательный ответ по поводу эффективности терапии онлайн на сегодняшний день отсутствует.

Ясно только одно. Мир изменился. И нам необходимо адаптироваться и найти для себя и наших пациентов наиболее подходящие способы для того, чтобы наша работа была достаточно эффективной.

#### **Литература:**

1. Buzsáki, G., & Moser, E. I. (2013). Memory, navigation and theta rhythm in the hippocampal-entorhinal system. *Nature neuroscience*, 16(2), 130-138.
2. Gilman, N. V. (2015). Analysis for science librarians of the 2014 nobel prize in physiology or medicine: The life and work of John O'Keefe, Edvard Moser, and May-Britt Moser. *Science & Technology Libraries*, 34(1), 1-18.