

УДК 159.964.2

DOI 10.32782/urj/2025-3-3-2

КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ДОСВІДУ РОБОТИ ВІДКРИТОЇ ПСИХОДИНАМІЧНОЇ ГРУПИ У ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОМУ ДИСПАНСЕРІ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ

Владислав Кириченко, клінічний психолог зі спеціалізацією в психодинамічній терапії,
аспірант, асистент,
кафедра практичної психології ментального здоров'я
Національний університет «Львівська політехніка»,
м. Львів, Україна

Остап Барабаш, клінічний психолог зі спеціалізацією в психодинамічній терапії

CONCEPTUALIZATION OF THE EXPERIENCE OF AN OPEN PSYCHODYNAMIC GROUP IN A NEUROPSYCHIATRIC CLINIC DURING THE RUSSIAN-UKRAINIAN WAR

Vladyslav Kyrychenko, Clinical Psychologist specialized in Psychodynamic Therapy,
PhD Student, Assistant
Department of Practical Psychology of Mental Health
Lviv Polytechnic National University
Lviv, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0004-3401-9129>
vladyslav.e.kyrychenko@lpnu.ua

Ostap Barabash, Clinical Psychologist specialized in Psychodynamic Therapy
<https://orcid.org/0009-0001-2400-8678>
barabash.ostap@gmail.com

Вступ. Станом на 2025 рік немає україномовних наукових статей, які б ілюстрували роботу малих відкритих психодинамічних груп у клінічному сетінгу. Психоаналітики нерідко нехтують інструментарієм, здатним допомогти структурувати осмислення групової динаміки. До цього додається специфіка клінічного середовища, яке сприяє витісненню матеріалу з поля усвідомлення ведучих через інтенсивність групових процесів і відкритий формат функціонування психодинамічної групи. В умовах війни навантаження у державних стаціонарних клініках суттєво зросло і йдеться не лише про збільшення кількості пацієнтів, а й про вплив воєнної травми на психічний стан українців. З нашого досвіду, «класичний» неструктурова-

ний спосіб розумування групи не є прикладним у цих умовах, тому ми пропонуємо інструмент, який трансформує сирі переживання ведучих у концепти – протокол-рефлексію групового процесу. Цей протокол дозволяє систематизувати спостереження, пов'язуючи їх із психоаналітичною теорією, та сприяє глибшому осмисленню досвіду через рефлексію.

У назві публікації ми свідомо використовуємо формулювання «... під час війни», а не, до прикладу, «вплив війни на ...», оскільки для спроможностей помислити латентний взаємозв'язок між групою та війною повинна бути більш дистонна психічна позиція, яка є неможливою поки Росія продовжує обстрілювати міста, де живуть ведучі та пацієнти.

Тому приклади використані у цій статті хоч і будуть стосуватись життя країни під час війни, але оптика запропонована нами не відображатиме зріз та аналіз власне суспільної динаміки репрезентованою психодинамічною групою. Публікація, метою якої є дослідження стаціонарної групи як «зрізу суспільства» в умовах війни, буде представлена в більш безпечному майбутньому.

Мета статті: а) Запропонувати уніфікований протокол, що допомагатиме ведучим малих груп в контейнуванні та осмисленні групових процесів через психоаналітичну оптику в стаціонарних умовах психіатричного лікування; б) проілюструвати досвід роботи психодинамічної групи відкритого типу в умовах стаціонару психоневрологічного диспансеру під час російського вторгнення в Україну.

Виклад основного матеріалу. Відкритою є психоаналітична група, в якій учасники обирають самі коли і з якою частотою відвідувати групову психотерапію. Склад учасників не є фіксованим, а прийом в групу здійснюється за принципом бажання пацієнта (Foulkes, 1974). Відтак склад відкритих груп переважно гетерогенний, себто різноманітний за індивідуальними особливостями (стать, вік, рівень психічного функціонування, тощо) їх учасників. Щодо кількості учасників, то в аналітичній літературі немає чіткого консенсусу, де завершується мала і починається велика група. Вільфред Біон (Bion, 2018) вважає, що необхідним мінімумом для групи є 3 учасники. Ірвін Ялом (Yalom & Leszcz, 2020) акцентує, що оптимальна кількість малої групи складає від 6 до 10 учасників, а верхня межа може сягати 12 людей. Учень Зигмунда Фукса – Патрік де Марє наводить свою кількісну класифікацію учасників, де від 3 до 20 учасників група називається малою, від 20 до 40 медіанною, а понад 40 – великою (de Maré, Piper, & Thompson, 1991). У цій статті, зважаючи на максимальну одночасну кількість пацієнтів, ми використовуємо верхній показник у 19 учасників, водночас, з нашого досвіду, оптимальним мінімумом є 4 учасники. Відтак малою будемо називати групу, що складається від 4 до 19 учасників. Основним правилом у груповому психодинамічному сетінгу є вільне асоціювання, яке у форматі групової

терапії набуває форми вільноплаваючої дискусії. Отже, малою відкритою психодинамічною групою в цій статті ми називаємо гетерогенну групу, що складається від 4 до 19 учасників, склад яких є плинним, та підпорядковується правилу вільноплаваючої дискусії.

Формальним початком кожної сесії є оголошення ведучими правил групи: 1. Конфіденційність 2. Рамка (виключно вербальна взаємодія впродовж 60 хвилин без відволікання на електронні пристрої) 3. Вільноплаваюча дискусія.

Пацієнтами першого стаціонарного відділення львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру є повнолітні громадяни України будь-якого соціального статусу та гендеру. У клініці проходять лікування пацієнти з психічними та неврологічними захворюваннями. З початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну збільшилась кількість пацієнтів пов'язаних з війною, а саме: учасники бойових дій, внутрішньо переміщені особи, військовозобов'язані (за скеруванням військово-лікарської комісії), родичі військовослужбовців та загиблих. Групи переважно вели автори статті; іноді лише один з них сам або в парі з іншою ведучою. Склад ведучих здебільшого залишався гомогенним. Спостерігачі були присутні не на всіх сесіях; зазвичай спостерігачами були волонтери стаціонару або студенти-практиканти. У деяких випадках один з авторів статті був спостерігачем, з метою аналізу техніки проведення груп. На момент написання статті було проведено 160 груп тривалістю 60 хвилин з частотою двічі на тиждень.

Протокол має форму таблиці з двома стовпцями та вісьмома рядками. Перший стовець містить назви спостережуваних феноменів, другий є полем для їх опису (див табл. 1). Протокол містить пункти: 1. Склад групи; 2. Предиспозиція; 3. Вступна сцена; 4. Тіло групи; 5. Заключна сцена; 6. Контрперенесення; 7. Контексти: а) сімейний, б) диспансерний, в) суспільний; 8. Окреслення динаміки: а) Режим функціонування б) Фаза групи; в) Групова організація. Перші шість пунктів призначені для буквального опису того, що відбулося на групі (без теоретизації пережитого). Сьомий блок призначений для фіксації

Таблиця 1

Шаблон протоколу

Склад групи, дата	
Предиспозиція	
Вступна сцена	
Тіло групи	
Заклучна сцена	
Контрперенесення	Ведучий/-а 1: Ведучий/-а 2: Спостерігач/-ка 1: Спостерігач/-ка n:
Контексти	а) Сімейний: б) Диспансерний: в) Суспільний:
Окреслення динаміки	а) Режим функціонування: б) Фаза групи: в) Групова організація:

та аналізу зовнішніх впливів, які відображаються у груповій динаміці. Восьмий заповнюється останнім, оскільки робота з цим блоком передбачає осмислення пережитого як під час групової сесії, так і при заповненні попередніх пунктів протоколу.

Протокол є контейнером для осмислення ведучими їхнього перцептивного досвіду буття з групою. В. Біон розробив концепцію контейнування, де контейнер – це психічний або символічний простір, який приймає, утримує та трансформує сирі, хаотичні проєкції у більш осмислені форми (Bion & Hinshelwood, 2023). Психологічна мова та мислення, на думку Т. Огдена, це основні інструменти, які можуть бути приведені в дію для того, щоб пережити досвід, який психоаналітик намагається розуміти та контейнувати (Огден, 2020). Висловлюючись мовою того ж Т. Огдена, протокольне опрацювання виступає способом «думати пишучи». «Мова, ніби з власної волі, чинить опір тому, щоб її приручили та поставили на службу вираженню досвіду, який за своєю суттю є безсловесним» (Ogden, 2005). Послідовність заповнення протоколу відповідає теорії контейнування Біона і рухається від «сирого» матеріалу до аналітичних концептів шляхом поступового абстрагування та трансформації.

Протокол заповнюється одразу по завершенню групи. Середня тривалість заповнення протоколу 20-60 хвилин, залежно від структури групи.

Нижче ми описуємо кожен пункт протоколу з урахуванням теоретичного підґрунтя (де це доречно), нашого коментаря та клінічної ілюстрації.

1. Склад групи, дата. У цьому пункті вказується фактична кількість учасників групи та, за потреби, їх розподіл – гендер, соціальна роль, вік, хвороба. Зміна кількості учасників під час групи реєструється математичною дією віднімання або додавання. Наприклад, «11-2» у другому стовбці протоколу означає, що група почалась у складі 11 людей і в ході роботи двоє учасників пішли, відтак завершались при фактичній кількості 9 учасників. Регулярне заповнення та перегляд протоколів дозволяє побачити тенденції в сетінгу, які зазвичай витісняються: наприклад, регулярне

покидання сесій або низька явка учасників. У нашому випадку низька явка вирішилась шляхом комунікації з лікарями, які акцентували пацієнтам важливість груп та психологічної складової стаціонарного лікування, окрім того інформування здійснювалось через розміщення оголошень у місцях скупчення пацієнтів: внутрішній дворик, їдальня, дошка оголошень на рецепції.

2. Предиспозиція. У цьому пункті перераховані усі потенційно значущі фактичні події або процеси, що передували групі незадовго (приблизно доба) до її початку. Предиспозиція це фактаж, який базово не мав стосунку до групи, проте очевидний, незалежно від його вербалізації на самій групі. Часто це був спуск у сховище під час повітряної тривоги вночі перед групою. Окрім колективних, індивідуальні події пацієнтів перед групою могли служити запуском групової динаміки. До прикладу, одну з груп, на якій були присутні військові та родичі військовослужбовців, пацієнт почав словами: «Коли сьогодні я йшов до стаціонару¹, то бачив, що по одну сторону дороги відбувалось поховання військового, а по іншу – виносили новонароджену дитину... Абсурд...». Після цього динаміка групи була просякнута темою війни, смерті та нестерпності. Таким чином, зміст цього пункту формується шляхом розгляду фактичних зовнішніх обставин, які

¹ Стаціонар розташований у житловому масиві неподалік від пологового будинку та «Марсового поля»

вплинули на емоційний фон і динаміку групи, навіть якщо їх прямо не обговорювали (наприклад, нічні обстріли міста Росією).

3. Вступна сцена. Герман Аргеляндр описує феномен сцени під час первинного інтерв'ю, де пацієнт не лише повідомляє анамнестичні факти, а через мову, поведінку, невербальні сигнали репрезентує власний психічний стан як сцену (Argelander, 1967). З огляду на відкритий сетінг, учасники щоразу починають зі знайомства інформативного та сценічного. Вступна сцена – це неформальний початок групи, що безпосередньо запускає динаміку, знижуючи тривогу і, головне, перетворює набір пацієнтів на психодинамічну групу. В такого роду сценах пацієнти взаємодіють одне з одним, з ведучими та з параметрами. Часто це розгортається наочно, демонстративно і «театрально». У нашому досвіді найчастішими є дискусії щодо освітлення (біле світло на стелі або жовте в торшерах або ж циркуляції повітря (відкриті чи закриті двері)). Наприклад, на початку однієї групи двоє пацієнтів сперечались про те, чи світло має бути біле з лампи на стелі, чи жовте з торшерів. Під час суперечки учасники провели демократичне голосування. Після того як один учасник «програв», він заліз під письмовий стіл з невербалізованою вимогою «піти на його умови». Окрім згаданих театралізованих способів, вступною сценою сповна може бути і вербальне повідомлення, як-от згадані слова пацієнта, що був між народженням дитини та похованням воїна. Об'єктивний факт поховання військовослужбовця, про який ведучим було відомо завчасно, в протоколі виступатиме предиспозицією (Див. табл. 2), а саме повідомлення буде вступною сценою, що змінює буденний модус на психоаналітичний. Викликом для ведучих є спроможність відокремити «вступну сцену» від «тіла групи». Якщо приклад з боротьбою за світло є очевидною сценою, то у випадках більш невротичної динаміки, як-от зі згаданим учасником, виникають труднощі. Вловити момент зміни модусу можливо завдяки послідовному заповненню запропонованого протоколу.

4. Тіло групи. Метафорично тіло є носієм неосмисленого перцептивного досвіду. В цьому пункті ми «стенографічно» опису-

ємо все що відбувалось на групі від моменту вступної сцени до моменту заключної сцени. Процес «стенографії» відбувається одразу по завершенню групи: саме пригадування ведучими та спостерігачами власного досвіду має важливе значення для формування ідеї щодо фази та структури групи, що надалі осмислюється у заключних блоках протоколу. Тіло групи, одразу після вступної сцени у протокольному варіанті може виглядати, наприклад, так:

Ведучий 1 після витриманої паузи сказав: «Іноді абсурдом називають те – що не під силу зрозуміти. Дехто називає це реальністю», Ведучий 2 додає «Дві сторони однієї медалі».

Пацієнт 5: Як думаєте, наш Максим, сам пішов служити, чи його призвали. (Звертаючись до ведучих): ви щось про то знаєте? Ведучі мовчать

Пацієнтка 3 роздратовано включається в розмову і голосно питає: а яке це має значення?

Пацієнт 5 (замріяно переводячи погляд на картину): Ну та як нема значення...

Пацієнт 8, різко включаючись: Рік тому я пішов служити сам, а не чекав повістки

Пацієнтка 3: ну і що, мій син пішов за повісткою, але вже два роки воює!

5. Заключна сцена. На відміну від «Вступної сцени», яка зосереджена на витворенні групової динаміки, «Заключна сцена» унаочнює регуляцію групи як єдиного цілого у вигляді процесу зміни модусів (з аналітичного в буденний). У багатьох випадках такі сцени відбуваються після формального завершення групи і нерідко є відігруванням, яке встигає потрапити у поле зору ведучих. Наприклад, після групи з активним знеціненням ведучих, учасники, не спроможні витримати провину, напоказ складають після себе стільці.

6. Контрперенесення. У цьому пункті кожен ведучий та спостерігач описує власне контрперенесення на групу або на окремих її учасників, фіксуючи переживання у сирій формі та рівері², що виникали впродовж групи.

² Рівері – це форма материнської або аналітичної здатності приймати й «перетравлювати» емоційний досвід іншого, зокрема той, що надходить у сирому, рудиментарному вигляді (Bion, 2023)

Контрперенесення одного з ведучих в групі, згаданий вище: «На початку групи я був втомлений, свою частину вступного слова я проговорив майже машинально, в момент коли пацієнти питали для чого їм йти на групу я сам мимовільно задавав питання, дійсно чому було просто не відмінити її? Але коли пацієнт сказав за поховання воїна і народження дитини, час просто перестав існувати, і кожна волосинка на моїй шкірі стала дибки – я відчув цей морозний абсурд на смак. Усю сесію перед очима зринав вид з трамвайного вікна на марсове поле, встелене маковими червоно-чорними стягами, в повітрі ширяв запах ладана і паралельно тому, коли у групі западала мовчанка, я чув крики новонароджених так виразно немов це були удари по церковних дзвонах посеред тихої ночі. Після того як пацієнти почали сваритись, я в думках грайливо ставав, то на одну лінію аргументації, то на другу, а далі я просто-напросто не пам'ятаю, що відбувалось до моменту, поки пацієнт не почав говорити про картину на стіні. Після цього я відчув звичну включеність та інтерес до процесу, мій внутрішній лік часу відновився і синхронізувався з часом зовнішнім».

Контрпереносні реакції записуються ізольовано, себто так, щоб ведучі та/або спостерігачі до моменту внесення в протокол не були ознайомлені з контрперенесенням одне одного. Відтак за умов інтегрованості та «зіграності» ведучих спільні моменти опису точніше передаватимуть латентні змісти учасників групи, а відмінні сигналізуватимуть про індивідуальні сліпі плями у досвіді ведучого. За умов гетерогенності ведучих та/або спостерігачів можна також вловлювати латентні переживання учасників чоловіків та учасниць жінок.

На відміну від закритих груп, опис цілісно-об'єктного перенесення у малих відкритих групах є надзвичайно складним до формулювання і «вловлення», тому ми не виносимо його окремим пунктом задля уникнення спекуляцій. В окремих випадках проявлення переносних реакцій є більш очевидним, як-от розмови про самотність коли один з ведучих захворів і не зміг прийти на групу, або ж розмови еротичного характеру при гетерогенній парі ведучих.

Перші шість пунктів відносяться до змістового блоку, який фіксує пережите та побачене ведучими без цілеспрямованого осмислення.

7. Контексти. В цьому блоці ми розкриваємо зв'язок групи з ширшими системами, зокрема: а) сімейною (індивідуальний рівень), б) диспансерною (інституційний рівень), в) суспільною (соціальний рівень). Є дві сторони репрезентації кожної з цих систем у групі: наратив та інсценізація. Наративно, пацієнти говорять про сім'ю, диспансер та політику, при інсценізації вони розігрують власні сімейні історії, відіграють стаціонарну та/або суспільну динаміку. На виразність того чи іншого контексту часто впливає кількість учасників. Чим учасників менше, тим виразніше обговорюються та розігруються сімейні контексти, при більшій кількості, на перший план виходять суспільні процеси.

А) Сімейний контекст – це вплив індивідуальних сімейних історій учасників на динаміку групи. Він може проявлятися як розповідь про сім'ю, або набувати форми відігрування групою сімейної констеляції. Здатність розпізнати інсценізацію сімейної констеляції часто передбачає додаткове знання про учасника групи (анамнез, патопсихологічні обстеження, клінічний розбір). Тут важливо диференціювати закритий та відкритий формат групи: закритий формат передбачає наростання рівня регресу та відтворення сімейних патернів і потребує більше часу для їх опрацювання, у відкритому форматі роль генетичної інтерпретації відповідно нижча.

Б) Диспансерний контекст – це вплив стаціонару як інституції на учасників групи. Він може проявлятися як реакція окремих пацієнтів або цілої групи на правила інституції. Єдиний спосіб зрозуміти цей контекст на рівні інсценізації – залученість ведучих у життя стаціонару за межами групи. В окремих випадках, висока залученість допомагає зрозуміти, наприклад, що група спрямовує агресію не стільки на ведучих, скільки на інституцію, але проявляє її через ведучих. Контейнування афекту в групі знижує напругу як серед пацієнтів так і серед персоналу лікарні.

В) Суспільний контекст охоплює вплив політичних, військових, економічних та соціально чутливих чинників на групу в найшир-

шому розумінні. Відмінність суспільного контексту від предиспозиції полягає у темпоральному вимірі, предиспозиція обмежена коротким проміжком (приблизно доба), тоді як суспільний контекст є розтягнутим в часі, як-от вибори президента США. Стаціонар не є ізольованим від світу: його будівля розташована в житловому масиві, а пацієнти мають доступ до інтернету. Відкрита стаціонарна група завдяки своїй гетерогенності відображає суспільну динаміку. Наративно цей контекст проявляється у розмовах про політику та часто відображається у відігруванні актуальних соціальних подій. З нашого досвіду, такі розмови часто є опором до виявлення сімейних, інтимних контекстів, проте нерідко виступає способом проживання резонансних подій в країні у стані війни. Замовчування на групі подій такого штибу може бути захистом і потребує інтерпретації.

Рідко вдається мислити у трьох оптиках водночас. Виразність усіх трьох контекстів у межах однієї групи є рідкістю, тоді при заповненні протоколу вказується «неочевидний» навпроти одного або двох підпунктів.

Прикладом переплетення трьох контекстів є група, на якій один з учасників «старожилів» з ностальгією згадує хазяйновитість та «міцну руку» колишнього завідувача стаціонарним відділенням, з яким у пацієнта були амбівалентні стосунки. З анамнезу відомо, що в цього учасника не було батька. У суспільстві у цей час йшли розмови про зміну головнокомандувача. У такому випадку у всіх контекстах йдеться про те саме, але на різних рівнях абстрагування. Протокольні записуємо 7. а) Туга за відсутнім батьком в учасника Х; 7. б) Нарікання на м'якість поточного завідувача і порівняння його з колишнім; 7. в) Чутки про зміну головнокомандувача в інформаційному полі. Попри повну відсутність вербалізації двох контекстів, їх вплив є вагомим: сімейний відомий завдяки історії учасника, яку він висловлював на групах у попередніх госпіталізаціях, а суспільний є хоч і не артикульованим, проте очевидним з огляду на інформаційний фон.

Подібно тому як денні залишки та фізіологічні подразники формують динаміку сну, групові контексти та предиспозиція впливають на динаміку групи. Саме контекст допомагає

помислити сенс переживання, виразити його в інтерпретації і тим самим контейнування стає легшим для ведучих та нюансованішим для групи.

8. Окреслення динаміки. Цей блок покликаний зв'язати переживання, контексти та феномени з теоретичною базою – трансформувати досвід у концепцію. Він введений для ширшої градієнтності в оцінці групової динаміки. Зважаючи, що В. Біон виводив свою групову теорію з онтогенетичних поглядів Мелані Кляйн (Klein, 2018) – група може діяти двома шляхами:

В опорі (афективний режим) – шизоїдно-параноїдна позиція, яка в групі набуває форми так званих базових припущень залежності³, боротьби-втечі⁴ та/або пароутворення⁵.

Опрацьовуючи опір (режим мислення) – депресивна позиція, яка в групі набуває форми так званої робочої фази⁶.

З нашого досвіду, стаціонарна відкрита група, на противагу закритій, перебуває переважно в позиції припущення, однак може переживатись не дихотомічно як «невротична»/«психотична», а спектрально, тому ми вважаємо доцільним екстраполювати на групову теорію класифікацію Отто Кернберга, який описав діагностичні критерії оцінки пацієнта, виділивши три рівні структурної організації психіки, які були розширені до чотирьох його послідовниками (Маквільямс, 2025): невротичний, верхньомежевий, нижньомежевий та психотичний.

Виходячи з теорій В. Біона та О. Кернберга, у восьмому блоці ми формуємо наступні підпункти А) Режим функціонування; Б) Фаза групи; В) Організація групи.

А) Режим функціонування. Ми виділяємо два режими функціонування: афект або мислення. Режим афекту простежується у групах, де домінують базові припущення. Режим мислення відповідає групам з робочою динамікою.

³ Поведінка учасників групи несамостійна та залежна від когось (лідер/аналітик/бог...)

⁴ Існування групи зосереджено навколо атаки або уникання уявного ворога

⁵ Інтегральною ознакою цього припущення є надія на порятунок (Bion, 2018)

⁶ Спроможність вирішувати групові задачі, витримуючи провину

Режим функціонування визначається легше ніж фаза групи і допомагає в подальшому диференціювати як самі базові припущення так і моменти виходу на робочу фазу.

Б) Фаза групи. За умов превалювання режиму афекту у попередньому підпункті ми визначаємо домінуюче припущення та, за потреби, рівень його символізації. Якщо у попередньому підпункті превалює режим мислення, тоді визначаємо в який момент і на основі якого припущення було інстальовано робочу функцію.

В) Організація групи. Для більш градієнтного окреслення групової динаміки ми послуговуємось чотирьохступеневою диференціацією: 1. Невротична 2. Верхньомежева 3. Нижньомежева 4. Психотична. Робоча група відповідник невротики; тотальне домінування афекту з відмовою від мислення позначають психотичну організацію. Проміжні співвідношення афекту-мислення корелюють з верхньо-/нижньомежевою динамікою та є найбільш частим явищем у клінічних групах.

Для визначення кожного з підпунктів опора виключно на теоретичну базу не є прикладною. При визначенні кожного підпункту ми опираємось на перші 7 пунктів протоколу та особливостей їх заповнення. Якщо заповнення було довгим, матеріал сцен та тіла пригадувався фрагментарно, хтось з учасників не витримував та виходив, а в контрперенесенні переживання поляризовані, тоді режим функціонування групи визначається афективним, з подальшою диференціацією базових припущень. Чим інтенсивнішими були переживання в контрперенесенні, демонстративніші сцени,

відіграні, а не проговорені контексти, та фрагментованіше пригадування самого матеріалу – тим психотичнішою є організація групи. Іншими словами, на нашу думку, чим більш кричущі перепони у заповненні протоколу, тим нижче організована сама група, а коли події пригадуються легко, без суттєвого напруження, тоді організація радше невротична.

Наприклад, виходячи з базового припущення боротьби-втечі, описаному у «Тілі групи» (див. Табл. 2), група недовго, але готова осмислювати особливості взаємодії між учасниками всередині групи. У згаданому випадку вихід на робочу фазу тривав недовго, можливо не більш ніж на «об’єктивну» хвилину, однак це дозволило розпружитись як терапевтам так і учасникам, утримуючи контейнуючі спроможності та відновивши лік часовості психічних подій. Іншими словами, інтерпретація терапевтів мала короткий, однак точковий відгук у групі. Зрештою, ведучі не переживали групу як невротичну (себто робочою), але були обопільно певні, що вона і не є психотичною. Відтак, після дискусії між ведучими з наведенням аргументації «по обидві» сторони континууму, варіант окреслення організації як «Верхньомежева» виявився найбільш прийнятним.

Інформування лікарів щодо особливостей психодинамічної групи дозволяє направляти пацієнтів з сильнішим его, проте відкритий формат дозволяє участь усім пацієнтам, незалежно від діагнозу та стану, тому жодному учаснику не було відмовлено в участі. Таким чином, групи відвідували пацієнти психотичного рівня організації, з органічними порушеннями, в поточних маніакальних епізодах, тощо.

Таблиця 2

Заповнена форма протоколу

1. Склад групи, дата	8
2. Предиспозиція	Нічна повітряна тривога Церемонія поховання військовослужбовців у Львові «Добровільно-примусове» запрошення пацієнтів на групу
3. Вступна сцена	Запізнілий «Пацієнт 7» після того як сів на вільне місце сказав: «Я тут нині вперше, про що говорим?». Ведучі представились і попросили групу нагадати правила. Всі мовчать і позіхають. Ведучий 1 після незручної мовчанки спитав учасника 7: «А про що хочете розказати?». Учасник 7 знизав плечима і повільно почав: «Знаєте, я годину тому коли йшов до поліклініки, взяти направлення, ішов через Личаківську і бачив, що по одну сторону дороги відбувалось поховання військового, а по іншу виносили новонароджену дитину... Абсурд...». В цей момент учасниця 3 вдихнула зі свистом крізь зуби, учасник 5 захоплено вигукнув: «Нічого собі», Учасник 2 відсторонено сказав два слова: «такий час» – група прокинулася.

4. Тіло групи	<p>Ведучий 1 після витриманої паузи сказав: «Іноді абсурдом називають те – що не під силу зрозуміти. Дехто називає це реальністю», Ведучий 2 додає «Дві сторони однієї медалі».</p> <p>Пацієнт 5: Як думаєте, наш Максим, сам пішов служити, чи його призвали. (Звертаючись до ведучих): ви щось про то знаєте? Ведучі мовчать</p> <p>Пацієнтка 3 роздратовано включається в розмову і голосно питає: а яке це має значення?</p> <p>Пацієнт 5 (замріяно переводячи погляд на картину): Ну та як нема значення...</p> <p>Пацієнт 8, різко включаючись: Рік тому я пішов служити сам, а не чекав повістки</p> <p>Пацієнтка 3: ну і що, мій син пішов за повісткою, але вже два роки воює!</p> <p>Пацієнтка 1, неочікувано, встрягає у розмову: Може не будемо про погане, що кому допомагає від депресії і тривоги?</p> <p>Пацієнт 2: Я читала, що депресія це біохімічний процес, де просто не хватає нейромедіаторів і тому ми беремо ті капельниці</p> <p>Ведучий 1: Хочемо простих пояснень, складних явищ</p> <p>Пацієнт 4: Та бо як казали в такий час живемо, тому хочеться, що поки в лікарні то щоб тут було позитивніше, бо як можна вилікуватись з негативним настроєм?</p> <p>Ведучий 2: Не всі пацієнти прийшли сьогодні на групу за власним бажанням, багато кого впрошували лікарі.</p> <p>Пацієнтка 3: Мене сьогодні відправила лікарка і сказала, що ліки можна пити і вдома, а поки є можливість то треба психотерапію</p> <p>Пацієнт 2: Мало того що не дали поспати, в підвал гнали, ще й на групу сказали йти.</p> <p>Ведучий 1: Як ви думаєте, про що тоді йдеться у тій розмові за добровольців?</p> <p>Пацієнтка 3: Ну то ми так про себе говоримо</p> <p>Далі група порівнювала хворобу і війну, між тим Пацієнт 5 перераховував сніданкове меню у їдальні, після цього згадували як реагували перші рази на повітряні тривоги, хто наполягав на поступленні в лікарню, кому для чого та лікарня треба</p>
5. Заключна сцена	<p>Попри оголошення ведучими, що час вийшов, всі учасники залишилися сидіти немов зачаровані. Ведучий 2 спитав: Що, так не хотіли приходити, а тепер не хочемо йти? Усі посміялись і пішли на вихід. Учасниця 6, яка мовчала всю групу, затрималась, підійшла до ведучих і показала «Янтарний камінь» зі словами: хлопці, з такими каменем ніяка війна не страшна.</p>
6. Контрперенесення	<p>Ведучий 1: На початку групи я був втомлений, свою частину вступного слова я проговорив майже машинально, в момент коли пацієнти питали для чого їм йти на групу я сам мимовільно задавав питання, дійсно чому було просто не відмінити її? Але коли пацієнт сказав за поховання воїна і народження дитини, час просто перестав існувати, і кожна волосинка на моїй шкірі стала дибки – я відчув цей морозний абсурд на смак. Усю сесію перед очима зринав вид з трамвайного вікна на марсове поле, встелене маковими червоно-чорними стягами, в повітрі ширяв запах ладана і паралельно тому, коли у групі западала мовчанка, я чув крики новонароджених так виразно немов це були удари по церковних дзвонах посеред тихої ночі. Після того як пацієнти почали сваритись, я в думках грайливо ставав, то на одну лінію аргументації, то на другу, а далі я просто-напросто не пам'ятаю, що відбувалось до моменту, поки пацієнт не почав говорити про картину на стіні. Після цього я відчув звичну включеність та інтерес до процесу, мій внутрішній лік часу відновився і синхронізувався з часом зовнішнім</p> <p>Ведучий 2: «Відчував сильне роздратування, яке не дозволяло думати про групу, як тільки учасники почали сперечатись про сніданкове меню злість заземлилась, в цей момент згадав, що не встиг поїсти вдома. Другу половину групи мені здавалось ніби сиджу на суді присяжних де підсудний виправдовує мотив злочину».</p> <p>Спостерігачка 1: «Постійно хотілось включитись в розмову, коли мовчазні учасники почали ділитись враженнями – внутрішня напруга знизилась».</p>
7. Контексти	<p>а) Сімейний: Син пацієнтки, який служить</p> <p>б) Диспансерний: Студенти УКУ, які проходять практику і є спостерігачами на групі та клубах пацієнта</p> <p>в) Суспільний: мобілізаційна кампанія</p>
8. Окреслення динаміки	<p>а) Режим функціонування: переважно афективний, за винятком мислення (коли пацієнтка 3 зрозуміла латентний смисл обговорення) та розмов щодо причин заступлення</p> <p>б) Фаза групи: бий-втікай в першій частині групи на основі чого інстальована робоча з подальшим переходом у залежну</p> <p>в) Організація групи: верхньомежева</p>

Найбільшим викликом для ведучих є групи з психотичною організацією, які за своєю природою унеможливають більшість звичних групових терапевтичних стратегій. Іноді склад відкритої групи включає більшість психотично організованих пацієнтів і часто, хоч і не завжди, передбачає відповідну динаміку. Прикладом може служити група, де більшість пацієнтів перебувала на шизофренічному та органічному спектрі (всі деталі змінено): Група почалась з намагання пацієнтом запахати банан в кишеню ведучому без будь-яких пояснень, опісля цього інша пацієнтка розповідала про необхідність сотні шаманів, аби зламати захисний купол Кремля, наступна пацієнтка, ніби не чуючи попередніх учасників, ділилась неможливістю відвідування церкви через одержимість дияволом на що перший пацієнт пропонував усім поміняти місцями «щоб освіжитись»; заключною сценою була колективна «завершальна молитва за здоров'я психологів». Заповнення протоколу такої групи зайняло 60 хвилин навіть попри те, що психічні події у пункті «Тіло групи» записувались не у формі діалогів, а переліком мета-тем. Найбільш енергозатратним було відновлення каузальності психічних подій: ведучі та спостерігач не могли пригадати вступної сцени, авторства реплік учасників, відчувалось сильне виснаження та божевілля у контрперенесенні, жоден з контекстів не прояснював особливості динаміки. Лише поступове заповнення пунктів протоколу дозволило символізувати пережите у слова та концептуалізувати досвід. Режим функціонування такої групи визначено як афективний, описано всі три базові припущення та низький рівень їх символізації, а організація групи вказана як психотична.

Майбутні дослідження. Планується написання кількох статей суміжної тематики. Зокрема: статті, у якій війна в клінічній групі постає не

просто контекстом, а є об'єктом, що первинно формує текстуру групової динаміки; статті з описом протоколу-рефлексії для закритих груп, доповненого такими пунктами, як: перенесення, групова фантазія, сні ведучих, рівень регресу, стадія групи; а також квазіекспериментального дослідження, у якому будуть представлені кількісні результати замірів рівня менталізації учасників закритої стаціонарної групи.

Висновки. У статті ми представили уніфікований протокол, розроблений для концептуалізації досвіду ведення малих відкритих психодинамічних груп в умовах стаціонару психоневрологічного диспансеру під час російсько-української війни. Протокол-рефлексія є не стільки методом фіксації подій в групі, а радше структурованим шляхом від феноменологічного спостереження до теоретичного осмислення. Протокол виконує контейнуючу, дидактичну та рефлексивну функції. Послідовне заповнення пунктів від «сирого» опису до аналітичного окреслення динаміки допомагає ведучим символізувати власний перцептивний досвід, трансформуючи його в концепцію. Сам процес роботи з протоколом, як-от легкість чи фрагментарність пригадування, інтенсивність контрперенесення, енергетичні затрати на відновлення послідовності подій, виступає діагностичним маркером рівня організації групи. Водночас, попри свою структуру, протокол не має на меті шаблонізувати клінічне мислення, а радше прагне його вивести на вищий рівень абстрагування та синтезу. Кінцевою метою є поглиблення розуміння стаціонарної групи у плинності її динаміки. Діагностична функція впливає з рефлексивного процесу, а не стає його самоціллю. У цьому сенсі, в дусі поглядів Фелікса Гваттарі на інституційну діагностику, можна ствердити: «Diagnostic est le dernier argument des rois» («Діагноз – останній аргумент королів»).

Список літератури:

- Argelander, H. (1967). Das Erstinterview in der Psychotherapie. *Psyche*, 21(5), 341-368.
- Bion, W. (1962). A theory of thinking. *The International journal of psycho-analysis*, 43, 306.
- Bion, W. R. (2018). Group dynamics: A re-view. *New directions in psychoanalysis*, 440-477.
- Bion, W., & Hinshelwood, R. (2023). *Learning from experience*. Routledge.
- de Maré, P., Piper, R., & Thompson, S. (1991). *Koinonia: From hate, through dialogue to culture in the large group*. London: Karnac Books.
- Foulkes S.H./ *Gruppenanalytische Psychotherapie*. – Geist und Psyche, München – 1974
- Klein, M. (2018). Notes on some schizoid mechanisms 1. In *Developments in psychoanalysis* (pp. 292-320). Routledge.

Ogden, T. (2005). On psychoanalytic writing. *The International journal of psycho-analysis*. 86. 15-29. 10.1516/VW6M-4T04-BLMW-8X8B.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.

Маквільямс, Н. (2025). Психодинамічна діагностика. Розуміння структури особистості в клінічному процесі (2-е укр. видання). Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки.

Огден, Т., Проективна ідентифікація і терапевтична техніка. Київ: видавництво Ростислава Бурлаки, 2020. 259 с.

Анотація. У цій статті ми ділимося напрацюваннями, що ґрунтуються на дворічному досвіді ведення відкритої малої психодинамічної групи в умовах психоневрологічного стаціонару під час повномасштабної російсько-української війни. У вступі окреслено актуальність, проблематику і мету дослідження. В основній частині подано визначення малої психодинамічної групи, описано параметри її функціонування, представлено уніфікований протокол спостереження й теоретичного осмислення групового процесу як форми концептуалізації клінічного досвіду. Протокол включає вісім структурованих пунктів, які охоплюють феноменологічний та аналітичний рівні розуміння. Усі пункти протоколу ілюстровані клінічними прикладами. Окрему увагу приділено інтеграції теорії групового та індивідуального психоаналізу, зокрема напрацюванням В. Біона, З. Фукса, Т. Огдена, Г. Аргеляндра, О. Кернберга. Протокол виконує як контейнуючу, так і навчально-рефлексивну функції, підтримує ретроспективне осмислення динаміки кожної окремої групи та може бути використаний як психодинамічний інструмент у клінічній практиці психіатричних і психоневрологічних стаціонарів, особливо в умовах війни та соціальної турбулентності. Групи проходять на базі практики Українського Католицького Університету в першому стаціонарному відділенні львівського психоневрологічного диспансеру, ведучими є випускники магістерської програми клінічної психології з основами психодинамічної терапії УКУ.

Ключові слова: психоаналіз, психодинамічна психотерапія, групова психотерапія, психодинамічні групи, психотерапія, психодинаміка, клінічна психологія, груповий психоаналіз, рівері, групаналіз, психоаналіз групи.

Abstract. In this article, we share insights based on a two-year experience of conducting an open small psychodynamic group in a psychoneurological inpatient setting during the full-scale Russian–Ukrainian war. The introduction outlines the relevance, research problem, and objectives. The main section provides a definition of the small psychodynamic group, describes the parameters of its functioning, and presents a unified protocol for observing and theoretically conceptualizing the group process as a form of clinical experience conceptualization. The protocol includes eight structured items encompassing both phenomenological and analytical levels of understanding. All items are illustrated with clinical examples. Special attention is given to the integration of group and individual psychoanalytic theories, in particular the contributions of W. Bion, S. Foulkes, T. Ogden, H. Argelander, and O. Kernberg. The protocol serves both containing and educational-reflective functions, supports retrospective reflection on the dynamics of each group, and can be applied as a psychodynamic tool in clinical practice within psychiatric and psychoneurological inpatient units, especially under conditions of war and social turbulence. The groups are held at a clinical training site of the Ukrainian Catholic University, located in the first inpatient unit of the Lviv Psychoneurological Dispensary, and are facilitated by graduates of the Master’s Program in Clinical Psychology with a specialization in Psychodynamic Therapy at UCU.

Keywords: psychoanalysis, psychodynamic psychotherapy, group psychotherapy, psychodynamic groups, psychotherapy, psychodynamics, clinical psychology, group psychoanalysis, reverie, group analysis, group psychoanalysis.



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)