

УДК 159.964.26

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

ПСИХОАНАЛІТИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ ПРИ РОБОТІ З ВІЙСЬКОВИМИ В ЧАСИ АКТИВНИХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Вероніка Лук'янова, магістр із клінічної психології,
кандидат на здобуття PhD в галузі нейронауки Університету м. Бонн,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія»
Національної психологічної асоціації,

Лауреат стипендії IRC 2025–2026 року у Дивізіоні 39 (Товариство психоаналізу та психоаналітичної психології) Американської психологічної асоціації. м. Бонн, Німеччина

Костянтин Сігута, лікар психіатр вищої категорії,
психоаналітичний психотерапевт УСП,
тренінговий психотерапевт та супервізор УАПП, м. Дніпро, Україна

Олена Глаткова, практичний психолог психоаналітичного напрямку,
сертифікований арт-терапевт в психодинамічній терапії, членкиня УПС, членкиня УСП,
травмотерапевт, консультант СЕТА, гипнотерапевт, м. Одеса, Україна

Руслана Руденко, тренінговий аналітик та супервізор Одеського психоаналітичного товариства,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації,
Секція психоаналітичної психотерапії пар і сім'ї АППУ,
Професійна асоціація дитячих аналітичних психологів. м. Одеса, Україна

Ольга Карпенко, доктор медичних наук, кандидат на здобуття PhD в галузі психології
Запорізького національного університету, психолог психоаналітичного спрямування, арт-терапевт,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації.
Київ, Україна

PSYCHOANALYTIC REFLECTIONS ON THE EXPERIENCES OF PSYCHOTHERAPISTS WORKING WITH MILITARY PERSONNEL DURING ACTIVE WAR

Veronika Lukyanova, MD in clinical psychology,
PhD candidate in the field of neuroscience at the University of Bonn. Psychoanalytic Psychology
and Psychotherapy Division, National Psychological Association. IRC 2025–2026
Scholar Award Winner at Division 39 (Society for Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychology)
of the American Psychological Association. Bonn, Germany
<https://orcid.org/0009-0008-3682-7225>
veronika.lukyanova1@gmail.com

Kostiantyn Sihuta, psychiatrist of the highest category, psychoanalytic psychotherapist of the USP,
training psychotherapist and supervisor of the UAPP, Dnipro, Ukraine
orcid.org/0009-0009-9979-6013
sigutak@gmail.com

Olena Gladkova, practical psychologist in the psychoanalytic approach, certified art therapist in psychodynamic therapy, member of the UPS, trauma therapist, SETA consultant, hypnotherapist, Odesa, Ukraine
orcid.org/0009-0007-8700-3165
chrizantema8elena@gmail.com

Ruslana Rudenko, Training analyst and supervisor of the Odesa Psychoanalytic Society, Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division, National Psychological Association, Section of Psychoanalytic Psychotherapy of Couples and Families of the UAPP, Professional Association of Child Analytical Psychologists. Odesa, Ukraine
lanarud2010@gmail.com

Olha Karpenko, MD in psychology, PhD candidate in the field of psychology at the Zaporizhzhia National University, psychoanalytically oriented psychologist, art therapist, National Psychological Association. Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0004-3714-6588>
psy.solutionss@gmail.com

Вступ. Українські психоаналітики, хоча й здебільшого залишаються далеко від лінії зіткнення з ворогом, опиняються на передовій внутрішніх конфліктів військовослужбовців. Інколи ці конфлікти настільки ургентні, нестерпні й небезпечні, що психоаналітик потрапляє під нищівний «обстріл» нестримних почуттів військовослужбовця. Ці емоційні атаки, на відміну від фізичних снарядів, рідко бувають прямими чи експресивними. Вони часто приховані у невербальних натяках, несвідомих тенденціях, мовчазному відлунні пропущених сесій або ж у проігнорованих повідомленнях на, здавалося б, просте питання в чаті: «Як Ви?».

Не всі психоаналітики обирають таку роботу, але обравши і працюючи з військовими, самі формують нішеві групи в спільнотах, виокремлюються, плекають власну ідентичність, яка базується на спільних контрперенесених переживаннях, проєкційних пастках чи технічних ходах в терапії військових. Ми віддзеркалюємо поведінку самих військових, які схильні до такої самої поведінки.

Задля чіткості та визнаючи різницю у роботі з різними категоріями військових, ми хочемо підкреслити, що в цій статті описуємо досвід роботи з діючими військовослужбовцями, які мають бойовий досвід. До цієї категорії ми відносимо усіх військових, які активно виконують свої обов'язки або перебувають на лікуванні, але не були виключені з армії. Ми вважаємо,

що їх об'єднують спільні переживання та ідентичність, що, своєю чергою, визначає особливості роботи з цією категорією пацієнтів.

Цю статтю підготували фахівці, об'єднані в супервізійний проект Help for Helpers, який діє з січня 2023 року та був організований британськими психоаналітиками з Melanie Klein Trust. Усі автори беруть участь у супервізійних групах, присвячених роботі з військовими, де кожні два тижні презентуються клінічні випадки. Деякі з таких випадків ми наводимо в цій статті.

Метою цієї статті є відрефлексувати та поділитися досвідом роботи з українськими військовими з позиції аналітика, висвітлити переживання, виклики та радощі, які супроводжують цю практику. Ми свідомо обходимо технічний аналіз аналітичного сетінгу, натомість зосереджуємося на почуттях «по той бік кушетки». Це спроба поділитися особистим досвідом, який, можливо, стане терапевтичним і підтримуючим для колег, що зіштовхуються з подібними викликами.

Розділ 1. Перший контакт із військовими: терапевт як об'єкт, якому немає довіри

Ненадійний об'єкт, що переслідує і, як наслідок, зруйнована довіра до оточення та світу в цілому – така буденна реальність для значної частини військовослужбовців. Цей досвід неминуче проявляється і в терапевтич-

ному просторі. Війна як глибоко травматичний досвід перетворюється на об'єкт, що переслідує, стає постійним фоном буття, який формує сприйняття реальності через призму небезпеки та недовіри. Відтак довіра у стосунках із терапевтом на етапі першого контакту часто залишається радше абстрактним, теоретичним конструктом, ніж реальною умовою для початку терапевтичної роботи. Умовно стадію знайомства можна поділити на прекопакт та початок контакту.

Стадія **прекопакту** починається ще до безпосереднього контакту. Зазвичай військові звертаються до терапевта за рекомендацією побратимів, які вже мали досвід звернення за психологічною допомогою, й можуть порадити конкретного фахівця, адже військові майже завжди діють за принципом: довіряй перевіреному. Таким чином, початкові стосунки базуються на своєрідному «кредиті довіри», який дають побратими військового, що не є чимось, що залежить від терапевта на прями.

Перший контакт між терапевтом і військовим зазвичай відбувається через месенджер, рідше – електронною поштою, коли надходить запит на консультацію. Цей етап прекопакту, коли ми вперше дізнаємося про пацієнта, є надзвичайно важливим і чутливим. Він потребує особливої обережності з боку терапевта. Те, як саме ми відповідаємо – у який час, якими словами, з якою інтенцією – часто може виявитися вирішальним для подальшої роботи. Та наша відповідальність все ж є лише частковою.

Іноді після отримання підтвердження про готовність працювати, військові зникають. Їм може бути достатньо самого факту, що «десь там» є хтось, хто потенційно здатний бути надійним, доступним, відкритим до побудови стосунків і відновлення внутрішнього об'єкта. І часто – цього справді достатньо. Але для терапевта така тиша чи раптове зникнення можуть залишити після себе гостре відчуття власної «поганості», що супроводжується внутрішніми питаннями: що я зробив не так? Чи міг я запобігти розриву? Чому я виявився «недостатнім»?

Непереносимість власної «недостатності» або переживання своєї «поганості» може підштовхнути терапевта до написання військо-

вому повторно, наполягання на зустрічі чи просто нагадування про себе. Це бажання часто є проявом проєктивної ідентифікації з об'єктом, що переслідує пацієнта – тим об'єктом, яким у його досвіді нерідко виступає сама війна.

Утримання від подібних дій, які військовий може сприйняти як психічну інвазію або навіть як форму насилля, є актом терапевтичної витримки. Найкраще, що ми можемо зробити в такій ситуації, – просто залишатися доступними, створюючи досвід холдингу, який сам по собі вже є терапевтичним чинником. Так, у відповідь на перше повідомлення-запит від військового терапевт може додати фразу на кшталт: «Якщо Вас влаштовують умови роботи, ми можемо домовитися про час зустрічі. Я тут і готова працювати з Вами, коли Ви будете готові».

Коли ж перша сесія стає реальністю і призначено час, терапевт вже включається в роботу: і психічно, і фізично. Реакція терапевта на кожного військового буде унікальною, а тому й особливо важливою, оскільки відстеживши власні переживання, ми можемо зрозуміти психічну динаміку самого пацієнта і перспективи майбутньої роботи з ним. Ми наведемо випадок, який ілюструє реакцію терапевта на військового ще до першої їх зустрічі.

Клінічна віньєтка. Коли до мене нарешті звернувся сорокачотирирічний військовий, це стало результатом тривалих зусиль його друга-військового, який кілька місяців наполягав, аби він отримав психологічну допомогу. Пацієнт щойно втратив найближчого товариша, «провідну зорю» свого життя, і тон його повідомлень, коли він звернувся до терапевта з проханням зустрітись, був пронизаний тривогою. Він підкреслив, що через високий рівень секретності своєї роботи майже нічого не зможе мені розповісти. Я відповіла, що це не обов'язково: ми будемо працювати з його емоційним станом, і все, що він вирішить зберегти при собі, залишиться недоторканим. Ми домовилися про першу онлайн-зустріч на пізній вечір.

За годину до сеансу я відчула в собі щось незвичне. Замість спокійної короткої прогулянки, я раптом почала метатися між бажан-

ням вийти і необхідністю залишатися вдома: вдягала пальто і чоботи, знімала їх, знову вдягала. Напруга в руках і ногах ставала нестерпною, ніби тіло прагнуло руху й водночас зупинилося. Наглядова частина мого Его фіксувала цей стан і розуміла, що він пов'язаний не зі мною, а з пацієнтом, якого я ще навіть не бачила. Врешті-решт я вийшла з квартири й буквально збігла сходами вниз, але, відчувши, що вже залишилися лічені хвилини до сесії, силою волі змусила себе повернутися.

Під час самої зустрічі його тривога відчувалася настільки інтенсивно, що моє тіло відгукувалося буквально «викручуванням» рук і ніг, і мені було складно сидіти на місці. Після завершення я одразу пішла на прогулянку, і надалі всі наші зустрічі я планувала так, щоб мати можливість рухатися до і після контакту з ним. Спочатку ми домовилися працювати двічі на тиждень, але я помилилася з плануванням розкладу, а тому фактично залишила лише один сеанс. Можливо, моє несвідоме таким чином захистило мене від надмірного навантаження, яке я відчувала ще до його першого слова.

Перша зустріч позначає **початок контакту**, в якому наданий «кредит довіри» має потенціал трансформації у довіру. В цих умовах відповідальність терапевта, як і рівень його контролю над терапевтичним процесом, значно зростає. Демонстрація недовіри та скептичного ставлення до терапевтичного процесу з боку військових часто супроводжується активізацією низки таких захисних механізмів, як витіснення, заперечення або ізоляція афекту (Freud, 1926). Для терапевта надзвичайно важливо залишатися в контакті з власним контрперенесенням (Freud, 1910), як от вловити й усвідомити ті переживання, які виникають у відповідь на захисні реакції пацієнта – почуття некомпетентності, безсилля, незадоволення, сумніви у власній професійній придатності, а іноді й відчуття нікчемності.

Такі почуття в контрперенесенні можуть як посилити вже наявний, так і сприяти формуванню негативного перенесення з боку пацієнта (Freud, 1912). У цьому процесі пацієнт проектує на терапевта недовіру, скептицизм

або навіть ворожість, очікуючи, що його досвід буде знецінено чи неправильно інтерпретовано.

Додатковим джерелом негативного переносу може виступати амбівалентне або відверто вороже ставлення деяких військових до цивільних терапевтів, особливо тих, хто під час війни виїхав за кордон. Це призводить до того, що сама війна проникає у терапевтичний простір – як у реальному, так і у психічному вимірах. Терапевту, який сам є частиною контексту активних бойових дій, важливо вміти розрізняти війну внутрішніх об'єктів пацієнта (Kernberg, 2016) і війну як зовнішню реальність. У роботі з військовими переживання війни – це не виняток, а звична репрезентація їхнього внутрішнього світу та щоденного досвіду. Тому якщо, працюючи з військовими, раптом відчули себе на полі бою, – Ви на вірному шляху встановлення терапевтичного альянсу!

Кохут називає феномен злиття з емоційними переживаннями пацієнта «спільним резонансом» (Kohut, 1971), що вимагає від терапевта вміння розмежовувати власну реальність, реальність пацієнта, а також реальність війни, залишаючись емпатійно залученим, але не поглинутим його травмою. Важливо, щоб терапевт усвідомлював свої реакції, які можуть включати страх, захисну дистанцію або навіть проєкції щодо ролі військового.

Завдання терапевта полягає у створенні «утримуючого середовища» (Winnicott, 1965), яке дає пацієнтові змогу відчути безпеку, підтримку й прийняття, навіть попри різницю у життєвому досвіді. Важливо зберігати терпіння, прийняття і визнавати цю різницю, розуміючи, що пацієнт може бути не готовий до швидкого відкриття своїх почуттів чи вразливості в умовах постійної травми (Briere, 2002). За концепцією Віннікотта, терапевт повинен бути «достатньо хорошим», щоб витримати проєкції пацієнта і зберегти власну інтегрованість, незважаючи на складні контрпереносні емоції (Winnicott, 1965). Постійне наголошення на безпеці і неосудливості сприяє формуванню позитивного перенесення, коли пацієнт починає бачити в терапевті надійного союзника, а не лише зовнішнього спостерігача.

У роботі психоаналітика з військовими є особливий виклик – усвідомлення того, що перша зустріч може стати і єдиною, і останньою. Це породжує глибоке відчуття невідзначеності, яке Віннікот описував через концепцію «перехідного простору» – особливо вразливого, але потенційно безпечного середовища, де може відбутися перша зустріч внутрішнього світу пацієнта з терапевтом (Winnicott, 1971). Парадоксально, але саме перша сесія стає випробуванням довіри терапевта до власної ролі: з одного боку – надія, що навіть один контакт може залишити слід і дати початок чомусь більшому; з іншого – неминуче переживання втрати контролю над подальшою долею пацієнта. Це викликає амбівалентність: прагнення встигнути дати якомога більше – і водночас усвідомлення власних обмежень.

А якщо пацієнт-військовий усе ж обирає продовження терапії, то зважаючи на постійність військових дій, етап перевірки майже ніколи не завершується. Він залишається фоновим елементом взаємодії, тісно переплітаючись із терапевтичним процесом і проявляючись хвилеподібно – через регресивні стани пацієнта, що безпосередньо корелюють із інтенсивністю актуальних травматичних подій. Полум'я довіри постійно доводиться підтримувати, звертаючись до параноїдальної тривоги пацієнта, яка, передусім, є виявом реальності війни. Але навіть знаючи це, терапевту доводиться постійно перебувати в стані недовіри до себе, свого досвіду і практики. Такий стан є нелегким, і потребує постійного повернення до реальності терапевта. У зв'язку з цим, робота з військовими потребує постійної особистої та професійної підтримки, а головне – обмеження в практиці кількості пацієнтів, які мають бойовий досвід.

Розділ 2. Особливості тілесного перенесення

В нашій психотерапевтичній роботі з військовими, ми часто стикаємося з явищами соматичного перенесення та контрперенесення такими, як: головний біль, напруга в тілі, важкість дихання, психомоторне збудження, непосидючість і тд. І справді, тіло, як і розум терапевта і пацієнта, займає важливе місце в терапевтичному процесі. Тіло стає «інстру-

ментом, що звучить», і, прислухаючись до нього, аналітик може налаштуватися на несвідомі трансформаційні процеси, що відбуваються у терапевтичному просторі (Hillman, 1964).

Психоаналіз постійно підкреслював центральне місце, яке посідає тіло в розвитку психічної діяльності. Фройд зазначав (Freud, 1912), що терапевт «повинен налаштуватися на пацієнта, як телефонний приймач налаштований на мікрофон, що передає», і «увімкнути своє несвідоме, як орган, що сприймає, на прийом несвідомого пацієнта». Фройд назвав цей стан налаштованості «рівно розподіленою увагою» (Freud, 2012). Кляйн знаходила в тілі коріння несвідомих фантазій і наголошувала на інтересі немовляти до материнського тіла (Klein, 1923). Послідовник Кляйн, В. Р. Біон, розвиваючи теорію альфа – та бета-елементів психіки, наголошував, що тіло є провідником у світ бета-елементів – сирих, сенсорно-емоційних переживань, які не можуть бути вербалізовані та тому комунікують на соматичному рівні (Bion, 1962). Тілесні стани, як-от напруга, біль, голод тощо, у терапії можуть бути опрацьовані й символізовані у формі думок – альфа-елементів.

Подальший акцент на ролі контрперенесення в аналітичній теорії також надав тілу значимості в аналітичному процесі. Boyer (Boyer, 1997) стверджує, що: «...все, що переживає аналітик під час аналітичної сесії, становить його ідіосинкразичну інтроекцію вербальних і невербальних послань пацієнта, які містять проєкції пацієнта, та переважаючі несвідомі реакції аналітика на ці інтроекції. У той час, як було запроваджене поняття «соматосенсорне перенесення» (Boyer, 1997), «втіленого у тілі контрперенесення» (Samuels, 1989; Field, 1989) та «тілесну мову контрперенесення» (Silverman, 1991), саме Bernstein (1984) запроваджує термін «**соматичне контрперенесення**», аби точно визначити ті реакції контрперенесення, які відбуваються на тілесному рівні. Вона наголошувала на необхідності усвідомлення та втілення в тілі соматичного несвідомого пацієнта, щоб допомогти пацієнтові в процесі катексису, засвоєння та інтеграції відщеплених частин себе, а також у розкритті опорів і захистів пацієнта.

Charles (2004) підкреслює, що саме контрперенесення, яке заявляє про себе через нашу афективну реактивність, вкорінену в соматичних спогадах, дає нам змогу спочатку зустрітися з невербальними репліками наших пацієнтів, а потім прочитати їх. Charles (2004) далі стверджує, що «більшість наших основних розумінь є невербальними», а потім продовжує, що вони є похідними від регулярного та нерегулярного сенсорного досвіду, інтегрованого нами в патерни, які з часом набувають сенсу, усвідомлюємо ми це чи ні. Починаючи з найбільш ранніх моментів нашого буття ми починаємо формувати «мову тіла».

Слова дають нам спосіб організації нашого досвіду, але вони також дистанціюють нас від первинного сенсорного досвіду. У терапії є постійна напруга між необхідністю забезпечити достатнє контейнування для того, щоб бути в змозі дивитися на те, що турбує нас, і необхідністю не втратити дотик до реальності досвіду, того, як він проживається. Багато спогадів не закодовані в слова, а є радше тілесними спогадами.

Відповідно для терапевта є імперативом володіння здатністю мати доступ до власних тілесних спогадів, тілесних афективних станів і відчуттів для того, щоб відрізнити власний матеріал від матеріалу пацієнта. Дуже влучно зазначає (Schore, 2015), що аналітик має вміння тренувати свою здатність до рефлексивного мислення для того, щоб моделювати процес саморегуляції для пацієнта, що виражається через «визнання своїх контрпереносних тілесних сигналів, які приносять дискомфорт (соматичних маркерів, які приводяться у дію сприйняттям проективної ідентифікації)». Тільки через відчуття власних контррегулятивних реакцій на дерегуляцію пацієнта та увагу до них терапевт може отримати доступ до інформації, необхідної для того, щоб пацієнт отримав користь, втримати свої неочікувані тілесні відчуття та в такий спосіб змоделювати здатність до саморегуляції для пацієнта.

Відчуття, описані в літературі, охоплюють суто тілесні відчуття (як-от запаморочення, порожнечу, голод, насиченість, клаустрофобію, сонливість, біль, занепокоєння, сексуальне збудження тощо), а також образи, вкорінені

в соматичному несвідомому (як-от раптове бажання обійняти пацієнта, відчуття, що пацієнт проникає всередину тебе, що тебе цілком ковтають або випльовують шматочками, душать до смерті, відчуття себе жахливою твариною або блазнем, що пожирає тощо). Вибіркове розкриття досвіду соматичного контрперенесення є цінним у тих випадках, коли воно доречно, або використовується для вербалізації емпатичних коментарів чи інтерпретативних взаємозв'язків.

Тіло аналітика корисно розуміти як незмінно присутню складову сеттінгу, що підтримує відчуття цілісності сеттінгу й у такий спосіб його контейнуючої здатності, і тут будь-які зміни можуть пробуджувати і в пацієнта, і в аналітика фантазії та тривоги. Зовнішність аналітика і відчуття у власному тілі та фізичному просторі кабінету (як сидить у кріслі, дихає, рухається кімнатою, розмовляє, одягається тощо) встановлює ключові сенсорні параметри сеттінгу, які також роблять внесок у контейнування, необхідне від терапевта. Тож ми могли б сказати, що деякі аспекти сеттінгу справді відносяться до сфери тілесного втілення (Lemma, 2014). Наші кивки або погляди, коли ми вітаємо пацієнта, або те, як ми встаємо наприкінці сесії, – все це частина ритуалу, параметри рамки при очних зустрічах, втілені константи процесу.

Тіло терапевта виступає потужним стимулом у внутрішньому світі пацієнта, так само як колись тіло матері відіграло ключову роль в житті і виживанні пацієнта. Це проявляється в його фантазіях, розігруваннях тощо, а також впливає на контрперенос терапевта, – і все це дає нам змогу впливати на несвідомі фантазії та внутрішні об'єкти пацієнта.

Тіло аналітика задає особливе сенсорне забарвлення сеттінгу й активізує певні фантазії: наш голос може сприйматися як «теплий» або «жорсткий», вибір одягу здаватися занадто «холодним» або нав'язливо «строкатим». Ці фантазії можна назвати «фантазіями втілення» (*embodied phantasies*), ще не доступними для репрезентації, – можуть, тим не менш, невербально повідомлятися аналітикові, і це призводить до потужного соматичного контрперенесення відгуку. Аналітичний сеттинг може пробуджувати найрізноманіт-

ніші фантазії, включно з досимволічними (Bronstein, 2016), у тому, як пацієнт сприймає загальний фізичний простір і фізичну присутність терапевта.

Тіло – це ключова складова розвитку прихильності (Lemma, 2014). Shore (2015) припускає, що в перший рік життя зорові переживання перебувають в основі соціального та емоційного розвитку. Емоційно виразне обличчя матері дає дитині активізуючі візуальні стимули. Наміри іншої людини і тілесні можливості немовляти, що взаємодіє, можна безпосередньо читати в обличчі та фізичних діях. Якість тілесного досвіду і сприйняття опікунської особи, а також того, що відбувається між пацієнтом і терапевтом, украй важлива. Під час такого невербального обміну, в якому і батьки, і немовля висловлюють вміст свого розуму та відгукуються на вирази іншого розуму – здебільшого без усвідомлення та часто через тіло, – батьківська здатність осмислювати невербально виражається у внутрішній світ немовляти, що закладає основу для розвитку здатності менталізувати досвід. Невербально виражений внутрішній світ пацієнта – це критично важливий аспект того, що терапевт намагається зрозуміти й вербалізувати під час терапії.

Невербальна комунікація пронизує будь-яку людську взаємодію і супроводжує кожен мить. Невербальна поведінка – це несвідоме, що стало видимим, особливо коли є розбіжності в посланнях між різними каналами комунікації, наприклад, між виразом обличчя, словесним повідомленням, тоном голосу, жестами тощо.

Такі візуальні підказки, як напрямок погляду, вираз обличчя і тілесні рухи, зміцнюють суб'єктивне відчуття близькості або віддаленості від іншого індивіда. Робота Schore (2015) наводить свідчення того, що ядро інтересу суб'єктивності становлять тонкі та приховані тілесні взаємодії, що включають складний обмін з іншим тілесним виразом співналаштування, синхронізації та ритмічного малюнка.

Роль тіла при психічних травмах також є важливою, оскільки травма пробиває захист від стимулів (Freud, 1920). У подібних умовах пам'ять у звичайному значенні цього

слова не утворюється, а подія реєструється на конкретному афективному рівні в тілі. Це важливо враховувати в роботі з військовими, які, перебуваючи в ситуації війни, яка є межово-психотичною за своєю суттю, приносять надзвичайно тяжкі тілесні реакції в простір терапії. Буває так, що на онлайн-сесії з передовою ми ведемо розмову з чорним екраном, через відсутність чи неможливість увімкнути світло у пацієнта, або ж відсутність приватного місця для терапії змушує пацієнта перебувати в незручному місці і в незручній позі. Часто ми налаштуємося на цю травму кордонів пацієнта, резонуючи і змінюючи нашу власну позу і відтворюючи неприємні відчуття у власному тілі.

На одній із перших супервізій в проєкті Help for Helpers, британський супервізор, був шокований кількістю соматичних реакцій в українських терапевтів у відповідь на приведений випадок на групі. Це є ілюстрацією, як війна, а особливо бойова реальність війни, не залишає осторонь тіло, яке є інструментом, що мовить, у відповідь на важку реальність військовослужбовців. Нижче ми наведемо опис випадку соматичного перенесення терапевта на історію військовослужбовця, який нещодавно повернувся з нуля.

Клінічна вільетка. Військовий 35 років. У минулому професійний спортсмен. Під час повномасштабної війни РФ проти України в перші дні став на захист Батьківщини. Мав досвід у військових діях з 2014 до 2018 років. Був у штурмових військах. З перших днів війни був на нулі, виконував у штурмовій бригаді важкі завдання. До терапевта звернувся, бо погано спав, був агресивним і легко дратувався, якщо стикався з несправедливістю на його погляд, мав часті зміни настрою. Отримував від терапевта-психіатра медикаментозне лікування та психологічну допомогу.

Під час першої зустрічі розповів, що йому не дають спокою флешбеки і повторюваний сон про російського військового-полоненого, якого він взяв у полон на початку повномасштабного вторгнення. Під час допиту полонений зворушив пацієнта розповіддю про свою сім'ю, дітей і що його нібито примусово відправили в Україну. Пацієнт із розчаруванням та дратівливістю сказав, що розім'як від цих

розповідей полоненого і хотів його відпустити. Але вирішив оглянути його одяг ретельніше і знайшов мішечок з обручками. Це дуже його розлютило і він доповів про це командиру, тепер цей полонений з'являється в його спогадах та снах.

Під час цієї розмови військовому було важко сидіти на місці, він збуджено ходив по кабінету і злився на себе, що повірив полоненому. Психотерапевт під час розповіді військового відчував в контрперенесенні сильну напругу в тілі та неможливість всидіти на місці. Психотерапевту потрібно було зробити зусилля, щоб не стати і не ходити разом із військовим по кабінету. Після розповіді, психотерапевт дав інтерпретацію, що військовий відчуває сором і докоряє собі за людяність до ворога під час війни. Військовий заспокоївся і сів у крісло. Надалі було ще дві зустрічі, після чого пацієнт вирішив їх завершити. Пацієнту стало легше, зменшилась інтенсивність спогадів про полоненого і він перестав йому снитися. Але на всіх сесіях з цим військовим у психотерапевта спостерігалися виражені тілесні реакції у вигляді напруги в тілі, спирання дихання, важкості сидіти на місці.

Розділ 3. Завершення без завершення: переживання завершення короткострокового контакту (зниклий безвісти).

Завершення терапії іноді важливіше за її початок. Саме у фінальних етапах ми дізнаємося найголовніше про пацієнта: чи інтегрував він терапевта як позитивний об'єкт (Klein, 1932), як об'єкт надійної прив'язаності (Bowlby, 1969) чи зміг навчитися справлятися з почуттям втрати та завершувати стосунки у безпечному сеттінгу (Knafo, 2017). Завершення стає моментом гордості та нарцисичного задоволення для психоаналітика, який успішно провів аналіз, сприяючи покращенню якості життя пацієнта.

Однак, працюючи з чинними військовослужбовцями, завершення терапії часто неминуче замінюється її раптовим припиненням – через термінові відрядження, несподівану виписку з лікарні чи банальну неможливість і небажання продовжувати сесії. У таких випадках завершення поступається раптовим обрізанням зв'язку, а нарцисичне задоволення

терапевта змінюється на фрустрацію та страх невідомості. Це особливо гостро відчувається, коли військові «йдуть по-англійськи», залишаючи аналітика сам-на-сам із тривогою за їхнє життя і страхом, що було щось зроблено неправильно.

До цих почуттів додається провина та неможливість повноцінно прожити горе втрати. І хоча кожен із нас розуміє, що ці емоції – це те, з чим несвідоме військового не може впоратися, тому через проєктивну ідентифікацію переносить їх на терапевта, перебувати наодинці з цим все одно надзвичайно важко.

Біон, своєю чергою, звертав увагу на важливість терапевта як контейнера для переживань пацієнта, здатного витримувати невизначеність і напруження, що виникають під час сесії. Ця здатність особливо важлива в роботі з військовими, які часто приходять із високим рівнем фрустрації та потребою у негайному розумінні. Психоаналітик мусить знайти спосіб інтегрувати ці переживання у свою практику. Як підкреслював Біон, «здатність витримати фрустрацію і невизначеність є ключовою для емоційного розвитку». Усвідомлення цих почуттів не лише важливе для розуміння власної професійної межі, але й для створення простору, де військовий відчує значущість своєї історії.

Почуття обірваного контакту і невідомості часто перегукується з тим, що переживають сім'ї зниклих безвісти щодо своїх рідних. Але, на відміну від родичів, ми з етичних міркувань не маємо права на активні пошуки. Утім, у нас є інструменти психоаналізу і підтримка колег-психоаналітиків, які допомагають упоратися з іноді нестерпними почуттями. Крім того, у нас є сучасні технології. Ми можемо використати месенджери, щоб перевірити, чи пацієнт буває онлайн, і принаймні отримати підтвердження, що він живий.

Ця війна показала що класичний психоаналіз з його холодною абсцидентністю не працює, старі та регідні правила роботи змінюються на більш гнучкі, однак високоетичні підходи до терапії, в якій ми, як терапевти, переживаємо не тільки за психіку і її здоров'я як суб'єкт буття, але й за фізичне виживання пацієнтів. Особливо військових, чие життя

може обірватися щомиті. Це покладає на нас тягар тривоги небачений досі, і ми вигадуюмо все новіші методи копінгу з нею. Якщо раніше по завершенню терапії ми б і не думали перевірити чи живий пацієнт, чи був онлайн нещодавно, то тепер це вимушена необхідність яка забезпечує наше металне здоров'я. Як казала Ненсі МакВільямс (МакВільямс, 2023), ми можемо робити те, що вважаємо за необхідне, якщо можемо пояснити це нашому супервізору.

Клінічна віньетка: Пацієнт не з'явився на онлайн-сесію вчасно. Через десять хвилин після початку терапевт написала йому нагадування про заплановану зустріч, зазначивши, що чекає на нього і сподівається, що він у безпеці. Проте пацієнт так і не вийшов на зв'язок. Для терапевта це стало незвичною та тривожною подією, адже раніше такого не траплялося, а на попередній зустрічі пацієнт попередив, що буде перебувати на завданні.

Упродовж доби терапевт кілька разів перевіряла статус пацієнта в месенджері: система показувала, що він нещодавно був онлайн, але повідомлення залишалося непрочитаним. Це викликало хвилю думок про власну некомпетентність, сумніви у правильності власних дій, а також страх, що з пацієнтом могло статися щось невірне. Найбільш болісним переживанням було відчуття покинутості й неоптимальності, посилене тим, що пацієнт перебував «у мережі», але не відповідав.

Через добу пацієнт повідомив, що з ним усе гаразд: він не зміг вийти на зв'язок, оскільки операція тривала довше, ніж очікувалося. Наступна сесія, яка стала останньою через службові обставини пацієнта, дала змогу терапевту відкритися й поділитися тим жахливим відчуттям самотності, покинутості та страху за життя пацієнта, яке вона переживала, коли він не з'явився.

Пацієнт розчулено відповів, що під час тієї операції, коли не вдалося завершити завдання

вчасно, він опинився на небезпечній ділянці фронту наодинці, не знаючи, чи виживе. Йому здалося, що побратими його залишили. Однак пізніше вони повернулися по нього, і це звільнило його від внутрішніх страждань – так само, як і його повідомлення терапевтові наступного дня звільнило її від тривоги та відчуття покинутості.

Висновки. Війна трансформує як нас, так і сам психоаналіз, водночас породжуючи нові підходи в психодинамічній терапії, які відповідають вимогам часу та потребам, зокрема роботі з військовими на передовій. У цій статті ми зосередили увагу на переживаннях терапевта в такій роботі, свідомо оминувши технічні аспекти чи організаційні питання сеттингу. Ми поділилися власним досвідом, який, після того, як був осмисленим і відрефлексованим у рамках супервізійних груп і професійних дискусій, сподіваємося стане для колег підтримкою й нормалізуючим фактором. Адже робота з військовими є постійним викликом для терапевта.

Контрпереносні переживання в цьому контексті можуть бути надзвичайно інтенсивними, подеколи переповнюючими – і це природно. Важливо довіряти собі та вміти розрізняти, що належить терапевту, а що – пацієнтові. Утримання цієї напруги без втечі в дію чи надмірне інтерпретування вже саме по собі є частиною терапевтичного процесу. Напруга виявляється й у тілі – як пацієнта, так і аналітика, породжуючи низку реакцій, що переплітаються в аналітичній діаді.

У певних випадках без супервізії чи підтримки колег обійтися неможливо – і це не ознака слабкості, а вияв професійної відповідальності. Терапевт має бути готовим до глибокої саморефлексії, визнаючи, що робота з військовими здатна викликати сильний емоційний резонанс і потребує як особистісної, так і професійної зрілості для ефективного утримання й опрацювання контрперенесення.

Список літератури:

- Bernstein, P. L. (1984). The somatic countertransference: The inner pas de deux. In P. L. Bernstein (Ed.). Bion, W. R. (1962). Learning from experience. London: Heinemann.
Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York, NY: Basic Books.
Boyer, L. B. (1994). Countertransference: Condensed history and personal view of issues with regressed patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(2), 122–137. <https://doi.org/10.1037/h0085992>

- Boyer, L. B. (1997). The verbal squiggle game in treating the seriously disturbed patient. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 62–81.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 175–203). Sage Publications, Inc.
- Bronstein, C. (2016). Formlessness and countertransference: Discussion of J. Press, 'Metapsychological and clinical issues in psychosomatics research'. *International Journal of Psychoanalysis*, 97(1), 115–122. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12498>
- Charles, M. (2004). *Learning from experience: A guidebook for clinicians*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Field, N. (1989). Listening with the body: An exploration in the countertransference. *British Journal of Psychotherapy*, 5(4), 512–522.
- Freud, S. (1910/1957). The future prospects of psycho-analytic therapy. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139–152). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109–120). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97–108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920/1955). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1–64). London: Hogarth Press. (Original work published 1920)
- Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 75–174). London: Hogarth Press.
- Hillman, J. (1964). *Suicide and the soul*. New York, NY: Harper & Row.
- Kernberg, O. F. (2016). The four basic components of psychoanalytic technique. *World Psychiatry*, 15(3), 226–231. <https://doi.org/10.1002/wps.20368>
- Knafo, D. (2018). Beginnings and endings: Time and termination in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 8–14. <https://doi.org/10.1037/pap0000125>
- Klein, M. (1923). The development of a child. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 419–474.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lemma, A. (2014). *Minding the body: The body in psychoanalysis and beyond*. Routledge.
- МакВільямс, Н. (2023). Моїм українським колегам із нагоди болісної річницї: деякі щирі ідеї з підтримки практики під вогнем. *Український психоаналітичний журнал*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.32782/crj/2023-1-2>
- Samuels, A. (1989). *The plural psyche: Personality, morality and the father*. London: Routledge.
- Silverman, S. (1991). Somatic correspondences during psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19(3), 422–445.
- Schore, A. N. (2015). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315680019>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.

Анотація. Від часу розвитку теорій контрперенесення переживання аналітика у процесі терапії набули нового, ключового значення для самого аналізу та його ефективності. У воєнний період, хоча ми здебільшого прагнемо піклуватися про пацієнтів – особливо про тих, кому завдячуємо власною безпекою та життям, тобто військовослужбовців, – однак ми маємо дбати і про себе. Це можливо лише тоді, коли ми прислухаємось до власних переживань у процесі терапії з військовими. Наші почуття і реакції вже на етапі попереднього контакту є надзвичайно інформативними й можуть вказувати на динаміку майбутнього кейсу. Наше тіло, навіть якщо воно здебільшого «вміщене» в екран ноутбука, з перших хвилин передає нам сигнали про перебіг терапевтичного процесу. Ці прояви не слід ігнорувати, навпаки, важливо підкреслювати їхнє значення. Те саме стосується і моментів завершення терапії, яка може обірватися раптово,

без попереджень чи подальших зустрічей. Водночас надзвичайно важливо ділитися досвідом власних переживань із колегами, багато з яких із початком війни також почали працювати з військовими. Це сприяє нормалізації, усвідомленню та засвідченню нашого спільного професійного досвіду.

Ключові слова: психоаналіз, військовослужбовці, контрперенесення, соматичне перенесення.

Abstract. Since the development of countertransference theories, the analyst's experiences during therapy have gained new, crucial significance for both the analysis itself and its effectiveness. During wartime, although we primarily aim to care for our patients—especially those to whom we owe our own safety and lives, namely military personnel – we must also take care of ourselves. This is possible only when we pay attention to our own experiences while conducting therapy with soldiers. Our feelings and reactions, even at the stage of initial contact, are highly informative and can indicate the dynamics of the future case. Our bodies, even if mostly “contained” within the laptop screen, convey signals about the therapeutic process from the very first minutes. These manifestations should not be ignored; on the contrary, it is important to emphasize their significance. The same applies to moments of therapy termination, which may occur abruptly, without warning or follow-up sessions. Equally important is sharing our experiences with colleagues, many of whom, with the onset of war, have also begun working with military personnel. This contributes to the normalization, awareness, and acknowledgment of our shared professional experience.

Keywords: psychoanalysis, military personnel, countertransference, somatic transference.



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