

Яел Кейдіш (Yael Kadish)

Ph.D., психоаналітик IPA та клінічний психолог, член та голова Комітету з членства Південноафриканської психоаналітичної асоціації (SAPA), співголова Етичного Дорадчого Комітету в SAPC (Південноафриканській Психоаналітичній Конфедерації), головний клінічний психолог у спеціалізованій психіатричній лікарні імені Tara H. Moross в м. Йоханнесбург, має приватну психоаналітичну практику <https://orcid.org/0000-0003-0567-2474>

**ЕТИЧНІ ВИКЛИКИ ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ РОБОТИ ОНЛАЙН
У БЕЗПРЕЦЕДЕНТНІ ЧАСИ ТА ПОЗА НИМИ**

Вступ

У цій роботі описано етичні виклики, з якими зустрічаються психоаналітичні терапевти, що працюють під час епідемії Covid-19 і не тільки, з акцентом на порушення рамок роботи.

Коли на початку 2020 року пов'язані з Covid-19 локдауни майже в кожній країні змусили спеціалістів піти з офісів, поле психотерапії миттєво змінилося. У той час як практикуючі терапевти досі справляються з наслідками пандемії, в тому числі з драматичним переходом на віртуальну терапевтичну роботу, психоаналітична література намагається йти нога в ногу зі змінами в нашій практиці та більш масштабними наслідками.

Зараз ми можемо відчувати, що крайня нагальність вже минула і в будь-якому випадку всі ці порушення були короткостроковими, що наша практика більш-менш стабілізувалася. Але розумно було б ідентифікувати можливість більш довгострокових наслідків для кожного з наших пацієнтів, для нашої практики та психоаналізу в цілому.

Я проілюструю свою доповідь прикладами з Південної Африки, деякі з яких є прикладами з моєї практики клінічного

психолога та психоаналітика Південноафриканської психоаналітичної асоціації, а інші - з моєї роботи Головним психологом у психіатричній клініці Тара, державній лікарні в Йоганнесбурзі.

Подивимось на наступний приклад. Я знаходжусь на віртуальній сесії з пацієнткою в аналізі. Пацієнтка нещодавно помила волосся, воно все ще вологе. На ній пухнаста піжама, і вона виглядає як постаріла дитина, а не як доросла жінка.

Вона трохи червоніє, пояснюючи, що тільки що приймала ванну та відчуває себе зручно в піжамі. Вона сподівається, що так можна. Її рум'янець дає мені зрозуміти, що тут присутні приховані бажання. Я вважаю, вона хоче, щоб я була люблячою матір'ю, яка висушить її волосся та вкладе її спати. Поки я думаю про це, моє реверсі перериває інша думка. Я згадую, що на сесії я взута в свої зручні капці. Звісно, вона їх не бачить, але я про це знаю, і тепер це стає частиною мого контрперенесення. І пацієнтка, і я повели себе так, як би ніколи не сталося на очній зустрічі. Через те, що не тільки вона, але і я порушила норми, я вже не відчуваю такої свободи для інтерпретації і моментально втрачаю впевненість у її валідності. Я розумію, що маю спочатку завершити тему мого власного провалу в дотриманні рамок, перш ніж відчую, що можу зробити інтерпретацію. Ці крихітні моменти дійсно заслуговують нашої уваги. Важливо повернутися до самих основ рамок, поміркувати про клінічне значення, етичні виклики, а також нові поточні відкриття.

Рамки

У 1952 році Маріон Мільнер вперше ввела ідею рамки, порівнюючи її з рамкою в мистецтві. Вона написала "*...часова та просторова рамка (також) розмежовує особливу реальність психоаналітичної сесії. У психоаналізі саме існування такої рамки уможлиблює розвиток тієї креативної ілюзії, яку аналітики називають перенесенням (с. 183).*"

У 1967 році Хосе Блегер опублікував важливу роботу на цю тему, визначивши рамку як *усі константи психоаналітичної ситуації*. Рамка інкорпорує формальні згоди: фізичний простір сетингу, фіксований час сесії та правила оплати. Усе це міститься в професійному контракті. Крім того, рамка поєднує в собі два аспекти ролі та техніки аналітика - по-перше, аналітичні стосунки та, по-друге, аспект техніки, що відноситься до підтримання рамки.

Розуміння рамок Блегером було повсюдною константою в психоаналітичній практиці. Ідіосинкратичні взаємодії пацієнта в межах та в протидії константам рамки потрібно вважати змінними. Більша частина роботи полягає в аналізуванні та інтерпретації цих змінних. Блегер вважав, що рамка глуха, вона репрезентує не-процес та слугує такою точкою, від якої відштовхується аналітичний процес. Рамка невидима до тих пір, поки пацієнт не намагається їй протидіяти у своїх вираженнях типових конфліктів, і в цей момент вона оживає та стає помітною - змінною, яку можна використовувати в роботі. Коли взаємодія стає зрозумілою та опрацьовується, рамка знову стає частиною фону.

Пандемія та пов'язані з нею локдауни похитнули рамки. Здається, що ті три аспекти рамки, які попередньо були константами, тимчасово стали змінними. По-перше, це постійність фізичного сетингу; по-друге, це порушення здатності терапевтів підтримувати аналітичне відношення; і по-третє, це нездатність терапевта підтримувати рамку. Ми використовуємо ці фундаментальні ідеї для осмислення того, як пандемія збила з пантелику весь аналітичний проект та які довгострокові наслідки це може мати.

Сетинг та аналітичне ставлення

Коли став розповсюджуватися Covid-19 та почали відбуватися раптові зміни, що суперечили нормальній психоаналітичній практиці, не було часу на жодні приготування, перш ніж

ми почали діяти. Ми не могли виконувати нашу звичну роль у підтриманні рамок, а лише відповідали на наявну ситуацію, намагаючись вижити в тому, що здавалося судним днем. Дуже важко було підтримувати аналітичне ставлення, пацієнт та аналітик разом виживали, можливо, навіть були в параноїдно-шизоїдній позиції, як називає її Кляйн.

Аналітичне ставлення було описано багатьма авторами, починаючи з Фрейда та його "Техніки психоаналізу". Подальші ідеї про цю концепцію надійшли від Роя Шафера (), Роберта Ленгса та були описані в менш відомих роботах, консолідуючих усі попередні ідеї та написаних Гевіном Айві, вихідцем з Південної Африки.

У роботі Айві зазначається, що аналітичні стосунки складаються з таких компонентів: стриманості, нейтральності, генеративної невпевненості, рецептивності та рішучості в контрперенесенні. Коротко пройдемося цими компонентами.

Стриманість (абстиненція) означає, що спеціаліст має стримувати себе від будь-яких терапевтичних дій або відсутності дій, які задовольняють несвідомі фантазії пацієнта, утримуючи певну дистанцію між тим, що пацієнт хоче, та тим, що дає йому терапевт. Ця дистанція уможливорює виникнення придатного до аналізу перенесення.

Нейтральність тісно пов'язана зі стриманістю. Анна Фрейд описала її як внутрішній стан рівної віддаленості від Я, Воно та Супер-Его пацієнта. Мусить бути нейтральність щодо того, що пацієнт приносить, чого бажає, до його механізмів захисту та самокритики. Нейтральність - це дисциплінована відмова від занадто емоційних реакцій на матеріал пацієнта; вона таким чином залежить від здатності терапевта вести постійний внутрішній діалог, що дозволяє йому мислити про себе.

Генеративна невпевненість походить з рекомендації Фрейда аналітикам підтримувати вільноплаваючу увагу. З точки зору Біона - це слухати без підключення пам'яті чи бажань.

Генеративна невпевненість - це ставлення продуктивного дослідження, що контрастує з непродуктивною та невротичною впевненістю пацієнта.

Рецептивність у контрперенесенні була вперше описана Полою Хайманн, яка стверджує, що, окрім вільноплаваючої уваги аналітика, яка дозволяє слухати на багатьох рівнях, аналітик мусить також мати вільно збуджену емоційну чутливість, яка дозволяє йому слідувати за емоційними рухами та несвідомими фантазіями пацієнта.

І нарешті, **рішучість**, яка є присвяченням себе підтримці аналітичного ставлення. Підтримання відкритості до невідомого на сесії вимагає хоробрості та відчуття віри в аналітичний процес.

Ми знаємо, що психоаналітична робота передбачає постійну передачу від одного іншому та навпаки, ритм, що дозволяє нам пережити порушення, за якими йде процес осмислення та відновлення. Це нормальні мінливості нашої роботи, постійна інтра- та інтер-персональна обробка, що характеризує міжперсональне перенесення-контрперенесення.

Саме рамки та аналітичні стосунки дозволяють нам занурюватися в психічну реальність і, таким чином, працювати аналітично. Якщо здатність мислити аналітично унеможливується через порушення рамки або стосунків, це напевно можна вважати етичною проблемою.

Час пандемії

Коли пов'язані з пандемією локдауни почалися майже в кожній країні світу, спеціалісти стали перед вибором з двох опцій - продовжити працювати онлайн або припинити роботу. Ми все ще дізнаємося, як це питання вирішили наші колеги з усього світу. Українське дослідження Великодної та Циганенко (2020) показало, що під час перших локдаунів 83% спеціалістів обрали віртуальні сесії, в той час як решта припинила працю. У Південній Африці, здається, більшість спеціалістів обрали

роботу онлайн, хоча це непідтверджена інформація. З точки зору етики, швидкий перехід на роботу онлайн є етичним, тому що це рішення приймається в інтересах пацієнта, незважаючи на відсутність часу на підготовку. Реальність зробила підготовку неможливою. Найважливішим питанням було продовження сесій.

В одній з глав нещодавно опублікованої книги під назвою Ковідне життя (Covidian Life, 2021) бельгійський психоаналітик Серж Фріш описує той початковий перехідний період ковіду та відповіді на цей виклик, що, мабуть, резонує для багатьох з нас. Він пише: *“У той час як поняття аналітичної рамки дуже дороге моєму серцю, я не дав собі або своїм пацієнтам жодного моменту для осмислення та аналізу цього нападу на рамки, хоча зазвичай я це роблю, коли пацієнт починає випробовувати рамки на сесії. ... Зараз я розумію, що мої аналітичні здібності повністю підвели мене. Я здатен прийняти, що це могло зі мною статися. Але як може бути, що вся професія відреагувала більш-менш однаково? І що я міг передати своїм пацієнтам відносно своєї тривоги та психічної некоректності, що призвели до такої поведінки - дій, що повністю суперечать моєму звичному підходу, згідно з яким я би взяв якийсь час на осмислення разом з пацієнтами, перш ніж реагувати на якийсь запит”*.

Як зазначає Фріш, спеціалісти діяли всупереч традиційним аналітичним стосункам та техніці. Наші пацієнти, вдячні за можливість продовжувати сесії, відчули цей швидкий перехід онлайн згідно зі своєю унікальною психодинамікою. Дуже важливо дізнатися значення, яке все це мало для кожного з нас. Але це буде можливо, тільки якщо ми насамперед пропрацюємо наш найглибший досвід.

Початковий шок, викликаний пандемією, змусив спеціалістів залякнутися від тривоги та послабив їхню здатність до стану генеративної невпевненості або підтримання звичайного

ступеня рецептивності в контрперенесенні. Можливо, ми усвідомлюємо, що в той період наша робота була не такою як завжди. І це зрозуміло. Але чи може це нести небезпеку у вигляді більш довгострокової сліпоти в контрперенесенні? Це як антиутопічна версія американської фрази: *“Що відбувається у Вегасі, залишається у Вегасі”*. Тобто може виникнути захисне відчуття - все, що сталося під час епідемії Covid-19, насправді не рахується, бо ми переживали щось безпрецедентне. Існує небезпека витіснення цих переживань, ігнорування дискомфорту з приводу неочікуваних речей, до яких ми були змушені адаптуватися, **тому що** вони настільки відрізнялися від наших звичних шляхів існування, що суперечили нашій базовій аналітичній ідентичності.

Саме ці побоювання змусили мене та мою колегу, тренінг-аналітика, створити групи для психоаналітиків Південноафриканської психоаналітичної асоціації (SAPA) та присвятити їх темі *“Робота аналітиком у часи Covid-19”*. Групи створювали простір для контейнерування тривоги, пов'язаних з пандемією, та нашого досвіду раптової потреби працювати онлайн. Озираючись назад, ці групи допомогли нам, організаторам, не менше, ніж іншим учасникам.

Зараз я наведу приклад із супервізії, щоб показати, як неопрацьоване контрперенесення терапевта, пов'язане з раптовістю Covid-19, вплинуло на неї. Пан Дж. - пацієнт із фантазіями, пов'язаними з його вірою в те, що його тіло вкрай брудне. У їх роботі віч-на-віч, він виражав потребу в тому, щоб бачити вираз обличчя терапевта, для того щоб мати змогу оцінювати, що вона насправді відчувала по відношенню до нього. Через глибоке почуття сорому та ненависті до себе, йому було важко встановлювати прямий зоровий контакт з нею, і замість цього відбувався дуже короткочасний периферійний зоровий контакт, який допомагав йому нічого не пропускати. Він коментував найменші зміни в її поставі або поведінці. Це було

негативне перенесення матері, яка відштовхує свою дитину, бо вважає її вкрай нестерпною, хоча й робить вигляд, що цього немає, в той час як це виражається її рухами. У перший місяць онлайн роботи через Covid-19, пан Дж. відчайдушно намагався звикнути до віртуальних сесій, хоча як і завжди, він все ще не спізнавався ані на хвилину. Але його стрес виражався в менш послідовній манері говоріння. Він не закінчував речення та занурювався у важку та тривожну тишу. Терапевт помітила дискомфорт пацієнта, але не відчула потреби досліджувати його глибоко. Її захисні думки полягали в тому, що, оскільки перед ними був вибір працювати онлайн або залишитися без терапії, йому треба прийняти реальність і він скоро заспокоїться.

Зрештою, аналітик змогла побачити, що вона захищалася від глибокого почуття провини за перехід в онлайн, що призвело до розігрування сліпоти по відношенню до його стресу, повторення його дитячого досвіду.

Таким чином, вона могла пам'ятати про свої початкові почуття того, що з усіх пацієнтів пан Дж. відчував найбільший стрес через втрату сеттингу роботи в кімнаті.

Знаходячись під впливом психічного нападу пандемії, вона стала функціональною матір'ю, що виконувала практичні кроки піклування про пацієнта. Коли вона змогла зрозуміти, що сталося, її аналітичне ставлення відновилося достатньо для того, щоб вона могла інтерпретувати те, наскільки важко для пана Дж. було втратити знайому кімнату та тіло терапевта в цій кімнаті. На додаток до втрат, він напевно відчуває себе переповненим потребою в прямому зоровому контакті, адже це єдиний спосіб перевірити реакцію терапевта на себе. Терапевт ніколи б не працювала онлайн з цим пацієнтом, зважаючи на певні труднощі, але глухий кут, що виник, та його вирішення привели до поглиблення роботи, яка тепер знову проводиться віч-на-віч.

І це приводить нас до теми, чи підходить пацієнт. До пандемії література останніх 15 років вивчала плюси та мінуси онлайн роботи. Було помічено, що зростаюча кількість спеціалістів тією чи іншою мірою використовували онлайн режим у клінічній практиці в особливих ситуаціях, наприклад, коли пацієнт працював за кордоном або хворів і був прикутий до ліжка. Але етичні настанови говорять про те, що ключовою є оцінка пацієнта - він не має бути в групі підвищеного ризику, не може мати в анамнезі важких ранніх травм або суїцидальних спроб. Такі більш порушені пацієнти не могли розглядатися як кандидати на віртуальну роботу, якщо були можливості працювати наживо.

У цілому, статус клінічної роботи онлайн усе ще був суперечливий. З іншого боку, поширеними стали онлайн супервізії, які менше покладаються на міжособові взаємодії та надають доступ до справжнього пантеону аналітичних розумів. Важливо, що у 2017 році IPA прийняла рішення дозволити аналіз онлайн, навіть у випадках тренінг-аналізу, в разі наявності особливих обставин та певних обмежень. Це був справжній тектонічний поштовх, що походив з найбільш ортодоксального підходу до психоаналізу. Але навіть зважаючи на це, частиною етичних рамок усе ще залишилася повільна та обережна підготовка до онлайн роботи. Певні типи роботи вважалися неможливими онлайн, наприклад, ігрова терапія. Але все змінилося з приходом Covid-19, і я поділюся з вами цікавим досвідом.

Упродовж першого локдауну ми помітили, що пацієнтам-дітям віртуальні сесії - телефоном або відеозв'язок - давалися важче. Це має сенс з точки зору розвитку. Ще одним викликом є те, що пацієнт бере на себе рівну долю відповідальності за захист сетингу та конфіденційності. Звісно, діти менш спроможні до цього, ніж дорослі, не кажучи вже про їхню невротичність. Але ми зрозуміли, що діти не були справжньою проблемою! Дитячі терапевти розповідали про такі порушення

рамок, як батьки, що входять до кімнати, де відбувається сесія, та самі стають частиною сесії, розмовляючи з терапевтом та граючи зі своїми дітьми. Усе це відбувалося за умови чітких терапевтичних меж, встановлених до початку епідемії, і причини цих меж були пояснені на зустрічах з батьками.

Звісно, відсутність фізичного шляху до та з лікарні, а також відсутність моменту сепарації від батьків перед походом до терапевта також призвели до колапсу кордонів. Терапевтам довелося дуже важко працювати, щоб відновити терапевтичні кордони. З більш порушеними родинами це треба робити знову й знову. Цікаво те, що були й неочікувані здобутки в тому, що цей процес сприяв переходу розмов про кордони на глибший рівень - він був буквально винесений у будинки та родинні стосунки пацієнтів. Що стосується згаданої мною справи, стало очевидно, що важливість міжособових кордонів не була інтерналізована пацієнтом - він скоріше слідував правилам у своїй поведінці, в той час як кордони сприймалися як ексцентричне правило, яке працювало лише в будівлі Дитячої клініки.

У тих двох прикладах, якими я вже поділилася, були виклики, але й неочікувані здобутки, викликані опрацюванням впливу внаслідок раптового переходу в онлайн режим. Тема несподіваних здобутків порушувалася багатьма авторами, наприклад, Айбелем та Ферро, які зараз сумніваються в своїй минулій нерішучості щодо віртуальної роботи, зазначаючи, що вона може приносити певну унікальну терапевтичну користь. Це приводить нас до питання, чи є робота наживо все ще золотим стандартом і чи вона в інтересах пацієнта? Щоб мати змогу слідувати за своєю етичною полярною зіркою, нам потрібно дійсно подумати про відмінності. Наявна література містить різні погляди; автори, такі як Рассел і Фріш, поділяють думку, що робота онлайн, хоча й краща, ніж нічого, є слабкою заміною. Вони висловлюють занепокоєння про постковідний

період стосовно того, що пандемія та невідкладні поправки могли викликати непомітне калібрування віртуальних сесій, до яких до цього відносилися з обережністю та умовностями.

З іншого боку, автори, такі як Шарфф та де Стааль, пропонують нам залишатися відкритими до досвіду та спостережень за нашою роботою онлайн, щоб побачити, чого ми можемо навчитися, перш ніж доходити до швидких висновків. Деякі автори відчувають, що навіть глибока робота в перенесенні-контрперенесенні все ще можлива, наприклад Гордон та ін. і Лемма (2015). Але як ми зможемо це реально оцінити?

Перенесення та контрперенесення

Психоаналіз завжди був методом лікування тіла та розуму. Сама сутність психоаналітичного лікування - на перенесення дуже впливає відсутність тілесної присутності, адже перше Я - це завжди тілесне Я. Важлива робота Бейліс 2012 року задає таке питання: чи є фізична близькість необхідною для психоаналітичного процесу? Вона говорить про те, що шляхом теоретичного прогресу психоаналіз змістив фокус з лише вербального обміну на сесіях на більше визнання важливості невербальної комунікації. Вона описує інтеркативний процес між двома тілами як сенсорну реєстрацію, імпліцитну та процедурну, між двома людьми. Саме це, стверджує авторка, порушується в умовах роботи онлайн. Цілий вимір роботи втрачається або напевно приглушується. У нещодавній роботі Фернадес-Альварес та Фернандез-Альварес дійшли висновку, що, хоча віртуальні сесії можуть зробити терапію більш доступною, терапевтичному альянсу та процесу заважає відсутність паралінгвістичних, невербальних та просодичних аспектів міжособової комунікації. В умовах віртуальних стосунків, відповідальність за словесне вираження тілесно-афективних станів лягає на пацієнта, бо аналітик не може реєструвати їх звичайним шляхом.

Тобто, в кращому випадку, пацієнти повинні нести додатковий тягар, відсутній в умовах очної роботи. У найгіршому

випадку, невербальний шар вираження губиться пацієнтами, які намагаються зрозуміти та символічно передати свої внутрішні стани. Усе це підтримує ідею про необхідність старанної оцінки, коли постає вибір між очною роботою та онлайн.

Первинна ідея психоаналізу полягає в методі, що працює з конфліктами стимулів, які виникають у кімнаті. Очне лікування уможлиблює розігрування люблячих та агресивних бажань по відношенню до терапевта. Правило стриманості таким чином є потужним імпульсом для перенесення, коли стимули виражаються непрямим чином. Звісно, імпульсні бажання присутні й у віртуальному вимірі, але вони не виражаються прямо. Напевно, це має значний вплив на терапевтичний процес? Зараз ми говоримо про ефект втрати фізичної присутності у віртуальних стосунках. Це питання обговорювала Ісаак Рассел, яка зробила важливий внесок у сферу психоаналізу з використанням технологічних посередників. Вона пояснює, що з нейропсихологічної точки зору, відчуття присутності є можливим завдяки відчуттю фізичної локації у світі та нашому відчутті того, як ми можемо впливати на світ своїми діями. Авторка каже, що присутність відрізняється від емоційного контакту або сфокусованої уваги. В усіх прикладах, які я наводжу, ситуації виникли в результаті втрати присутності та взаємної присутності. Наступний приклад виводить це питання на передній план.

Я працювала зі Стівеном, чоловіком за 50, в аналізі чотири рази на тиждень. На другий рік аналізу він розвинув сильне захисне еротичне перенесення, феномен, що описується Фройдом в його роботі “Спостереження за перенесенням любові”.

Стівен ділився своїми наочними сексуальними фантазіями про те, як він хотів займатися сексом з аналітиком, і цей процес включав в себе меблі, які були розташовані в кімнаті. Отже, захисна сексуалізація була не тільки по відношенню до терапевтичних відносин, але й до всієї кімнати в цілому. Частина потужного впливу в контрперенесенні була пов'язана з тим, що

аналітична пара була в кімнаті разом. Контрперенесення було сумішшю збудження та тривоги, що відчувалася небезпечною. Я повинна була справлятися з цими сильними нападами на мій розум; саме амальгама сексу та агресії повинна була інтерпретуватися, що я й робила знову і знову впродовж нашої роботи. На жаль, Стівену довелося припинити лікування за декілька місяців до початку пандемії через деякі життєві зміни. Мені цікаво, як би змінився цей аналіз, якщо б він не закінчився тоді, і нам довелося б працювати віртуально. Як би відрізнялися перенесення та контрперенесення? Якби пацієнт ділився своїми фантазіями онлайн, не маючи спільної фізичної присутності, тон був би зовсім інакшим. Живість та реальна можливість актуалізації імпульсних бажань були би відсутніми на сесіях. Звісно, пацієнт знайшов би інший шлях, але це змінило би форму матеріалу та в свою чергу й увесь процес.

Я обговорювала цей процес з колегою, яка повідомила, що в своїй роботі їй вдалося помітити різницю у вираженні еротичного перенесення, особливо з одним пацієнтом. Вона побачила, що його опір - який попередньо виражався в непримиримій вимозі стати коханцями - зник на віртуальних сесіях. Ранні відносини пацієнта з матір'ю були дуже складними та містили інцестуозні аспекти. Аналітик помітила, що з повним зникненням можливості статевого акту на віртуальних сесіях, пацієнт приніс винуваті, тривожні та депресивні почуття, від яких він раніше захищався шляхом еротизації відносин.

Ми без сумніву дізнаємося набагато більше про психоаналітичний процес, коли ще більше колег зможуть розповісти про свій досвід. У майбутньому питання про вплив на терапевтичний процес потребуватиме обережного осмислення, тому що це питання етичне.

Більш ніж один тип Рамки

Але, тим часом, нам необхідно подумати про те, як найкраще впоратися з наявною ситуацією. Як ми утримуємо рамки

та слідуємо правилам у поточний період, коли ми все ще живемо в умовах пандемії? Наразі використовуються декілька шляхів встановлення рамок. Перший є психоаналітичним прототипом, який ми можемо називати *стабільною рамкою*. Другий тип нещодавно обговорювався Фрішем, який використовує термін *плаваюча рамка* для опису ситуації, в якій терапевт допускає гнучкість сетингу не тільки в ситуаціях ризику для здоров'я, але й задля зручності кожної зі сторін. Фріш має дуже вагомий аргумент проти такої практики. Отже, плаваюча рамка кардинально відрізняється від стабільної. Але стабільна рамка може існувати, коли сеттинг поєднує як живі, так і онлайн зустрічі, поки є наявним чіткий стабільний план. Така рамка існувала й до Covid-19. Наприклад, аналітичні кандидати в деяких перевантажених великих містах мають певну кількість онлайн сесій на тиждень. Якщо б така домовленість не була дозволена, 4-5 сесій на тиждень були б неможливими. Для зручності обговорення таку домовленість можна називати *модифікованою стабільною рамкою*.

Але це не вирішує проблеми сьогодення.

Я пропоную прийняти *чутливу (responsive) стабільну рамку* як тимчасову адаптацію до реальності, в якій існує вірогідність подальших локдаунів, хвороб або заражень. Чутлива стабільна рамка встановлюється шляхом обговорення з пацієнтами, і таким чином встановлюються нові правила сетингу. Це також можна вписати в контракт. У будь-якому разі, будуть зафіксовані чіткі умови лікування, особливо в ситуаціях, коли плануються як очні сесії, так і сесії онлайн. Наприклад, можна сказати, що всі сесії будуть очними, тільки якщо не буде локдауну або контакту будь-якої сторони з хворою людиною тощо. Сюди також можна включити домовленості щодо віртуальної роботи, в разі якщо пацієнт, наприклад, подорожує в справах. Формальна домовленість може здаватися непотрібною, нібито все це само собою зрозуміло. Але вважати

так було б помилкою. Якщо ці моменти належно не обговорити та не прийняти, ми з вами провалимо завдання рішучого підтримання рамки.

Я наведу приклад переваг, які дає чутлива стабільна рамка. Коли пацієнт забуває про очну сесію та все ще хоче сесію, але вже онлайн, тільки чітко встановлені правила сеттингу допоможуть нам зрозуміти, що це - його виклик рамкам, змінна, яку треба аналізувати та опрацьовувати. Якщо ми не формалізуємо нові домовленості про рамки, ми можемо відчувати скомпрометованою нашу здатність підтримувати свою аналітичну роль. У дестабілізованому стані сум'яття може призвести до втрати стриманості та до бажання уникнути конфлікту. Ми можемо погодитися і таким чином увійти в змову.

Роблячи це, ми втратимо можливість дослідити амбівалентність, опір та захисну фантазію пацієнта. Іншими словами, буде скомпрометована глибина роботи. Втрата стабільності може також залишити пацієнта з відчуттям того, що аналітик став перманентно послабленим об'єктом, який більше не може утримувати його в аналітичному процесі.

Є також і інші етичні моменти, які можуть виникнути в умовах такого побічного ефекту Covid-19 як послаблення етичності. Ми ризикуємо приймати рішення, які не будуть в інтересах пацієнта і які базуються на таких причинах, як уникнення закінчення, або ще гірше, на наших власних фінансових інтересах.

Висновок

Розглянемо останній приклад як висновок доповіді. У попередній роботі 2017 року я писала про випадок пані Б., з якою я працювала в психотерапії два рази на тиждень. Після 6 місяців терапії робота пані Б. вимагала від неї переїзду в інше місто. Вона спитала, чи можемо ми продовжити роботу онлайн. І хоча мені подобалося працювати з нею, я прийняла рішення не працювати онлайн з декількох причин. У місті, куди переїжджала

пані Б., є дуже розвинена психоаналітична спільнота, а пані Б., хоч і функціонувала добре, іноді виражала свої проблеми через порушення в харчуванні. Я вважаю, що такі психосоматичні труднощі потребують очної роботи. Крім того, лікування все ще було на дуже ранній стадії, і моє відчуття було таким, що тут була потрібна саме очна робота для вираження та опрацювання перенесення. І нарешті, збереження цієї терапії не здавалося настільки ж важливим для розвитку пацієнтки, як довгострокове очне лікування.

І хоча нам обом було сумно через те, що ми не могли продовжувати працювати разом, припинення терапії мало значення для подальшого розвитку. Важливо було не увійти в змову задля уникнення болю сепарації та втрати, а дати простір для важливої роботи над скорботою.

Ця ситуація сталася за декілька років до Covid-19, в часи, коли я погодилася на роботу онлайн тільки з одним пацієнтом, який декілька тижнів на рік подорожував у робочих справах. Коли я писала статтю у 2017 році, я й уявити не могла часи, коли я декілька місяців буду працювати з усіма своїми пацієнтами онлайн. Я також не очікувала, що зможу виконувати таку роботу, яка власне виявилася можливою. Коли я писала цю роботу, я запитала себе: якби я мала таку ситуацію зараз, чи я б так впевнено відмовилася працювати з пані Б.? Відповідь усе ще "так", хоча це "так" уже менш рішуче.

Хоча психоаналіз пройшов багато важливих етапів розвитку та змін за останні більш ніж сто років, постійність сетингу та важливість очної роботи є основами цієї дисципліни, якими не можна зневажати задля зручності. Розум - це тілесний розум. Цей факт ніколи не зміниться, саме тому глибока психоаналітична робота потребує стабільних рамок та тілесної присутності в аналітичному процесі, якщо це можливо. Ми маємо використовувати це розуміння як оплот в умовах неминучих майбутніх викликів, щоб рухатись далі й залишатись гнучкими.

Література:

1. Aibel, M. (2020). The joy of the session (notes from the pandemic quarantine). *Attachment: New Directions in Relational Psychoanalysis and Psychotherapy*, 14(2), 193-203.
2. Bayles, M. (2012). Is physical proximity essential to the psychoanalytic process? An exploration through the lens of Skype. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(5), 569-585. doi: <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.717043>
3. Bleger, J. (1967). Psycho-analysis of the psycho-analytic frame. *International Journal of Psycho-Analysis*, 48, 511-519.
4. Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing Psychotherapy During the Pandemic: Exceptional Times With Enduring Effects?. *Frontiers in Psychology*, 12. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
5. Ferro, A. (2021). Like a fish in water. *Psychoanalytic Psychology*, 38(2), 140. doi: <https://doi.org/10.1037/pap0000351>
6. Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press.
7. Freud, S. (1915). *Observations on transference-love* (further recommendations on the technique of psycho-analysis III).
8. Freud, S. (2001). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud Vol. 12: The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (Vol. 12). Random House.
9. Frisch, S. (2021). Individual distress, institutional distress. *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*. Phoenix.
10. Giustino, G. (2021, August). Psychoanalysis online: An interview with Jill Savege Scharff. *International Forum of Psychoanalysis* (pp. 1-2). doi: <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1939148>
11. Gordon, R. M., Wang, X., & Tune, J. (2015). Comparing psychodynamic teaching, supervision, and psychotherapy over videoconferencing technology with Chinese students. *Psychodynamic psychiatry*, 43(4), 585-599. doi: <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.4.585>
12. Isaacs Russell, G. (2021). Remote Working during the Pandemic: A Second Q&A with Gillian Isaacs Russell. *British Journal of Psychotherapy*, 37(3), 362-379. doi: <https://doi.org/10.1111/bjp.12654>
13. Ivey, G. (1999). Thoughts on the 'analytic attitude'. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 7(1), 1-18.
14. Kadish, Y. (2017). From Knowing to Discovering: Some suggestions for work with an anorexic patient. In *Psychoanalytic Treatment of Eating Disorders* (pp. 99-112). Routledge.

15. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
16. Langs, R. J. (1989). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy: Theoretical Framework: Understanding the Patient's Communications* (Vol. 1). Jason Aronson, Incorporated.
17. Lemma, A. (2015). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. John Wiley & Sons.
18. Milner, M. (1952), Aspects of symbolism in comprehension of the not-self. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33:181-195.
19. Schafer, R. (2019). *The analytic attitude*. Routledge.
20. de Staal, A. (2021). The burnt compartment. Or: Psychoanalysis without a couch. *Psychoanalysis and Covidian Life: Common Distress, Individual Experience*, 107.
21. Velykodna, M., & Tsyhanenko, H. (2021). Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy in Ukraine during the COVID-19 pandemic unfolding: the results of practitioners' survey. *Psychological journal*, 7(1), 20-33. doi: <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.2>