УДК 159.964.28
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2025-3-1-4

ВІЙНА ЯК ПРОСТІР ДЛЯ ЖИТТЯ. ПСИХОАНАЛІТИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ[1]

Володимир Лагутін, кандидат медичних наук, сертифікований психоаналітик IPA,
навчаючий аналітик
Член Міжнародної психоаналітичної асоціації,
Українське психоаналітичне товариство
м. Дніпро, Україна

WAR AS A SPACE FOR LIFE. PSYCHOANALYTIC REFLECTIONS

Dr. Vladimir Lagutin, M.D., Ph.D., certified IPA analyst, training analyst,
Member of the International Psychoanalytic Association,
the Ukrainian Psychoanalytic Society
Dnipro, Ukraine
https://orcid.org/0009-0005-8717-404X
lagutin.vlad8828@gmail.com

Вступ. Загальноприйнято вважати, що війна залишає в людській душі помітний і передбачуваний слід. Це стосується не лише учасників бойових дій, а й так званого мирного населення. Йдеться про багаторазово описану комбінацію симптомів, що виникають у відповідь на складнощі та небезпеки війни та в основному збігаються з ознаками будь-якої хронічної травматизації. Якщо коротко, то до них можна віднести інформаційну захопленість темою війни, марні спроби відгородитися від неї повсякденними справами і турботами, більш чи менш інтенсивні переживання страху, тривоги, злості, провини, сорому (Priebe et al., 2012). А також негативні симптоми депресивного спектра: збіднення творчого начала, відчуття спустошеності, втрату інтересу до життя (Morina, 2010), зменшення цікавості та інтересу до нового, що значно ускладнює набуття емоційного досвіду, в результаті чого «відчуття прожитого часу» характеризується убогістю або навіть порожнечею (Kernberg, 2017). Колега, яка живе в одному місті зі мною і продовжує працювати «як до війни» у своєму кабінеті, так описала свій стан: «Втома, ненависть і бажання завмерти. Порожнє життя, безчасся».

Наявність перелічених симптомів та їх вираженість є індивідуальними та залежать від багатьох суб'єктивних та об'єктивних чинників, але найчастіше в емоційних і поведінкових проявах «людини воєнного часу» їх можна розпізнати. Переконливий зв'язок між травматичними властивостями війни та змістом описаних симптомів, підкріплений власним досвідом переживань, справляє враження зрозумілості та робить їх очікуваними. Поширеність же цих проявів створює враження їх обов'язковості.

Психоаналіз виявляє інтерес до різних аспектів травматичної ситуації. Акцентується увага на індивідуальних особливостях символічного проживання травматичних подій (Garland, 2002), на дослідженні ранньої взаємодії з материнським об'єктом і кореляціями дитячого досвіду з дезадаптивним впливом травми (Klein, 1940; Rosenfeld, 1950), на характері та якості атакованих прихильностей (Fonagy et al., 2017).

Обширна література формує уявлення про багаторівневість впливу травми на психіку та виражену залежність наслідків від індивідуальних особливостей людини. Тому є під-

[1] Текст, що пропонується до вашої уваги, заснований на матеріалах майстер-класу, що був проведений у рамках конференції Українського психоаналітичного товариства «Виклики сьогодення та спроможності психоаналізу» 9 листопада 2024 р.

стави припустити, що ми можемо передбачити найімовірніший варіант реагування пацієнта на травмуючі обставини війни за умови, що для нас зрозумілі механізми функціонування його психіки.

Мотивом для написання цієї статті стало здивування. Мене дуже здивувала реакція на війну двох пацієнтів, які виявили життєстійкість, що не відповідала моєму розумінню характеру і глибини їхньої патології. Ніби уникнувши травматизації, вони продемонстрували підвищений рівень адаптивності та парадоксальну здатність справлятися з викликами воєнного часу. Життя в умовах напруження війни вдавалося їм не менш, а можливо, й більш повноцінно, ніж до війни. За моїми ж очікуваннями, «довоєнна» симптоматика мала б приректи їх на суттєві труднощі в адаптації до екстремальних подій. Деякі проявлені ними риси здавалися несправедливо «присвоєними» або виниклими з нізвідки, що змусило мене визнати поверховість своїх діагностичних суджень. Несподівані стосунки цих пацієнтів з війною спонукали до нового знайомства з ними.

Далі я буду спиратися на клінічний матеріал двох багаторічних аналізів. Пацієнтка С. і пацієнт Б. звернулися до терапії відповідно 5 і 6 років тому зі скаргами на панічні атаки. Задовго до описуваних подій я об'єднав їх характеристикою «важкі пацієнти», оскільки обоє відчували труднощі в асоціюванні, символізації, а відповідно, і в опрацюванні сепараційних тривог та депресивних переживань. Вони відрізнялися нестійкою ідентичністю і насторожено-ворожим ставленням до світу. У роботі з ними я часто відчував себе неефективним. Я знаходив певну схожість у їхніх сімейних історіях, динаміці нашої взаємодії, у контрпереносних переживаннях. Моє ставлення до них як до пари остаточно сформувалося в перші місяці повномасштабної війни, оскільки динаміка обох виявилася для мене однаково несподіваною.

Перший рік аналізу С. могла приїжджати до кабінету лише у супроводі когось, зазвичай доньки-підлітка. У Б. панічним атакам передували нав'язливі думки про безглуздість життя, які «зводили його з розуму».

Попри дуже помірний прогрес в аналізі, у обох пацієнтів спостерігалося помітне професійне зростання. С. послідовно робила скромну кар'єру в районній адміністрації, а Б. став керівником середньої ланки на великому приватному підприємстві. С. і Б. схожим чином зосереджувалися на актуальних для них проблемах і турботах, ігноруючи виклики та спокуси великого світу. Високий інтелект та хороша освіта у обох поєднувалися з обмеженістю інтересів, відсутністю політичних уподобань і помітного патріотизму. Обоє зневажали складні процеси, що відбувалися у країні. Наприклад, С, проходячи через сквер по дорозі до мого кабінету, де протягом кількох тижнів збиралося багато людей для політичних маніфестацій, широко висвітлюваних у ЗМІ, одного разу запитала: «Ви не знаєте, що там роблять ці люди?». Видно було дитяче збентеження та повну неготовність прийняти надто складну реальність. Б змінював політичні партії, орієнтуючись на фінансову вигоду і протекцію у кар'єрному зростанні.

Обоє визнавали значущість терапії, сприймаючи її як засіб профілактики панічних атак, хоча чіткого розуміння, як саме це допомагає, у пацієнтів не було. Тривалий час терапія використовувалася ними як ритуал, що забезпечував захист від панічних атак. Хоча я був важливою частиною цієї ритуальної конструкції, у перші роки аналізу я відчував себе знеособленим. Пацієнти, здавалося, не цікавилися мною, не коментували мій зовнішній вигляд чи настрій. Наприклад, зауваження на кшталт: «Сьогодні ви виглядаєте втомленим», – не з репертуару цих людей. С. заохочувала мене до монологів, тоді як Б. із задоволенням заповнював б увесь сеанс собою. Попри очевидну протилежність того, що відбувалося, в обох випадках уникався діалог як простір для формування прив'язаності.

Іноді, нудьгуючи в одноманітному просторі повторюваних історій, я фантазував, що якби на моєму місці несподівано опинилася незнайома їм людина, вони не помітили б підміни.

Покращення самопочуття пацієнтів я пояснював собі атмосферою прийняття, що пом'якшувала сепараційну тривогу, безпосереднім підтримувальним впливом стабільного, високочастотного сеттінгу з його холдинг-функцією (Winnicott, 2018) та, можливо, початком формування об'єктних відносин,

менш нарцисично заряджених, ніж звичні. Проблеми із символізацією та обмеження у рефлексії гальмували повноцінне усвідомлення того, що відбувалося між нами.

Довіра пацієнтів, що не вимагала підтверджень, виглядала природною складовою частиною ідеалізуючого переносу, що дозволяв їм уникнути зіткнення з реальністю та власними складними переживаннями, насамперед із агресією.

Основою мого розуміння особливостей психічного функціонування С. і Б. було уявлення про їхню нарцисичну вразливість та крихкість. Я сприймав їхній обмеженофункціональний, спрощений механізм взаємодії з реальністю загалом і зі мною зокрема як захисний кокон, сформований у результаті ранньої травматизації, що приховує найбільш уразливі частини психіки. Через це емоційний та інтелектуальний складники нашого контакту виглядали набагато пласкішими, ніж міг би дозволити особистісний ресурс цих людей. Класичні уявлення про психічну оболонку як захисний бар'єр від надмірної стимуляції як зовнішніми, так і внутрішніми подразниками (Freud, 1920) задовольняли мене як базова діагностична модель у обох випадках.

Ця ж модель передбачала серйозні наслідки у разі руйнування захисних механізмів, які здавались мені досить уразливими і не здатними протистояти масивним травматичним впливам. Очікувалося актуалізація попередніх травм, оживлення «запечатаного у кишенях» (Levy, Lemma, 2012) болісного матеріалу. Загострення початкової симптоматики С. після залишення її чоловіком підтверджувало моє уявлення про крихкість її психічного благополуччя.

Далі я коротко представляю історії С. і Б., простежуючи події до вторгнення агресора в Україну 24.02.22, на початку війни, у період гострого травматичного випадку та перших кроків «посттравматичного» життя.

Пацієнтка С. Єдина дитина, що виросла без батька в атмосфері знецінення всього, що могло бути для неї важливим. Мати, яка вторгалася, переслідувала та вишукано провокувала сором, страх і провину, атакувала всі прояви автономії, креативності та сексуальності дівчинки. Дуже слухняна С. добре вчилася у школі, а згодом і у вибраному мамою інституті, але все одно залишалася «маминим розчаруванням».

Завжди й у всьому сумніваючись, боячись бажань, безжалісна до своєї зовнішності, соромлячись статусу «покинутої», С. і в аналізі залишалася старанною дитиною, яка усвідомлювала безнадійність зусиль у побудові відносин прийняття, не кажучи вже про любов.

У стосунках зі мною С. займала залежну позицію, вибудовуючи взаємодію на основі покірності, вини, страху, провокуючи моє зверхньо-батьківське ставлення опіки, наставництва і повчань. Вона не проявляла агресії та навіть мінімального незадоволення. Ховаючись і уникаючи відповідальності, С. була ефективною лише в обмеженому просторі професійних завдань. У цьому їй допомагало неухильне дотримання правил, старанність, акуратність і скрупульозність у стосунках з людьми.

Я припускав, що за емоційною одноманітністю С. ховається надлишок заборонених почуттів. У моїх же переживаннях переважали нудьга і розчарування. Я пояснював це гіпертрофованістю материнської фігури в об'єктних відносинах пацієнтки, яка атакує все живе. Мені були потрібні вольові зусилля для підтримання мотивації до роботи. Іноді мені вдавалося розрядити атмосферу, але частіше в кабінеті панував настрій безжиттєвості й безнадійності, схожий на пустелю: монотонний голос, банальні, повторювані із сесії в сесію історії. Обов'язкове: «Мабуть, я вам страшенно набридла». І моє відчуття втоми та провини за невміння зрушити процес із мертвої точки.

На початок великої війни пацієнтка стала жвавішою і відкритішою, хоча періодично все ж провалювалася у колишній емоційний стан. Разом із обстрілами нашого міста додалася нова складність – мені стало важче відокремлювати безнадійність, зумовлену реальними загрозами, і контрпереносну, спроєктовану пацієнткою.

Через кілька місяців після початку бойових дій С. виявила незвичну для себе активність, реалізуючи раніше стримувані бажання. Неочікувано для мене вона дозволила собі поїздку на вікенд у заміський готель, ініціювала офіційне розлучення з чоловіком і вирі-

шила завести собаку. Найбільш парадоксальним вчинком, що заперечував реальність війни, стала покупка нової великої квартири та переїзд «подалі від мами» із забороною на її відвідування і припиненням усіх стосунків із нею.

Попри спокусу побачити в цьому ознаки позитивної динаміки, я розцінив події як прояв псевдосепарації. Було очевидно, що регресивні емоційні зв'язки з материнським об'єктом збереглися. С. ігнорувала те, що в покупці квартири були реалізовані материнські уявлення про цінності та життєвий успіх. Для матері, власниці кількох квартир, володіння житлом було універсальним способом підтвердження статусності, гарантією безпеки, інструментом маніпуляцій із близькими та домінуванням у стосунках. У придбанні нової квартири виявилося розщеплення материнського образа на ту, що переслідує, та таку, що асоціювалася з простором безпеки й престижності. Пацієнтка намагалася ідентифікуватися з «безпечною» частиною матері, ізолюючи її від атакуючої частини. У терапії вона залишалася покірною і з колишньою млявою доброзичливістю приймала мої коментарі та інтерпретації. У її сприйнятті я залишався позбавленим будь-яких якостей, які могли б завадити злиттю.

Під час сеансів неодноразово звучала сирена повітряної тривоги і одного разу досить близько від офісу пролунав вибух. Але він лише на кілька секунд відволік пацієнтку від переживань з приводу віддаленої перспективи материнської немочі, яка зобов'яже її бути доглядальницею. Внутрішня війна виявилася для С. актуальнішою та небезпечнішою, ніж справжня, в якій ніби не було нічого несподіваного. Звична експансивність, жорстокість, байдужість, від яких захищає засвоєна з дитинства стратегія виживання: відхід у себе, відмова від бажань, сором, страх і вина. Зі справжньою війною простіше – вона чесніша. Вона не приховує ненависті, не вдає любові і не вимагає любові у відповідь. Війна – ідеальний простір для агресивних проєкцій, не обмежених виною та страхом покарання.

Одного разу С. пропустила сеанс, попередивши мене за 15 хвилин до початку, що не зможе прийти, оскільки в її будинок влучила ракета, і вона мала багато проблем, пов'язаних із цим. Говорила С. спокійним рівним голосом: «Не хвилюйтеся, у мене все гаразд. Нас із донькою вдома не було. Завтра буду на сеансі». На той момент я знав про чергове влучання ракети в багатоповерховий будинок, бачив фото в Інтернеті і, як усі, стежив за повідомленнями про загиблих та тих, кого витягли з-під завалів. Повідомлення С. про те, що її будинок постраждав, викликало у мене інтенсивні переживання, серед яких подив не був основним. Лише кілька годин потому я усвідомив, наскільки тон пацієнтки не відповідав моїм очікуванням. Її «У мене все добре» виглядало як маніакальне заперечення щойно пережитої смертельної загрози та катастрофічності ситуації загалом.

Сюрприз чекав на мене і наступного дня: усміхнена С., сповнена оптимізму та планів. Вони з донькою поселилися в одній із мамиших квартир, і ворожість до матері розчинилася у клопотах побутових проблем. Мати взагалі зникла з переживань С., здавалося, цей раніше домінуючий у її асоціаціях персонаж більше не мав значення для її емоційного благополуччя. С. виглядала не жертвою, а переможницею. Вона стала впевненішою і дорослішою, ніж за два дні до цього.

Я не знаходив очевидних ознак маніакальності, відзначаючи логічність та зрілість її планів. Начебто вона відчула себе досить дорослою для контролю над тим, що ще двома днями раніше залишала у підпорядкуванні мами.

Раптом виявилося, що велика і незатишна квартира не мала цінності. Пацієнтка відчувала себе в ній самотньою та нещасною. Квартира, з якої було вигнано експансивну матір, не стала територією безпеки та спокою. Навпаки, у цьому просторі актуалізувався вбивчий виворот материнської «турботи»: світ депривації та самотності. Удар ракети – подія, що виглядала трагічною, виявилася наповненою символічним оптимістичним змістом. Мій емпатичний відгук на втрату пацієнткою дома був зумовлений впевненістю в її повній ідентифікації з ним. Виявилося ж, що в цій ситуації вона більшою мірою ідентифікована із силою, яка атакує квартиру як материнську презентацію, руйнуючи задушливий світ материнських цінностей. Ракета – проєкція, адресованої матері агресії.

«Якщо мама не ховає свого бажання вбити мене, то і я маю право не приховувати свого наміру відповісти тим же», – таку конструкцію могло б побудувати несвідоме пацієнтки, позбавлене війною від заборон.

Втрата квартири дала право на більш відкриту комунікацію і більший ступінь автономії. Стало менше сорому. Пацієнтка ніби повідомляла мені: «Я така сама, як ви, я гідна вашої уваги. Я, як усі». У перенесенні я перестав бути матір'ю, яка зобов'язана переживати провину і безпорадність. Пацієнтка стала цікавою. Почуття свободи – головне переживання з цього періоду.

Приблизно через місяць у переживаннях пацієнтки з'явилися відлуння колишніх проблем. У сновидіння повернулися мотиви примусу та страху, в асоціації – розгубленість та безпорадність. Відновилися питання та прохання дати пораду. Мене начебто знову затягували у батьківську роль супротивника сепарації. Втрата квартири набувала контурів травматичної ситуації з депресивними переживаннями власної неспроможності. Моя стримана присутність почала викликати хворобливі почуття: «Поки не прийшла до вас, все було добре». Щоразу вона відчувала біль від дотиків до різних аспектів її життя, що витіснялися за межами мого кабінету. Це були добре знайомі довоєнні мотиви з однією істотною відмінністю: мені не було нудно. Я сердився, співчував, ображався, але не нудьгував. Ми стали живими людьми.

Процес поступового проживання нещастя, що спіткало її, триває досі і може бути початком руху по шляху набуття власного досвіду відносин зі світом і відділення від матері. Неминуче питання, відповідь на яке шукають люди, які перенесли травму: «Я зробила це чи це зробили зі мною?», виявлялося в чергуванні почуття провини та гніву на мою адресу, війни, матері, неповороткої влади. Їй дуже складно розрізнити досвід всемогутності та травму як об'єктивну подію» (Shabad, 1993).

На користь позитивної динаміки свідчать деякі особливості, що відрізняють пацієнтку від колишньої С. Так, вона відмовилася перенести на моє прохання зустріч на інший день, хоча її робочий графік цілком дозволяв це. Гнівні інтонації переконали мене в тому, що відмова зумовлена необ'єктивними причинами. Її агресію я розцінив як спробу опору матері. Другий епізод – прийняття моєї інтерпретації, яка дала потім пацієнтці матеріал для міркувань на кількох сеансах. Коментуючи її скаргу на втому та провину у зв'язку з нездатністю вирішити безліч проблем, я зазначив: «Ви начебто злякалися того, що почали собі дозволяти. Занадто багато самостійності. Ви можете бути покарані». Після цього сеансу наснилися два сни, що прояснюють поточні стосунки з материнським об'єктом. У першому пацієнтка мала перебувати поруч зі шкатулкою, у якій лежав невеликий, «як пупсик», труп матері. У другому – страшна, «як у фільмах жаху», стара, що чіплялася за руку, але С. скидає її в проліт гвинтових сходів. Реакція С. на сни мене втішила: «Все змістилося у бік життя», – сказала вона. І продовжила: «Мати активна, дістає лікарів, можу за неї не боятися. Її квартири переслідували мене все життя». З'явилося розуміння моїх давніх інтервенцій щодо продовження її стосунків із матір'ю у взаємодії із дочкою. Її свіжа гіпотеза: «Може, дочка спеціально нещасна для мене? Адже я завжди показувала матері лише свій нещасний бік». Вона ніби «видавлює» із себе матір, по крихтах знаходячи окремість.

Пацієнт Б. Конкурент старшої сестри та батька за увагу матері. Почувався переможцем у цьому змаганні, позаяк відрізнявся особливою чутливістю до нарцисичних потреб матері та інших членів сім'ї. Батьками стимулювалися і наповнювалися лібідинозним змістом обсесивна старанність Б., вміння перейматися інтересами матері, здатність бути незамінним та вміння «все схоплювати на льоту». Внаслідок цього ці якості стали важливою частиною його ідентичності. Свідченням успіху Б. у вирішенні завдання емоційного виживання була реакція матері: «Ти найкращий у світі». Відповідно, відсутність бажаного зворотного зв'язку була сигналом небезпеки та приводом для більшої активності. Адаптація Б. у дорослому житті багато в чому визначалася прагненням домагатися прихильності емоційно холодної матері, що забезпечувало йому короткостроковий успіх у досягненні значних цілей, але прирікало на безперервні та безуспішні зусилля у боротьбі за збереження

позиції «найкращого». Дефіцитарність функції символізації компенсувалася, мабуть, прагненням Б. проявляти себе в надмірній діяльності (Gätjen-Rund, 2015). Для Б. це були переважно збавлення і конкуренція. В історіях, що розповідав пацієнт, він виглядав недооціненим, часто переживав себе жертвою садистичних партнерів. Сімейне життя також було джерелом страждань і розчарувань.

Б. демонстрував захопленість аналізом, не раз повідомляв про свою переконаність у тому, що він чудово справляється із завданнями терапії. Малося на увазі, що я повинен відчувати гордість через його успіхи. Не помічаючи мого розчарування поверховістю аналітичного процесу, Б. намагався втягнути мене у переживання винятковості нашої пари. Як докази ефективності аналізу він наводив приклади «успішного» маніпулятивного використання аналітичного розуміння у відносинах з партнерами та конкурентами у професійній діяльності.

Разом із початком війни прийшло те, чого пацієнт так довго домагався від мене – захоплення та гордість у зв'язку з його успіхами. Його підприємство працювало на оборону, а він виявився більш за інших готовим до викликів воєнного часу. Б. з ентузіазмом хапався за будь-яку можливість продемонструвати ефективність, що, до речі, прийшлась на час найбільшої розгубленості і невизначеності перших місяців війни. Атмосфера адресованих йому надочікувань виявилася звичною. Б. талановито відповідав і на мій запит, опинившись поза конкуренцією з багатьма пацієнтами, які важко адаптувалися до тягот війни. Розповіді Б. про діяльність, спрямовану на допомогу армії, винахідливість під час вирішення найскладніших і дуже відповідальних завдань, його наполегливість і самовідданість часто змушували мене забути про аналіз.

Як і С., пацієнт реагував на материнські властивості військової реальності, але виділяв у ній не загрозливі, а стимулюючі й обіцяючі нагороду сигнали. Актуалізувався досвід виживання, що спирається на незрілий механізм злиття з нарцисичним, «не досить хорошим» материнським об'єктом.

Я слухав, захоплювався і пишався. Мої тривоги, зумовлені війною, на час сеансу відступали. Я був аналітиком кращого у світі пацієнта, а його життя, як ніколи, було наповнене змістом і переживанням власної значущості. Війна змоделювала звичний світ, в якому він умів заслуговувати у символічної матері право на кохання. Ми утворили всемогутню пару. Згадуючи необхідність рефлексії з приводу контрпереносу, я ставив собі питання: «Те, що відчуваю я, те, що було обіцяно мамі, щоб ніщо у світі не змогло відволікти її від улюбленого Б.?».

Поворотний момент історії Б. – несправедливе і нічим не виправдане позбавлення його посади. Я думаю, ця подія за значимістю для нього була порівнянна з попаданням ракети в будинок С. В інтерпретації пацієнта звільнення стало результатом нечесної конкуренції, низки зрад і корумпованості людей, на чию підтримку Б. розраховував. Як і у випадку втрати дома пацієнткою, ця ситуація викликала мій інтенсивний емоційний відгук. Я очікував на рецидив панічних атак, що здавалося обґрунтованим, оскільки «універсальна» стратегія виживання знову зрадливо підвела Б. З позиції найкращого й коханого він скотився у становище відкинутого та знеціненого. Пацієнт відмовився від компромісів з його кривдниками, відкинув пропозиції менш значних посад, які не наділяли його свободою рішень та важелями влади.

То справді був драматичний момент, що містив загрозу загострення страху смерті та інших симптомів обсесивно-компульсивного кола. Дуже нетривалий час пацієнт рухався у цьому напрямку, але потім симптоматика розчинилася у відновленні активності, спрямованої цього разу на боротьбу з ТЦК. Замість емоційного зриву я одержав бійця. Справа в тому, що разом із втратою посади Б. втратив право на звільнення від військової служби, надане йому у зв'язку зі співпрацею його підприємства з армією. Мені здавалося, що ймовірність його мобілізації була мінімальною, оскільки дія броні тривала ще декілька місяців, а вік Б. наближався до 57 років. Але Б. стимулював свою уяву, намагаючись переконати себе і мене в тому, що його життю загрожує небезпека. Його зусилля виглядали спробою змоделювати знайому ситуацію виживання, щоб, спираючись на ресурс страху, дозволити собі

активний захист. Разом із втратою посади він був позбавлений колишніх важелів контролю реальності, що лякало і викликало злість. Мою нейтральність він розцінював як осуд і вперше за час аналізу дозволив відкрите роздратування на мою адресу. Крім того, з'явилися запізнення та пропуски. Пацієнт не приховував розчарування можливостями аналізу, нездатного врятувати його від війни. Все виглядало так, ніби він перейшов на ще більш регресивний рівень захисту від страху смерті, прямолінійніший і менш маніпулятивний.

Він сам ініціював проходження військово-медичної комісії з метою довести непридатність до військової служби. Підставою стала наявність хронічного захворювання, що періодично загострювалося і раніше ігнорувалося пацієнтом. Досі у конфліктних ситуаціях він вигравав завдяки дипломатичності та комунікативній гнучкості. У боротьбі з ТЦК він уперше дозволив собі неприкриту ворожість, ставши наполегливим і непримиренним: «я вступив у нерівний бій…», «зворотної дороги немає…» Виявилася агресія, що ховалася за чарівливістю та еластичністю фальшивого Селф.

Яскраві симптоми загострення соматичного захворювання виглядали органічною частиною агресивної стратегії виживання. З одного боку, пацієнт ставився до них як до інструменту вирішення завдання, що стоїть перед ним, з іншого – він усе більше зливався з ними, переживаючи захворювання як головний складник його ідентичності. Хвороба дуже «до речі» почала прогресувати, що призвело до термінової госпіталізації. Б. із гордістю ніс прапор невиліковно хворого, «втираючи ніс» усім, хто «хотів його смерті», не помічаючи протиприродності боротьби за життя за допомогою хвороби, що вбиває його. Він ніби говорив: «Моє тіло вам не дістанеться. Ви нічого не отримаєте!».

У зв'язку з небезпекою ускладнень йому була запропонована операція, від якої пацієнт відмовився, думаючи, що у разі її успіху він не зможе отримати звільнення від мобілізації.

На поверхні цієї ситуації: контекст війни переформатує співвідношення загроз. Загибель у бою набагато реальніша і невідворотніша, ніж смерть в умовах миру, яка відстрочена в часі. Пацієнт виглядає цілком раціональним: він уникає більшої небезпеки, затулившись меншою. Але у найближчому розгляді стає очевидним, що в цій вибірковості загроз головним для Б. є не порівняльний аналіз ризиків, а домінування фантазії про всемогутню матір. Зовнішній загрозі протиставляється хвороба, не менш небезпечна, ніж війна, що сприймається Б. як рятівні обійми матері. У моїх переживаннях мати Б. егоїстична, безжальна і ненаситна, у його – та, що гарантує перевагу над ворогами і невразливість.

Материнська постать військового часу набула монолітності та однозначності. Присвоєння нарцисичною матір'ю права на його життя переживалося Б. як вияв справжнього кохання, тоді як зумовлена цим смерть його справжнього Я і підміна його хибним виглядала моєю непереконливою і неактуальною фантазією. Пацієнт виглядав безпорадним і розгубленим щоразу, коли не зустрічав захоплення та підтримки, реагуючи на мої інтервенції роздратуванням та запізненнями.

Якщо раніше пацієнт спокушав мене своєю винятковістю, підштовхуючи до захопленого злиття, зараз він розчинявся у хворобі, створюючи з нею нероз'ємну пару, виштовхуючи мене зі стосунків, як раніше батька чи сестру. На одному із сеансів я згадав питання 6-річного сина однієї з пацієнток: «Мамо, коли мене прийдуть забирати на війну, ти ж зможеш мене обійняти міцно, так, щоб ніхто не зміг мене відірвати від тебе? Вони розгубляться і підуть. Це так?». Взаємні обійми Б. та хвороби виглядали нерозривними. Хвороба робила його невразливим, як у дитинстві материнська любов. Ці обійми не виглядали ніжними, я сприймав їх, скоріше, як хватку чіпких лап.

Напевно, ця ситуація могла б бути ілюстрацією ідеї Розенфельда про ідеалізацію деструктивної частини самості, що бере на себе контроль над менш сильними ідентифікаціями (Rosenfeld, 2003). Б. проявляв себе продовженням руйнуючої його частини самості, яка найбільшою мірою відповідала запиту матері на винятковість за всяку ціну.

Ситуація викликала суперечливі почуття. Мені було важко інтерпретувати переживання пацієнта, оскільки я не міг відповісти на запитання: як могла б виглядати відмова від мате-

ринських обіймів? Чи було б за цим виконання громадянського та чоловічого обов'язку? Як би виживав Б. в умовах війни, якби відмовився платити будь-яку ціну за тріумфальне злиття з материнським об'єктом?

Його боротьба триває. Еластичний інструмент спокуси виявився незатребуваним, але Б. атакує рамки, правила, субординацію. Він нехтує думкою про себе, не дбає про репутацію. Ідентифікувавшись із хворобою, він перебуває в ладі із самим собою, в егосинтонній позиції, сприймаючи зовнішній світ як поле бою. Усі сили кинуті на зміцнення материнських обіймів, у яких готовий померти.

Висновки. На одному з недавніх сеансів інший мій пацієнт побіжно згадав, що бойові дії наближаються до місць, де пройшло його дитинство. Я зазначив, що серед його нечастих згадок про війну досі не звучав мотив можливого знищення рідного для нього міста. Він відповів: «Непідйомна тема. Я можу наговорити купу слів, але все це буде не те».

Мій опір написанню тексту про війну виглядав схожим: передчуття непідйомності теми і побоювання зрештою написати «не про те». Щоб писати «про те», слід відмовитися від спекуляцій на темі війни або від того, що внутрішній цензор розцінює як спекуляцію, обмеживши себе виключно аналітичною позицією «ззовні». Але в цьому випадку провалюєшся в переживання несправжності іншого роду: марність старань бути вдумливим і стриманим дослідником у ситуації, коли сам перебуваєш усередині травматичної ситуації, у якій важко міркувати і хочеться кричати. Обставина, що неминуче впливає на процес народження тексту, напевно, і позначилася на кінцевому результаті: самі слова стають фактором, що травмує, оскільки їх написання жорстко стикається з переживаннями, яких хотілося б уникнути.

Війна – не найкращий час для психоаналізу. Бути аналітиком воєнного часу загалом не просто, але особливо складно з тими пацієнтами, чия психопатологія виявляється конгруентною викликам війни. Досвід ранніх відносин, що дезадаптував їх у мирний час, раптом виявляється затребуваним у ситуації виживання. Ще одне джерело опору – контрперенос, що підштовхує терапевта до уникнення дослідження тих властивостей пацієнтів, які здаються корисними задля виживання. Один із пацієнтів так відреагував на мою інтерпретацію: «Ви хочете, щоб я відмовився від фантазій заради розуміння? У вас нічого не вийде. З одним розумінням просто не виживу. Як вижити під час війни з одним розумінням?».

Навіть якщо ситуація, в якій перебуває пацієнт, не є екстремальною і дозволяє нам перебувати в позиції дослідника, спільний з пацієнтом досвід війни втручається у вигляді емоційного резонансу. Простір емпатії розширюється, простір аналізу зменшується. Докладніше про це я писав раніше (Lagutin, 2022; Lagutin, 2024). Тому аналітичні відносини можуть підмінитися псевдокомунікацією – реалізацією потреби пацієнта у комплементарному афекті (Shabad, 1993). Може виникнути переживання недоречності та марності того, що відбувається в кабінеті.

В умовах війни складно адекватно оцінити можливості наших стосунків, того психоаналітичного простору, що вдалося вибудувати разом із пацієнтами. Особисто мене в цьому випадку обнадіюють слова Розенфельда, що складні обставини не можуть зупинити пошук хорошої матері у внутрішньому світі аналітика. Якщо пошук увінчається успіхом, пацієнт зможе не тільки прожити травматичні обставини, але й інтегрувати цей досвід без відщеплення (Розенфельд, 2003).

Життя у відносно віддаленому від фронту місті під час великої війни має свою специфіку: нетривалі явні загрози, що чергуються з періодами звичайного життя, що порушується лише кілька разів на добу сиренами повітряної тривоги. Або, навпаки: мирне життя, яке спокушає всіма його можливостями, але з прихованим відчуттям розчиненої в повітрі смертельної загрози, переживанням, від якого все ж таки можна відмахнутися. Потім – вибухи, смертельна небезпека, як правило, різка та несподівана. Ракетні і дронові атаки, що ніби оголюють справжній зміст того, що ще хвилину тому здавалося доброзичливим.

Для деяких пацієнтів у цих властивостях «міри війни» є щось дуже пізнаване, що може бути тригером для включення механізмів виживання, сформованих у ранньому

дитинстві. Причому сформованих в умовах, практично ідентичних воєнному часу: виживання у світі об'єктів, що приховують загрозу за доброзичливістю, агресію за імітацією любові. Війна – простір для відігравань. Створюються умови, що сприяють актуалізації тих несвідомих конфліктів, які співзвучні багатогранному світу війни. При цьому для мене залишається актуальним питання: чи стимулює війна появу в душевному житті пацієнтів чогось нового, раніше їм не властивого, або все, що мене дивувало – непрожите, невідрефлексоване старе, що відгукнулося на запрошення війни.

Пацієнти, про котрих йшлося у статті, змогли краще за багатьох адаптуватися до війни. Вони ніби нічого не втратили, а навпаки, відкрили нові можливості. Приклади нових можливостей: купівля квартири С. та вражаюча ефективність Б. в організації виробництва. Обидва зустріли війну як хорошу знайому, знайшовши у своєму ранньому досвіді об'єктних відносин точки опори задля виживання у ній. Досвід виживання, що спирається на незрілі механізми пристосування до нарцисичних, «не досить гарних» материнських об'єктів. Їхній оптимізм різко контрастував із моїм способом адаптації до умов війни. Зміни в мені позначились у терапії у вигляді більшого співпереживання та меншої аналітичності. Це раніш за мене відчули пацієнти, відгукнувшись активізацією материнського переносу.

Для Б. в умовах війни небезпеки сепарації знайшли дуже конкретний, позбавлений символізму зміст – смерть. Тому він захищається злиттям, використовуючи хворобу, яка не є небезпечною для нього, позаяк злиття обіцяє безсмертя. Для С., навпаки, війна об'єктивізує страшні фантазії про поглинання і дозволяє протистояння їм, послаблюючи почуття провини. Внутрішній світ пацієнтки переповнений атакуючими об'єктами, війна дозволила проєктувати їх назовні.

Удар ракетою – можливість спостерігати втілену у життя фантазію про звільнення від материнського об'єкта. На відміну від звичайних обставин із повним правом на торжество та безкарність.

Всі мої міркування – лише спроба пояснити собі те, що здавалося несподіваним і незрозумілим. У результаті багато що пояснено, але залишається і впевненість, що пацієнти, які перебувають у хронічно складних обставинах, все одно будуть дивувати нас несподіваними поворотами душевного життя.

Список літератури:

De Jong, J.T., Komproe, I.H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders inpostconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128–2130.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). Affect regulation, mentalization and the development of the self. Routledge.

Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle.* London.

Garland, C. (2018). Understanding trauma: A psychoanalytical approach.

Gätjen-Rund, A. (2015). Kindeskind aus Krieg und Flucht. *Kinderanalyse*, 23(2), 151–170.

Kernberg, O.F. (2017). The destruction of time in pathological narcissism. *Cliniques*, 14(2), 32–52.

Klein, M. (1969). Mourning and its relation to manic-depressive states. *Death: Interpretations.* New York, Dell Publishing Co, 237–267.

Lagutin, V. (2022). Diferentes Tonalidades Del Negro. *Temas De Psicoanalisis*, 25.

Lagutin, V. (2024). When the Setting Is Bursting at the Seams: The Survival of a Psychoanalytic Dyad During War. *Psychoanalytic Inquiry*, 1–10.

Levy, S., & Lemma, A. (2012). The perversion of loss: Psychoanalytic perspectives on trauma. Routledge.

Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G., & Prigerson, H.G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 288–297.

Priebe, S., Jankovic Gavrilovic, J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., ... & Bogic, M. (2012). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46 (1), 45–54.

Rosenfeld, H. (1950). Note on the psychopathology of confusional states in chronic schizophrenias. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 132.

Rosenfeld, H. (2003). Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. Routledge.

Shabad, P. (1993). Paradox and the repetitive search for the real reply to Ghent, Lachmann, and Russell. *Psychoanalytic Dialogues,* 3(4), 523–533.

Winnicott, D.W. (2018). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. Routledge.

Анотація. Загальноприйнятий погляд: війна – простір страждання і привід поставити нормальне життя на паузу. Руйнівні для душевного життя властивості війни ми переживаємо з перших хвилин вторгнення та спостерігаємо їх у наших близьких, колег та, звичайно, пацієнтів. Однак реальність війни ширша і різноманітніша, ніж просто територія лиха. Наприклад, деякі пацієнти саме в цей складний час виявляють не очевидні до цього властивості. Для них війна виявляється часом розвитку та змін. Це спантеличує, оскільки пацієнти можуть виявитися адаптивнішими і живішими, ніж «дозволяли» їхні діагнози, які здавалися до цього цілком переконливими. Стаття присвячена роботі з пацієнтами, які здивували аналітика і змусили знайомитися з ними заново, оскільки простір війни виявився для них простором життя.

Ключові слова: психоаналіз, Україна, адаптація до умов війни, пацієнти, які дивують, війна як простір для проєкцій, стосунки з материнським об’єктом.

Abstract. The conventional view is that war is a realm of suffering and a reason to put normal life on hold. From the first moments of the invasion, we have experienced the destructive effects of war on mental health and observed these effects in our loved ones, colleagues, and, of course, patients. However, the reality of war is broader and more diverse than merely a zone of disaster. For example, some patients, during this challenging period, reveal previously unnoticed qualities. For them, war becomes a time of growth and change. This is perplexing, as these patients may turn out to be more adaptive and alive than their diagnoses once seemingly definitive had suggested. This article focuses on working with patients who surprised the analyst and compelled a fresh understanding of them, as the war environment proved to be a space for life.

Key words: psychoanalysis, Ukraine, adaptation to war conditions, surprising patients, war as a space for projections, relationships with the maternal object.