ГС НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
ДИВІЗІОН «ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ»

УКРАЇНСЬКИЙ ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Том 1 Випуск 3 (2023)

UKRAINIAN PSYCHOANALYTIC JOURNAL

Volume 1 Issue 3 (2023)

Видавничий дім
«Гельветика»
2023

Засновники – ГС Національна психологічна асоціація,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія»

«Український психоаналітичний журнал» видається спільнокоштом за підтримки індивідуальних та інституційних внесків наших спонсорів і партнерів. У 2023 році спонсорами та партнерами журналу є:

Український центр психоаналізу
Центр практичної психології і психоаналізу «In-Person»
Українська асоціація психотерапевтів та бізнес-тренерів
Клінічна спеціалізація «Психоаналіз не-невротичних пацієнтів»
MedvedievaAcademy
Львівський психоаналітичний інститут ментального здоров'я
Зігмунд Фройд Університет Україна
Криворізький державний педагогічний університет

Друкується за рішенням
Наукової Ради ГС «Національна психологічна асоціація»
(протокол № 2 від 21 грудня 2023 року)

Фахова реєстрація (категорія «Б»): Наказ МОН України № 1543 від 20 грудня 2023 року (додаток 4)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головна редакторка
Мар'яна Великодна – Ph.D. із психології, доцент
Кафедра практичної психології, Криворізький державний педагогічний університет,
Кафедра психології, Зігмунд Фройд Університет Україна,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації.

Редактори
Валерія Палій – Ph.D. із психології, президент
ГС «Національна психологічна асоціація», Київська школа економіки.

Маріанна Ткалич – Sc.D. із психології, професор
Кафедра психології, Запорізький національний університет,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації.

Тетяна Мельничук – Ph.D. із психології, доцент
Інститут психології ім. Г. С. Костюка, Національна академія педагогічних наук України,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації.

Даян Елайз – Ph.D. із психології
Психоаналітичний інститут Північної Каліфорнії.

Оксана Якушко – Ph.D. із психології
Національний інститут психотерапій, м. Нью-Йорк, США.

Ольга Черепєхіна – Ph.D. із психології, доцент
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара.

Наталія Губа – Ph.D. із психології, доцент
Кафедра психології, Запорізький національний університет.

Валерій Дорожкін – Sc.D. із психології, професор
Національний університет «Львівська політехніка».

Михайло Пустовойт – Sc.D. з медицини, професор
Івано-Франківський національний медичний університет.

«Український психоаналітичний журнал» – електронне фахове рецензоване видання у відкритому доступі, яке публікує оригінальні статті та переклади, присвячені психоаналізу, психоаналітичній психології та психотерапії.
Заснування видання ініційоване Дивізіоном «Психоаналітична психологія і психотерапія» ГС Національна психологічна асоціація (протокол № 2 від 20.12.2020) та затверджене Радою Національної психологічної асоціації (від 23.02.2022).

Завжди раді новим читачам, авторам та рецензентам.

Видавничий дім
«Гельветика»
2023

eISSN 2786-8931

ЗМІСТ

Олександр Федорець
ОБ'ЄКТИ ТА ПРОСТОРИ. ВІД ФІЗИЧНОГО ПРОСТОРУ ДО МЕНТАЛЬНОГО.....5

Ольга Мостова
ЖАЛЬ У ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ РОБОТІ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, КОНТРПЕРЕНЕСЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ.....13

Володимир Лагутін
ПСИХОАНАЛІЗ, «ТРАВМОВАНИЙ» ВІЙНОЮ. ЧОТИРИ КЛІНІЧНІ ІЛЮСТРАЦІЇ УРАЗЛИВОСТІ СЕТИНГУ.....18

Ігор Романов
СУЧАСНА ПРОПАГАНДА ТА ПРОПАГАНДИСТСЬКІ СТАНИ ДУШІ: ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПЕРСПЕКТИВА.....24

Дмитро Залеський
ВІЙНА СИМВОЛІВ. СИМВОЛОТВОРЕННЯ ТА ІДЕНТИЧНІСТЬ У КОНТЕКСТІ ВІЙНИ РОСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ: АНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД.....30

Гелена Лазос
ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ.....35

Євген Нелін
ПОЄДНАННЯ ПСИХОАНАЛІЗУ І ХРИСТИЯНСЬКОЇ ПЕДАГОГІКИ В ДІЯЛЬНОСТІ ОСКАРА ПФІСТЕРА.....45

Маріанна Ткалич, Наталія Глотова
РОЛЬ МАТЕРІ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ У ФОРМУВАННІ ДИСГАРМОНІЙНИХ ПАРТНЕРСЬКИХ СТОСУНКІВ ОСОБИСТОСТІ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ.....48

Людмила Іванова
ДИНАМІКА ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ПЕРІОДИ КРИЗ, ГОРЯ ТА РИТУАЛІВ ПЕРЕХОДУ НА ОСНОВІ ПІДРАХУНКІВ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ.....56

Мар'яна Великодна
ПСИХОАНАЛІЗ І ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ДОКАЗОВА ПРАКТИКА: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ З ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ.....66

Зиґмунд Фройд
НАРИС ПСИХОАНАЛІЗУ. ЧАСТИНА 3. ТЕОРЕТИЧНИЙ ЗДОБУТОК.....74

Зиґмунд Фройд
ЩОДО ДИНАМІКИ ПЕРЕНЕСЕННЯ.....78

Зоя Мірошник
ОГЛЯД КНИГИ А. КРАВЦОВОЇ «МАМО, ДАВАЙ ПОВЕРНЕМО ЙОГО ЛЕЛЕЦІ! АБО ДОПОМАГАЄМО ДИТИНІ ПОДРУЖИТИСЯ З БРАТИКОМ ЧИ СЕСТРИЧКОЮ».....81

Володимир Казанцев
ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ФУНДАМЕНТ: ОГЛЯД НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА Р. КЕЧУРА, Х. ТУРЕЦЬКОЇ ТА О. ЯСКЕВИЧ «ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ».....84

CONTENTS

Oleksandr Fedorets

OBJECTS AND SPACES. FROM PHYSICAL TO MENTAL SPACE.....5

Olha Mostova

REGRET IN PSYCHOANALYTIC WORK: CLINICAL MANIFESTATIONS, COUNTERTRANSFERENCE, AND SPECIFICS OF PSYCHOTHERAPY.....13

Volodymyr Lagutin

PSYCHOANALYSIS "TRAUMATIZED" BY WAR. FOUR CLINICAL ILLUSTRATIONS OF THE VULNERABILITY OF THE SETTING.....18

Igor Romanov

CONTEMPORARY PROPAGANDA AND PROPAGANDISTIC STATES OF MIND: A PSYCHOANALYTIC VIEW.....24

Dmytro Zaleskyi

THE WAR OF SYMBOLS. SYMBOLIZATION AND IDENTITY IN THE CONTEXT OF RUSSIA'S WAR AGAINST UKRAINE: ANALYTICAL VIEW.....30

Gelena Lazos

PSYCHODYNAMIC VIEW ON THE ISSUE OF RESILIENCE.....35

Ievgen Nelin

INTEGRATION OF PSYCHOANALYSIS AND CRISTIAN PEDAGOGY IN OSKAR PFISTER'S ACTIVITIES.....45

Marianna Tkalych, Nataliia Hlotova

THE ROLE OF A MOTHER WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN THE DEVELOPMENT OF THE PERSON'S DISHARMONIOUS PARTNER RELATIONSHIPS IN ADULT AGE.....48

Lyudmila Ivanova

DYNAMICS OF MENTAL PROCESSES DURING PERIODS OF CRISES, GRIEF, AND RITES OF PASSAGE BASED ON CALCULATIONS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS.....56

Mariana Velykodna

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS AN EVIDENCE-BASED PRACTICE: A REVIEW OF EMPIRICAL DATA ON THE EFFECTIVENESS OF WORKING WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS.....66

Sigmund Freud

AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS. PART II. PRACTICAL ISSUES.....74

Sigmund Freud

ON THE DYNAMICS OF TRANSFERENCE.....78

Zoia Miroshnyk

REVIEW OF A. KRAVTSOVA'S BOOK "MOM, LET'S BRING HIM TO THE STORK! OR HELPING A CHILD MAKE FRIENDS WITH A BROTHER OR SISTER".....81

Volodymyr Kazantsev

PSYCHOANALYTIC GROUND: REVIEW OF THE TUTORIAL "PSYCHOANALYTIC THEORIES OF DEVELOPMENT" BY R. KECHUR, KH. TURETSKA & O. YASKEVYCH.....84

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-1

ОБ'ЄКТИ ТА ПРОСТОРИ. ВІД ФІЗИЧНОГО ПРОСТОРУ ДО МЕНТАЛЬНОГО

Олександр Федорець, психіатр, сертифікований тренінговий аналітик
Українська конфедерація психоаналітичних психотерапій
м. Дніпро, Україна

OBJECTS AND SPACES. FROM PHYSICAL TO MENTAL SPACE

Oleksandr Fedorets, M.D., certified training analyst
Ukrainian Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies
Dnipro, Ukraine
https://orcid.org/0009-0000-1398-0050
al-fed@ukr.net

Собака звикає до господаря, а кіт – до оселі, де мешкає господар.

Вступ. Цей простодушний афоризм я іноді пропоную пацієнтам як тестове запитання, щоб з'ясувати, який вид прив'язаності вони визначають у себе. Існує особлива категорія пацієнтів, які уникають емоційно близьких стосунків з об'єктами та надзвичайно прив'язані до просторів. Додатково їх характеризує особливий душевний стан неприкаяності та безправності в стосунках через те, що для них звично почуватися в стосунках наче в «приймах». Для цієї категорії пацієнтів характерно, що вони тривалий час неспроможні «привласнити» собі процес терапії (шизоїдні захисти), а приходять тому, що їх чекають, або, навпаки, схильні до експансії, і стосунки з ними справляють враження, що вони намагаються колонізувати місце проведення терапії та привласнити аналіз і аналітику (нарцисичні захисти). Такі пацієнти особливим способом прив'язані до просторів, де проходить їхнє життя, а з початком аналізу – до самого місця терапії. Спроба думати про них у контексті об'єктного перенесення справляє враження, що ми для них мало що означаємо, скоріш для них важлива сама процедура аналізу як важливий ритуал, який стає острівцем стабільності в їхньому житті. Наприклад, один із пацієнтів, якого у звичних термінах можна визначити як шизоїдного, просив мене на час відпустки залишити йому ключі, щоб він міг приходити до кабінету в день сесії та проводити звичні 50 хвилин. У цьому його повідомленні була певна доля самоіронії, що не заперечувало, а скоріше підкреслювало пріоритетність місця аналізу порівняно до ролі терапевта. Інша пацієнтка, яка регулярно запізнювалася на сесії, пояснювала таку свою особливість тим, що відчуває, наче квартира її не відпускає, поки вона не наведе там ідеальний порядок. На більш ранньому етапі терапії вона мала особливість заповнювати весь час сесії своїм матеріалом, не залишаючи місця для того, щоб я міг запропонувати свій коментар, сприймаючи мене винятково як простір-контейнер для своїх переживань. Такі шизоїдні пацієнти в перенесенні встановлюють стосунки не так з аналітиком як важливим об'єктом, як переважно з простором сесії, що емоційно з ним пов'язаний. Коли аналітик в інтерпретаціях апелює до свого значення в житті пацієнта, наприклад, наполягаючи на інтерпретаціях об'єктного перенесення, вони переживають це як настирливе вторгнення та змушені захищатись або догідливо погоджуватись, що здається формальним проявом лояльності.

Метою роботи є дослідження феномену перенесення на простори поряд з об'єктами в атмосфері психоаналітичної сесії.

Короткий огляд літератури. Аналіз перенесення Фройд вважав основним інструментом психоаналітичного дослідження. Його перші опубліковані роботи підтверджували його ідею про обов'язкову наявність позитивного перенесення на аналітика, яке він пояснював інвестицією лібідо. З поширенням психоаналітичної практики з'являлося все більше свідчень того, що певна частина пацієнтів не розвивали очікуваного лібідінального перенесення, характерного для пацієнтів з едіпальними конфліктами. Випадок Дори (Freud, 1905), який більшість дослідників творчості Фройда вважають невдалим, призвів Фройда до відкриття негативного перенесення. Далі увагу засновника психоаналізу привертає доля лібідо в людей, хворих на шизофренію, і завдяки дослідженню мемуарів судді Шребера (Freud, 1911) він робить висновок, що енергія інстинктів взагалі не була інвестована в зовнішній світ (Hinshelwood, 1989). В есе «Введення в нарцисизм» (Freud, 1914) Фройд вивчає особливості перенесення за наявності нарцисичних розладів, де він доходить висновків, що лібідо нарцисичних осіб інвестовано у його власне его. Через деякий час автор психоаналізу публікує важливий текст «Скорбота та меланхолія» (Freud, 1917), у якому він вперше описує процес ідентифікації. У цьому тексті є цитата, на яку часто посилаються теоретики об'єктних стосунків: *«Тінь об'єкта падає на Его…»,* що свідчить, на думку Хіншелвуда (Hinshelwood, 1989), що в цей період увага Фройда зайнята описом феноменології об'єкта, залишивши осторонь економіку інстинктивних потягів. Мелані Кляйн за підтримки свого наставника Карла Абрахама продовжує дослідження об'єктних стосунків, чому чимало сприяє застосування ігрової техніки в аналізі дітей. Кляйн створила власний стиль терапії дітей з неврозами, для чого пропонувала їм набір іграшок (об'єктів). Під час терапевтичної сесії Кляйн мала можливість спостерігати за тим, як вони встановлювали різноманітні стосунки з кожною з них (Hinshelwood, 1989). Ідеї Мелані Кляйн про внутрішні об'єкти викликали широку зацікавленість, насамперед у Британії, і надалі дослідження цього напряму розвивали кілька груп: група послідовників Мелані Кляйн, Віннікотт (Winnicott, 1955; Winnicott, 1963), Балінт (Balint, 1955), Фейнберн (Fairbairn, 1952; Fairbairn, 1963), Гантріп (Guntrip, 1969) та інші, що згодом призвело до створення теоретичних напрямів, які мають назву «школа об'єктних стосунків» (Hinshelwood, 1989). Практичні напрацювання цієї школи створили можливості для пояснення феномену перенесення у всій його різноманітності, що створило можливості для аналізу пацієнтів із розладами, які мали конфлікти іншої природи, не схожі на звичні едипальні, та надавали теоретичне підґрунтя для терапії з пацієнтами з межовим рівнем організації, нарцисичними й навіть психотичними. Теорії емоційного розвитку в цьому теоретичному підході описують розвиток самості в процесі ранніх стосунків із матір'ю, яка сприймається немовлям як сукупність часткових і функціональних об'єктів, що внаслідок базового розщеплення мають полярні якості: ідеальні та задовольняючі або

небезпечні та загрозливі. Світ часткових об'єктів завдяки процесам проєкції та інтроєкції еволюціонує та поступово інтегрується до цілісних об'єктів і стає менш суперечливим. Якщо дитина на ранніх етапах розвитку мала значні фрустрації у стосунках з об'єктом, де процеси проєкції та інтроєкції були ускладнені, інтеграція об'єкта не може бути досягнута, отже, внутрішній хороший об'єкт всередині її психіки не встановлений. У такому випадку дитина надалі сприймає свої об'єкти функціонально, як часткові, тому стосунки з людьми сприймаються як ненадійні й непередбачувані. Особи з таким розладом прив'язаності будують свої стосунки відповідно до інфантильної задовольняючої моделі об'єктних стосунків, яка їм знайома з раннього досвіду. Вони мають схильність занадто контролювати об'єкти, прагнуть їх привласнити або фантазійно проникнути всередину, або, навпаки, тримати дистанцію в особистих стосунках ы особливим чином зберігати прив'язаність до простору, який відповідає інфантильній фантазії про тіло матері, або інший безпечний простір з раннього досвіду, пов'язаний з об'єктом. В аналітичних стосунках такий феномен проявляється позитивним перенесенням не на аналітика, а на простір, пов'язаний із терапевтичним процесом.

Тема психічних просторів у психоаналітичних дослідженнях. Тема психічних просторів залишається на периферії уваги дослідників, що пояснюється певною традицією, яка започаткована Фройдом через його увагу до феномену перенесення, а надалі продовжена Мелані Кляйн у дослідженні об'єктного перенесення, що наглядно витікає з її базового постулату «…із самого початку немовля занурене в стосунки з об'єктами» (Heiman et al., 2018). Важливі тексти для розуміння дилеми сприйняття об'єктів і просторів можна зустріти в роботах Мікаела Балінта (Balint, 1955) про окнофілів (oknofil) і філобатів (filobat), де він характеризує філобатів як людей, які шукають заспокоєння в усамітненні та знаходять задоволення в покиданні об'єкта. Генрі Рей (Rey, 1979), постклляйнівський аналітик, детально описує характерну особливість шизоїдних пацієнтів – прагнення проникати всередину об'єктів, а потім відчувати тривогу бути там ув'язненими, що, зі свого боку, пояснює наявність клаустро-агорафобічної дилеми в переживанні простору й об'єкта. У роботу Джона Стайнера «Психічні сховища…» (Steiner, 1993) ґрунтовно досліджується тема ухиляння від об'єктних стосунків, де автор наводить приклади різноманітних варіантів уникнення тривожних аспектів у стосунках з об'єктами у фантазійному безпечному просторі-сховищі, що справляє враження доволі універсальної терапевтичної проблеми. Д. Стайнер пропонує теоретичне прояснення складної перспективи в досягненні прогресу з так званими застряглими пацієнтами, що роками здатні перебувати в психічних сховищах. Такі пацієнти схильні уникати близьких стосунків і позасвідомо докладають зусиль до перетворення терапевтичних стосунків у своєрідні фантазійні сховища, у яких неможливий розвиток. Безумовно, підсумковою концепцією для розуміння ролі психічного простору в теорії об'єктних стосунків для мене стали ідеї Біона (Bion, 1959; Bion, 1962) про «*психічний контейнер*».

Хороший об'єкт і ментальний простір для нього. Ерік Бренман (Brenman, 1985) пропонує своєрідний еталон формування репрезентації внутрішнього хорошого об'єкта: «*…сприйняття (дитини) розвивається від соска до грудей, тіла, обличчя і в кінцевому результаті душі та любові матері, що формує картину «матусі». Остання може бути інтроєктована, їй надається* ***«дім»*** *у душі немовляти, і вона живить здатність немовляти до любові»*. Бренман пропонує своє визначення хорошого об'єкта – «матусі», якому в душі виділяється хороший простір – «дім». Далі Бренман описує зовсім інший тип стосунків: *«…звужує ж картину світу до (образу)* ***жорстокого, позбавленого любові місця*** *знищення поняття про цілісну людську матір*». В описі автора «*хороший простір*» – дім, пов'язаний із можливістю інтеграції часткових об'єктів у цілісний «*хороший об'єкт*», а «*поганий простір»* постає у вигляді жорстокого місця й обумовлений відсутністю *«хорошого або цілісного об'єкта*». Видається надзвичайно важливим бачити взаємозв'язок хорошого простору з хорошим об'єктом, але водночас і розрізняти ці аспекти. Вважаю, що своєрідний психічний дім надається об'єкту дзеркально, як інтроєктований власний досвід переживання приймаючого простору-контейнера для самості в душі матері, а відсутність такого ментального простору-контейнера змушує шукати притулок у зовнішньому фізичному просторі.

Такі міркування дали змогу звернути більше уваги до ставлення пацієнтів не тільки до об'єктів, але й до життєвого простору для себе, а також до переживання цього аспекту в аналізі. Для ілюстрації наведу короткий приклад. Пацієнтка Б. пригадує своє дитинство як наповнене постійними сварками проміж батьками, яких описує як співзалежну пару. Батько зловживає алкоголем та уникає матері, а матір депресивна й іпохондрична, хворобливо фіксована на пияцтві батька. На одній із сесій Б. розповідає про сновидіння, у якому її молодша сестра виходить заміж за порожнечу, а вона споглядає це з боку та риторично каже сама собі: «*…ну то й що, схоже, й так можливо…*». Спостерігаю за ланцюжком асоціацій: тема пустих вулиць під час карантину, що нагадує відчуття внутрішньої порожнечі, які резонують із переживаннями, пов'язаними з покинутою хатиною в селі. Цей будинок із садом – батьківська спадщина, що символізує хороші аспекти стосунків із батьком у дитинстві, які потім були знецінені через його пияцтво, що в сновидінні представлено порожнечею. Покинутий дім в актуальній ситуації є конфліктною темою, яка турбує у стосунках із сестрою. Тоді як батьківські фігури з'являються в матеріалі сесій переважно як персекуторні та небезпечні об'єкти, дім у селі викликає однозначні переживання тепла й затишку, місця, до якого вона надзвичайно прив'язана, але останнім часом почала його уникати через образи на сестру, що приїздить туди тільки відпочивати, а всю турботу про догляд за будинком і рослинами в саду пацієнтка була змушена взяти на себе. Ця ситуація відчувається як несправедлива претензія сестри захопити «хороший простір – дім» як любов батьків, відщеплений від поганих аспектів стосунків з ними. На цьому прикладі добре помітно результат розщеплення на одіозні батьківські об'єкти й ідеалізований простір батьківського дому. Емоційні конфлікти, пов'язані з успадкуванням батьківського дому, досить часто є причиною непримиримого ірраціонального конфлікту між сіблінгами як останньої можливості отримати конкретний хороший простір, своєрідну компенсацію за відсутність ментального хорошого об'єкта. Розщеплення на небезпечні об'єкти та хороший простір найбільш радикально проявляється саме в шизоїдних пацієнтів. Ми можемо спостерігати позитивне перенесення на хороший простір терапевтичної сесії, поки аналітик не проявляє надмірну активність, що кардинально може змінити атмосферу стосунків через актуалізацію негативного перенесення на аналітика як на нарцисичний об'єкт, який захоплює та «привласнює» простір сесії, унаслідок чого пацієнт втрачає здатність до вільних асоціацій. Захист, який в такому випадку застосовує пацієнт, може бути як мазохістською капітуляцією та відмовою від суб'єктності та спонтанності або, навпаки, ідентифікацією з агресором або атакою на інтерпретації аналітика. Наприклад, одна пацієнтка з подібним розладом, яку я згадую на початку статті як ту, що займала весь простір сесії своїми історіями, після моєї конфронтації стосовно захоплення нею всього простору сесії пояснила: *«Поки говорю Я, то відчуваю себе живою, але коли починаєте говорити Ви, то я відчуваю себе мертвою».* Така категорія пацієнтів має характерне нарцисичне, надмірно вимогливе суперего, та їхні захисти

спрямовані на захист від експансії на об'єкти в близькому оточенні, на які проєктується таке суперего, що загрожують привласнити собі всю суб'єктність. Такі шизоїдні захисти можуть провокувати терапевта поводитись активніше, щоб пробитися до живого контакту з пацієнтом, але це тільки погіршує ситуацію. З високою вірогідністю можна припустити, що в кожному шизоїдному пацієнтові є неусвідомлена нарцисична частина самості, а в кожному нарцисичному – латентно прихована шизоїдна. У соціальному житті двоє людей із шизоїдною організацією досить часто утворюють своєрідну компліментарну пару, де одна особа привласнює собі всю суб'єктність і поступово стає все більш нарцисичною, а іншп, захищаючись від експансії, – усе більш шизоїдною. Рональд Бріттон (Britton, 2003) взагалі відносить шизоїдний розлад до нарцисичної проблематики, позначаючи таку категорію пацієнтів як *відсторонений нарцисичний розлад (detached narcissistic disorder).*

Розвиток стосунків із психічним простором. Авторська гіпотеза полягає в припущенні, що на всіх етапах розвитку психіки, крім стосунків з об'єктами, самість додатково розвиває взаємини з простором, у який вона потрапляє, сепаруючись від об'єкта. Стосунки самості з психічним простором розвиваються або стагнують паралельно з розвитком об'єктних стосунків і на кожному етапі розвитку мають свої особливості.

Безумовно, важливим для емоційного розвитку дитини є те, щоб вона відчувала себе бажаною і, крім місця в матці матері, також отримала репрезентацію в її психіці. Ми зазвичай цікавимось, чи вважає пацієнт себе бажаною дитиною, тому що уявлення пацієнта, що він небажаний, надзвичайно впливає на самосприйняття свого існування взагалі. Ненсі Мак-Вільямс (McWilliams, 2011) наводить яскравий приклад такої «ментальної вагітності» у своєї подруги, *«що виховала під час Депресії дванадцять дітей, причому всі вони виявились благополучними, незважаючи на крайні злидні та деяку суттєву скруту: «Кожного разу, коли я знову виявлялась вагітною, я плакала. Я не знала, звідки візьмуться гроші, як я буду доглядати за цією дитиною та піклуватись про когось ще, крім неї самої. Але через чотири місяці я починала відчувати життя, мене все збуджувало і я думала: «не можу дочекатися, коли ти з'явишся у цей світ. Я так хочу знати, хто ти!».* Цей стан зацікавленості, збудження й азарту Д. Віннікотт (Winnicott, 1956), вірогідно, визначив би як *«первинну материнську стурбованість»,* а У. Біон (Bion, 1962) позначив би як стан *«reverie»* – материнська мрійливість. О. Ранк (Rank, 1929) був одним із перших відступників від поглядів Фройда, який привернув увагу до розвитку психіки ще до народження та запропонував свою оригінальну ідею про травму народження, пов'язану із втратою ідеального внутрішньоутробного простору. Існує доволі багато психоаналітичних текстів, які описують наявність у клінічному матеріалі пацієнтів фантазії про прагнення повернутися в материнське тіло, зокрема, так вважає Розенфельд (Rosenfeld, 1947), а Гантріп (Guntrip, 1963) описує специфічні фантазії про повернення в материнське тіло, яким дає характеристику *«маткових фантазій».* Переживання існування всередині об'єкта в перенесенні, на відміну від стосунків із самими об'єктами, мають особливу атмосферу, яку більш доречно описувати не як емоційне переживання, а скоріше в термінах фізичних феноменів. Генрі Рей (Rey, 1979) описує аналогічне сприйняття стосунків у межових пацієнтів: *«...їхні ідентифікації залежать як від внутрішнього об'єкта, що не піддався асиміляції, так і контейнуючого зовнішнього об'єкта, у якому такі люди живуть, тому їх ідентичність залежить від стану об'єкта і відповідає йому, його ідентичності і його діям. У них є зовнішня мушля чи панцир, але наче немає хребта. Вони як паразити, живуть в мушлі, яку, схоже, запозичили чи вкрали, що створює відчуття ненадійності».* Рей вважає, що пацієнти з подібним душевним устроєм, вірогідно, дуже обмежено здатні переживати близькі стосунки як емоційно теплі, а інших людей сприймають як потенційний «психічний простір» для них.

Наступним важливим етапом емоційного розвитку є можливість встановлення емоційного контакту під час годування грудьми через встановлення візуального та примітивного вербального контакту, а також ігрового простору в матері на руках (Winnicott, 1971; Tronick, 1975; Dolto, 2011). Перехід від фізичного контакту до контакту ментального можливий за умови здатності матері до стану *reverie*, яке Біон (Bion, 1962) описав як стан душі матері, коли вона здатна сприймати спроєктований жах немовляти, що створює умови для контейнування. Це критично важливий етап, під час якого дитина отримує підтвердження, що вона присутня в психіці матері, яка здатна бути чутливою до переживань дитини, пов'язаних із шокуючим досвідом знайомства з власними тілесними реакціями й емоціями**,** що виникають внаслідок фрустрації. Завдяки такому емоційному контакту в дитини з'являється досвід трансформації нестерпних емоцій або бета-елементів за Біоном (Bion, 1962) в альфа-елементи, емоції, придатні для осмислення та символізації. Механізми утворення дефіциту такого досвіду ілюструє одна з моїх пацієнток, аргументуючи своє рішення продовжити грудне вигодовування своєї дитини до 1,5 року так: «*… я дала їй груди, і можу в цей час думати про що завгодно, я належу сама собі, а коли я перестану годувати її грудьми, то мені доведеться приділяти вже їй увагу*». Перехід від холдінгу – турботи про фізіологічні потреби дитини – до контейнування – ментального контакту психіки дитини з психікою матері – критично важливий для здатності дитини надалі витримувати тривогу та довіру до об'єктних стосунків. Якщо контакт із психікою матері не встановлено, дитину очікують проблеми аутистичного, а в більш м'якому варіанті шизоїдного спектра.

Далі важливим етапом розвитку стосунків з об'єктами та просторами є період сепарації-індивідуації, коли дитина опановує простір поряд із матір'ю. Успішне проходження цього періоду розвитку залежить від можливості матері витримувати зростаючу автономність дитини та демонструвати так звану *присутню відсутність* або, словами Віннікотта (Winnicott, 1971), надати умови для «*можливості бути наодинці в присутності матері*», а Кейсмент (Casement, 1982) відзначає: «*Для того щоб дитина змогла включитись в творчу гру, гру, що вимагає уяви, потрібно, щоб між нею та матір'ю існував певний простір, у якому б дитина мала певне право на ініціативу*». Маргарет Малер (Mahler & La Perriere, 1965) позначає, що внаслідок передбачуваних і надійних стосунків дитини та матері стає можливим досягнення «*константності внутрішнього об'єкта*», що по суті є додатковим аспектом хорошого внутрішнього об'єкта у внутрішньому світі дитини. Наявність стабільного внутрішнього об'єкта дає змогу зростати здатності витримувати фізичну відсутність матері та створює передумови до сепарації завдяки тому, що мати отримує репрезентацію як хороший внутрішній об'єкт і надалі завжди є присутньою у психічному просторі дитини.

Успішний досвід попередніх етапів розвитку стосунків з об'єктом, опанування просторів поруч із ним і поступового набуття суб'єктності створює умови для триангуляції та можливості сприймати досвід, що пов'язаний із визнанням стосунків між батьками: *«Подальший розвиток переживання простору передбачає наближення до едипового трикутника шляхом усвідомлення зв'язків, що поєднують батьків, унаслідок чого виникає триангулярний простір»* (Britton, 1989).

Клінічні ілюстрації порушення контейнування. Особисті дані людей, про яких йдеться в тексті, змінені або не наводяться для збереження конфіденційності.

Пацієнт В. Він приходить на сесію після аварії, у якій ледве не загинув через те, що заснув за кермом. Коли В. дістався дому після аварії, переляканий і нещасний, його подруга, замість того щоб співчувати йому та втішити, висунула йому претензії, що він змусив її переживати. Щоб передати мені свій стан, він наполіг, щоб я передивився відео соціальної реклами пасків безпеки, і поки я дивився, він зі сльозами на очах спостерігав за моєю реакцією. На відео паски безпеки асоціативно зображувались у вигляді рук коханої жінки, яка обіймає та рятує життя водію. На цьому прикладі наочно помітна винахідлива спроба пацієнта за допомогою технічного засобу передати мені проєктивну ідентифікацію свого фантазійного прагнення, якого саме ставлення до себе він потребував, що я зрозумів як досить конкретний безпечний простір на руках матері, через те, що спроба емоційного контейнування пережила чергову фрустрацію. Для В. в актуальних стосунках зі своєю подругою постійно відбувалося відтворення ситуації, де від нього вимагали контейнувати проєкції своєї тривожної партнерки, що несвідомо нагадували йому крихку депресивну матір. Ситуація здавалася безнадійною – очікуючи емпатичного співпереживання від своєї подруги, але не знайшовши в її душі психічного дому для себе, він замість того стикається з вимогливою претензією надати такий «дім» для її переживань. Його стосунки з партнеркою поступово рухалися до краху саме через те, що обидва учасники пари очікували від партнера контейнування своїх переживань, але кожен із них не був здатен надати такий психічний простір іншому.

Для нас звично уявляти об'єктні стосунки, які можна зобразити графічно:

O–o *(де* **O** *– об'єкт, а пряма лінія, то зв'язок між ними).*

Сімінгтон Д. та Сімінгтон Н. (Symington & Symington, 2002) зазначають, що «Біон мислив, що особистість складена з подвійних елементів: контейнера та контейнованого», де він позначав контейнер жіночим символом – ♀, а контейноване чоловічим – ♂**.** Отже, за Біоном доречніше зображати стосунки у такому вигляді:

O → Ɔ, де **O** *– контейноване, → – проєктивна ідентифікація,* Ɔ *– контейнер.*

Далі автори зазначають: *«Існує деяке контейноване, що шукає деякий контейнер... Буває контейнер, що шукає контейноване».* У наданому клінічному прикладі має місце позасвідома фантазія про контейноване, яке шукає контейнер і яке зустрічає інше контейноване, як двійко безпритульних дітей стукаються в наглухо зачинений дім і не знаходять собі прихистку. Аналітику потрібно бути здатним до особливого емоційного стану, щоб надати простір у власній психіці для пацієнта. Фройд (Freud, 1912) описував такий стан як «вільноплаваюча увага», а Біон (Bion, 1962) пізніше позначив як *ревері* – особливий стан розуму, який є потрібним для контейнування, і в подальшому доповнив бажаний емоційний стан психіки аналітика ідеєю *«…без пам'яті та бажання»* (Bion, 1967), що є по суті ідеальна максима абсолютно приймаючого контейнера як стан психіки, що повністю виключає вірогідність привносити в стосунки власні проєкції. У просторі аналітичної сесії пацієнт потребує такого нашого стану, який ми зазвичай позначаємо як аналітичну позицію. При цьому пацієнт за допомогою проєктивної ідентифікації несвідомо буде намагатися впливати на аналітика, відтворюючи стосунки іншого типу, знайомі йому з минулого досвіду, наприклад досвіду переживання об'єкта, який не здатен розуміти, що в біонівських термінах можна позначити як «закритий контейнер» **Û**.

Під час супервізій із кляйнівськими аналітиками доводилося чути певні епітети, що описують характеристики різного типу взаємодії між контейнером і контейнованим, наприклад переповненого контейнера. Прикладом переповненого контейнера є історії дітей про те, що тривожній матері неможливо було поскаржитися на свої неприємності через ризик, що це викликало в неї таку реакцію, що потім доводилося заспокоювати вже її. Переповнений контейнер іншого типу ми зустрічаємо в батьків, схильних до гіперопіки, що можна розуміти як надмірне використання проєкції власної пошкодженості в дитину. Пацієнтка Д. на сесії, пишаючись собою, розповідає, як вона віддано любить своїх дітей, що мною в контрперенесенні відчувається як переслідуючий контроль з її боку, та коли я пропоную їй конфронтуюче запитання «Як в такому прояві любові почуваються її діти?», вона парирує моє: «Але ж вони *мої* діти! Вони ж живі! Я помістила в них своє серце і душу!». Це пафосне ствердження повинно мене остаточно переконати, яка вона чудова мати. Однак після мого наступного запитання: «Чи залишилося всередині них місце для власної душі?» пацієнтка замовкає і починає плакати, а потім промовляє: «Бідні мої діти…», зустрівшись із депресивним болем.

Пропоную до розгляду ще два визначення інших варіантів розладу контейнування: поняття дірявого контейнера, який проявляється в нехтуванні емоційним станом дитини, її переживання помічались, але їм не надавали значення, і абортуючого контейнера, що часто пов'язано з раннім досвідом обриву стосунків або повторенням загрози такого обриву. Це пізнавані історії пацієнтів, матері яких віддавали дитину на виховання іншим, або коли звичним стилем виховання було покарання за прояви емоційності, демонстративне покарання відмовою розмовляти з дитиною. Пацієнти з такого роду досвідом відторгнення можуть відігравати цей аспект стосунків, забуваючи про сесію чи раптово обриваючи терапію. Вони погано витримують абстинентну позицію аналітика, який їм несвідомо нагадує про досвід відкидання з боку матері.

Емоційні проблеми, що обумовлені *«збоєм материнського контейнування»,* за визначенням Бріттона (Britton, 2015), значно ускладнюють для дитини можливість набуття нового емоційного досвіду та сприяють тому, щоб надавати перевагу безпечним просторам, але не об'єктам. Доволі часто можна зустріти в практиці несвідому фантазію про втрату місця в душі матері, яка пов'язана з досвідом народження сіблінга з невеликою різницею у віці, коли фантазії про власну цінність для матері піддаються суворому випробуванню, оскільки місце в її душі сприймається захопленим новонародженою дитиною.

Невелика клінічна віньєтка. Пацієнтка Н. звернулась у зв'язку з нездатністю витримувати власні переживання у процесі дорослішання молодшої дитини, якій на той момент було близько одного року. Дитина сприймається занадто вимогливою, такою, що буквально переслідує в постійному прагненні фізичного контакту. Дотики дитини викликають неприємні тілесні відчуття. Пізніше з'ясувалося, що тілесні контакти з іншими членами родини вона також терпить через силу. На одній із сесій Н. здалося, що я сиджу ближче, ніж завжди, і вона попросила відсунутись. Н. з нетерпінням чекає можливості вийти на роботу, щоб якомога менше бути в родині. Коли вона вдома, значну частину часу присвячує прибиранню в квартирі та відчуває себе набагато краще, коли всі речі на своїх місцях. Їй тяжко витримувати візити до власних батьків, і після нещодавнього спільного обіду вона відчувала себе хворою протягом декількох днів. У процесі сесії стає зрозумілим, що поганий фізичний стан після візиту до батьків пов'язаний із відчуттям токсичної атмосфери фальшивої люб'язності в батьківському домі. Під час аналізу поступово розкривається зміст її позасвідомої фантазії про захоплений і зіпсований простір у батьківському домі, пов'язаний із травматичним емоційним досвідом після народження молодшої сестри, за якою вона була змушена доглядати на вимогу матері та пригнічувати в собі гидливі почуття, пов'язані з цим. Сестра молодша за Н. на три роки та скільки себе пам'ятає, завжди вважала,

що матір любить сестру більше. Стосунки із сестрою, як і з матір'ю, холодні, з емоційною дистанцією. Ідеальний порядок у домі переживає як простір біля матері, який існував до народження сестри, який вона зруйнувала своєю появою та зіпсувала своїми «нечистотами».

Обговорення. Феномен «*хорошого простору*» чи «*психічного дому*» або його відсутності, зі свого боку, створює різну архітектуру цього аспекту психіки на різних етапах свого розвитку. Саме відсутність досвіду психічного дому в душі об'єкта змушує самість до пошуку *психічного сховища* в розумінні Стайнера (Steiner, 1993). Пацієнти з такого роду душевним устроєм досить часто мають проблеми з власним помешканням, а також здатністю його ділити з іншими. Від контактів із близькими вони схильні ховатись у віртуальному просторі соціальних мереж або комп'ютерних ігор. У ситуації аналізу встановлюють позитивне перенесення не з аналітиком як об'єктом, а із самою процедурою аналізу – сетінгом, кушеткою або кріслом, кімнатою очікування, інколи з кав'ярнею, що розташована поруч з офісом аналітика, де пацієнт зазвичай п'є каву або обідає, і наділяють їх особливим сенсом. Аналітики здебільшого очікують, що абстинентність і мовчання аналітика в процесі сесії створюють умови для того, щоб пацієнт мав змогу розмістити свій актуальний психічний зміст у просторі аналітичної години, однак, якщо він проєктує на наше мовчання ігноруючий внутрішній об'єкт, то таке випробування може завдати надмірної фрустрації. Через таку їх особливість аналітик стикається з дилемою: якщо аналітик пасивний, вони сприймають це як нехтування, якщо у їх сприйнятті аналітик надмірно активний, вони сприймають це як захоплення простору сесії з його боку. Вони можуть намагатися контролювати нашу активність й перевіряти наявність контакту, настирливо очікуючи від нас сигналу, що ми з ними, залишаючи паузу після висловленого й очікуючи коментар у відповідь, який би підтверджував, що його слова почуті та сприйняті. Найчастіше аналітик реагує на це несвідомо, киваючи головою на знак уваги до почутого, або подаючи певний звук на кшталт «угу», або демонструючи інший невербальний сигнал, який повідомляє пацієнту, що сказане ним сприйняте. Тривога, пов'язана із загрозою відкидання, робить їх обережними та догідливими, у зв'язку із чим вони розвивають специфічні захисти, як-от, наприклад, прагнення сплачувати за сесії наперед, контролювати закінчення сесії. Пацієнти з подібним душевним устроєм роблять настирливі спроби перевірити, чи є в нашій душі місце для них і чи зберігаємо ми в пам'яті важливі деталі їх історії, також для них важлива наша здатність надати вчасно інтерпретацію переживання відкидання в моменти, коли ми їх не розуміємо або були неуважні. Шизоїдні пацієнти надзвичайно чутливі до наших запізнень чи відміни сесій, а також до зміни офісу чи інтер'єру в ньому і можуть реагувати на це образою або мстиво відігравати. Для нас звично думати, що пацієнти стурбовані тим, як до них ставиться аналітик, але для подібної категорії пацієнтів насамперед важливо, чи є для них місце в нашій голові. Інколи вони перевіряють, чи думаємо ми про них, коли ставимо, здається, невинне питання: про що ми розмовляли на минулій сесії? Крім цього, одночасно демонструють нам свою ідентифікацію з ігноруючим об'єктом, даючи зрозуміти, що вони не вважають важливим або не здатні надавати стосункам із нами місце у власній психіці. З такими пацієнтами ми можемо стереотипно наполягати на об'єктних інтерпретаціях, однак пацієнти, що зосереджені на можливості знайти «хороший простір», такі інтерпретації будуть переживати як нерозуміння чи нашу нав'язливість. Вони доволі часто йдуть аналітикам назустріч і привчаються говорити мовою, яку ми їм пропонуємо, однак парадокс полягає в тому, що ми, намагаючись бути хорошим об'єктом, водночас можемо недооцінювати важливості наявності для них хорошого простору в аналізі. Пацієнти із синдромом бездомності справляють враження людей, яким невідомий досвід переживань «хорошого дому» в аспекті визнання своєї важливості для інших. Вони довгий час не можуть дозволити собі спонтанність і вільні асоціації, готуються до сесії як до екзамену та в стосунках намагаються займати якомога менше місця, несвідомо спокушаючи партнера, що їхні інтереси можна не враховувати. Для них складно «привласнити» собі процес терапії як можливість, але не обов'язок, при цьому звично скаржаться на зневажливе ставлення до себе. Така їх особливість проявляється в контрперенесенні тим, що нам простіше нехтувати їхніми інтересами порівняно з інтересами інших пацієнтів, ми менше думаємо про них між сесіями і рідше доповідаємо на супервізіях, вважаючи їх безпроблемними та зручними пацієнтами. Інакше кажучи, для нас важливо дозволити пацієнту мислити про себе не тільки як про хороші або погані об'єкти, але як про простір для існування з відповідною атмосферою. Саломон Рєзнік (Alcorn & Resnik, 2018) пише, що психоаналітичні стосунки вибудовуються не тільки з промовлених слів, але й з атмосфери, яка створюється відповідним стилем присутності.

Однак буде неправильним вважати, що шизоїдні пацієнти зовсім не розвивають об'єктного перенесення, воно здебільшого має негативний контекст сприйняття аналітика як схожого на власне нарцисичне суперего та маскується за позитивним фасадом ідеалізації аналітика.

Від фізичного простору до ментального. Наведу ще один клінічний приклад, як така захисна організація проявляє себе в особистому житті та перенесенні.

Пацієнт Д., 31 рік, звернувся за терапією у зв'язку з відчуттям застою в житті. Сесія на другому році аналізу. Заходить до офісу, роздягнувшись у коридорі, з верхнім одягом в руках. Охайно вішає своє пальто на стілець біля входу. Починає говорити, що дорогою в мій офіс раптово помітив, що потягнувся до кишені за ключами та вирішив, що варто мені розповісти про своє спостереження. Гадає, що він почав сприймати мій офіс як свій дім. Далі доволі довгий монолог про те, що він відчуває це місце своїм та безпечним. Потім доволі несподівано повідомляє, що перший рік не помічав вішалки в моєму кабінеті та навіть не впевнений, що вона була. Тільки відносно нещодавно почав думати, що ця вішалка не тільки для мого одягу, а є пацієнти, які залишають свій верхній одяг поруч із моїм. Пригадує, що коли він прийшов уперше та запитав, де залишити одяг, я відповів: *«Там, де вам зручно»* – та зробив жест рукою. Д. подивився в тому напрямку і побачив стілець. З того часу він кладе одяг на цей стілець. Після цього Д. став розповідати про ситуацію з роботою, що на роботі заміна керівництва та реорганізація, у зв'язку з чим у нього зараз вимушена відпустка. Д. не знає, чи збережеться його посада в штатному розкладі після реорганізації. Його бос інколи просить знайти виконавців для невеликих завдань. Я пропоную інтерпретацію, що «*…невизначена ситуація з роботою, у якій ви опинилися, схожа на те, що ви стоїте на порозі та не знає, чи покличуть вас у дім, куди ви звикли приходити, тому ви намагаєтесь бути лояльним, однак, напевне, не знаєте, чи залишать вас, чи запропонують піти. Можливо, тому вам так важливо сьогодні позначити, що ваш дім тут, у моєму кабінеті».* Д. розсміявся та сказав: *«Мабуть, щось у цьому є!».* Далі Д. висловлює доволі детальні міркування, які підтверджують мою інтерпретацію, однак це більш схоже на демонстрацію лояльності та бажання догодити. Розповідає, що вивчає можливість шукати іншу роботу, але він вже звик до цього місця та взагалі не любить щось міняти в житті. Він має надію, що його все ж не звільнять, і вже підрахував, що через три роки зможе купити собі машину. *«Я міряю свій заробіток в машинах,* – з гумором сказав він, – *але потім я пригадую, що в мене може з'явитися дитина, і я себе запитую, де їй місце в моїх планах? Тоді я розу-*

мію, що цей термін купівлі машини віддаляється». Суть моєї інтерпретації полягала в тому, що, можливо, він не впевнений у моєму ставленні до нього та в тому, що наша терапія є достатньо надійним «домом», а також що йому б хотілось зберегти колишню роботу як звичний дім, а не вештатися манівцями як бездомний фрілансер. Тоді через три роки у нього з'явиться металевий дім-автомобіль, де він зможе ховатися від усіх, як равлик у будиночку. Але коли він так розмірковує, то є ризик, що його внутрішній дитині не буде місця в нашій терапії, де б вона змогла з'явитися. Д. нервово розсміявся: *«Так…* – багатозначно сказав він, – *наступне, що спадає мені на думку, – чому я не можу мріяти, щоб більше заробляти? Але для мене це складно. Я навіть не знаю, чи сплатять мені за ту роботу, яку я зараз виконую».* (Д. описує, у чому полягає його робота – йому дають завдання, а він передає задачу виконавцю. Це займає декілька хвилин на день.) *«Я гадаю, що мій бос розуміє, що будь-яка робота має бути оплачена. Нехай це 1 долар, але заплачений! Я вважаю зайвим про це казати! Але переживаю, що він може не заплатити».* Я запропонував інтерпретацію стосовно того, що він не впевнений, що я ціную його зусилля, але він не відчуває за собою права наполягати на будь-чому. У ситуації на роботі йому доводиться розмовляти мовою натяків – він виконує роботу, але не говорить своєму босу, що розраховує отримати гроші за свою працю. Прошу пояснити складну мову натяків у нашій роботі з ним: *«З одного боку, ви даєте мені зрозуміти, що відчуваєте себе тут, як вдома, а з іншого боку, не можете дозволити собі право повісити своє пальто на вішалку поруч із моїм».* Схоже, що Д. збентежився від моєї конфронтації: *«Я сам не розумію, де тут правда».* На це я відповів: *«Ми доволі суперечливо влаштовані. Можливо, що правда і те, і інше».* Пропоную йому поміркувати про ці протиріччя вголос. Д. говорить, що він відчуває мій кабінет своїм домом, але не весь. Ось це крісло, що його обіймає і у якому йому дуже затишно, він точно відчуває своїм домом. Моя фінальна інтерпретація стосувалася того, що коли ми почали прояснювати розміри його власного простору, то він скоротився до розміру крісла.

На цьому прикладі добре помітно невпевненість пацієнта в моєму ставленні до нього та пріоритет фізичного простору (офісу) над символічним простором сесії, який можна відчувати як психічний дім. У процесі опрацювання шизоїдних захистів і нарцисичного перенесення, стиль стосунків поступово змінюється. Півтора роки по тому виникла ситуація, коли у зв'язку зі зміною у своєму графіку я запропонував перенести сесію на годину пізніше, на що він охоче погодився. На наступному тижні я запитав, чи можемо ми залишити для нього цей час на майбутнє як постійний? Він відповів: *«Без проблем, такий час для мене навіть зручніший».* Однак ще через тиждень знову запитав, чи це буде тепер його постійний час? Я відповів, що в мене зараз є вікно на той час, який йому пропоную, і він може вибирати, якщо для нього новий час зручний, то ми його залишимо постійним. Спантеличений такою пропозицією він запитав, як зручніше мені. Я відповів, що на цей момент для мене немає суттєвої різниці та він може вибрати сам, оскільки зараз відбуваються зміни в моєму графіку через те, що один із моїх пацієнтів завершив терапію. За два тижні він розпочав сесію з того, що продовжує думати про цю ситуацію та переймається тим, що я можу бути незадоволеним, що через нього буду змушений приходити на роботу раніше. Д. настирливо продовжував думати про те, що я пожертвував своїми зручностями заради нього і якби я наполіг, то він би охоче поступився. Далі він розповів, що для нього завжди було легше поступатися, ніж наполягати на своєму, навів тому декілька прикладів, а потім несподівано сказав, що втішився фантазією, що після сесії з ним у мене залишатиметься вікно та він додатковий час займатиме місце в моїй голові.

Висновки. Метафора психічного дому, як місця в психіці об'єкта для самості, виявилась вельми вдалою для використання як інтерпретації особливого виду емоційної потреби. Ідея про паралельний розвиток стосунків не тільки з об'єктами, але й з просторами, пов'язаними з ними, дає змогу помітити та вчасно надати інтерпретацію про втечу від контакту у віртуальний психічний простір. Увага до дилеми перенесення на хороший простір і негативний нарцисичний об'єкт дає змогу опрацювати певні варіанти опору та стагнації в процесі психоаналітичного дослідження. Здатність помічати цей аспект у перенесенні сприяє кращому розумінню пацієнтів із позначеним душевним устроєм, покращує якість робочого альянсу та дає змогу уникати в терапії глухого кута, пов'язаного з нездатністю терапевта вербалізувати певні аспекти перенесення яке не є об'єктним. Проблема відсутності психічного дому тотально проявляє себе саме в шизоїдних пацієнтів, але й у пацієнтів невротичного рівня схожі особливості присутні в більш м'якому варіанті та проявляють себе на певних етапах терапії.

Можна досить чітко окреслити етапи розвитку стосунків суб'єкта з просторами, пов'язаними з об'єктами:

– всередині матері;
– на руках у матері;
– поряд із матір'ю;
– поряд із батьківською парою;
– соціальних стосунків за межами сім'ї.

Можливість еволюції сприйняття таких просторів не тільки як фізичних сховищ, але й ментального відчуття *«хорошого дому»* залежить на початку від якості стосунків із матір'ю, а потім із батьківською парою.

Первинним об'єктом-простором, у якому формується психіка дитини, власне є тіло матері. Видається достатньо беззаперечним, що передумовою для репрезентації в психіці матері є те, чи була дитина бажаною, інакше кажучи, чи була вона присутньою у фантазіях матері як жаданий об'єкт ще до народження. Критично важливим етапом є досвід, коли, крім тілесного контакту, дитина отримує підтвердження, що для неї є місце також у психіці матері. Такий досвід стає можливим за умови здатності матері до невербальної комунікації та можливості сприймати проєктивні ідентифікації дитини, у біонівських термінах перебувати в стані «*ревері*», за визначенням Біона (Bion, 1962). Відсутність такої здатності Бріттон позначає як *збій материнського контейнування* (Britton 2003; Britton, 2015), що ускладнює можливість створити репрезентацію психічного дому-контейнера й в подальшому ускладнює кожен наступний етап сепарації в процесі розвитку. Також є доволі очевидним, що для нормального формування суб'єктності дитина потребує матері, здатної віддзеркалювати емоційні прояви дитини (Winnicott, 1967). Далі – здатності витримувати амбівалентні й амбітендентні емоційні посилання дитини на етапі сепарації-індивідуації (Mahler & La Perriere, 1965). На наступному етапі – здатності матері та батька уникнути спокуси едіпального зваблення з боку дитини, як зазначає Бріттон (Britton, 1985; Britton, 1989), і залишитися парою, яку вона намагається роз'єднати, але одночасно боїться зруйнувати, як безпечний дім, у якому існує. Важливо, що батьківська пара здатна перебувати в стосунках, де є можливість близькості й автономності, що створює триангулярний простір – у розумінні Бріттона (Britton, 1989; Britton, 1998) простір, у якому залишається місце для стосунків дитини з обома батьками та з парою. Надалі простір соціальних стосунків є тим символічним домом, що визначає нашу ідентичність і відчуття приналежності до певних соціальних груп, що стає емоційно важливим і ціннісним простором. Успішне оволодіння соціальним простором за межами батьківського дому як можливість знаходити для себе «хороший дім» у нових групах та організаціях залежить від успішного досвіду попередніх етапів сепарації з важливими

об'єктами, де є місце як близькості, так і автономності. Ми можемо дозволити собі деяку рефлексію щодо того, чи є організація, у якій ми маємо задоволення перебувати, хорошим «психічним домом» для нас.

Психоаналітична сесія в широкому сенсі являє собою потенційний простір-контейнер. Здатність психоаналітика перебувати в стані ревері створює для пацієнта можливість відчувати сесійний час як сприятливий безпечний простір. Це важлива умова для того, щоб нестерпні та неосмислені аспекти психічного життя проявили себе, могли бути названі, символізовані й набули змістовності та визнання як реальні факти внутрішнього світу. Ми пропонуємо пацієнту дозволити собі вільні асоціації як можливість для нашої зустрічі з неусвідомленим досвідом, або, за термінами Біона, «контейнованого». Якщо наша інтерпретація не контейнує переживань пацієнта, вона не стає психічним домом-контейнером, навпаки, вона буде сприйнята як наше контейноване, від якого пацієнт буде захищатись у знайомий для нього спосіб.

Список літератури:

Alcorn, D., & Resnik, S. (2018). *Mental Space*. Routledge.

Balint, M. (1955). Friendly expanses – horrid empty spaces. *The International Journal of Psychoanalysis*.

Bion, W. (1962). A theory of sinking, *The International Journal of Psychoanalysis*. 33: 306–310.

Bion, W. (1967). Notes on memory and desire, *Psycho-Analytic Forum* 2:272-3, 279–80.

Brenman, E. (1985). Cruelty and narrowmindedness. Citation. Cruelty and narrowmindedness. *The International Journal of Psychoanalysis* 66: 273–281.

Britton, R. (1985). The Oedipus complex and the depressive position. *Sigmund Freud House Bulletin*. Vienna, 9, 7–12.

Britton, R. (1989). The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex. In *The Oedipus complex today*. Ed. J. Steiner. P. 83–106. London Karnas.

Britton R. (1995). Reality and Unreality in Phantasy and Fiction. In *«Creative Writers and Day-Dreaming»*, ed. E.S. Person et al. New Haven and London: Yale Univ. Press.

Britton, R. (2003) Narcissistic Problem in Sharing Place. In Britton, R. *Sex, Death and the Superego: Experiences in Psychoanalysis*. London: Karnac Books, Ch. 11, pp. 165–178.

Casement, P. (1982). Some pressures on the analyst for psychical contact during the reliving of an early psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*, 9: 279–86.

Dolto, F. (2011). *La cause des enfants*. Robert Laffont.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London Tavistock; New York, Basic Books.

Fairbairn, W. R. D. (1963). Synopsis of an object-relations theory of the personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 44 (2), 224–225.

Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of Hysteria. S.E. 7, pp. 3–122.

Freud, S. (1911). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia. S.E. 12, pp. 3–82.

Freud, S. (1914). On narcissism. S.E. 14, pp. 67–102.

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. S.E. 14, pp. 237–60.

Freud, S. (1991). On Beginning the Treatment. *Further Recommendations on the Technique of Psycho-analysis I*. Hogarth Press and the Institute of psycho-analysis.

Guntrip, H. (2018). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Routledge.

Hinshelwood, R. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Free Association Books.

Heimann, P., Isaacs, S., Klein, M., & Riviere, J. (Eds.). (2018). *Developments in psychoanalysis*. Routledge.

Mahler, M. S. & La Perriere, K. (1965). Mother-child interaction during separation-individuation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 483–498.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.

Rank, O. (1924). The Trauma of Birth in Its Importance for Psychoanalytic Therapy. *Psychoanalytic Review*.

Rey, J. H. (2003). Schizoid phenomena in the borderline. *Melanie Klein Today*, Volume 1: Mainly Theory. Routledge, 2003. 203–229.

Rosenfeld, H. (1947) Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *The International Journal of Psycho-Analysis.* 28 (1947): 130.

Steiner, J. (1993). Psychic Retreats: Pathological Organizations of the Personality in Psychotic. *Neurotic and Borderline Patients*.

Symington, J. & Symington, N. (2002). *The clinical thinking of Wilfred Bion*. Routledge.

Tronick, E. Z., Morelli, G. A. & Winn, S. (1987). Multiple caretaking of Efe (Pygmy) infants. *American Anthropologist* 89.1: 96–106.

Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. *The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*: 59–66.

Winnikott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistok.

Winnicott, D. W. (2018). Transitional objects and transitional phenomena. *Influential Papers from the 1950s*. Routledge, 2018. 202–221.

Winnicott, D. W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up. *The International Journal of Psychoanalysis*.

Анотація. Метою цієї роботи є дослідження феномену перенесення на простори, яке має місце поряд з об'єктним перенесенням в атмосфері психоаналітичної сесії. У запропонованому дослідженні автор спершу робить теоретичний огляд психоаналітичної літератури на тему перенесення, а також текстів, які стосуються сприйняття психічного простору терапевтичних стосунків. До огляду також включено низку класичних і сучасних робіт, присвячених темі стосунків та простору в них, зокрема через доробок Фройда, Ранка, Кляйн, Біона, Віннікотта, Малер, Дольто, Бріттона, Хіншелвуда та багатьох інших. У другій частині тексту на матеріалі клінічних віньєток автор ділиться власними спостереженнями за феноменом перенесення на простір поруч із об'єктом, який найбільш наочно проявляє себе саме в пацієнтів із шизоїдною організацією. Відповідно до запропонованого клінічного матеріалу автор показує, що в такій аналітичній роботі важливо не лише запропонувати пацієнту достатньо хороший об'єкт в особі аналітика, але й працювати над створенням безпечного простору, який слугуватиме простором-контейнером для пацієнта й місцем поступового створення відчуття «хорошого дому». Автор розробляє власну гіпотезу про наявність етапів розвитку сприйняття

фізичного простору поряд із важливим об'єктом, також звертає увагу на умови, завдяки яким фізичний простір терапевтичної сесії поступово стає ментальним домом-контейнером для позасвідомого пацієнта, і загалом обговорює здатність психоаналітика взаємодіяти з таким перенесенням. Зокрема, підкреслено, що в роботі з цією темою аналітику слід бути уважним до інтерпретацій: коли інтерпретація не контейнує переживань пацієнта і тому не стає психічним домом-контейнером, то вона буде сприйнята як матеріал аналітика, від якого пацієнт буде захищатись у знайомий для нього спосіб.

Ключові слова: перенесення, психоаналіз, хороший об'єкт, психічний простір, контейнування, шизоїдна організація, механізми захисту.

Abstract. The purpose of this paper is to study the phenomenon of transference on spaces, which takes place in the presence of the object in the atmosphere of a psychoanalytic session. In the proposed study, the author first provides a theoretical overview of the psychoanalytic literature on transference, as well as texts related to the perception of the mental space of the therapeutic relationship. The review also includes a number of classical and contemporary works on the topic of relationships and space between them, in particular through the works of Freud, Rank, Klein, Bion, Winnicott, Mahler, Dolto, Britton, Hinshelwood, and many others. In the second part of the text, based on the material of clinical vignettes, the author shares his own observations on the phenomenon of transference to the space next to the object, which is most clearly manifested in patients with schizoid organization. According to the clinical material offered, the author shows that in such analytical work, it is important not only to offer the patient a good enough object in the person of the analyst but also to work on creating a safe space that will serve as a container space for the patient and a place to gradually create a sense of "good home." The author develops his own hypothesis about the existence of stages in the development of the perception of physical space alongside an important object also draws attention to the conditions under which the physical space of the therapy session gradually becomes a mental home-container for the unconscious patient, and, in general, discusses the ability of the psychoanalyst to interact with such a transference. In particular, it is emphasized that when dealing with this topic, the analyst should be careful about interpretations: when an interpretation does not contain the patient's experience and therefore does not become a mental container house, it will be perceived as a material of the analyst from which the patient will defend himself or herself in a familiar way.

Key words: containment, good object, mechanisms of defense, mental space, psychoanalysis, schizoid organization.

УДК 159.964.2
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-2

ЖАЛЬ У ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ РОБОТІ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, КОНТРПЕРЕНЕСЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ

Ольга Мостова, докторка медичних наук, професорка, психіатриня,
індивідуальна й групова аналітикиня, тренінгова аналітикиня і супервізорка
Українська асоціація психоаналітичних психотерапій,
Українська спілка психотерапевтів
м. Вінниця, Україна

REGRET IN PSYCHOANALYTIC WORK: CLINICAL MANIFESTATIONS, COUNTERTRANSFERENCE, AND SPECIFICS OF PSYCHOTHERAPY

Olha Mostova, M.D., Dr. habil., Professor, psychiatrist,
individual and group analyst, training analyst and supervisor
Ukrainian Association for Psychoanalytic Psychotherapies,
Ukrainian Union of Psychotherapies
Vinnytsia, Ukraine
https://orcid.org/0000-0001-8249-6748
omostovaya@gmail.com

Вступ. У психоаналітичній роботі з пацієнтами ми прагнемо зрозуміти їхні переживання через власні почуття, що досягається через аналіз контрперенесення, використання якого характерне для цілого континууму напрямів: від кляйніанського до трансферфокусованої психотерапії, розвиненої О. Кернбергом (Kernberg et al., 2008).

На мій погляд, одним із таких комплексних почуттів, які часто відчуваються дуже явними й конкретними в практиці, є почуття жалю (regret). Це переживання того, що щось важливе, нібито потрібне для щасливого життя, не сталося, і тепер ми можемо лише згадувати яскраві мрії і фантазії у стражданні, порівнюючи з ними похмуре реальне життя. Переживання жалю нерідко є справжнім приводом для звернення до психотерапії, хоча на поверхні спочатку можуть бути інші симптоми й ідентифікації проблем. Наприклад, пацієнти можуть говорити про те, що відчувають депресію або загальне нездоров'я чи фізичні симптоми. Особливо реалістичне враження від переживання жалю виникає тоді, коли його почувають люди старшого віку, у яких наче «вже все відбулося». Але таке ж почуття ми часом спостерігаємо й у зовсім молодих людей, яким жаль заважає бачити перспективу в житті.

Матеріал про жаль я готувала в мирний час. Мені хотілося розуміти себе в роботі з такими людьми, які наповнювали мою здатність до менталізації їхніх переживань почуттям безвиході й відсутності смислу в психотерапії, яка не могла таким пацієнтам дати те, що повернуло би здатність бути щасливим. Але потім я помітила, що ці люди ніколи не були щасливими в реальному житті, але були щасливими у своїх фантазіях про свої перетворення на інших людей.

У теперішній час, коли другий рік йде війна в Україні, цей матеріал набуває зловісної обтяженості розумінням реальних перешкод здійснювати свої мрії і формувати свою ідентичність згідно з намріяними ідеалами. Українці другий рік перебувають під загрозою знищення рідної країни і власного фізичного знищення. Ми і наші пацієнти зараз у стані тих, кого цькують сусіди, над ким знущаються через приниження, грабування і вбивство, і перебуваємо перед лицем тривалої загрози руйнування нас самих, наших домівок і засобів існування: їжі, тепла, радості жити.

Таким чином, сформувалася **мета статті** – описати прояви жалю в психоаналітичній роботі з ними, використовуючи дані інших авторів, нейрофізіологічних досліджень і власні клінічні спостереження.

Аналіз останніх досліджень. Приводом звернутися до вивчення і глибшого розуміння явища жалю (regret) стало моє знайомство з ідеями Салмана Ахтара (Akhtar & Siassi, 2018), американського психоаналітика, редактора книги з назвою «Жаль». Знайомство відбулося на конференції Європейської федерації психоаналітичних психотерапій (EFPP) у м. Белграді, Сербія, у 2018 році. Конференція була присвячена темі соціальної травми. На цій конференції були представлені матеріали, які тоді здавалися темним і забутим минулим: військова травма, наслідки війни при розпаді Югославії, бомбардування Белграда, різня, насильство, безжальність між колишніми добрими сусідами. Колеги з уже поділеної на частини країни плакали й розповідали про безкінечний жаль і сум, що з часу війни супроводжує їхнє життя. Сам Салман Ахтар на цій конференції робив доповідь не про жаль безпосередньо, а про Дім, який є джерелом життя та сили і є місцем зберігання минулого, у якому вже міг поселитися жаль. Таким чином, на думку автора, дім, де народжується дитина, уже може бути раннім джерелом жалю. Дім у цьому значенні сприймається як інтерналізований об'єкт, який відчувається постійно діючою частиною психічного апарату людини протягом життя.

Тоді я відчула жаль як дуже реалістичний і, здавалося, могла зрозуміти його трансгенераційний вплив і передавання стану жалю між поколіннями. Знищення й загроза знищення, загибель людей, їх міграція відображалися на силі людей із постраждалих сімей прагнути та добиватися своїх мрій і цілей. Або навпаки – розвивати жаль, смуток, шкодування про втрачені можливості й зіпсоване життя. Я тоді не знала, як часто буду згадувати цей досвід під час нападу Росії на Україну.

Тему жалю також вивчали й інші психоаналітично орієнтовані автори. У статті «Жаль: теоретичний і концептуальний аналіз» психолог Мічиганського університету Жанет Лендман (Landman, 1987) виділяє декілька проявів жалю: як когнітивного і як емоційного феномену. Те, що жаль може розглядатися як емоційний феномен сумнівів, не викликає у зв'язку із самою суттю цього почуття, яке символізує стійкий смуток. А от когнітивний прояв спершу помилково вважався вторинним наслідком емоційного. Але більш детальний аналіз зв'язку між емоційним і когнітивним проявами жалю показав також роль думки, точки зору, оцінки подій як таких, що своїм смислом викликають депресивну емоційну реакцію. І це досить важкі, впевнені конструкції. У цій же роботі Лендман виділяє також дуже важливий

феномен, притаманний розвиненому і на когнітивному, і на емоційному рівні жалю. Це схильність до undoing («нероблення» і «відміни зробленого») на противагу розв'язуванню проблеми. Це дуже важлива особливість жалю. Посилаючись на словник Webster's Third Unabridged International Dictionary, Лендмен (Landman, 1987) пише, що undoing означає зробити щось безрезультатним або ніби не зробленим, анулювати, звести нанівець, скасувати. До речі, ці феномени знайшли своє підтвердження в нейрофізіологічних дослідженнях, про які наведено інформацію нижче. Крім того, у цій статті авторки (Landman, 1987) обговорено зв'язок жалю і мук каяття, горювання й сорому від нанесеної собі шкоди і відчуття постійного дистресу від цього процесу. На мій погляд, це пояснює зв'язок жалю з меланхолією, який я теж відзначила у своїй практиці.

Значний внесок в описання й аналіз жалю зробила також Сьюзан Кавалер-Адлер в роботі «Анатомія жалю: розвитковий погляд на депресивну позицію і критичний поворот щодо любові та креативності у перетворенні шизоїдної особистості» (Kavaler-Adler, 2004). Вона описала особливості перенесення за розвиненого панування жалю в психічній структурі. Так, спираючись на клінічний приклад, вона показала, як фальшиве Селф імітує контакт у стосунках, а насправді відщеплює небажані частини й користується проєктивною ідентифікацією в стосунках. У цьому задіяні травматично пошкоджені ділянки пам'яті з минулого, особливо з дитинства, стосунків із мамою та батьківською парою. У психологічній роботі, пише авторка, психічні трансформації відбуваються завдяки перепроживанню і відреагуванню назовні раніше внутрішньо схованих почуттів горя, втрати і жалю.

За визначенням Салмана Ахтара, наведеним ним в іншій роботі (Akhtar, 2018), жаль є афектом суму, який переживається через розуміння, що наші минулі дії або бездіяльність причинили шкоду самості (self). Іще згадаю роботу авторства Марка Регма «Пропозиція, яку я міг би відхилити: аналітичний жаль та його долі» (Rehm, 2022). Він описав динаміку в роботі з пацієнтами, пошкодженими жалем, як процес переходу від дисоціації спершу до почуття провини, а далі до цікавості й жалю. Цей фокус також доводить, на мій погляд, комплексність феномену жалю.

Крім уже наведених аспектів, додам ще кілька важливих нотаток, які розкривають розуміння жалю. В Оксфордському словнику (Turnbull et al., 2010) ми можемо знайти значення слова regret (жаль), які підкреслюють певні його відтінки, важливі для точнішого розуміння. Так, в англійській мові слово regret утворене від префікса re- в поєднанні зі старонімецьким або староскандинавським словом greter, що означає «плакати». Ре-грет, таким чином, буквально означає «плакати знову», оплакувати щось непоправиме: втрату або смерть, сильну тугу по комусь, великий жаль за чимось чи шкодування про щось. Жаль, отже, означає горе, що перебуває за межами нашого контролю або можливості відновлення. Це проявляється через вираження смутку (печалі або розчарування) і ввічливе відхилення уваги або співчуття.

Етимологічні корні слова regret також близькі до латинського remordere з акцентом на mordere – «їдкість». Це, на мій погляд, надзвичайно важливий аспект жалю – певне «в'їдання» в інші частини психіки і роз'їдання більш слабких частин, що створює стійку та тривалу, але на перший погляд не важку психопатологію. Тому наявність жалю створює монотонність у клінічних проявах і настрої, яка веде до відчуття стагнації в роботі. Додаткові труднощі виникають в особливостях психічної енергії, яка проявляється тільки в нападах злості на те, що бажане не може бути досягнуте, і проєктуванні в психотерапевта почуття провини за це. Ще одною важкістю відчувалася майже недосяжна можливість визначити межі досягнення змін і здатності отримувати відчуття задоволення.

Прояви жалю і контрперенесення аналітика. Клінічні форми, у яких задіяний жаль, насправді численні. Ми можемо знайти це переживання і в психосоматичних, і в афективних, і в особистісних розладах. Але у двох формах важких психічних станів напевне він є основою. Це дистимія і меланхолія. Обидва ці розлади досить важкі, але клінічно можуть тривалий час не проявлятися нестерпними клінічними сенсаціями і не приводити до ідеї лікування. У процесі лікування пацієнти можуть одночасно і отримувати полегшення, і розчаровуватися, що полегшення не є достатнім і не здатне повністю позбавити їх страждань відчувати незворотну втрату, без якої їм неможливо бути щасливими.

Формальні ознаки цих розладів такі. Дистимія згідно з DSM-5 (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013) є хронічним розладом настрою, за якого спостерігаються:

– знижений апетит або переїдання;
– безсоння або гіперсомнія, втома або брак енергії;
– знижена самооцінка;
– знижена концентрація уваги або труднощі в прийнятті рішень;
– песимізм або відчуття безнадійності.

Щодо меланхолії, то ця дефініція пройшла великий шлях від розуміння цього явища як типу темпераменту за Гіпократом до більш пізніх часів, коли З. Фройд вивчав меланхолію як прояв того, що сьогодні назвали б важкою депресією (Freud, 1924).

Із часом меланхолія вийшла з класифікацій розладів психіки та поведінки, хоча залишилася поняттям, яке асоціюється зі смутком і глибоким зануренням у відчуття безвиході. У психоаналізі З. Фройд у роботі «Скорбота і Меланхолія» (Freud, 1924) визначив меланхолію як жалобу за втраченим нарцисично інвестованим об'єктом. І це розуміння меланхолії продовжує широко використовуватися психоаналітиками і, зокрема, підтверджувати важкість жалю як одного з її проявів.

Чому ці розлади такі особливі складністю подолання відчуття болі і страждання? У моєму баченні жаль – токсичне почуття, що може ніби роз'їздати матерію психіки і призводити до фрагментації. Отже, на сеансі ми маємо справу з фрагментами пам'яті про події і переживання в реальності, які змішуються з фрагментами фантазій і мрій про щось, що не відбулося і вже не може відбутися. Це почуття нагадує хробака, який заповзає в чуттєві прошарки психіки й пошкоджує силу та цілісність радості й задоволення від реальних подій. Почуття радості й задоволення стають слабкими та крихкими і наче розсипаються в порошок, позбавлений структури. Його легко з'їдає цей ненаситний хробак, що переживається як постійно діючий, гризучий сумнів.

Дистимія і меланхолія, як найбільш яскраві прояви жалю, який обсесивно повторюється, демонструють діапазон контрасту між фантазованим щасливим життям і здатністю справді щасливо переживати реальне життя. У цьому діапазоні є «нульовий» прояв, коли пацієнти якийсь період життя відчувають як програний щасливий шанс. І «максимальний» прояв, коли занурення у фантомне переживання щасливого періоду життя є безкінечним доказом важкої і незворотньої нещасливості в реальності.

Чому виникають такі втечі у фантазії, порівняно з якими реальність відчувається гидкою і неприйнятною? На 18-му Конгресі Всесвітньої асоціації психічного здоров'я дітей у 2023 році в Дубліні були представлені матеріали американських дослідників, які, на мій погляд, відповідають на це питання. Це була доповідь Німа Тотенгема з Колумбійського університету (ця лекція також опублікована у відкритому доступі: Tottenham,

2023). Він представив дані кількох електронно-мікроскопічних зображень відростків нейронів амігдали (постачальника енергії), які ростуть повільніше й поступово охоплюють віддалені ділянки мозку в разі звичайного, благополучного дитинства, забезпеченого «достатньо хорошою матір'ю» за формулою Віннікотта (Winnicott, 1956) і безпечною прив'язаністю за базовою класифікацією Дж. Боулбі (Melges & Bowlby, 1969). Вони довше й «густіше» переживають дитячий вік і формують зв'язки між переживаннями та значенням переживань. Нім Тотенгем проілюстрував також протилежну ситуацію, коли відростки нейронів амігдали ростуть активніше і швидше у групи дітей, які росли в невідповідних умовах для дитинства. Порівняно з першою групою у них явно переважає довжина відростків нейронів амігдали над «густотою» охоплення ними ділянок мозку в розвитку. Ці ділянки залишаються не включеними в характерологічну структуру й відчуваються як щось, що тривожить, але не пов'язане з думками та розумінням. За класифікацією Дж. Боулбі, формується небезпечна прив'язаність, яка супроводжується відчуттям одинокості, покинутості й незахищеності (Melges & Bowlby, 1969).

Цим двом групам вже дорослих людей показували фільми із сюжетами історій людей із порушенням прив'язаності, які переживали важкі й небезпечні ситуації наодинці та мали сильні й болісні страждання. Перша група людей, із благополучною дитячою історією, демонструвала активацію префронтальної і фронтальної ділянок кори головного мозку, що відповідало за дії думання й організації планування для подолання небезпеки та пошуків виходу із загрозливої ситуації (рис. 1). Унаслідок розвиненої безпечної прив'язаності переживання за іншу людину опрацьовувалося ними завдяки інтроєктованим переживанням власних дорослих за себе в дитинстві. Тобто можна сказати, що включалося контейнування, яке, за В. Біоном, означає здатність розуміти свої думки та думки, які могли би допомогти людині, що страждає (Bion, 1985). Також червоний колір на знімку означав готовність до дій, до збагачення власного досвіду й екстерналізації.

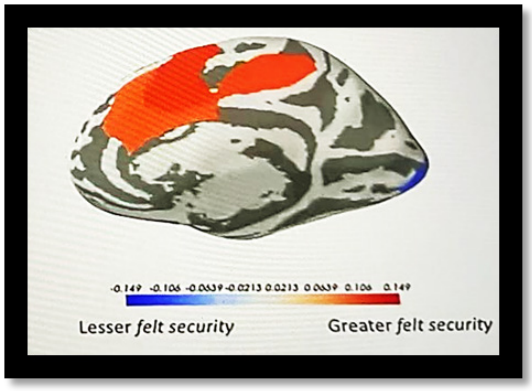

Рис. 1. Активація кори головного мозку в осіб із благополучним дитинством під час перегляду кінофільмів із важким і болісним сюжетом (цит. за Tottenham, 2023)

У людей, які мали неблагополучну історію дитинства, спостерігалася активація чуттєво-образної ділянки кори головного мозку, яка «мислить» зоровими, слуховими та тілесними інтерпретаціями почуттів, що постачає ілюзії, галюцинації і конфабуляції як спосіб викривленого психічного сприйняття подій (рис. 2). Таким чином, включався механізм ідентифікації, занурення у відчуття жалю, і це піднімало власні страждання, почуття зацькованості й безвиході. Синій колір означає інтерналізований комплекс переживань, який є одним із джерел імпліцитної пам'яті.

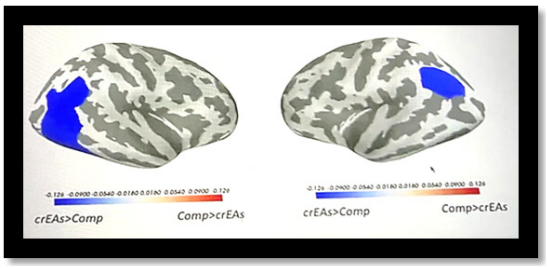

Рис. 2. Активація кори головного мозку в осіб із неблагополучним дитинством під час перегляду кінофільмів із важким і болісним сюжетом (цит. за Tottenham, 2023)

Ці дослідження, на мій погляд, доводять біологічно сформовані й розвинені механізми описаного вище діапазону переживання жалю і смутку в здатності контейнувати й планувати виходи із страждань. І крайній ступінь негативного характеру, коли переживання страждань відчувається як безкінечне, обсесивне (можливо, це одне з джерел обсесивно-компульсивних станів) і діє як рефлекторне через міцний зв'язок з імпліцитною пам'яттю.

Зараз зрозуміло, що дуже важкою для психологічної роботи є ситуація, коли жаль і сум стають ключовими, найбільш розвиненими частинами психіки. Тим паче складно, коли в основі дитячої травми ми маємо на увазі трансгенераційну травму, коли поколіннями люди звикають до життя з відчуттям недосяжності щасливого життя. І тепер, зіштовхнувшись із травмою через війну, націлену на знищення нашої країни і нації, ми також перебуваємо в безкінечних порівняннях, яким було би наше життя, якби не сталося таке страшне лихо. Ми, звісно, не маємо забувати свої втрати, і наша пам'ять зберігає суміш жаху і болю від спотворення життя, яке з часом здається все більш і більш щасливим, «якби не…». Це «якби не…» і є контекстом, який може знецінювати те, що відбувається потім.

Дуже велику роль у труднощах роботи з такими важкими порушеннями зв'язку чуттєвої і розумової систем грає вже згадувана нами імпліцитна пам'ять. Імпліцитна, або прихована, пам'ять – тип пам'яті, який забезпечує збереження й використання інформації, отриманої на основі неусвідомлюваного минулого досвіду (Barry, Naus & Rehm, 2004). Її особливістю є прямий вплив на несвідоме і, очевидно, організація несвідомого у формуванні потрібних для виживання дій. Імпліцитна пам'ять матері з її віку немовляти створює емоційний напрям руху і є базою материнського почуття до її власної дитини (Winnicott, 1956). З перших митей дитинства за допомогою почуттів, переданих матір'ю, ми отримуємо забарвлення всіх базових речей для свого життя. І це стає імпліцитною пам'яттю протягом життя.

Токсичний жаль, на моє переконання, перебуває в імпліцитній пам'яті і несвідомо переживається як компонент ідентичності, яка ти людина – щаслива, вільна й задоволена життям чи людина, яка втратила всі ці можливості. Імпліцитно запозичені наслідки травм батьків діють як механізм розподілу людей на таких, що можуть бути щасливими, і таких, що завжди оплакуватимуть своє життя.

Особливості психотерапії. У психотерапії такий пацієнт входить у контакт із психотерапевтом, який має непошкоджену або менш пошкоджену імпліцитну пам'ять і розмовляє про переживання пацієнта з відчуттям віри в силу й можливості людини жити своє життя так, що його не варто оплакувати, а варто розвиватися та діяти. Чи завжди пацієнт може скористатися такою можливістю? Наведу кілька прикладів зі збереженням конфіденційності.

Пацієнтка С. – молода, приваблива жінка з двома освітами і з тяжкими порушеннями ідентифікації, зокрема відчуттям себе гидкою і незграбною – протягом декількох років психотерапії не втомлювалася повторювати, що вона

усвідомлює, що я не можу розуміти її, тому що я ніколи не жила в пеклі її стосунків з її матір'ю. Суть пекла полягала в глибокому розчаруванні матері в її єдиній дочці і безкінечному повторенні, що все могло би бути не так, як є. Наслідки цих стосунків викликали у С. постійно діюче вже власне відчуття жалю. Цей жаль стосувався дуже реалістичного для С. відчуття безкінечних помилок, які вона припускається, що б не робила.

На сеансах це створювало дуже зловісну атмосферу затоплення жалем усього простору між нами. Створювалося відчуття, що С. хоче занадто близького чуттєвого зв'язку між нами, щоб не було місця думкам і словам, за допомогою яких вона могла би розуміти себе і свої мисленнєві можливості як засоби виходу з почуття горя і страждання.

Прояснення й обговорення характерних для такого стану захистів: знецінення реального, ідеалізації уявного, ментальної аутоагресії і агресії до психотерапевта, який не страждає, думає і аналізує, – характерні особливості роботи з відчуттям жалю, який є частиною ідентифікації Я. Ми працюємо з експліцитною пам'яттю, яка є джерелом контакту з реальністю і є дуже вразливою до настрою, вчасності і зрозумілості інтерпретацій. Зміст і правдивість інтерпретацій часто є контроверсійними до отриманих імпліцитно.

Так, пацієнт Г. – молодий чоловік із важкими розладами ідентичності, відчуття реального віку, наявності місця в житті для себе – не міг зрозуміти, що це означає, коли до нього ставляться добре або з повагою. Він відчував, що ніколи не здатен робити речі, які викликали б відчуття, що він справжній. Особливо він сумував, що не може піти воювати для захисту своєї країни. Він хотів би не бути осторонь, але й не міг не бути осторонь. Увесь час йшлося про вже втрачене або про те, що втрачається, тільки-но він хоче це не втратити. У поточний період роботи пацієнт змінив захисти від відчуття жалю, які були розвинені перед початком роботи. Раніше захисти являли собою психічні атаки з акцентом на приниження. Зміна захистів полягала в застосуванні гумору, за допомогою якого Г. ніби вже не так токсично знецінював свої вчинки. Це було краще, але не давало змоги перебудувати систему жалю, яка викликала ці оціночні захисти, на систему справжнього думання над вирішенням проблем. Г. не зміг прийняти рішення відносно того, щоб піти воювати. У контрперенесених почуттях він викликав напруження й важкість від хаосу, який створювався потоками жалю від усього, що Г. робив і не робив. Це також вимагає концентрації психотерапевта на тому, щоб у цьому контрперенесеному перенавантаженні вести обговорення тем аутоагресії, ідеалізації уявного і знецінення реального. Найбільш цінним виявилось обговорення теми гумору Г. як виду агресивної самодеструкції, що перешкоджала реалістичному оцінюванню власних вчинків.

У роботі над випадками, де тема жалю є вираженою і створює хронічний контрперенесений стрес на сеансах, дуже помічним є, за моїм досвідом, пригадувати нейрофізіологічні схеми, наведені на рис. 1 і 2 (Tottenham, 2023).

Висновки. У такі страшні часи, коли Росія напала на Україну з наміром знищення і коли ми перебуваємо в реальному переживанні жалю і суму за втраченим миром і спокійним, передбачуваним життям, тема жалю і смутку, а також проблема високих ризиків їх закріплення в трансгенераційних процесах стають загрозливо актуальними.

Виклики, які ми переживаємо, приводять нас до ідеї розуміння наслідків травмування й долання цих наслідків тим, що ми можемо протистояти хронізації і ресумуванню розвитком віри в перемогу і переваги сили духу над знеціненням зусиль.

Наша психотерапевтична ідентичність складається зі знань, накопичених різними дослідниками психіки, які ми можемо використовувати як захисний прошарок між страхом знищення живого Я і заміною його на «мертве Я», яке потрібно оплакувати.

Список літератури:

Akhtar, S., & Siassi, S. (Eds.). (2018). *Regret: Developmental, Cultural, and Clinical Realms*. Routledge.

Akhtar, S. (2018). Regret, nostalgia, and masochism. In *Regret* (pp. 137–152). Routledge.

Barry, E. S., Naus, M. J. & Rehm, L. P. (2004). Depression and implicit memory: Understanding mood congruent memory bias. *Cognitive therapy and research*, 28, 387–414. https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000031808.00502.2e.

Bion, W. R. (1985). Container and contained. *Group relations reade*r, 2 (8), 127–133.

Freud, S. (1924). Mourning and melancholia. *The Psychoanalytic Review* (1913–1957), 11, 77.

Kavaler-Adler, S. (2004). Anatomy of regret: a developmental view of the depressive position and a critical turn toward love and creativity in the transforming schizoid personality. *The American journal of psychoanalysis*, *64*, 39–76. https://doi.org/10.1023/B:TAJP.0000017991.56175.ea.

Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89 (3), 601–620. https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x.

Landman, J. (1987). Regret: A theoretical and conceptual analysis. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 17 (2), 135–160.

Melges, F. T. & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, *20* (6), 690–699.

Rehm, M. (2022). An Offer I Could Refuse: Analytic Regret and Its Vicissitudes. *Psychoanalytic Perspectives*, *19* (2), 198–211. https://doi.org/10.1080/1551806X.2022.2048612.

Tottenham, N. (2023). The emotional brain and the role of early experiences.*Talks at Google*. https://www.youtube.com/watch?v=TIp0AXa4G0U.

Turnbull, J., Lea, D., Parkinson, D., Phillips, P., Francis, B., Webb, S. & Ashby, M. (2010). Oxford advanced learner's dictionary. *International Student's Edition*.

Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM□5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, *12* (2), 92–98. https://doi.org/10.1002/wps.20050.

Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. *The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*, 59–66.

Анотація. У статті розглядаються клінічні прояви жалю, а також психоаналітичні концепції та терапевтичні знахідки, важливі для роботи з ним. Особлива увага приділена лінії перенесення-контрперенесення в роботі з пацієнтами, у психіці яких жаль посів панівне місце. Авторкою теоретично узагальнено, що жаль характеризується повторними переживаннями суму і втрачених можливостей. Постійне переживання жалю викликає відчуття незворотності і зловісної оцінки втрачених можливостей як таких, що зіпсували життя. Авторкою зроблено огляд досліджень, які підтверджують, що жаль впливає на когнітивні процеси, створюючи думки про безвихідь і безпомічність, і на емоційні процеси, створюючи відчуття втоми й безрадісності. Особлива складність феномену жалю для життя людини і для клінічної

практики роботи з ним полягає в тому, що це переживання внаслідок викликання болю формує активні, агресивні, часто імпульсивні захисти. Тому жаль перешкоджає здатності формувати шляхи виходу з проблемних ситуацій і реалістично оцінювати життєві події. Завжди виникає відчуття, що могло бути краще, і це переживається знов і знов і заважає думати конструктивно та реалістично. Жаль, як розвинений компонент психіки, притаманний людям, які мали травматичний досвід у дитячому віці. У статті розглянуто також крайні прояви жалю, характерного для дистимії і меланхолії. Базуючись на даних сучасних нейродосліджень і на власній психоаналітичній практиці, авторка, користуючись двома власними клінічними ілюстраціями, висвітлює перешкоди й можливості психотерапевтичної роботи з пацієнтами, яких огортає жаль. Зокрема, нею описано і проілюстровано характерні процеси знецінення реального життя й ідеалізації уявного життя такими пацієнтами. Насамкінець авторка наголошує на ризиках розвитку жалю в ситуації війни, особливо в аспекті трансгенераційного передавання цього почуття.

Ключові слова: ангедонія, дистимія, дитяча травма, жаль, меланхолія, психоаналіз, психоаналітична психотерапія.

Abstract. The paper discusses the clinical manifestations of regret, as well as psychoanalytic concepts and therapeutic findings important for working with it. Particular attention is paid to the transference-countertransference line in working with patients whose psyche is dominated by regret. The author theoretically generalizes that regret is characterized by repeated experiences of sadness and lost opportunities. The constant experience of regret causes a sense of irreversibility and an ominous assessment of lost opportunities as those that have ruined life. The author reviews the research that confirms that regret affects cognitive processes, creating thoughts of hopelessness and helplessness, and emotional processes, creating a sense of fatigue and joylessness. The particular difficulty of the phenomenon of regret for human life and for the clinical practice of working with it is that this experience, due to the pain it causes, forms active, aggressive, often impulsive defenses. Therefore, regret interferes with the ability to formulate ways out of problematic situations and to realistically assess life events. There is always a feeling that it could have been better, and this is experienced over and over again and prevents one from thinking constructively and realistically. Regret, as a developed component of the psyche, is inherent in people who have had traumatic experiences in childhood. The article also discusses the extreme manifestations of regret characteristic of dysthymia and melancholy. Based on the data of modern neuroscience and her own psychoanalytic practice, the author, using two of her own clinical illustrations, highlights the obstacles and opportunities of psychotherapeutic work with patients who are overwhelmed by regret. In particular, she describes and illustrates the characteristic processes of devaluing real life and idealizing imaginary life by such patients. Finally, the author emphasizes the risks of developing regret in a situation of war, especially in terms of transgenerational transmission of this feeling.

Key words: anhedonia, dysthymia, childhood trauma, regret, melancholy, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy.

УДК 159.964.22
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-3

ПСИХОАНАЛІЗ, «ТРАВМОВАНИЙ» ВІЙНОЮ. ЧОТИРИ КЛІНІЧНІ ІЛЮСТРАЦІЇ УРАЗЛИВОСТІ СЕТИНГУ

Володимир Лагутін, кандидат медичних наук,
член Міжнародної психоаналітичної асоціації,
навчаючий аналітик
Українське психоаналітичне товариство
м. Дніпро, Україна

PSYCHOANALYSIS "TRAUMATIZED" BY WAR. FOUR CLINICAL ILLUSTRATIONS OF THE VULNERABILITY OF THE SETTING

Volodymyr Lagutin, M.D., Ph.D., certified psychoanalyst
International Psychoanalytic Association,
training analyst
Ukrainian Psychoanalytic Society
Dnipro, Ukraine
lagutin.vlad8828@gmail.com

Вступ. Основне питання, яке спонукало мене до проведення невеликого дослідження, над результатами якого я пропоную поміркувати разом зі мною, – що відбувається з психоаналітичними стосунками, так чи інакше зачепленими війною? Чому в одних випадках психоаналіз виживає, а в інших – ні. У мене немає сумнівів у доцільності психоаналізу в найскладніші часи, оскільки, з одного боку, є люди, які його потребують, а з іншого – ті, хто готовий його проводити. Принаймні намагатися.

Текст, який пропонується вашій увазі, заснований на матеріалах майстер-класу «Війна зовні та війна всередині», що був проведений у рамках конференції Українського психоаналітичного товариства «Війна та психоаналіз: парадокси зростання» 12 листопада 2023 року.

Аналіз попередніх публікацій і досліджень. Починаючи з робіт Фройда, присвячених техніці психоаналізу, факт значимості сетингу як базової умови психодинамічного лікування підтверджувався багатьма дослідженнями (Freud, 1912; Modell, 1989; Stone, 1967; Winnicott, 1956). У нас немає сумнівів у важливій ролі «рамкових» властивостей сетингу, які допомагають психоаналітику або психотерапевту, що працює в психодинамічній парадигмі, відокремлювати факт від фантазії (Winicott, 1991), процес від непроцесу (Bleger, 2017), інституалізувати унікальну домовленість між двома людьми (Milner, 2013), що дає їм змогу переміщатися між реальностями об'єктивного та суб'єктивного. Правила, які визначають властивості рамки, повинні гарантувати захист простору гри від зовнішньої реальності (Winnicott, 1991) та можливість переживання ілюзії перенесення (Modell, 1989).

Вочевидь, одна з найважливіших властивостей аналітичної рамки – це можливість забезпечувати умови для «вибудовування» надійного кордону між світом соціальної взаємодії та психоаналітичним кабінетом. Це, зі свого боку, уможливлює спільне створення сенсу аналітичною парою – складний і дуже вразливий процес, що передбачає добровільне призупинення реальності для терапевтичних цілей (Goldsmith, 2004). Потрібний простір, усередині якого стає можливою реалізація ідеї «ніби». Умовний простір «ніби» дуже вразливий і не витримує зіткнення з буквальними проявами реальності, які проникають у психоаналітичні стосунки як результат порушення конфіденційності, нейтральності, а також проявів ненадійності аналітика й інших наслідків хиткого, нестабільного сетингу. Багато авторів досліджували проблему вразливості сетингу в умовах соціальної нестабільності, включно з контекстом війни (Bion, 1940; Fornari, 1966; Modell, 1976; Fonda, 2008, 2017).

Мета статті. У наведених нижче фрагментах сесій відображені різні варіанти вторгнення війни в простір психоаналізу та спроби психоаналітичних пар психологічно вижити в умовах, що здаються для цього непридатними. Акцентуючи увагу на тому чи іншому аспекті втручання воєнної реальності в аналітичні стосунки, я ставив перед собою завдання оцінити згубність його наслідків для базових умов сетингу й подумати про можливості виживання психоаналізу там, де це можливо.

Виклад основного матеріалу. Три перші віньєтки належать до кейсів, розпочатих до 24 лютого 2022 року (початку повномасштабної війни), які продовжуються в цей час у форматі високочастотної терапії (4 рази на тиждень). Після початку війни в усіх аналізах спершу була перерва від кількох тижнів до кількох місяців. У двох випадках роботу було відновлено в режимі офлайн, в одному – онлайн. Після відновлення терапії в усіх випадках виникли проблеми з поверненням до 4-годинного формату. Незважаючи на намір однієї (аналітика) чи обох сторін утримувати стосунки у психоаналітичному сетингу, складнощі з його дотриманням продовжуються досі.

Четверта клінічна ілюстрація стосується роботи, яка завершилася перериванням у 2014 році й останній етап якої припав на драматичні події, пов'язані з Революцією Гідності та початком російського вторгнення в Україну. Докладніше дослідження цього випадку міститься в раніше опублікованій роботі (Lagutin, 2022).

У тексті нижче кожній віньєтці передує правило, яке регламентує ті чи інші властивості сетингу, що атакуються війною саме в цьому випадку. Я використав термін «аксіома», оскільки всі положення, на які я посилаюся, можна вважати загальноприйнятими й такими, що не потребують додаткового обґрунтування.

Клінічні випадки

Аксіома № 1: метою аналітичної рамки є створення кордону між світом соціальних взаємодій і консультаційним кабінетом (Goldsmith, 2004).

Клінічна ілюстрація

Пацієнт. Кожен ранок я починаю зі зведення з фронту. Найголовніше – скільки вбито русні за добу. Якщо менш ніж 500, я засмучуюсь, якщо ближче до 1000, тішуся. Це просто якийсь ритуал, якщо пропущу, місця собі не знаходжу. Ви мене засуджуєте? Психічно здорова людина не повинна такого переживати?

Терапевт почувається викритим, оскільки перед сеансом був занурений у читання новин із фронту і відчув щось схоже на те, про що говорив пацієнт. Потім він згадує про обсесивні риси пацієнта, про його прагнення

до контролю, що виявлялося ще до війни і з полегшенням інтерпретує.

Терапевт. Вас турбує, що ми настільки різні, що Ви не можете передбачати мої реакції. Ви не можете мене контролювати, і це робить наші стосунки небезпечними.

Пацієнт (*з роздратуванням*). Звісно, ми різні. У Вас усе добре, у вас нікого з близьких на фронті немає (*це не так, і аналітик відчуває гостру образу*), Ви можете жити колишнім життям і пишатися тим, що Ви не такий кровожерливий, як я… Хоча (*заспокоюючись*), я ж знаю Вас не один рік і Вас не назвеш зарозумілим чи черствим, Вам просто дуже складно зрозуміти, що думає батько, який щодня молиться, щоб його дитина повернулася з війни.

Терапевт занурюється у переживання, пов'язані з війною, і раптом починає турбуватися про те, що сам він не молиться за повернення своєї близької людини з війни. Він відчуває розгубленість і злість на пацієнта, який змусив його сумніватися у праві на безбожжя. Аналітик ловить себе на бажанні дорікнути пацієнту: «Якби Ви знали, як Ви помиляєтесь у своїх фантазіях про мене!». Це бажання було настільки гостре, що слова мало не вириваються назовні. Вчасно зупинившись, аналітик все ж таки відчуває потребу щось сказати, щоб «повернутися в аналітичну позицію» і знову формулює інтерпретацію, виходячи з колишнього розуміння пацієнта, але, не зумівши при цьому уникнути інтонації докору.

Терапевт. Ви докладаєте дуже багато зусиль, щоб підкорити мене своїм почуттям, щоб затягнути мене у свій страх і свою ненависть. Вам дуже важливо підкорити мене своїм емоціям.

Пацієнт (*довго мовчить, потім каже дуже втомлено, з паузами*). Мабуть, Ви маєте рацію… Як довго тягнеться сеанс… У мене сьогодні багато справ…

Далі до кінця сеансу йде розповідь про різноманітні побутові проблеми. Аналітик байдуже слухає, часто поглядаючи на годинник. До кінця сеансу він почувається надзвичайно стомленим.

Що сталося?

Перше, що впадає у вічі, – загальний для пацієнта й аналітика досвід. При цьому досвід дуже драматичний. Тож втрачається ідеальна для аналітичного процесу ситуація асиметрії, коли пацієнт перебуває всередині травми, а аналітик – зовні. У цьому випадку вони обидва залучені до загального переживання. Отже, простір для дослідження скорочується, а простір для співпереживання різко збільшується. При цьому терапевт не зміг собі дозволити залишатися в ролі співпереживаючого, він намагався зайняти позицію спостерігача, але сильні почуття повертали його назад, не дозволяли зосередитися на несвідомих потребах пацієнта «тут і зараз».

Під час війни така ситуація неминуча. Досвід евакуації, еміграції, втрати будинку, обстрілів, перебування в бомбосховищах, страху втрати чи реальної втрати близьких об'єднує більшість психоаналітичних пар.

Страх і ненависть регресивні за своєю природою. Досвід їх переживання менш індивідуальний і диференційований, ніж звичайний життєвий досвід. Інакше кажучи, якщо Ви, як і Ваш пацієнт у довоєнному минулому ходили до школи, їздили на море, конфліктували з близькими, цей досвід, незважаючи на схожість, залишає набагато більше простору між Вами, ніж загальний досвід ненависті, смертельної загрози та страху втрати близьких. Кровожерливі фантазії в рамках шизопароноїдної позиції об'єднують набагато сильніше, ніж якісь інші почуття на більш «зрілому» рівні.

Що робити?

У наведеній клінічній ілюстрації межа між зовнішнім світом і тим, що відбувається в кабінеті, радикально зруйнована. На мій погляд, у такій ситуації психоаналітик повинен мати сміливість визнати дефіцит нейтральності, а отже, і кризу здатності щодо неупередженого розуміння того, що відбувається. Спроби будь-що повернутися у звичну роль спостерігача, дослідника призводять до «пластмасових», формальних інтерпретацій, які переживаються пацієнтом як відкидання, осуд чи байдужість. Вважаю, що оптимальним в описаній ситуації могла б бути зосередженість на контрпереносних співзвуччях із переживаннями пацієнта та використання відповідного досвіду для підтримуючих та контейнуючих інтервенцій. У цьому випадку вони могли б задовольнити потребу пацієнта у прийнятті та розумінні аналітиком. Наприклад: «Ви турбуєтеся, що я не поділяю Ваших почуттів і тому прагну дистанціюватися від них. Але мені зрозумілі Ваші переживання й бажання їх розділити зі мною, оскільки іноді вони видаються Вам нестерпними».

***Аксіома № 2*:** істотний аспект аналітичного сетингу полягає в тому, що саме терапевт його встановлює, підтримує та є відповідальним за нього. Чим більше в аналітичному просторі подій, які не контролюються терапевтом, тим менш контейнуючим він є (Modell, 1976**;** Winnicott, 1958; Bush, 1976).

Клінічна ілюстрація

Під час сеансу, який передував описаним подіям, двічі лунала сирена повітряної тривоги. Звук був такий гучний, що аналітик змушений був підвестися й зачинити вікно. Ця ситуація періодично повторювалася раніше, тому не була прокоментована пацієнткою і терапевтом. Пацієнтка продовжила свою розповідь, зачекавши, поки аналітик повернеться на своє місце. На початку війни часто виникала напруга у зв'язку з очікуванням вибухів, але оскільки під час сеансів обстріли не траплялися, сирена не викликала в тих, хто перебував у кабінеті, будь-якої реакції. Мабуть, байдужість терапевта здавалася логічною, оскільки ракетні атаки відбувалися переважно вночі або рано вранці. Пацієнти теж, здавалося, не звертали уваги на цей сигнал.

Зазвичай дуже пунктуальна пацієнтка прийшла на сеанс на 5 хвилин пізніше. Розташувавшись на кушетці, повідомила, що сьогодні їй потрібно буде піти хвилин на 5 раніше, оскільки інакше вона не встигне забрати дитину з дитсадка до 17:00.

Пацієнтка. Вихователі дуже нервують, якщо дітей забирають навіть на хвилину пізніше. Мені не хочеться їх дратувати.

Терапевт. Добре, що я не вихователь, інакше сьогодні Вам довелося б турбуватися ще й з приводу моїх нервів.

Пацієнтка. Мені подобається Ваше почуття гумору. Це допомагає під час війни! Ви мене дуже підтримуєте… Мені наснився сон.

Довго розповідає сон, у якому відбувається безліч подій, пов'язаних із поїздками на різних видах транспорту, у кожному з яких вона відчувала дискомфорт і «незрозумілу тривогу». Їй було важливо опанувати себе, не піддатися емоціям, але вона не справлялася з почуттями і була змушена пересідати в новий трамвай чи автомобіль. Аналітик перейнявся атмосферою сну, і в його уяві з'явилися образи зі сновидіння пацієнтки, наче він згадував щось, що відбувалося з ним. Потім несподівано він перейшов на роздуми про те, де в кабінеті краще перебувати, якщо поряд з офісом вибухне ракета, і чи встигне він впасти на підлогу і стягнути пацієнтку з кушетки, до того, як їх покалічать уламки металу і скла.

Терапевт. Здається, на свідомому рівні Ви почуваєтеся в безпеці в цьому кабінеті, але сон видає Ваше занепокоєння, пов'язане з перебуванням тут. Можливо, запізнення й бажання йти раніше – адресований мені докір у тому, що я не зможу захистити Вас, якщо мій кабінет постраждає від обстрілу.

Пацієнтка. Мені нема в чому Вам дорікнути. Що Ви можете зробити? Це ж мій вибір – проходити терапію наживо, жити в цьому місті, а не за кордоном, водити дитину саме в цей дитячий садок. До речі, там гарне бом-

босховище, навіть ліжечка є. Хороший дитячий садок, там безпечно. А поїхати я не змогла. Коли всі виїжджали, я думала: «Як це вони можуть? Це ж так принизливо! Теж мені, патріоти!» І при цьому виявилося, що їхній страх перебільшений. Тут цілком можливо жити… І я не хочу тікати тільки тому, що хтось мене проганяє.

Що відбувається?

Очевидно, що порушується базова умова аналітичного сетингу: аналітик не забезпечує простору, який є захищеним від зовнішніх вторгнень. Звук сирени за вікном посилає виразний сигнал: «Терміново подбайте про свою безпеку, кидайте все та рятуйте життя». Але двоє людей настільки захоплені якимось процесом, що погоджуються вважати цей сигнал просто неприємним гучним звуком, від якого можна захиститися, зачинивши вікно. На поверхні ця домовленість здається раціональною, оскільки ризик перебування в кабінеті не вищий, ніж ризик перебування в будь-якому іншому місці міста. І поза сеансами обидва учасники процесу також ігнорують сирени, за винятком масованих нічних обстрілів, коли рівень ризику значно збільшується.

Інтерпретація, яка пролунала в сесії, на мій погляд, лише частково відображує суть того, що відбувалося в кабінеті. Запізнення, прагнення раніше піти, згадка про вихователів, які дбають про «сетинг», і сон пацієнтки аналітик дотепно інтерпретує як спробу витисненого страху прорватися крізь перепони раціоналізації, а також як звинувачення в нездатності гарантувати безпеку.

Але є ще два важливі мотиви в цьому уривку: перший – категорична відмова підкорятися насильству: «Я не хочу бігти тільки тому, що хтось мене проганяє». Історія пацієнтки підказує, що її патріотичні почуття та моральна заборона на підпорядкування насильству сягають корінням у стосунки з батьком, у ранній досвід виживання в атмосфері страху, втечі та сорому. Насправді вона не ігнорує небезпеку, про яку повідомляє сирена за вікном, вона гордо протистоїть їй. Вона не втече із цієї кушетки, як раніше тікала від п'яних криків батька, вона не дозволить себе принижувати!

Другий цікавий мотив – синхронність переживань пацієнтки й аналітика, подібне ставлення до реалій війни, душевний резонанс, який виявляється у фантазіях терапевта, що продовжують сновидіння пацієнтки. Ці люди здаються емоційно близькими. І я припускаю, що в особистій історії аналітика є досвід, співзвучний із проблемами пацієнтки, що й могло послужити основою для їхнього альянсу.

Що робити?

Те, що відбувається на цій сесії, є очевидним приводом для сумнівів у повноцінності «такого» психоаналізу або навіть у його доцільності в умовах війни. У моїх роздумах теж є місце для подібних сумнівів, але я не беруся робити далекоглядних висновків.

Вочевидь війна – всепроникне явище, яке отруює всіх, так чи інакше зачеплених нею, деформує все, чого вона торкається, у тому числі і психоаналітичний процес. З іншого боку, чи не є надмірним наше прагнення будь-що зберегти вірність усім нашим принципам незважаючи на те, що змінився світ? Історія адаптації психоаналізу до ковідної дійсності показала, що він може виживати за умов, які раніше здавалися абсолютно неприйнятними. Ковідні часи підштовхнули психоаналітичну спільноту до проведення розмежувань між технічними процедурами, які слід відстоювати, і тими аспектами техніки, до яких ми виявилися прив'язаними через звичку (Lemma, 2023). Війна змушує нас знову пройти цей шлях?

Ще одна сторона війни: часто потреба психоаналітиків у пацієнтах є більшою, ніж пацієнтів у них. Теза, яка для психоаналітичної читацької аудиторії не потребує обґрунтувань: без пацієнтів нам не зберегти свою ідентичність, а втратити ще й професійну ідентичність, коли вже втрачено так багато, страшно. Я залишаю за дужками фінансову складову продовження практики в ситуації виживання. Але й без цього зрозуміло, що переплетення взаємодій перенесення-контрперенесення в ситуації війни робить важчим досягнення пріоритетного завдання психоаналізу: робити несвідоме свідомим.

Можливо, рятівною може стати здатність аналітика дотримуватися внутрішнього сетингу, незважаючи на прагнення реальності змусити його сприймати світ буквально. Доводиться докладати багато зусиль, щоб зберегти здатність сприймати реальність, спираючись на символізацію та фантазування, утримуватись у просторі перенесення та несвідомого значення (Parsons, 1962). Але це потрібно робити в умовах, що є багато в чому альтернативними ідеальній психоаналітичній ситуації, коли нехтування об'єктивною реальністю неприпустиме.

Зрештою, що мені здається головним у наведеному мною фрагменті роботи – це не технічні тонкощі й деталі і не питання відповідності будь-яким канонам. Головне – дві людини психологічно виживають під час війни. Вони зробили вибір, який здався їм найкращим з усього, що було в їхньому розпорядженні: побудували стосунки, спираючись на можливості психоаналізу бути структурою, яка підтримує душевну стабільність і рівновагу в дуже хиткому світі. Вони потребують одна одну і створили реальність, у якій війна не головне. Мені здається тут доречною думка про те, що реальність – це не лише те, що перебуває поза аналітичними стосунками, а й те, що створює аналітична пара (Lemma, 2023).

Аксіома № 3: сетинг, обговорений із пацієнтом на початку терапії, багато в чому визначає його суб'єктивне сприйняття терапевта. Будь-яка зміна параметрів рамки впливає на сприйняття пацієнтом знайомого об'єкта (Goldsmith, 2004).

Клінічна ілюстрація

Пацієнтка з нарцисичними особливостями характеру, яка перебувала в аналізі два з половиною роки, рятуючись від війни, переїхала до іншої країни. Після місячної перерви на прохання пацієнтки аналіз відновився в онлайн-режимі, але у зв'язку з безліччю проблем, що часто виникали в пацієнтки, рідко виходило зустрітися 4 рази на тиждень. Аналітик, розуміючи екстремальність ситуації, займав компромісну позицію, погоджуючись розглядати перенесення та скасування сеансів як неминучий наслідок адаптації пацієнтки до нової країни й онлайн-формату стосунків.

Сесія почалася з розмови про необхідність скасувати або перенести два сеанси на наступному тижні. Аналітик серйозно мав намір шукати новий час, але пацієнтка відкидала всі запропоновані варіанти. Здавалося, ніби вона воліла пропустити ці сесії та оплатити їх.

Терапевт. Схоже, я більше зацікавлений у збереженні цих сесій, ніж Ви.

Пацієнтка. Це звучить агресивно. Ви начебто знецінюєте мої проблеми. Ви не розумієте, як це бути емігрантом, скільки мені доводиться витримувати принижень, як це – втратити все та починати все спочатку. Той, хто цього не зазнав, ніколи не зрозуміє.

Терапевт (*відчувши себе жорстоким*). Я розумію, як Вам нелегко, але дуже важливо підтримувати обумовлену частоту зустрічей, інакше процес перетворюється на імітацію.

Пацієнтка. Імітацію?! Я перетворюю терапію на імітацію?! Ви сидите у своєму кабінеті, у своєму звичному кріслі, серед своїх книг, прикидаючись, що жодної війни немає. (*Далі дуже уїдливо.*) І з панського плеча кидаєте мені подачку: «На тобі онлайн-сесії! Користуйся цим сурогатом, мені не шкода, я все одно тут сиджу, можу і з тобою поговорити». А я мушу вивертатися, як вуж на сковорідці, шукати собі тут закутки, щоб ніхто не заважав поговорити з Вами. А Ви мені лекції читаєте про важливість домовленостей і обзиваєте чортзна-як! Ще наполягаєте, щоб я лежала. Де я Вам візьму тут кушетку?

Терапевт. Вам дуже не вистачає нашого кабінету і всієї атмосфери наших сеансів. І дуже прикро, що я, мабуть, не відчуваю втрати через Ваш від'їзд і не розумію, наскільки Вам зараз самотньо.

Пацієнтка (*після паузи, схвильовано*). Ви думаєте мені легко тут, коли я знаю, що вдома падають ракети, а батьки там? *(Ще більше схвильовано.)* Ви хоч розумієте, що я відчуваю, коли в нас сеанс, а я чую, що у Вас виє сирена і вікна у Вас такі великі?

Що відбувається?

Якби пацієнтка могла сформулювати несвідомий мотив її докорів, він звучав би так: «Ви нездатні організувати стабільний, захищений сетинг». Претензія здається абсурдною в тій частині, у якій власна безпорадність пацієнтки в організації безпечного середовища для аналізу проєктується на фігуру аналітика. Але вона має підстави для атаки на сетинг, оскільки вона сприймає його сурогатним, несправжнім, а потребу відмовитися від привілею інфантильної регресивної позиції переживає як жахливу несправедливість.

Перетворення аналітичного простору зумовило втрату важливої частини стосунків, і пацієнтка саботує те, що залишилося від сетингу, не в змозі змиритися з необхідністю задовольнятися такою дрібницею.

Те, що аналітик не зумів подолати багато сотень кілометрів і матеріалізуватися в закордонній реальності пацієнтки в колишній своїй якості (з офісом і кушеткою), для неї здається інтервенцією, що знецінює всі його позитивні якості.

Що робити?

У цій ситуації мені спадає на думку лише одне: послатися на Віннікотта, який рекомендував бути стійким до агресії, не дозволяючи себе зруйнувати й не дозволяючи собі помсти (Winnikott, 1991). Однак є привід сумніватися в тому, що ця стратегія виявиться успішною. На перший погляд терапевт справляється із проблемою непогано, але те, що за інших обставин здавалося б однозначно успішним, в умовах війни здається суперечливим. Аналітик ніби дуже міцний, настільки, що здатен не тікати від війни, але пацієнтці складно перебувати в цих стосунках без провини чи сорому, оскільки його сміливість здається закидом у її боягузтві. При цьому очевидний і зворотний бік медалі: аналітик беззахисний, вразливий і нездатний подбати про свою безпеку (великі вікна в кабінеті). Сюжет розгортається таким чином, що в ньому важко знайти місце для коректних інтерпретацій, оскільки в умовах ракетного обстрілу аналітик є об'єктивно крихким і вразливим. Безсумнівно, фахівці, які разом зі своїми пацієнтами перемістилися в місця, недосяжні для ракет, мають більше підстав інтерпретувати подібні докори як проєкції.

Спираючись на ідеї Віннікотта, слід було б дати пацієнтці можливість проживання досвіду всемогутності, покинутості й набуття впевненості в тому, що аналітик виживе під її атаками. Але наскільки це можливо, якщо в її переживаннях власна агресія і ворожі ракети, які прагнуть знищити аналітика, здаються союзниками? Отже, вона виявляється загнаною в глухий кут. Ситуація надає простір, що є необмеженим для переживання провини та сорому і дуже обмеженим для інших емоцій. Через війну стають неминучими різноманітні відігравання й розігравання і складається враження, що терапевтичні стосунки тримаються на запасі довіри та зацікавленості, досягнутих у мирний час.

Аксіома № 4: конфіденційність – те, що забезпечує існування простору для взаємодії двох несвідомих (Goldsmith, 2004).

Конфіденційність – як простір незнання, простір фантазій. Якщо в цей простір проривається зовнішня інформація про пацієнта, аналітику набагато складніше спиратися на фантазію, здатність наповнювати символічним змістом історії пацієнта, використовувати своє несвідоме як інструмент, тобто спиратися на контрперенесення. І навпаки, інформація про терапевта завдає нищівного удару процесу формування перенесених переживань у пацієнта.

Клінічна ілюстрація

Наведені уривки із сесій належать до роботи, завершеної дев'ять років тому. Аналіз розпочався восени 2010 року і завершився драматичною весною 2014 року.

Пацієнтка прийшла на 3–4 хвилини раніше. Подивившись на аналітика зухвало, лягла на кушетку й почала говорити без паузи.

Пацієнтка *(награно бадьорим голосом)*. Чоловік доручив мені запитати Вас, чи можна вважати нормальними людьми тих, хто з фанерними щитами «лізе» під кулі.

Передаючи питання чоловіка, вона ніби виключала себе з активних дійових осіб. Вона – лише кур'єр. Аналітик відчув спокусу «не помітити» передчасного приходу та ворожих мімічних реакцій, уникнути конфронтації і поринути в розмову, актуальну і для нього самого. Подумки він уже почав відповідати «чоловікові», але відразу спіймав себе на готовності стати актором у чужій виставі. Потім він подумав, що останнім часом матеріал пацієнтки дуже часто перестає бути об'єктом аналізу, а стає приводом для розігрування.

Терапевт. Мабуть, Вам це питання здається дуже важливим, але мета його не в тому, щоб щось прояснити. Можливо, його мета – поставити мене в глухий кут, оскільки складно пояснити поведінку тих людей. Напевно, Вам важливо відчути свою перевагу.

Пацієнтка «не помітила» інтерпретації, продовжила наполегливо говорити.

Пацієнтка. Ну погодьтеся, це ж божевілля: з голими руками кидатися на армію! Беззбройні сопляки проти озброєних мужиків! Це ж маячня! Перебаламутили всю країну... Ви б бачили, на що вони перетворили Київ! Мій тесть має рацію: їх усіх потрібно закатати в асфальт!

Терапевт *(стримуючи роздратування)*. Ви не можете їм пробачити, що в них були інші стосунки з їхніми батьками, тому вони мають право вступати в боротьбу із сильними й озброєними чоловіками.

Мовчання пацієнтки тривало 2-3 хвилини. У репліці терапевта звучав не тільки образливий закид у ревниво-заздрісних почуттях, а й нагадування про хворобливі стосунки з братом і батьком. Раніше подібні інтервенції допомагали переключати увагу із зовнішнього на внутрішнє.

Пацієнтка. Поки я тут у вас лежу, бандити, можливо, грабують мій дім. І ніхто не переконає мене в тому, що я не маю права захищатися. Я Вас попереджаю, якщо це станеться, ми із чоловіком захищатимемо наших дітей. Ми будемо стріляти, і в мене не буде ніякої жалості до цієї нелюді.

Терапевту було зрозуміло, що «нелюдь» винна насамперед у тому, що він її любить. Його попереджають, що він буде покараний за це. Смерть «нелюді» залишиться на його совісті.

На наступному сеансі, який проходив увечері того дня, коли в Києві було вбито найбільше людей, пацієнтка повідомила, що має намір припинити терапію, оскільки вона вже досить багато отримала в ній і готова до самостійного життя. Терапевт поставився до цього майже байдуже, оскільки був пригнічений переживаннями, пов'язаними із трагічними подіями у столиці.

Терапевт *(слідуючи звичному стереотипу)*. Ваше бажання мені зрозуміле, і рішення, напевно, обдумане, і для закінчення терапії у Вас, напевно, є серйозні підстави. Але разом із тим я думаю, що багато в терапії залишилося незавершеним і не варто було б її закінчувати, не постаравшись зрозуміти, що залишилося недомовленим і недозрозумілим між нами.

Пацієнтка *(перериваючи терапевта)*. Ви як завжди ховаєтеся за формальними фразами. Ви і зараз не зі

мною, а десь в інших місцях та інших стосунках. Ви тільки й думаєте, як мене позбутися і скоріше піти до тих, інших... з ким Ви не за гроші.

Залишок сеансу вона присвятила пригадуванням слабкостей і помилок аналітика, того, як він її використовував, вдаючи себе співчуваючим і допомагаючим.

Терапія тривала ще кілька місяців. Тривалі періоди стагнації та формально-агресивної комунікації змінювалися нетривалими епізодами, які здавалися обнадійливими через здатність пацієнтки наблизитися до своєї деструктивності. Уже був анексований Крим і розпочалася війна на Сході. Останній сеанс припав на день, коли перед нею у терапевта були дві дуже важкі сесії, на одній з яких пацієнт оплакував загиблого однокласника, а на іншій жінка ділилася розповідями чоловіка про війну.

Прощаючись, пацієнтка говорила про небажання терапевта їй допомогти. Про те, що втомилася від аналізу, що всі аналітики мають свої цілі, напевно, не дуже здорові.

Що відбувається?

Вочевидь, прагнення терапевта дотримуватися нейтральності у стосунках із пацієнткою зазнало невдачі. У ситуації вираженої напруги важко уникнути провалів у контролі емоцій. Пацієнтка чітко розуміла, що за стінами кабінету терапевт не на її боці. І це переживалося нею як жахлива несправедливість. Вона атакувала його стосунки з учасниками опору, оскільки в них вона бачила повторення хворобливої історії дитинства: її брата люблять більше, вона нелюбима дитина, хоча в усьому краща за «цього дегенерата». Вона маскувала заздрість і ревнощі риторичними питаннями: «Ви хочете сказати, що ці люди, які біжать під кулі з фанерними щитами, нормальні? Не психи? Ви хочете сказати, що їм можна довірити країну?».

Це велика проблема психоаналізу часів соціальної нестабільності – неймовірна складність створення «умовного» простору, у якому формуються правила пріоритетності суб'єктивного над об'єктивним. Усе ускладнюється подвійно, якщо зовнішніми подіями захоплені обидва учасники процесу й пацієнт знає про залучення терапевта до реальності. Я маю на увазі саме знання, а не фантазії. У цьому випадку ми маємо справу з порушенням конфіденційності. Ступінь драматизму наслідків цього знання залежить від небезпечності (реальної чи фантазійної) отриманої інформації для пацієнта. Небезпечність зростає в разі збігу травматичного потенціалу інформації з несвідомими фантазіями пацієнта. Що, власне, і сталося в нашому випадку, коли в рамках негативного перенесення пацієнтка, захоплена заздрісно-ревнощними фантазіями, скористалася набутим знанням, щоб принизити, помститися, підкорити аналітика. Яскравий прояв синдрому «розбитої стіни».

Що робити?

Деякі автори бачать вихід у тому, щоб виявлені факти з історії аналітика поступово приймалися обома як реальні. Опрацювання цієї хворобливої критичної ситуації має призвести до створення нової «стіни», нової споруди, яка поверне на колишнє місце зону «ніби» (Goldsmith, 2004). Пацієнт повинен пережити деіделізацію, зменшення всесильності, спад нарцисизму. Якщо це вдається, то від аналітика потрібно пережити біль і сором, знайшовши спокій в аналітичній мудрості й переоцінці аналітичного нарцисизму у бік стриманості щодо можливостей своєї професії (Berezovsky, 2017). Я сподіваюся, що здатність «заспокоїтись в аналітичній мудрості» допоможе нам усім пережити цю війну та зберегти свою професійну ідентичність.

Висновки. На мою думку, тільки в останній із чотирьох історій психоаналітичний процес був незворотно зруйнований. У трьох інших боротьба за можливість вважати те, що відбувається, психоаналізом, триває, хоча і з явними відступами від класичного сетингу.

До того, що відбувається в кожній з терапій, у мене виникає багато питань. Можливо, для того, хто перебуває поза ситуацією війни, відповіді на них очевидні. У моєму випадку все ускладнюється перебуванням усередині травматичної ситуації разом із моїми пацієнтами і супервізантами.

Тому остаточні висновки й відповіді на питання, сформульовані на початку статті з приводу психоаналізу під час війни, я відкладу на той час, коли зможу подивитися на те, що відбувається, збоку та здалеку, спираючись на досвід, який набуваю сьогодні. Зараз я зумів лише сформувати питання до себе «післявоєнного», можливо, вам також буде цікаво над ними поміркувати. Серед них такі:

1. Чи можливий повноцінний психоаналіз в умовах, у яких він здається великою мірою протиприродним?
2. Чи не правильніше констатувати факт його смерті та змиритися з форматом стосунків, які лише підтримують?
3. Чи можна відмовитися від деяких сетингових обмежень в умовах, коли для обох учасників процесу перебування в психічному сховищі важливіше, ніж користування можливостями живого психоаналізу?
4. Чи можливо відкласти психоаналіз на час війни, перейшовши в психотерапевтичний режим, а потім відновити його в колишньому вигляді?

Список літератури:

Berezovsky, R. (2017). Personal conversation.

Bion, W. (1940) The "war of nerves": civilian reactions, morale and prophylaxis. In Bion, W. R. *The Complete Works of W. R. Bion*. Ed. by C. Mowson. Vol. IV (2014), p. 1–22.

Bleger, L. (2017). José Bleger's thinking about psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98 (1), 145–169.

Bush, M. (1978) Preliminary Considerations for a Psychoanalytic Theory of Insight: Historical Perspective. *International Review of Psychoanalysis 5,* 1–13.

Fonda, P. (2008) Psychoanalytic setting: practice. (paper read at 15th PIEE Summer School, Odessa).

Fonda, P. (2017). THE MIND AT WAR. *Romanian Journal of Psychoanalysis/Revue Roumain de Psychanalyse*, *10*(2).Fornari, Franco (1966): Psicoanalisi della guerra. Mailand: Feltrinelli.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Classics in psychoanalytic techniques*, *12*, 97–108.

Goldsmith, G. (2004) Confidentiality and the Psychoanalytic Relationship *(paper read at 11th PIEE Summer School, Kyiv)*.

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

Lemma, A. (2023). Who do you think you are? Some reflections on analytic identity. *The International Journal of Psychoanalysis*, *104*(5), 843–848.

Milner, M. (2013). The Role of Illusion in Symbol Formation1. In *New directions in psycho-analysis* (pp. 82–108). Routledge.

Modell, A. (1976). "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *24*(2), 285–307.

Modell, A. (1989). The Psychoanalytic Setting as a Container of Multiple Levels of Reality: A Perspective on the Theory of Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic inquiry; 9:1,* p. 78.

Parsons, T. (1962). Individual autonomy and social pressure: An answer to Dennis H. Wrong. *Psychoanalytic Review*, *49* (2), p. 70.

Puget, J. & Wender, L. (1987) Aux limites de l'analysabilite tyrannie corporelle et sociale. *Revue française de psychanalyse,* 51, 869–885.

Stone, L. (1967). The psychoanalytic situation and transference postscript to an earlier communication. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15* (1), 3–58.

Widlocher, D. (1999). Psicoanalisi e psicoterapie. *Riv. Psicoanal., 45*, 71–83.

Winnicott, D. W. (1956). On transference. *The International journal of Psycho-analysis*, *37*, 386.

Winnicott, D. W. (1991). *Playing and reality*. Psychology Press.

Анотація. Головним мотивом для написання цієї роботи став конфлікт, який переживають фахівці, що працюють у рамках психоаналітичної парадигми в Україні в умовах війни. У конфлікт вступає природне прагнення психоаналітиків дотримуватися стабільного, безпечного, обговореного з пацієнтами сетингу, і реальність війни, яка протистоїть цьому, вторгаючись в усі сфери психоаналітичних стосунків. У зв'язку із цим зусилля, спрямовані на утримання процесу в аналітичних рамках, часто виявляються марними. Автор досліджує чотири варіанти «травматизації» сеттингу, ілюструючи свої висновки клінічними віньєтками. У фрагментах сесій, наведених у статті, відображені характерні особливості взаємодії аналітичних пар, які намагаються дати можливість вижити психоаналізу в умовах, здавалося б, для цього абсолютно непридатних. На думку автора, в умовах війни психоаналітичний сетинг виявляється особливо вразливим саме в його базових властивостях. Так, наприклад, руйнується кордон між світом соціальних взаємодій і психоаналітичним кабінетом. Спільний із пацієнтом досвід виживання «виштовхує» аналітика з позиції дослідника в позицію суб'єкта співпереживання, що позбавляє процес великої частки аналітичності. Не кращою є ситуація з можливістю терапевта контролювати дотримання сетингових домовленостей в обставинах соціальної нестабільності. Це, зі свого боку, обумовлює «воєнну» специфіку сприйняття пацієнтом аналітика. Він втрачає властивості надійності, міцності, зрілості. Самі стосунки стають менш контейнувальними. Велику увагу в статті приділено питанню конфіденційності, яке з високим ступенем імовірності порушується в ситуації соціального протистояння, наприклад, коли пацієнт і психоаналітик виявляються прихильниками ворогуючих соціальних груп. Обговорюються наслідки втрати простору для фантазій, вільних асоціацій і, зрештою, взаємодії двох несвідомих. Констатуючи факт «смерті» психоаналізу лише в одному з чотирьох клінічних випадків, що наводяться у статті, автор уникає категоричних висновків і рекомендацій з приводу «воєнного» психоаналізу. Стаття завершується питаннями, адресованими читачам, і запрошенням до роздумів про специфіку та перспективи психоаналітичного процесу у військових умовах.

Ключові слова: терапевтична діада, психоаналіз, сетинг, російське вторгнення, Україна.

Abstract. The main motivation for writing this paper was the conflict experienced by professionals working within the psychoanalytic paradigm in Ukraine in the context of war. The conflict is between the natural desire of psychoanalysts to adhere to a stable, safe, negotiated setting with patients and the reality of war, which opposes this by invading all areas of the psychoanalytic relationship. In this regard, efforts to keep the process within the analytical framework are often futile. The author explores four variants of "traumatization" of the setting, illustrating his conclusions with clinical vignettes. The fragments of the sessions presented in the article reflect the characteristic features of the interaction of analytical couples who are trying to enable psychoanalysis to survive in conditions that seem to be completely unsuitable for it. In the author's opinion, in the conditions of war, the psychoanalytic setting is particularly vulnerable in its basic properties. For example, the boundary between the world of social interactions and the psychoanalytic office is collapsing. The shared experience of survival with the patient "pushes" the analyst from the position of a researcher to that of a subject of empathy, which deprives the process of a large part of its analytical character. The situation is no better with the therapist's ability to control compliance with setting agreements in circumstances of social instability. This, in turn, determines the "military" specificity of the patient's perception of the analyst. It loses its properties of reliability, strength, and maturity. The relationship itself becomes less containerized. The article pays great attention to the issue of confidentiality, which is most likely to be violated in a situation of social confrontation, for example, when the patient and the psychoanalyst are supporters of warring social groups. The author discusses the consequences of the loss of space for fantasies, free associations, and, ultimately, the interaction of the two unconscious. By stating the fact of the "death" of psychoanalysis in only one of the four clinical cases cited in the article, the author avoids categorical conclusions and recommendations regarding "war" psychoanalysis. The article concludes with questions addressed to the readers and an invitation to reflect on the specifics and prospects of the psychoanalytic process in wartime.

Key words: therapeutic dyad, psychoanalysis, setting, 2022 Russian invasion, Ukraine.

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-4

СУЧАСНА ПРОПАГАНДА ТА ПРОПАГАНДИСТСЬКІ СТАНИ ДУШІ: ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПЕРСПЕКТИВА[1]

Ігор Романов, Ph. D. з філософії, доцент, психолог, навчаючий психоаналітик
Українське психоаналітичне товариство (навчальна група Міжнародної психоаналітичної асоціації),
кафедра теоретичної і практичної філософії імені професора Й. Б. Шада
філософського факультету
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Українське психоаналітичне товариство
м. Харків, Україна

CONTEMPORARY PROPAGANDA AND PROPAGANDISTIC STATES OF MIND: A PSYCHOANALYTIC VIEW

Igor Romanov, Ph. D. in Philosophy, Associate Professor, psychologist, training analyst
Ukrainian Psychoanalytic Society (the IPA study group),
Department of J. B. Shadt Theoretical and Practical Philosophy
of the Faculty of Philosophy
V. N. Karazin Kharkiv National University,
Ukrainian Psychoanalytic Society
Kharkiv, Ukraine
https://orcid.org/0000-0002-9044-0186
igromanov66@gmail.com

Вступ. В умовах війни, що триває, ми стикаємося з численними, іноді шокуючими свідченнями потужної сили пропаганди, свідченнями, які формулюють питання, на які має відповісти дослідник. Насамперед виникає питання, як путінська пропаганда виявилася настільки успішною та ефективною в російському суспільстві? Як ця пропаганда організована порівняно з класичними зразками і як їй вдалося за досить короткий проміжок часу мобілізувати російське суспільство, радикалізувати і розколоти його? (Loshak, 2022; Benvenutto, 2022a; Benvenutto, 2022b). Інше питання, що постає, це вплив путінської пропаганди на деякі групи західного суспільства та її цільова аудиторія в країнах Заходу та колективного Півдня. Чи сприяє цьому впливу явна або латентна ідеологія «путінізму», чи навпаки – розмитий, постмодерний характер сучасної пропаганди? І, нарешті, потрібно приділити увагу досить хаотичним прикладам української пропаганди та контрпропаганди. Наскільки ефективними можуть бути маніакальний тріумфалізм, гіперболізація ролі жертви чи стимуляція імпульсів помсти? Що можна використовувати для протидії ворожій пропаганді? Наскільки ефективною може бути альтернативна пропаганда іншого роду, тобто інформаційна війна, чи дійсною контрпропагандою можуть бути інформаційні стратегії, побудовані на пошуку правди та стимуляції критичного мислення? Ці питання створюють величезне поле для досліджень, де психоаналітична перспектива може сприяти зусиллям соціальних психологів, соціологів, політологів, а також багатьох інших дослідників пропаганди.

Мета статті. У своїй статті я хотів би перш за все окреслити предмет психоаналітичних досліджень пропаганди, навести деякі найбільш відомі приклади таких досліджень та їх здобутки. Далі я хочу більш детально зосередитися на більш вузькому питанні: що робить індивіда вразливим до впливу пропаганди? Який психічний стан «пропонує» пропаганду як індивідуальне рішення і рішення чого? У моїй статті під пропагандою маються на увазі не лише зовнішні форми заяв політичних лідерів чи дискурси засобів масової інформації, але й певні внутрішні пропагандистські «голоси», яким людина досить часто не може протистояти або схильна сприймати з різним ступенем готовності.

Психоаналіз і дослідження пропаганди. Історично склалося, що розвиток психоаналізу збігається зі становленням сучасних засобів пропаганди. Ранні дослідження пропаганди великою мірою спиралися на відкриття психоаналізу, який на той час для багатьох мав вигляд найбільш розвиненої психологічної теорії (Lasswell, 1927). Родинні зв'язки З. Фройда з автором фундаментальної роботи з пропаганди Е. Бернейсом навіть стали приводом для спекуляцій стосовно внеску психоаналізу в сучасні методи маніпуляції масовою свідомістю (Бернейс, 2023; Curtis, 2002). Але більш очевидною і аргументованою здається протилежна точка зору: з моменту свого виникнення як психотерапевтичної техніки та теорії несвідомого психоаналіз позиціонував себе як щось радикально протилежне пропагандистському впливу на людську свідомість і поведінку. У психотерапевтичній площині це стосується відмови Фройда від техніки гіпнотичного навіювання, що зафіксована в «Дослідженнях істерії» (Breuer & Freud, 1896). Щодо соціальних процесів, то ми можемо знайти детальний фройдівський аналіз «гіпнотичного» впливу лідера на «масу» (інакше кажучи – сили пропаганди) у роботі «Масова психологія та аналіз Я» (Freud, 1921). Свого часу цей аналіз надихнув соціолога та філософа Т. Адорно на дослідження патернів пропаганди діячів Третього рейху та їх копіювання фашистськими лідерами у США (Adorno, 1951; Adorno, 1950). Його розвиток ідей Фройда стосовно різних модусів ідентифікації в групах (що передувала ідеї проєктивної та інтроєктивної ідентифікацій), опис необхідності повторення та ритуальної дії для розвіювання сумління (що також було описано раніше Р. Мані-Кьорлом як «пропагандистське рондо» чи «болеро»; див. Money-Kyrle, 1941), ідея вождя як «великого малого чоловіка» – ці та багато інших ідей і спостережень зберігають свою актуальність і сьогодні. Також саме Адорно максимально ясно висловив ідею про протилежність психоаналізу та пропаганди (детальніше про це – далі в статті).

У роки Другої світової війни та ті, що передували їй, багато відомих психоаналітиків працювали над аналізом німецької пропаганди та розробляли методи протидії їй. Серед найбільш впливових авторів можна назвати

[1] Скорочена версія цієї статті була представлена як онлайн-доповідь на 4-й «Зустрічі друзів Українського психоаналітичного товариства» 03.07.2022 та опублікована шведською мовою в журналі «Divan» (Romanov, 2022).

вже згаданого Р. Мані-Кьорла, Е. Кріса (який сумісно з Х. Шпеєром і мистецтвознавцем Е. Гомбріхом працював на британському радіо над детальним аналізом німецької пропаганди) (Kris & Speier, 1944; Gombrich, 1939), Н. Лейтеса (який виконував аналогічну роботу для американських think tanks) (Leites, 1977). Трохи осторонь від цього тренду розвивалася робота в напрямі «інформаційних операцій», часом у жанрі «чорної пропаганди», дезінформації та інших засобів інформаційної війни, до якої також долучалися деякі психоаналітики (Pomerantsev, 2024).

Важливим напрямом розвідок психоаналітиків, особливо після завершення Другої світової війни, стало місце пропаганди в сучасному суспільстві та зміна її форм. Ці дослідження розгорталися в загальному руслі досліджень загрози тоталітаризму й ідей виховання «демократичної особистості» (Shapira, 2013; Money-Kyrle, 1951; Dics, 1973). Так, Н. Лейтес і Е. Кріс фіксували, що порівняно з Першою світовою війною пропаганда в часи Другої світової була менш емоційною, менш моралістичною і більш співвідносилася з фактами (Leites & Kris, 1977). Автори пояснювали це більшою індивідуалізацію західного суспільства, яке все ще потребує пропаганди як посередника між владою та індивідом, але стає більш критичним до її емоційного й моралістичного змісту. Цікаво порівняти це із сучасними змінами в засобах пропаганди – чи не повертається вона знов до цілковито емоційних аргументів і чому таке може відбуватись? Більшість сучасних соціальних досліджень доводять як посилення індивідуалізації західного суспільства, так і проникаючу присутність пропаганди в ньому (Bauman, 2013; Giddens, 1991; Auerbach & Castranovo, 2013; Baines, Nicholas & Snow, 2019). Безумовно, на тлі цього російська військова пропаганда різко відрізняється своєю примітивністю. Але чи не виказує таким чином вона деякі характеристики сучасної пропаганди як такої? Цікавим прикладом розмивання змісту пропагандистських меседжів (а отже, і можливості критичної відповіді на них) є незавершена дискусія стосовно ідеологічного змісту так званого путінізму (Paul & Matthews, 2022; Snegovaya, Kimmage & McGlynn, 2023). Чи існує він взагалі як система взаємопов'язаних поглядів, яку можна виявити, аналізуючи тексти ідеологів (Sergeytsev, 2022) або масову свідомість (Erpilayeva, 2022)? Чи вони самі по собі є проявами а-логічних, різноспрямованих пропагандистських меседжів? Потреба одночасно підтримувати імперську ностальгію в російському суспільстві й антиколоніальні інтенції глобального Півдня, відповідати запиту на соціальну справедливість і закликати до жертовності заради державної величі, дегуманізувати ворогів і підтримувати ідею «єдиного народу» – усі ці різноспрямовані вектори роблять украй важкою екстракцію «сухого ідеологічного змісту», який повинна пропагувати пропаганда (робота «контент аналізу» та подібних йому методів, якою ретельно займалися дослідники класичних форм пропаганди й ідеології XX сторіччя (Lasswell & Kaplan 1952; Leites, 1952; Koenigsberg, 1975). Усе частіше сучасна пропаганда виявляється «пропагандою пропаганди» – «пожежним шлангом» альтернативних інтерпретацій, що виключає будь яке питання про існування реальності поза їх межами. У такому вигляді пропагандистські дискурси нагадують фройдівську характеристику жарту й заперечення, коли одночасно присутні судження «цього не було», «це було інакше», «це було так, але вже стало інакше» (Freud, 1905; Freud, 1925). Заперечення або «заплющення очей» вочевидь є однією з головних цілей такої стратегії (Steiner, 1985; Romanov, 2023b). За такого стану речей раціональне судження неможливе і несвідомо перевага буде надаватися версії, більшою мірою відповідній принципу задоволення або «принципу константності» (тобто економії інтелектуальних зусиль), що достатньо легко конвертується в «принцип слідування авторитету».

Але ці риси сучасної пропаганди не роблять її дуже новою порівняно саме з тоталітарними формами. У цьому аспекті ми можемо багато чому повчитися на прикладі класичних досліджень. Навіть більше – сучасна пропаганда доводить, що суспільству навіть не потрібно обмежувати доступ громадян до інформації. Навпаки, потреба в тоталітарному підпорядкуванні може перекреслити будь-які можливості критичного сприйняття. Саме тому я вважаю потрібним приділити особливу увагу такому предмету психоаналітичних досліджень, як *пропагандистський стан душі* – особливий психічний стан, який робить індивіда схильним до заміни власного мислення пропагандистськими наративами.

Ідея «внурішньої пропаганди». Підсумовуючи ідеї Р. Мані-Кьорла, Г. Розенфельда, Д. Мельцера та Дж. Стайнера, Р. Хіншелвуд пише: «Потреба підтримувати ідеалізацію деструктивної частини свідомості проявляється як своєрідна безперервна внутрішня пропагандистська війна за перемогу над особистістю. І втратами в цій війні є не тільки багатство емоційного життя, але особливо сама істина. Такі особистості виглядають адептами неправди або спотвореної правди – пропаганди... Пропаганда ілюструє це домінування, вивернуте навиворіт. Обман повинен ідеалізуватися як добро, смерть – як чудова, захоплююча... Хоча цей стан, який називають перверсивним, дійсно часто асоціюється із сексуальним збудженням, ця перверсія в основі своїй є перверсією істини... Потенціал для деструктивної (божевільної) частини особистості «захопити владу» існує у більшості людей, хоча загалом ця частина тримається на відстані. Однак, якщо вона екстерналізується в суспільстві (проєктується) – або в політичному лідері, – це пояснює той історичний факт, що деякі культурні процеси можуть викликати у цілком звичайних людей таку відданість деструктивності, що вони створюють або пасивно терплять огидно свавільні соціальні та політичні системи. Репресивне суспільство починає давати шанс для внутрішнього деспотизму і божевілля – для тріумфу деструктивності над чесністю і життям» (Hinshelwood, 1994, с. 14).

Яку функцію виконують ці процеси ідеалізації деструктивності, викривленого сприйняття внутрішньої та зовнішньої реальності, «капітуляції» всієї особистості перед пропагандистською частиною самості чи зовнішньою системою, яка нівелює різноманіття та спотворює пошук істини? Думаю, тут буде доречно згадати аналіз нацистської пропаганди, зроблений Р. Мані-Кьорлом. Описавши те, що він назвав «пропагандистським болеро» у промовах Гітлера і Геббельса, повторюваний шаблон повідомлень на кшталт «Німеччина страждає», «інші спричинили це», «разом ми сильні» (+ «навіть якщо ми помремо»), Мані-Кьорл доходить такого цікавого висновку: «Нацистське красномовство, як я намагався його описати, здається, слідує шаблону або темі, яка є спільною для багатьох інших і на перший погляд зовсім несхожих видів пропаганди. Якщо розглядати пропаганду в несприятливому світлі, то вона часто здається методом індукування низки тимчасових психозів, що часто починаються з депресії і переходять через параною до стану маніакального блаженства. Але вона також може розглядатися позитивно, як така, що має в певному сенсі лікувальний ефект, якщо вона застає об'єкт пропаганди в депресії і залишає його в стані не надто неврівноваженого ентузіазму. В обох випадках фундаментальна закономірність, здається, часто однакова» (Money-Kyrle, 1941, с. 168).

Що це за хвороба, ліками від якої є пропаганда та прихильність до неї? Мані-Кьорл натякає на неї словом «депресія», і це співвідноситься з тим, що багато соціологів, економістів, політологів і психоаналітиків говорять про причини, що лежать в основі переходу до мегаломаніакальних і параноїдальних ідеологій у Німеччині після поразки в Першій світовій війні, і в Росії після розпаду

Радянського Союзу. Як зазначає Н. Темпл, «особи, які очолювали тоталітарні держави, мали здатність втілювати і представляти цей спосіб мислення, збуджувати і вести цілу націю в цьому напрямі й вивільняти деструктивні сили в окремих людях. Це розглядалося як ідеалізоване вирішення болісного депресивного стану, в якому може опинитися країна. У випадку як Німеччини, так і Росії цей порив від вразливої держави до всемогутньої, могутньої держави, що слідувала за тоталітарними лідерами, завадив нації навчитися в депресивний, реалістичний спосіб того, що потрібно зробити, щоб досягти одужання» (Templ, 2006, с. 110).

Схожі ідеї можна знайти в роботах О. Кернберга, В. Волкана та багатьох інших аналітиків, які вивчають соціальні процеси (Kernberg, 1998; Volkan, 2021). Це, безумовно, вказує на важливий аспект. Однак не менш важливо, на мою думку, усвідомлювати, що пропагандист, як внутрішній, так і зовнішній, буде схильний перебільшувати страждання, щоб «продати» свій рецепт порятунку. Для цього він також знайде у своєму розпорядженні механізм зворотної дії (*Nachträeglichkeit, apres-coup),* який здатен надати травматичного або, навпаки, захисного сенсу подіям або об'єктам заднім числом. Вважаю, що ми були безпосередніми свідками цього процесу конструювання образу «катастрофічних 90-х» російською пропагандою.

Щодо «лікувального ефекту» пропаганди, то тут важливо згадати ідею Т. Адорно про протилежний вплив психоаналізу та пропаганди. У своєму блискучому аналізі нацистської пропаганди Т. Адорно пише: «Для Фройда поняття психології по суті є негативним. Він визначає сферу психології пануванням несвідомого і постулює, що те, що є ід, має стати его. Звільнення людини від гетерономного правління її несвідомого було б рівнозначним скасуванню її «психології». Фашизм сприяє цьому скасуванню в протилежному сенсі через увічнення залежності замість реалізації потенційної свободи, через експропріацію несвідомого соціальним контролем замість того, щоб змусити суб'єктів усвідомлювати своє несвідоме» (Adorno, 1951, с. 136).

Ідея Т. Адорно про те, що пропаганда і психоаналіз мають протилежні напрями, нагадує аналогічні міркування Н. Лейтеса та Е. Кріса про протиставлення тоталітарних і демократичних форм пропаганди (Leites, Kris, 1977). Автори стверджують, що останній лідер відіграє роль его, а не суперего, слугує взірцем і покращує розуміння реальності. Важливо зазначити, що йдеться не лише про інформування про зовнішню реальність, а й про розуміння внутрішньої, психічної реальності.[2] Саме тому в іншій своїй роботі, присвяченій подоланню нацистського минулого, Т. Адорно писав про важливість психоаналізу в загальній освіті для сприяння розумінню механізмів: «А пропаганда, раціональна маніпуляція ірраціональним – це прерогатива тоталітаристів. Ті, хто чинить опір тоталітаристам, не повинні імітувати їх у такий спосіб, що лише зробить собі ведмежу послугу. Панегірики євреям, які ізолюють їх як групу, вже дають старт антисемітизму... Що стосується бажання боротися з антисемітизмом в окремих суб'єктах, то не варто очікувати занадто багато від звернення до фактів, які антисеміти найчастіше або не визнають, або нейтралізують, розглядаючи їх як винятки. Натомість слід застосовувати аргументацію безпосередньо до суб'єктів, до яких ми звертаємося. Вони повинні усвідомлювати механізми, які викликають расові упередження в них самих. Опрацювання минулого, що розуміється як просвітництво, по суті, є таким поворотом до суб'єкта, зміцненням його самосвідомості, а отже, і його самості. Це слід поєднувати зі знанням тих небагатьох стійких пропагандистських прийомів, які пристосовані саме до тих психологічних схильностей, які, як ми повинні припускати, присутні в людині. Оскільки ці прийоми фіксовані й обмежені в кількості, не існує надзвичайних труднощів у тому, щоб виокремити їх, зробити відомими і використати як своєрідну вакцину» (Адорно, 1959, с. 101).

Клінічний приклад. Як ілюстрацію до цих ментальних механізмів, я хотів би представити клінічну віньєтку. Оскільки я відчуваю певні обмеження щодо представлення випадку з моєї поточної клінічної практики, я хотів би навести досить давній випадок. Фактична інформація про пацієнтку дещо змінена для збереження конфіденційності.

Це випадок пацієнтки Л., яка почала проходити в мене аналіз, коли їй було понад 50 років. Аналіз тривав десять років. Тема політичних поглядів Л. рідко з'являлася в нашій роботі, але в контексті нашої сьогоднішньої теми вони здаються досить неординарними. Л. народилася в українському селі в післявоєнний період. Вона була пізньою дитиною, тому добре пам'ятала розповіді батьків про війну, репресії та голодомор. У дорослому віці, за радянських часів, пацієнтка спілкувалася з молодими інтелектуалами, середовище яких мало дещо націоналістичний відтінок. Але на момент початку нашої роботи вона, як і більшість друзів її юності, відчувала ностальгію за радянськими часами та символами, ідеалізувала Росію та інші країни колишнього СРСР, які все ще зберігали риси минулого, які були їй близькі, і так само підозріло ставилася до руху України на Захід. У мирні часи ця позиція була досить м'якою і не заважала Л. критично ставитися до сьогодення і минулого, але в часи суспільних негараздів недовіра переростала в параною, ностальгія поступалася місцем ідеалізації, хороші і погані об'єкти мінялися місцями та плуталися в доволі незвичних комбінаціях.

Наприклад, під час «помаранчевої революції» 2004 року, яка збіглася з більшими перервами в нашій аналітичній роботі, Л. відчувала тривогу катастрофічного рівня. Їй здавалося, що весь її життєвий устрій ось-ось зруйнується. Співаюча і танцююча молодь асоціювалася в неї з божевільною сексуальною оргією, Л. боялася побачити мене на трибуні, що підбадьорює протестувальників, повідомлення ліберальної преси вона інтерпретувала в руслі теорій змови. Вона була в захваті від злочинних лідерів попереднього режиму, а всі звинувачення в корупції спростовувала словами «добре, що в них багато грошей, дай їм Бог здоров'я!». Зазвичай Л. була досить сором'язливою і тривожною на аналітичних сесіях, але в розпал протестів вона трясла кулаками й вигукувала: «Яка я буду щаслива, коли їх нарешті розчавлять танками!» Вона сприймала цю передбачувану подію як факт, що не підлягає жодному сумніву, як неминучий результат, на який треба лише дочекатися.

Я вважаю, що психічний стан Л. у такі моменти підлаштовувався під пропагандистські заклики ззовні й певною мірою був похідним від роботи пропагандистської частини всередині неї самої. Цей голос звучав як голос керівника гестапо зі старого радянського фільму: «Нікому не можна довіряти; мені – можна». У світі, де правда і брехня помінялися місцями, а хаос, що насувається, загрожує малень-

[2] Як приклад демократичної пропаганди Лейтес і Кріс використовують промови У. Черчіля. Стосовно контакту лідера з власною внутрішньою реальністю та внутрішньою реальністю його аудиторії наведу характеристику його стилю з роботи Е. Стора, присвяченої депресії Черчіля: «Без цих недоліків він був би щасливішою, більш звичайною, краще врівноваженою та менш людяною людиною. Але якби він був стабільною та врівноваженою людиною, він ніколи не міг би надихнути націю. У 1940 році, коли всі шанси були проти Британії, лідер тверезого судження міг би дійти висновку, що з нами покінчено. Політичні лідери звикли до лицемірства. Навіть коли поразка на виборах буде неминучою або політика, яку вони підтримують, виявиться марною, вони до одинадцятої години продовжуватимуть видавати повідомлення надії своїм прихильникам. У 1940 році будь-який політичний лідер міг би спробувати згуртувати Британію сміливими словами, хоча його серце було б сповнене відчаю. Але тільки людина, яка пізнала і зіткнулася з відчаєм у собі, могла нести переконання в таку мить. Лише людина, яка знала, що таке помітити проблиск надії в безвихідній ситуації, чия сміливість була поза межами розуму і чий агресивний дух палав у своїй люті, коли він був стиснутий і оточений ворогами, могла надати емоційної реальності словам непокори, які згуртували та підтримали нас у грізне літо 1940 року. Черчіль був такою людиною; і саме тому, що все своє життя він вів боротьбу з власним відчаєм, він міг донести іншим, що відчай можна подолати» (Storr, 1989, с. 5).

ким острівцям стабільності, найбезпечнішим вибором здається союз із головним брехуном і *поганим хлопцем*.

Чому психіка Л. так добре «пристосувалася» до внутрішньої та зовнішньої пропаганди, відкривала двері на зустріч її спокусливим позовам? Вона шукала допомоги в аналізі, щоб впоратись із численними й різноманітними симптомами: депресіями, панічними атаками, сексуальними розладами, агорафобією тощо. В її історії було багато епізодів госпіталізації в психіатричні клініки, раз за разом її лікування включало все більш і більш жорсткі методи. На початку нашої роботи Л. сприймала аналіз виключно з параноїдальної перспективи – як експеримент над її мозком, машину для дослідження тощо. Коли ця параноя відступила, Л. з тугою згадувала суворе психіатричне лікування, яке краще допомагало їй, ніж моє м'яке психоаналітичне розуміння. Це розщеплення з деякими модифікаціями збереглося протягом усієї нашої аналітичної роботи. У її снах та асоціаціях мої образи швидко змінювалися від Путіна до Чехова або від експериментатора / гіпнотизера до людини, співзвучної їй – тій, що розмовляє українською, любить тварин тощо. Кожна із цих крайнощів із часом почала м'якшати (експериментатор перетворився на редактора), а самі переходи відбувалися всередині аналітичної ситуації і пропонували простір для спостереження та дослідження. Але вони ніколи не зникали.

Рання історія Л. була сповнена травматичних розлук, коли батько замінив їй матір; за її словами, вона виросла «у нього за пазухою». Її батьки пережили втрату дітей і здавалися людьми, що мали власну травматичну історію. Л. часто була свідком запеклих сварок батьків, заснованих на взаємних ревнощах. Страх бути покинутою та екстремальні реакції на едипальне виключення стали стрижнем емоційного життя Л. Цикл повторюваних зрад і покидань в її історії нагадував фрейдівський «примус долі» (Freud, 1920).

Одна з історій Л. здалася мені особливо символічною. Під час аналізу вона кілька разів згадувала історію, яку вона десь прочитала: жінка викинула з балкона ключ від своєї квартири, щоб не бігти за чоловіком, який її покидає. Ця історія супроводжувала різні епізоди з життя Л., слугувала моделлю і явно відповідала тому, як вона сприймала наші стосунки. Коли я знову зустрівся з Л. через багато років після закінчення аналізу, вона розповіла мені дещо іншу її версію. Після закінчення нашої роботи Л. опинилася в лещатах смутку, вона часто перебирала в пам'яті старі образи, які були в неї стосовно мене. У деякі моменти їй здавалося, що вона не зможе пережити наше розставання, у такі моменти вона перед сном залишала ключ від свого будинку на вулиці, щоб люди могли зайти всередину, якщо з нею щось трапиться... Треба сказати, що певний символічний і навіть іронічний сенс цієї історії став очевидним для нас обох по ходу розповіді – незважаючи на дещо провокативний, звинувачувальний тон, Л. залишала ключ ззовні, щоб я або хтось інший міг її знайти. Наприкінці цієї розмови ми обидва щиро посміхалися.

Повернемось трохи назад – чи є зв'язок між жінкою, яка замикається у власній квартирі, і тим, хто хоче розчавити танками бунтівну молодь? Я думаю, що цей зв'язок досить помітний для психоаналітика, його можна зрозуміти в контексті образів первісної сцени, переживання едипального виключення і різних реакцій на нього. Крім цього змісту тривог Л., я вважаю важливим розглянути механізми, за допомогою яких вона намагалася впоратись із цими тривогами, часто з протилежним ефектом – посилюючи їх і загострюючи ситуацію. Серед цих механізмів домінувало розщеплення (батько, який замінює матір, проти батька-переслідувача, батька-зрадника, батька-садиста тощо) і спроби позбутися залежності шляхом її проєкції назовні й ідентифікації зі всемогутнім садистським об'єктом. Ця система представляла себе гарантом стабільності – якості, яку Л. цінувала найбільше. Але в умовах постійної недовіри існувала невідкладна потреба в доказі «жахів» життя поза її межами (як згадувала Н. Мандельштам, у сталінську епоху навіть інтелігенція вважала, що життя на Заході набагато жахливіше; див. Mandelstam, 1999). Історія та передісторія Л. містила багато травматичних подій, але її здатність до певної повторної травматизації заднім числом робила сприйняття будь-яких емоційних потрясінь божевільним і клаустрофобічним. У цьому контексті ідея бути під захистом впливового кримінального авторитета здавалася порятунком, хоча й вимагала принести в жертву сприйняття реальності.

Деякі висновки. Як визначення пропаганди, так і методи її дослідження широко варіюються; її розглядають як розповсюджений механізм у сучасних суспільствах, ціллю якого є більша згуртованість індивідуалізованого суспільства, стимуляція індивідів до підпорядкування груповим, національним і державним інтересам. Можна сказати, що питання пропаганди є результатом розвитку (та/або кризи) сучасних суспільств з їхніми процесами індивідуалізації та фрагментації.

Незважаючи на загальну схожість різних видів пропаганди, між ними існує багато відмінностей. Її цілі досягалися дуже по-різному в демократичних і тоталітарних суспільствах, під час Першої та Другої світових воєн, а сучасні форми все ще залишаються загадковим феноменом. Багато авторів намагаються описати сучасну російську пропаганду як суто психологічне маніпулятивне явище без будь-якого ідеологічного змісту (Pomerantzev, 2022), як позачасову колективну «фантазію про порятунок» (Volkan & Javakhishvili, 2022), як вираз імперського ресентименту і так далі – протиріччя цих інтерпретацій само по собі є важливою ознакою особливості цієї форми пропаганди. Вона може містити дуже різні ідеологічні меседжі – від націоналістичної ксенофобії до ідеї гуртування «братських» народів в єдиній імперії, від радянської ностальгії до антиколоніалізму. Вони також можуть бути спрямовані на різні групи реципієнтів усередині країни та за її межами. Але важко сьогодні заперечувати силу путінської пропагандистської машини всередині і частково за межами Росії та складність протистояння їй.

Будь-яка пропаганда використовує механізми та мотивації індивідуальної психіки для досягнення своєї мети. Серед них я хотів би виділити загальну потребу уникати базових тривог (Jaques, 1955) і конкретні захисні механізми, такі як різні форми заперечення, *Nachträeglichkeit* (зворотна дія), проєктивні й інтроспективні ідентифікації, маніакальна всемогутність та деякі інші. У деяких особистостей і потенційно в кожному з нас такі механізми можуть об'єднуватися в систему, що в різних авторів називається нарцисичною організацією, патологічною організацією і так далі (Rosenfeld, 1971; Steiner, 2003). Я намагаюся ввести поняття «пропагандистського стану душі», однією з найважливіших характеристик якого є його руйнівний вплив на більш розсудливі частини самості. Як і деякі інші автори, я припускаю, що така організація робить людину особливо уразливою для зовнішнього пропагандистського заклику і до включення в тоталітарну групу (Dics, 1973; Money-Kyrle, 1951; Kernberg, 1998; Templ, 2006).

Важливим чинником, що призводить до описаної вище форми «текучої» ідеології та пропаганди[3], я вбачаю «нездатність до скорботи» (Mitscherlich & Mitscherlich, 1975; Fornari, 1975). У російському, а також в українському суспільстві вона стосується перешкод в опрацюванні історичних травм, а також у травматичному переживанні самої втрати минулої форми єдності суспільства (Romanov, 2023a). Моє клінічне спостереження підтверджує ідею впливу травматичних чинників на схильність індивіда до підкорення пропагандистським закликам, але, звичайно, вона потребує подальшого дослідження на індивідуальному та груповому рівнях, а також співвіднесення психоаналітичних спостережень із даними соціальних наук.

[3] Я використовую це поняття за аналогією з «текучою модерністю» З. Баумана (Bauman, 2013).

Однією з перспективних тем такої співпраці я вважаю питання про спорідненість сучасних методів російської пропаганди з більш м'якими, але не менш дивовижними методами сучасної пропаганди в західних країнах – нещодавня пандемія та сьогоднішній сплеск політичного популізму й поляризації суспільства змусили нас знов замислитися над силою та методами пропаганди, її авторством і психічним станом її адептів. Чи є цей сплеск пропагандистських дискурсів на Заході також наслідком неспроможності скорботи за травматичною втратою єдності суспільства, «великих наративів» прогресу, нації, розуму тощо – відкрите і дуже цікаве питання.

Я вважаю, що психоаналіз повинен посісти важливе місце не тільки в його (та інших питань) дослідженні, але й у відстоюванні цінності людської свободи та раціонального мислення. Саме це завжди відрізняло його від більшості інших психотерапевтичних підходів, різноманітних *brainwashing* і психокорекцій, і саме це робило його ворогом усіх тоталітарних ідеологій (Hinshelwood, 1997; Pick & Fitch, 2016). Незважаючи на те, що іноді психоаналітики можуть брати участь в інформаційних війнах – як і у самій війні як такій, – вчення психоаналізу пропонує альтернативне пропаганді вирішення проблем співіснування людей у спільноті.

Список літератури:

Adorno, T. (1951). Freudian theory and the patterns of fascist propaganda. In Arato, A., Gebhardt, E. (eds.) (1985). *The Essential Frankfurt School Reader*. Continuum, New York, p. 118–137.

Adorno, T. (1959). The Meaning of Working Through the Past. In: Adorno, T. W. *Critical Models: Interventions and Catchwords*. New York: Columbia University Press, 2005, p. 89–103.

Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, N. (1950). *The Authoritarian Personality*. New York City, Harper & Brothers.

Auerbach, J., & Castranovo, R. (eds.) (2013). *Oxford Handbook on Propaganda Studies*. Oxford Press.

Baines, P., Nicholas, O., & Snow, N. (eds.) (2019). *The Sage Handbook of Propaganda*. Sage.

Bauman, Z. (2013). *The Individualized Society*. London: Polity.

Benvenuto, S. (2022a). Psychoanalysis in the War. A Debate with Russian colleagues, *European Journal of Psychoanalysis*, https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/psychoanalysis-in-the-war-a-debate-with-russian-colleagues/.

Benvenuto, S. (2022b). My Meeting with a Group of Russian Analysts: Response to Some Criticism. *European Journal of Psychoanalysis*, https://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/my-meeting-with-a-group-of-russian-analysts-response-to-some-criticism/.

Curtis, A. (2002). The Century of the Self. https://www.youtube.com/watch?v=DnPmg0R1M04.

Dics H. (1973). *Licensed Mass Murder: A Socio-Psychological Study of Some SS Killers*. New York, Basic Books Inc.

Erpilayeva, S. (2022). Who are the war supporters? Focus group research. https://www.opendemocracy.net/ru/kto-podderzhivayet-voynu-s-ukrainoy-i-pochemu/.

Fornari, F. (1975). *The psychoanalysis of war*. Indiana University Press.

Freud, S., & Breuer, J. (1895). Studies on Hysteria. In Freud, S. SE. V. II.

Freud, S. (1905). Jokes and their relation to the unconscious. In Freud, S. SE. V. VIII.

Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. Freud, S. SE. V. XVIII.

Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. In Freud, S. SE. V. XVIII.

Freud, S. (1925). Negation. In Freud, S. SE. V. XIX.

Giddens, E. (1991). Modernity and Self-Identity. Stanford (Cal.): Stanford Univ. Press.

Gombrich, E. H. (1939) Art and Propaganda, The Listener, 7 December, 1939, p. 1118–20.

Hinshelwood, R. (1994). *Clinical Klein: From Theory to Practice*. London: The Perseus Books Group.

Hinshelwood, R. (1997). *Therapy or Coercion: Does Psychoanalysis Differ from Brainwashing?* London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429483912.

Kernberg, O. (1998). *Ideology, Conflict, and Leadership in Groups and Organizations*. Yale University Press.

Koenigsberg, R.A. (1975). *Hitler's Ideology. A Study in Psychoanalytic Sociology*. New York: The Library of Social Science.

Kris E., & Speier H. (1944). German Radio Propaganda. Report on Home Broadcasts during the War. Oxford University Press.

Lasswell, H. D. (1927) *Propaganda Technique in the World War*. London: Kegan Paul, New York: Alfred A. Knoff.

Lasswell, H. D., & Kaplan, D. (1952). *Power and Society: A Framework of Political Inquiry*. Routledge.

Leites, N. (1951). Operational cod of the Politburo. https://www.rand.org/pubs/commercial_books/CB104-1.html.

Leites, N. (1977). *Psychopolitical Analysis. Selected Writings of Nathan Leites*, ed. by Elizabeth W. Marvick. New York, Halsted Press.

Leites, N., Kris, E. (1977). Twentieth century propaganda trends, in Leites, N. (1977) *Psychopolitical Analysis. Selected Writings of Nathan Leites*, ed. by Elizabeth W. Marvick. New York, Halsted Press, p. 47–58.

Loshak, A. (2022). Break of the link. Documentary film. https://www.youtube.com/watch?v=5qmQs2LbnaE.

Mandelstam, N. (1999). *Hope Against Hope*. New York, Modern Library.

Mitscherlich, A., & Mitscherlich, M. (1975; 1967). *The Inability to Mourn: Principles of Collective Behavior*. Grove Press, New York.

Money-Kyrle, R. (1951). Some aspects of state and character in Germany. In Money-Kyrle, R. (1978) *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*. London, Clunie Press. p. 229–244.

Money-Kyrle, R. (1941) The Psychology of Propaganda. In Money-Kyrle, R. (1978) *The collected papers by Roger Money-Kyrle*. Ed. by D. Meltzer and E. O'Shaughnessy. Clunie Press, p. 160–175.

Paul, C., & Matthews, M. (2022). The Russian "Firehose of Falsehood" Propaganda Model. Why It Might Work and Options to Counter It. *RAND Corporation* https://www.rand.org/pubs/perspectives/PE198.html.

Pick, D., & Fitch, M. (2016). *Psychoanalysis in the Age of Totalitarianism*. London: Routledge.

Pomerantsev, P. (2024). *How to Win an Information War: The Propagandist Who Outwitted Hitler*. New York: Public Affairs (In press).

Pomerantzev, P. (2022). Ukraine Is the Next Act in Putin's Empire of Humiliation. In *New York Times*, July 26, 2022. https://www.nytimes.com/2022/07/26/opinion/russia-ukraine-putin.html.

Romanov, I. (2022). Propagandiskt sinnestillstand. *Divan: Tidsrift för Psykoanalys och Kultur*, 2022, 3-4, p. 32–39.

Romanov, I. (2023a). Collective traumas, personal overcoming: In memory of Tatyana Nikolaevna Pushkareva. *Psychoanalysis, Culture*

& Society, 2023, 28: 376–392. DOI: 10.1057/s41282-022-00363-4.

Romanov, I. (2023b). Equation, moralization and denial. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 2023, 28: 109–115. https://doi.org/10.1057/s41282-022-00339-4.

Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 52: 169–178.

Sergeytsev, T. (2022). What should Russia do with Ukraine? https://medium.com/@kravchenko_mm/what-should-russia-do-with-ukraine-translation-of-a-propaganda-article-by-a-russian-journalist-a3e92e3cb64.

Shapira, M. (2013). *The War Inside: Psychoanalysis, Total War, and the Making of the Democratic Self in Postwar Britain*. Cambridge.

Snegovaya, M., Kimmage, M., & McGlynn, J. (2023). The Ideology of Putinism. Is It Sustainable? *Center for Strategic and International Studies*. https://www.csis.org/analysis/ideology-putinism-it-sustainable.

Steiner, J. (1985). Turning a blind eye: The cover up for Oedipus. *International Review of Psycho-Analysis*, 12, 161–172.

Steiner, J. (2003). *Psychic Retreats. Pathologic organization Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. Routledge.

Storr, A. (1989). Churchill: The man. In Storr, A. (1997). *Churchill's Black Dog and Other Phenomena of Human Mind*. London: Harper Collins Publishers, p. 3–51.

Temple, N. (2006). Totalitarianism – the internal world and the pollical mind. *Psychoanalytic Psychotherapy,* 20: 105–114.

Volkan, V. D. (2021). Chosen Trauma. In *Social Trauma: An Interdisciplinary Textbook*, eds. A. Hamburger, C. Hancheva & V. D. Volkan, pp. London: Springer.

Volkan, V. D., & Javakhishvili, J. D. (2022). Invasion of Ukraine: Observations on leader-followers relationships. *American Journal of Psychoanalysis*. 81:137–154.

Бернейс, Е. (2023) *Пропаганда*. Київ: Сварог і К.

Анотація. У статті представлено огляд психоаналітичних досліджень пропаганди, її зв'язків з індивідуальними та груповими проявами механізмів заперечення, зворотної дії, проєктивної та інтроєктивної ідентифікацій. Окреслюються предметні сфери та здобутки психоаналітичних досліджень пропаганди в період Першої та Другої світових війн: різниця демократичних і тоталітарних форм пропаганди та лідерства як зсув з его до суперцентрованої позиції; еволюція західної пропаганди в напрямі більш раціональних і менш моралістичних та емоційних дискурсів; принципова відмінність цілей психоаналізу та пропаганди на індивідуальному, суспільному і внутрішньо психічному рівні. На цьому тлі ставиться питання про зворотні процеси в сучасній пропаганді, крайнім виразом якої виступає російська пропаганда. Її риси досліджуються порівняно з класичними зразками пропаганди XX сторіччя, обґрунтовується її специфічна поліформність, відсутність жорсткої прив'язки до систематизованої ідеології. Незважаючи на спорідненість російської пропаганди з деякими рисами сучасної західної, вбудована в неї модель взаємодії людини та суспільства споріднює її з класичними тоталітарними формами. Пропонується поняття «пропагандистських станів душі», яке описує внутрішню психічну констеляцію, що підкоряє функціювання его деструктивній частині самості, що спотворює мислення й перевірку реальності. Це робить особливо актуальним антипропагандистський потенціал психоаналізу як на індивідуальному, так і на соціальному рівні. Ця теза набуває додаткового значення у світлі гіпотези про пропаганду як наслідок неспроможності скорботи й нездатності переробляти колективний травматичний досвід, включно із втратою минулих форм колективної ідентичності.

Ключові слова: пропаганда, пропагандистський стан душі, російська пропаганда, психоаналіз пропаганди, неспроможність скорботи.

Abstract. The review of psychoanalytic research of propaganda, its connection with individual and group mechanisms of denial, retractive action, and projective and introjective identification are presented in the paper. The subject areas and results of the psychoanalytic research of propaganda during periods of WWI and WWII are described, including the difference between democratic and totalitarian forms of propaganda as a shift from ego to super-ego-centered position; the evolution of Western propaganda to the more rational and less moralistic and emotional discourses; the fundamental difference of psychoanalytic and propagandistic aims on individual, social and intrapsychic levels. In this context, the question of the opposite processes of contemporary propaganda is asked; Russian propaganda is considered an extreme example of such processes. Its features are studied and compared with the classical forms of XX-century propaganda, and it is suggested that the differences are the polymorphism of Russian propaganda and the absence of its strong link with systemized ideology. Despite some important closeness with all contemporary propaganda, the inherent model of individual/society interaction makes Russian propaganda more related to the classical totalitarian forms. The concept of "propagandistic states of mind" is suggested, it describes an internal psychic constellation that suppresses ego functioning by a destructive part of the self that distorts the thinking and reality testing. It makes especially actual an anti-propagandistic potential of psychoanalysis, both on the individual and the social levels. This thesis gets more meaning in the light of the hypothesis about propaganda because of the inability to mourn and to work through collective traumatic experiences, including the loss of previous forms of collective identity.

Key words: propaganda, propagandistic states of mind, Russian propaganda, psychoanalysis of propaganda, inability to mourn.

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-5

ВІЙНА СИМВОЛІВ. СИМВОЛОТВОРЕННЯ ТА ІДЕНТИЧНІСТЬ У КОНТЕКСТІ ВІЙНИ РОСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ: АНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД

Дмитро Залеський, лікар-психотерапевт, юнгіанський аналітик, дійсний член
Чеський інститут аналітичної психології,
співзасновник
Українська асоціація аналітичної психології
м. Київ, Україна

THE WAR OF SYMBOLS. SYMBOLIZATION AND IDENTITY IN THE CONTEXT OF RUSSIA'S WAR AGAINST UKRAINE: ANALYTICAL VIEW

Dmytro Zaleskyi, psychotherapist, Jungian analyst full member
Czech Institute of Analytical Psychology,
co-founder
Ukrainian Association of Analytical Psychology
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0009-0002-5351-8674
dmytrozaleskyyy@gmail.com

Вступ. Війна і травма. Почнемо з 24 лютого 2022-го, хоча ми всі знаємо, що насправді війна почалася набагато раніше. У такому стані ми існуємо з 2014 року. З одного боку, інколи здається, що 24 лютого сталося лише вчора. Але, переживаючи перші хвилини війни, поряд із цими відчуттями виникає зовсім протилежне відчуття того, що пройшов величезний час і що ми та й уся країна тепер кардинально змінилися. У цьому стані зникає уявлення про минуле й майбутнє, приходить нав'язлива зацикленість на сьогоденні та бракує зв'язності думок, що ускладнює утримання уваги на завершених історіях. Рефлексувати «тут і зараз» дуже важко. Ще важче точно відтворювати спогади. Це виражається навіть у дрібницях, наприклад, до кінця неможливо додивитися фільми, дочитати книги, навіть дослухати пісні до кінця, а писати статті напевне важко!

По-друге, є перепади настрою, які часто описують для травматичних станів – наприклад, швидкі зміни настрою від маніакальної активності до гіперсомнії. Ще одним проявом є нав'язливе переглядання новин на телефоні, іноді безперервне. Це ще більше посилює розрив часу. Інформація «ковтається» грудками», без наративних зв'язків і тому часто із втратою часової послідовності.

Спостерігається також поляризація прив'язаностей. Виникає відчуття зближення, аж до злиття, з близькими та незнайомими людьми, з якими ти розділяєш ситуацію. З іншого боку, відбувається дистанціювання від інших, навіть дуже близьких людей. Ця динаміка прив'язаності може змінити аналітичну позицію, навіть до повної її втрати. Дійсно, взаємна регресія аналітика й пацієнта, повна недоречність інтерпретацій, робота в метафорі «разом в одному човні» та безпосередня загроза виживанню та звичайному способу життя створюють ситуацію, коли сама можливість підтримувати терапію стає головним змістом терапії. Це може стати досвідом спільного проходження травми та повернення до аналітичних стосунків на більш глибокому рівні або досвідом їх завершення чи навіть обриву.

Усі ці аспекти створюють досвід існування в межовій, «сірій» зоні, лімінальному просторі, що породжує безліч переживань, від глибокого жаху до надихаючої пристрасті, що спирається на почутті справедливості боротьби. Приблизно через три-чотири тижні, здавалося, що я, як і більшість людей навколо мене, поступово виходжу із цього «травматичного стану свідомості». Можливо, деякі люди залишаються в цьому травматичному стані набагато довше, так що він повільно набуває ознак посттравматичного стресового розладу. Я хотів би більше зрозуміти цю критичну точку, цю біфуркацію, коли одні люди повертаються до активної діяльності та відшукують певні сенси існування, а деякі залишаються фактично в травматичному стані. Як сказав шекспірівський Гамлет,

'The time is out of joint – O cursèd spite,
That ever I was born to set it right!'
Звихнувся час, і гірше всього,
Що я повинен вправити його (переклад О. Грязнова).
Цей час – як вивих. Та чи хтось закляв
Мене, щоб я назад вправляв! (переклад Ю. Андруховича)

Мета статті – показати зв'язок між виринанням і розвитком національної ідентичності й народженням символічних образів у процесі переживання колективних травм.

Історія і геноцид. Звертаючись тепер до історичного контексту, Російську Федерацію та Україну пов'язує тривалий історичний період існування в одній державі, спочатку в Російської імперії, потім у СРСР, який також швидко набув якостей імперії. Попри багато важливих відмінностей спільний радянський досвід нас об'єднує. Але за останні тридцять років наші шляхи розійшлися назавжди, як здебільшого переконані українці.

З одного боку, саме в імперський період Україна, як і багато сучасних держав, що вийшли з імперій, утвердилася у своїх сучасних кордонах. Але, з іншого боку, у період з 1914 по 1945 рік в Україні внаслідок насильницької смерті загинув кожен другий чоловік і кожна четверта жінка. За іншими, більш скромними підрахунками, демографічні втрати на українських землях у 1914–1945 роки становили майже 15 мільйонів осіб (Грицак, 2022). Порівняння тривалості життя в Україні та в «старій Європі» показує, що жителі України жили в середньому на 6–12 років менше. Однак у 1932–33 і 1942–43 роках ця різниця досягла катастрофічного розриву в 30–40 років. Повоєнні 1942–43 роки не дивують, але 1932–33 роки, хоча й були мирними, але були роками Голодомору. За порівняно короткий проміжок часу (1932–1947 рр.) на українських землях відбулося кілька геноцидів. Згідно з визначенням автора терміна Рафаеля Лемкіна, який в 1953 р. виголосив доповідь «Радянський геноцид в Україні» перед 3-тисячною аудиторію, що зібралася в Мангеттен-центрі (Нью-Йорк) у 20-ту річницю Голодомору 1932–33 рр., «це не просто масове вбивство. Це – геноцид, винищення не лише окремих осіб, але й культури й нації» (Lemkin, 1953).

Геноцид складається з актів масового насильства, які загрожують існуванню цілих груп, або шляхом фізичного знищення, або через створення умов, за яких вони не могли б відтворюватися як група з власною культурою

та ідентичністю (Лемкін, 1947). Серед актів геноциду такі:

1. Ліквідація «куркулів» як класу в 1930–31 рр. (через колективізацію).
2. Голодомор 1932–33 років.
3. Так звані польська та грецька операції НКВД.
4. Голокост євреїв.
5. Ліквідація ромів.
6. Масове знищення нацистами радянських військовополонених у 1941–44 роках.
7. Знищення польського населення українськими партизанами (Волинська трагедія), а також винищення українців польським підпіллям.
8. Три масові депортації: кримських татар, поляків із території України та українців із території Польщі.
9. Сталінський терор 1937–38 років.
10. Радянські депортації із заходу України 1939–41 років.
11. Терор радянської влади проти антикомуністичного підпілля на заході країни в 1944–1950 рр.

Територію між Берліном і Москвою Тімоті Снайдер називає «кривавими землями» (Snyder, 2010), а Україна опинилася в самому їх центрі. Щоправда, люди із цих країн теж мають свої довгі списки масових жертв, але ми все ще вважаємо випадок України унікальним. А ще до списку треба додати Чорнобильську катастрофу та війну, яка триває.

Хоча українці активно сприяли розбудові Російської імперії, з огляду на ціну людських життів стає зрозуміло, чому переважна більшість українців не бажають імперського майбутнього. За останні 30 років українське суспільство набуло досвіду вільних виборів, демократії та основних свобод, що призвело до радикальних змін у сфері етики. Відкрите суспільство дало змогу українцям побачити себе та свою історію так, як їх сприймає світ, особливо їхні найближчі сусіди на Заході. Це яскраво проявилося у відносинах із Польщею, де взаємні звинувачення в минулих конфліктах поступово поступаються місцем примиренню через болючий процес прийняття відповідальності та прощення. Результат цього процесу ми бачимо, коли Польща без жодних вагань підтримала Україну в її біді через російське вторгнення. Ми також щиро вдячні всім країнам Європи та світу, які об'єдналися, щоб нас підтримати. Без цієї підтримки Україна, як незалежна держава, була б приречена.

Розпад СРСР дав змогу зіткнутися зі страшною реальністю минулого. Але якщо в Україні цей процес триває, то в Росії ми спостерігаємо зворотний процес «масової амнезії», останнім проявом якої є заборона у 2022 році товариства «Меморіал», яке наполягало на необхідності покаяння в історичних злочинах.

Ідеологія, етика та символотворення. У 2008 році російський уряд зробив кардинальний поворот у своїй політиці, хоча системна мілітаризація суспільства й економіки відбувалася набагато раніше. Російська імперія, а потім радянська, завжди була глибоко заідеологізованою державою. Традиційно ключові ідеологічні «скрепи» розроблялися вузькою групою людей. Після розпаду СРСР у Росії на деякий час запанував прагматичний підхід, але ненадовго, оскільки старі звички важко відмирають. Щоправда, нові ідеологічні моделі були набагато скромнішими порівняно з «марксизмом-ленінізмом». Наприклад, конспірологічна модель Олександра Дугіна з патетичним описом вічного протистояння між віслюкоголовим богом пустелі Сетом (атлантичний англосаксонський Захід) і новонародженим богом Осирісом (Євразійський Схід) – дуже популярна ідеологічна модель серед оточення Путіна і, можливо, для самого Путіна.

Але серед путінської верхівки є й інші, більш серйозні гравці. Ми бачимо Тимофія Сергєйцева як одну зі знакових непублічних особистостей. Саме його стаття, опублікована напередодні вторгнення в Україну, закликала до «денацифікації» України, винищення інакомислення та розпаду України як суверенної держави.

Сергєйцев є безпосереднім учнем Георгія Щедровицького, який у 60-х роках побудував певну теорію, ігротехніку та рух, названий Методологією. Своїми семінарами та «великими іграми» часів Перебудови методологи творили справжні дива, пробуджуючи людей на великих радянських підприємствах від сплячки та змушуючи їх шукати сенси. Усе здавалося дуже ефективним. Це породило «психотехнологію» як набір послідовних психологічних дій із повним ігноруванням етичного виміру. Це був справді віртуозний трюк, за допомогою якого значення і смисли були повністю ізольовані від етики. Вони здобували ефективність без етичного виміру, без жодних внутрішніх вагань. Можна уявити, чому радянської етики як такої не існувало. Через радянське виховання етика підміняється мораллю, що ґрунтується на зовнішньому контролі й хитросплетіннях, прогресивній системі покарань. На індивідуальному рівні захопленість архетипом Героя призводила до того, що Его, як у коконі, замикалося в комплексі Персони, без жодного шансу на цілісну інтеграцію особистості. Одержимість архетипом Героя – Его без обмежень веде лише до інфляції і до тіньової динаміки, коли сутність Его, а саме нескореність, радикально змінює полюс на цілковиту покірність, що ми зазвичай спостерігаємо в наших північних сусідів.

Крім Щедровицького, «Методологія» мала ще одного батька – математика та психолога Володимира Лефевра, який наполягав на важливості етики та рефлексивної суб'єктивності, що призвело до глибокого конфлікту між батьками-засновниками. Пізніше Лефевр розробив бінарну модель етичних систем (Lefebvre, 2001):

Етична система 1 (зрілі демократії). Дотримується принципу, що «компроміс між добром і злом є злом» (тобто хороший результат не виправдовує погані засоби його досягнення). Однак і тут криється парадокс – у цій системі «хороший» індивід насамперед шукає компромісу з іншим індивідом (один мусить переконати іншого не діяти).

Етична система 2 (СРСР, сучасна РФ, інші тоталітарні режими). Виходить із принципу «компроміс між добром і злом є добром» (тобто хороший результат виправдовує погані засоби його досягнення). Проте є ще один парадокс – у цій системі «хороша» особистість насамперед прагне протистояння з іншою особистістю або її елімінації (не треба переконувати, треба діяти).

В етичній системі 1: поганий засіб НЕ ТРЕБА використовувати для досягнення доброї мети. В етичній системі 2: поганий засіб МОЖНА використовувати для досягнення доброї мети.

Яка етична система домінує в країні, можна дізнатися за дуже простою ознакою: якщо моральне виховання ґрунтується на забороні поганого (не вбивай, не бреши), то країна належить до першої системи, а якщо основа – декларування добра (будь чесним, будь сміливим), ми маємо справу з другою.

У бінарній моделі Лефевра зло, яке усвідомлює, що воно є злом, стає добром. У цій етичній системі Папа Римський міг вибачитися перед усіма історично ображеними католицизмом, його рейтинг разом із цим лише зростав. Але СРСР і Російська Федерація не могли дозволити собі вибачатися за власне «радянсько-імперське» зло, виплачувати компенсації жертвам чи говорити про свою історичну провину. Для другої етичної системи це самогубство! Досить було обережно визнати хибність деяких дій Сталіна – і навіть це багато хто вважав катастрофою. Наостанок, виявилося, що зло, яке чинили комуністи, не було вже і злом (а зло Сталіна – у тому, що він діяв проти комуністів).

Авторитарний режим, маючи величезні медійні можливості, користується тим, що інформація злагоджено надходить з одного центру. Бюджет державних ЗМІ РФ

у 2020 році офіційно становив 1,3 млрд євро. Для порівняння – в Україні 24,5 млн євро. Унікальність нинішньої ситуації полягає в тому, що влада у РФ повністю втратила ті механізми балансування, які були в СРСР, коли партійна влада балансувалася КДБ і армією. Зараз ідеологія РФ має лише одне походження – Федеральна служба безпеки. Їхній спосіб самореалізації дуже подібний до структури середньовічних орденів, що також визначає вибір другої етичної системи, за Лефевром (Lefebvre, 2001).

Віра Агеєва в монографії «За лаштунками імперії» (Агеєва, 2021) аналізує «Апостоли» Віктора Домонтовича (Домонтович, 2023): «І Юда, й Хома не вірять у народ, який сьогодні кричить «осанна!», а завтра однодушно вимагатиме розіп'ясти. Тільки перший якраз бачить себе лялькарем, здатним упоратися із сув'яззю ниточок, за допомогою яких маніпулюють і акторами на сцені, і натовпами на вулицях. «Ідеаліст», «не практична людина», як характеризує він Ісуса, – для Юди рівнозначно неповноцінності». Щоб не потрапити в тенета зла, його треба вміти розпізнати, а для цього потрібен діалог, дискусія, що є можливим лише за другою етичною системою.

Схоже на те, що після здобуття Україною незалежності ці дві етичні системи співіснували паралельно. Радянська еліта замаскувалася під нову олігархічну владу без глибокої внутрішньої трансформації. Відповідно до принципу «Бабло перемагає зло» етична система 2 набула однієї зі своїх найогидніших форм – олігархічного капіталізму, де не потрібно було навіть вдавати, що прагнеш добра. Корупція стала ключовим механізмом регулювання суспільства. Мій племінник із Донбасу казав: «І що шо вкрав, зато який стадіон построил!».

Громадянське суспільство в Україні розвивалося іншим шляхом. За останні 30 років ми пережили щонайменше чотири масштабні громадські протести, які завершилися перемогою та зміною влади. Останній – Майдан, Революція Гідності 2013–14 років, яка остаточно утвердила орієнтир на нову антикорупційну етику, що добробуту не можна досягати негідними методами.

Лефевр заявляє про глибоку прірву розуміння між людьми, які представляють різні етичні системи. Мовою психоаналізу це можна описати як збочену, перевернуту етику. З огляду на те, що психоаналіз панує переважно в демократичних країнах, логіка другої етичної системи видається нам збоченою. Схоже, що процес формування символів у межах другої етики також спрощений, буквалізований. Лише вузька група еліт має монополію на формування колективних символів через психотехнологічні проєкти.

Приклад. У звільненому від російської окупації селі на Харківщині наші бійці ЗСУ роздавали харчі. До них вийшла стара жінка із червоним прапором. Справа в тому, що вона помилилася. Вона прийняла наших бійців за росіян і підійшла до них із червоним прапором. Наші хлопці поставилися трохи іронічно, але з розумінням, але жінка з досади відмовилася від продуктів. Відео в українських ЗМІ вийшло дещо жартівливим. Російська пропаганда відреагувала дуже швидко. Ця бабуся з прапором заполонила весь російський медійний простір. Вона ліплена, вирізана з дерева, відлита в металі. Десь вже з'явився пост № 1 у класичному радянському стилі.

Практично у всіх регіонах Росії виділено кошти на популяризацію нового символу «бабушки с флагом». Але реальна жінка вижила і потім відбулося кілька інтерв'ю з нею та її чоловіком. Виявляється, вона не така вже і проросійська, вона опинилася в лікарні в Харкові, коли її будинок був зруйнований після обстрілу російською артилерією. Вона сильно ображається на росіян, хоча й ностальгує за СРСР. Можете бути впевнені, що в Росії ці інтерв'ю не покажуть. Загалом однією з інтерпретацій цього образу «бабушки» може бути «стара імперія в останньому самовбивчому пориві».

Ще одне зображення, популярне в соціальних мережах. На відміну від росіян, цей імідж ніхто штучно не розкручував. Це так звана бородянська шафка, яка стала символом українського опору. На восьмому поверсі оголеної вибухом стіни ми бачимо керамічного півника на кухонній шафці. Коли українець дивиться на нього, то уявляє дбайливого господаря, який так надійно привісив шафку, що вона вистояла, навіть коли в будинок влучила ракета. І навіть фігурка півника залишилася на місці. Півник дуже специфічний, місцевого виробництва. Автентичність цього образу неможливо знецінити. Вона позбавлена фальшивої фалічності, навпаки, породжує співчуття, смуток і світлу надію.

Однією зі складових історичної спадщини українців є наша стійка нездатність існувати у вертикальній владній ієрархії. Самостне прагнення до психічного виживання за лаштунками імперії змушувало українців зосереджуватися на реальних стосунках у горизонтальному вимірі. Не випадково найкращі взірці української прози і драматургії тих часів зосереджені на індивідуальних, сімейних темах. Ще від козацької держави походить уявлення про Україну як про окрему політичну спільноту, де панує спрощена, але надзвичайно демократична традиція. Наприклад, сучасна українська військова частина функціонує значною мірою горизонтально. Коли я служив у Збройних силах України у 2015 році, гості, які приходили до нашого батальйону, казали, що в нас атмосфера, як у добровольчому батальйоні. Ми сприймали це за найкращу оцінку. Це означало, що ти мав свою цінність не через те, що мав звання чи зв'язки, а лише завдяки своїй активності, своїм якостям, які по-справжньому можуть оцінити тільки твої побратими.

Російська армія влаштована зовсім по-іншому. Бучанська трагедія, можливо, набула таких гігантських масштабів, зокрема, й тому, що українські снайпери знищили велику кількість російських офіцерів. Без офіцерів російська армія взагалі перетворюється на натовп убивць, ґвалтівників і мародерів. Крім того, рівень жорстокості визначали і співробітники ФСБ, які дуже швидко почали «працювати» з місцевими. Російська структура абсолютно вертикальна, усе залежить від командира – виплати, оцінювання, виконання наказів. А старший офіцер, зі свого боку, перебуває під пильним контролем ФСБ.

Символи та національна ідентичність. Символ – живе утворення, яке поєднує індивідуальне й колективне і глибоко відгукується в душі. Його неможливо створити за допомогою психотехнологій, результатом був би лише симулякр, у термінології Бодрійяра те, що прикидається символом, але ніколи ним не стає (Baudrillard, 1994). Інформація «поглинає» власний зміст, тому що замість мотивації до комунікації вона займається її розігруванням, а замість виробництва смислів – їх інсценуванням (Knox, 2009). ЗМІ зазвичай цим живляться, але навряд чи цей продукт може стати основою ідентичності.

Симулятивні символічні утворення також не можуть забезпечити підтримку тим, хто переживає колективну травму, і не можуть захистити майбутнє покоління від психологічної травми травмованими так само дорослими (Kalsched, 2014; Kalsched, 2017). Наступним «клієнтом» авторитарних режимів може стати піддане насильству молоде покоління. Непереробленa травма покоління надає поштовх для «груп основних припущень» (Bion, 1950), у категоріях Вільфреда Біона: залежності, пошуку лідерамесії та пошуку ворога, у режимі боротьби / втечі. Усе це створює ідеальне живильне середовище для авторитарних режимів. Вони й далі продовжують традицію симуляції символічного процесу. Замкнене коло!

Для України її революції сучасності були послідовними спробами вирватися із цього проклятого кола. Спочатку студентський Майдан, потім протести «Україна проти Кучми», Помаранчевий Майдан 2004 року і, наре-

шті, Революція Гідності 2014 року. Завдяки зв'язку між поколіннями, з одного боку, дисидентами – тими небагатьма людьми, яким вдалося пережити травматичний досвід, з іншого боку – менш травмованого, молодого пострадянського покоління, наші революції були успішними. Громадські протести, як ніщо інше, відкривають спонтанні, автентичні порухи нації. Незмінна успішність громадянських протестів давала час колективним автентичним образам національної ідентичності виринути із забуття. У такий природний спосіб виплавлялася нова українська ідентичність.

У постюнгіанському світі набуло популярності поняття культурного комплексу як феномену, який властивий колективному несвідомому. Спираючись на спадок К. Г. Юнга (Jung, 1946) і Дж. Хендерсона, Томас Зінгер визначає основні риси культурного комплексу, що майже повністю збігаються з характеристиками комплексу, на індивідуальному рівні:

1. І культурні, й особисті комплекси виражаються потужними настроями та поведінкою, що повторюється. Високо заряджена емоційна чи афективна реактивність є їхньою візитівкою.

2. Вони пручаються найгероїчнішим спробам виведення їх у свідомість і здебільшого залишаються неусвідомленими.

3. Вони акумулюють досвід, який підтверджує їх погляди, і створюють масив спадкових спогадів, що самоутверджуються.

4. Особисті та культурні комплекси функціонують у ненавмисній і автономній манері та прагнуть утвердження примітивної думки, яка замінює повсякденну двозначність і невизначеність фіксованим і самовдоволеним ставленням до світу.

5. На додачу, індивідуальний і культурний комплекси мають архетипні ядра. І перший, і другий виражають типові людські позиції і вкорінені в примітивних ідеях про те, що є значущим. Це робить віддзеркалення, розпізнавання й опір їм дуже складним завданням (Singer & Kimbles, 2004; Singer, 2020).

Спостерігаючи за грандіозними процесами, які відбуваються з Україною, виникає питання: як саме створюється ядро нації, її ідентичність, через культурний комплекс, що формується, зокрема, під впливом колективних травм, чи завдяки паросткам автентичності національної культури? Як національна ідентичність, що проявляється через глибинні національні символи, насамперед у художній формі, пов'язана з культурними комплексами, які проявляються здебільшого через неусвідомлені моделі поведінки? Можливо, у націй із більш-менш добрим балансом національної ідентичності починає домінувати увага й усвідомлення культурних комплексів. Але для націй у процесі утвердження своєї ідентичності тіньові прояви культурних комплексів не є настільки енергетично насиченими. Нації є досить уявним утворенням порівняно з культурними комплексами, які проявляються переважно через специфічні несвідомі моделі поведінки. Національна ідентичність торкається самого ядра нації, і в процесі самоусвідомлення створюється потужна доцентрова сила. У юнгіанській «мапі душі» архетип самості несе в собі енергію цілісності й інтеграції, на відміну від усіх інших архетипів, у яких переважає тенденція до автономності й розщеплення. Так само на колективному рівні національна ідентичність насичена енергію інтеграції, на відміну від дезінтегративного потенціалу культурних комплексів. Спробуємо подумати про цей процес у категоріях Майкла Фордгема (Fordham, 2018). На піку самоусвідомлення відбувається процес реінтеграції, який орієнтований на центр, на свідоме уявлення та несвідоме переживання приналежності до нації. У цей період розвитку національної ідентичності маргінальні несвідомі процеси пов'язані з культурними комплексами тимчасово відступають. Хоча згодом, згідно з теорією Фордгема, треба очікувати зрушення у зворотному напрямі, а саме – деінтеграції, на наступному оберті розвитку національної тожсамості. Сподіваюся, що це станеться вже після нашої перемоги і ми із цим впораємося.

Енергія зосереджена на ядерних питаннях виживання нації, що на рівні індивідуальної психіки відповідає первинному аспекту самості, а саме «самості виживання» в термінології Леопольда Стайна (Stein, 1967). Через колективний досвід війни особиста та колективна травми єднаються через створення символів. Масовий індивідуальний травматичний досвід освячується пам'яттю про колективну травму поколінь.

Висновки. Отже, національна ідентичність розвивається насамперед унікальним шляхом переживання й інтеграції колективного травматичного досвіду. На нашу думку, саме автентичність символічних образів визначає цей шлях (на відміну від фальшивих побудов, що ведуть до розвитку фальшивого селф за Winnicott, 2018). У досвіді колективної травми індивідуальність систематично зникає, універсалізується. Лише через автентичність переживання колективної травми цей досвід, навпаки, індивідуалізується. Через символотворення переживання стає особистим досвідом, і виривається з обіймів колективної травми.

Нації створюються через спільну ідентифікацію із символічними образами, характерною природою, мовою, національним мистецтвом, піснями, святами та пантеоном національних героїв. Україна в постмодерні часи переживає той етап, який пережила більшість європейських країн часи модерну. З одного боку, ми можемо спиратися на попередній досвід «щасливих націй», з іншого – сучасність і наша власна історія несуть абсолютно нові виклики. Так чи інакше, в Україні відбувається справжній вибух творчості та мистецтва національного самоусвідомлення. Історії нашої індивідуальної ідентичності стають сучасною історією України, що досліджуються засобами сучасної аналітичної психології, як приклад – 10 конференція Української групи розвитку Міжнародної асоціації аналітичної психології (IAAP) «Бути вдома в собі та світі» у 2022 році (Hill, 1996).

Символотворення оновлює самоусвідомлення через творчість. Україна, на жаль, мала і протилежний досвід, наприклад, Голодомор 1932–1933 років, один із найтяжчих злочинів в історії людства, був законсервований у колективному несвідомому, залишившись майже необробленим на символічному рівні. Про це в СРСР було суворо заборонено писати чи говорити публічно, про це було обмаль художніх творів. Цей процес був, нарешті, відновлений лише після Помаранчевої революції 2004 року.

Можна припустити, що національна ідентичність є акумульованим, інтегрованим проявом індивідуальних самостей на колективному рівні, що живиться архетипними енергіями колективного несвідомого. Стає очевидним, що для успішного функціонування демократії потрібна зріла національна ідентичність. Але це неможливо створити штучно. Це зустрічний процес, у якому виринання символічних образів колективного несвідомого нації обробляється символотворчими зусиллями вільного покоління, що надихає дедалі більшу кількість «небайдужих» громадян узяти на себе відповідальність за майбутнє власної країни.

Список літератури:

Агеєва, В. (2021). *За лаштунками імперії.* Есеї про українськоросійські культурні відносини. Київ: Віхола.

Грицак, Я. (2022). *Подолати минуле. Глобальна історія України*. Портал, Київ.

Домонтович, В. (2023). *Без ґрунту. Оповідання*. Віхола, Київ.

Bion, W. R. (1950). Experiences in groups: V. *Human Relations*, *3*(1), 3–14.
Baudrillard, J. (1994). *Simulacra and simulation*. University of Michigan press.
Fordham, M. (2018). *Explorations into the Self*. Routledge.
Hill, J. (1996). At home in the world. *Journal of Analytical Psychology*, *41*(4), 575–598.
Jung, C. G. (1946). The psychology of the transference, *CW*, 16: 163–323.
Kalsched, D. (2014). *The inner world of trauma: Archetypal defences of the personal spirit*. Routledge.
Kalsched, D. E. (2017). Trauma, innocence and the core complex of dissociation. *Journal of analytical Psychology*, *62*(4), 474–500.
Knox, J. (2009). Mirror neurons and embodied simulation in the development of archetypes and self agency. *Journal of Analytical Psychology*, *54*(3), 307–323.
Lefebvre, V. A. (2001). *Algebra of conscience* (Vol. 2). Springer Science & Business Media.
Lemkin, R. (1947). Genocide as a crime under international law. *American Journal of International Law*, *41*(1), 145–151.
Singer, T., & Kimbles, S. L. (2004). The cultural complex. *Contemporary Jungian*.
Singer, T. (2020). *Vision, reality and complex: Jung, politics and culture*. Routledge.
Snyder's, T. (2010) *Bloodlands*.
Stein, L. (1967). Introducing Not Self 1. *Journal of analytical psychology*, *12*(2), 97–114.
Winnicott, D. W. (2018). Ego distortion in terms of true and false self. In *The person who is me* (pp. 7–22). Routledge.
Zaleskyi D. (2022). La guerre des symbols. *Cahiers Jungiens De Psychanalyse*, Numero 156, Automne-Hiver, 41–52. http://difpop:.com.

Анотація. Стаття базується на онлайн-доповіді на Всесвітньому конгресі Міжнародної асоціації аналітичної психології в м. Буенос-Айрес (Аргентина) у 2022 році, також версія статті була надрукована в Cahiers Jungiens De Psychanalyse, Numero 156, Automne-Hiver, 41–52.

Автор, український юнгіанський аналітик, представляє нам свій погляд на психологічні наслідки війни між Росією та Україною, базуючись на власному досвіді, на аналізі аналітичних стосунків, а також на екстраполяції цього матеріалу на колективний рівень. Він зосереджується на переживанні викривленого сприйняття часу, мінливості та поляризації прив'язаностей і, нарешті, на ефектах сплутаності в «сірій зоні» травматичних станів. Як «працюють» через нас символи, як існує символічний простір? Яким чином ми переробляємо сирий, травматичний матеріал, який ми трансформуємо тривожну реальність довколишнього світу у власну оповідь світу внутрішнього? Автор також досліджує складні й бурхливі історичні стосунки між Україною та Росією, повертаючись до імперського періоду. Він вказує на неосяжність колективних катастроф із мільйонними жертвами, які сталися у 20-му столітті, з вторинною політикою амнезії, яка завадила переживанню колективних травм у більш пізній період. І, нарешті, зосереджується на розвитку національної свідомості українського народу через пошук автентичних символів як можливість поставити під сумнів використання та зловживання символами на колективному рівні, свідомо обираючи демократичну етичну систему та конституювання почуттів національної ідентичності.

Ключові слова: ідентичність, колективна травма, самість, автентичність, символізація, деінтеграція, реінтеграція.

Abstract. The article is based on the Line report on the World Congress of the International Association of Analytical Psychology in Buenos Aires (Argentina) in 2022, also, the version of the article was printed in Cahiers Jungiens De Psychanalyse, Numero 156, Automne-Hiver, 41–52.

The author, the Ukrainian Jungian analyst, presents us with his view on the psychological consequences of the war between Russia and Ukraine based on our own experience, on the analysis of analytical relations, as well as the extrapolation of this material to the collective level. It focuses on the experience of distorted perception of time, variability and polarization of attachment and, finally, on the effects of confusion in the «grey zone» of traumatic conditions. How are symbols «working» through us, how is there a symbolic space? How do we process raw, traumatic material that we transform the alarming reality of the surrounding world into our own story of the internal world? The author also explores complex and turbulent historical relations between Ukraine and Russia, returning to the imperial period. It points to the vastness of collective catastrophes with millions of victims that occurred in the 20th century, with the secondary policy of amnesia, which prevented the experience of collective injuries in a later period. Finally, he focuses on the development of the national consciousness of the Ukrainian people through the search for authentic symbols, as an opportunity to call into question the use and abuse of symbols at the collective level, consciously choosing a democratic ethical system and the constitution of feelings of national identity.

Key words: identity, collective trauma, self, authenticity, symbolization, deintegration, reintegration.

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-6

ПСИХОДИНАМІЧНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ

Гелена Лазос, кандидат психологічних наук, доцент, психоаналітик ЄКПП
Зігмунд Фройд Університет Україна,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

PSYCHODYNAMIC VIEW ON THE ISSUE OF RESILIENCE

Gelena Lazos, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, ECPP psychoanalytic practitioner
Ukraine Sigmund Freud University,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0000-0002-8935-2664
gelena.lazos3@gmail.com

Вступ. Загальний інтерес до резільєнтності та, як наслідок, кількість досліджень цього явища збільшуються пропорційно до інтенсивності виникнення катастроф у світі (Bosher, 2013; Bryce, 2020; Masten, 2022). Так, проблема резільєнтності (соціуму, спільноти, особистості) в українській науці і практиці особливо актуалізувалася з початком російської агресії в 2014 році. І, хоча світова наукова спільнота вивчала її, починаючи із середини минулого століття, у фокусі інтересів вітчизняних дослідників вона опинилася саме після початку воєнних дій в Україні.

Катастрофи різняться за походженням (природні – стихійні лиха, антропогенні – війни, техногенні катастрофи), однак всі вони тією чи іншою мірою загрожують живим системам. Будь-які катастрофи, а особливо війна, мають багатосистемний характер і на всіх рівнях вимагають мобілізації та координації декількох адаптивних систем, щоб забезпечити адекватну реакцію захисту (Masten, 2022; Bryce, 2013). А отже, інтеграція наукових підходів до резільєнтності між рівнями, дисциплінами й підходами має вирішальне значення для подолання багатосистемних викликів.

Традиційно резільєнтність як явище, властивість людської психіки, досліджували в гуманістичних та когнітивно-поведінкових підходах психотерапії. Наприклад, позитивна психологія визначає *резільєнтність* як ключову складову благополуччя (Seligman & Csziksentmihaly, 2000). На основі саме цієї концепції було створено та впроваджено тренінг резільєнтності для військових у США. Ефективні програми підвищення резільєнтності, що акцентують увагу на ресурсах особистості, навичках когнітивної та емоційної лабільності та балансу різних аспектів життя тощо, створені в межах когнітивно-поведінкового підходу (Southwick & Charney, 2016; Романчук, 2023).

Глибинні джерела формування резільєнтності особистості доречно розглядати через призму психодинамічної парадигми та теорії прив'язаності. Вважаю цей підхід найбільш обґрунтованим для формування ширшого поля усвідомлення цього феномену та побудови ефективних психотехнологічних шляхів розвитку резільєнтності наших клієнтів.

Отже, феномен резільєнтності є одним з основних ресурсів і потенцій, які закладені у психіку людини та забезпечують їй стійкість у подоланні стресів. Резільєнтність залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Саморефлексія, позитивні стосунки та свобода волі є вирішальними для виживання в часи катастроф, стресів і негараздів. І це саме та перспектива, до якої прагнуть і клієнт, і психоаналітик в своїй роботі. Вказані важливі аспекти резільєнтності відображено в класичних працях психоаналітиків (постфрейдистів), які підкреслювали такі властивості «Я», як функціональність, здатність до розвитку, пов'язаність у взаємодії із соціальним середовищем (наприклад, Erickson, 1963; Fromm, 1968; Salivan) тощо.

Останнім часом з'являється все більше досліджень, що поглиблюють розуміння формування ресурсу резільєнтності, які пов'язані із характером якості ранніх дитячо-батьківських стосунків і типом / стилем прив'язаності (Kennison, Spooner, 2023; Maunder, Hunter, 2001; Miculincer, Shaver, 2016; Allen et al., 2008). Аналізуючи їхні результати, можна узагальнено визначити, що залежно від точки зору авторів прив'язаність розглядається або як відносно споріднене до резільєнтності поняття, або як чинник формування резільєнтності.

Варто зазначити також, що клієнти / пацієнти звертаються до психотерапевта тоді, коли їхні психологічні захисти не справляються, а стратегії резільєнтності зазнають поразки. Доведено, що терапевтичні стосунки мають нейрохімічні й реляційні властивості, які відображають надійний зв'язок матері та дитини. Вони сприяють менталізації, підвищенню самооцінки та відчуття свободи волі, щеплюють від стресу, у такий спосіб формуючи основу для витривалої та більш гнучкої резільєнтності. Саме ці властивості є вагомим складником процесу психодинамічної психотерапії, а також маркером її ефективності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Резільєнтність як явище почали вивчати у психологічній і суміжних науках приблизно п'ять десятиріч тому. Зусилля науковців були спрямовані на пояснення, лікування та запобігання розвитку психопатології в дітей та молоді (Luthar et al., 2015, Masten et al., 2021). Дослідження наслідків катастроф, спричинених як природними, так і антропогенними впливами, відіграють важливу роль у сучасній еволюції розвитку науки про резільєнтність.

Еволюцію поглядів на проблеми резільєнтності прийнято розглядати через чотири хвилі її досліджень, під час яких змінювалися фокус і методологія, поглиблювалося вивчення тих чи інших факторів і предикторів резільєнтності (Masten, 2014; Nemeth, Olivier, 2018; Bolton, 2013; Лазос, 2018). Більшість досліджень першої хвилі були зосереджені на пошуку й описі тих внутрішніх і зовнішніх резільєнтних якостей особистості, які допомагають їй впоратися та пережити складні життєві ситуації. Друга хвиля характеризується зміщенням фокуса до дослідження процесів у сім'ях і в суспільстві загалом, які сприяють або послаблюють рівень резільєнтності (Rutter, 1985; Hjemdal & Friborg, 2006; Masten, 2014). Третя хвиля досліджень зосереджувалася на розширенні уявлень про резільєнтність як динамічний процес, який допомагає людям у віднайденні та підтримці власної траєкторії розвитку до позитивної адаптації і відновлення (Richardson, 2002). На цьому етапі актуалізувалися так звані трансляційні дослідження, які трансформували отримані знання фундаментальної науки в безпосередні практичні програми та психотерапевтичні технології (Rutter, 1990; Chicetti, 2010). Четверта

хвиля досліджень – це передовий етап у дослідженнях резільєнтності, що характеризується ще більшим міждисциплінарним взаємопроникненням і взаємозв'язком (генетика, епігенетика, теорія еволюції, нейронауки, психологія, психотерапія, психіатрія тощо). Учені все частіше констатують той факт, що біохіміко-фізіологічні, нейробіологічні та психосоціальні фактори опосередковують і визначають реакцію особистості на стрес, включаючи її здатність долати стресову ситуацію та відновлюватись, тобто бути резільєнтною (Feldman, 2015, 2020; Masten, 2014, 2021; Wilson et al., 2014; Tronick, 2007).

Протягом останніх декількох десятиліть науковці продовжують вивчати та формулювати теоретичну, емпірично доказову базу концепції резільєнтності (Masten, 2014; Connor & Davidson, 2003; Richardson, 2002; Southwick et al., 2014, 2016). Уже напрацьовано велику емпіричну базу дослідження цього феномену, створено теоретико-методичні моделі з детальним описом їх практичного застосування (Richardson, 2002; Masten, 2014; Bolton, 2013; Southhwick & Charney, 2016; Кокун & Мельничук, 2023, та ін.). Водночас, як зазначає G. Bonnano, спроби науковців передбачити резільєнтність особистості стикаються з «парадоксом резільєнтності», адже результати вимірів резільєнтності особистості занадто скромні, а це унеможливлює точне визначення, хто стійко відреагує на потенційну травму, а хто – ні. Науковець вважає, що поведінкова адаптація до травматичного стресу є постійним процесом і вимагає гнучкої саморегуляції на всіх рівнях функціонування (Bonnano, 2021). M. Rutter наполягає на тому, що резільєнтність не можна розглядати як вроджену властивість, вона є процесом, який детермінується складною соціальною системою в певний момент часу, що дає перспективу психотерапевтичній практиці (Rutter, 1990). N. Garmezy після довготривалих досліджень дійшов висновку, що набуття резільєнтності можливе завдяки трьом складникам досвіду (особистісні диспозиції): (1) особистісним диспозиціям дитини; (2) сприятливому сімейному середовищу; (3) зовнішній системі підтримки, яка заохочує та зміцнює зусилля дитини долати труднощі та прищеплює позитивні цінності (Garmezy, 1985).

Останнім часом з'являється дедалі більше досліджень ранніх етапів розвитку дитини, адже найважливіші психічні механізми закладаються саме в ранньому віці та відіграють значущу роль у функціонуванні дорослої людини. Переважно ці дослідження відбуваються в межах теорії прив'язаності та теорії об'єктних стосунків (Bowlby, 1971, 1980; M. Rutter, 1985; Kennison & Spooner, 2023; Maunder & Hunter, 2001; Miculincer & Shaver, 2016; Allen et al., 2008).

Дослідження резільєнтності вказують на те, що саме добрі, функціональні стосунки діють як захисні фактори, компенсуючи негативні наслідки несприятливого життєвого досвіду. Саме стосунки з батьками визначають як найвагоміший захисний фактор резільєнтності під час зростання дітей, вплив якого триває протягом усього життя (Brogden & Gregory, 2019; Kennison & Spooner, 2023; Hill et al., 2007).

Так, у своїх дослідженнях захисних факторів резільєнтності особистості M. Rutter виявив, що наявність добрих і надійних стосунків між батьками та дітьми знижувала ризик виникнення будь-яких психічних розладів у дітей навіть у випадку тривалого конфлікту між батьками (M. Rutter, 1985). А дослідження вибірки постраждалих від урагану Катріна (2005 рік, штат Луїзіана) показали, що люди, евакуйовані разом із близькими, навіть із домашніми тваринами, набагато легше та швидше адаптовувалися до нових умов тимчасового перебування у спеціальних таборах, а згодом подолали травмівні події і повернулися до нормального життя «без ушкоджень», ніж ті, кого евакуювали поодинці, без партнерів і людей із близького кола (Nemeth & Olivier, 2018). Коментуючи описані дані, варто згадати Дж. Боулбі, який у своїх класичних творах підкреслював, що під час і після катастрофи люди найбільш вразливі і просто бути поруч одне з одним надзвичайно важливо, адже самотність у такі життєві моменти викликає тривогу та загострює відчуття небезпеки (Bowlby, 1980).

Наразі науковий доробок поповнили нові результати досліджень про особливості прив'язаності в дорослому віці та їхній зв'язок з різними психологічними проявами та симптомами. Зокрема, R. G. Mounder та J. J. Hunter розглядають три можливі механізми впливу стилю прив'язаності на виникнення психосоматичних і психічних захворювань. Ненадійна прив'язаність, за їхніми даними, призводить до порушення процесу регуляції стресу, застосування зовнішніх регуляторів афекту та нехтування захисними видами поведінки (Mounder & Hunter, 2001). Науковці дослідили, що люди з небезпечними типами прив'язаності (уникання, тривожність) набагато частіше, ніж люди з її надійним типом, жалілися на незрозумілі з медичної точки зору симптоми. Так само масштабні лонгітюдні дослідження довели, що небезпечні стилі прив'язаності збільшують рівень сприйняття стресу та можуть впливати на інтенсивність і тривалість фізіологічної реакції на стрес (Shaver et al., 1988).

Власні дослідження рівня резільєнтності фахівців сфери ментального здоров'я, показали, що загалом існує зв'язок між рівнем резільєнтності фахівця та стилем його прив'язаності, а саме: чим вищими є показники ненадійної прив'язаності, тим нижчими є показники рівня резільєнтності. До основних тенденцій, які було визначено, можна зарахувати: (1) зв'язок показників резільєнтності з віком фахівців: чим фахівці старші за віком, тим нижчими є показники резільєнтності, а вищими – показники такого стилю прив'язаності, як занепокоєння в стосунках; (2) зворотний статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнем резільєнтності та кількістю годин власного досвіду, який має фахівець: чим менше годин власного досвіду, тим нижчий рівень його резільєнтності (Лазос, 2020).

Загалом, як свідчать численні результати сучасних досліджень, сформований тип / стиль надійної прив'язаності впливає на психологічну стійкість людини щодо психічної травми, психосоматичних і психічних симптомів. За визначенням відомого американського психолога Дж. Ардена, надійна прив'язаність, сформована в дитинстві, слугує найкращим «термостатом» для регулювання стресу і показником резільєнтності людини.

Отже, актуальність теми збереження та зміцнення ментального здоров'я людей і наших клієнтів безпосередньо, а також власна наукова та психотерапевтична позиції, які ґрунтуються на засадах психодинамічної парадигми, обумовили науковий інтерес до цієї теми в межах комплексного дослідження розвитку резільєнтності в часи воєнної агресії.

Метою теоретичного дослідження є аналіз і висвітлення важливих позицій, пов'язаних із глибинними детермінантами розвитку резільєнтності, що сприяє глибшому розумінню феномену резільєнтності та спрямовує психодинамічну практику в ефективне русло.

Виклад основного матеріалу. Загалом усі визначення резільєнтності вказують на здатність особистості відновлюватися після несприятливих подій у житті. Найпоширенішим і найуживанішим у психологічній науці є визначення резільєнтності, яке пропонує Американська психологічна асоціація (APA). Згідно з APA, резільєнтність визначають як процес позитивної адаптації в умовах різних негараздів, травм, трагедій або значного стресу (Neman, 2005). При цьому багато дослідників розуміють резільєнтність як певну характеристику особистості, що притаманна тій або іншій людині завдяки генетичним або набутим особливостям (наприклад, Davidson, Payne & Connor, 2005). Інші дослідники розглядають резільєнтність як динамічний процес, який змінюється (змінний

процес) (Cicchetti, 2010; Garmezy, 1985; S. S. Luthar et al., 2015; Rutter, 2012). У своїх попередніх статтях я достатньо детально проаналізувала різні підходи до поняття резільєнтності, наявні в науці концепції її визначення та категоризації, створені теоретичні моделі феномена резільєнтності (Лазос, 2018, 2020).

Отже, підсумовуючи наведене вище, можна зробити певний висновок – резільєнтність не може зводитися до певних характеристик особистості, її слід розглядати в поєднанні внутрішньопсихічних процесів із певним набором соціальних навичок, які формуються й розгортаються протягом деякого періоду часу, враховуючи всі атрибути і диспозиції особистості, сім'ї, суспільства і культурного середовища, а також важкості, тривалості та контексту травмівних подій. Щодо резільєнтних чинників, визначених різними дослідженнями, то узагальнено можна констатувати, що відчуття суб'єктності, рефлексивність, здатність розуміти та будувати ефективні стосунки, відчуття свободи волі та наявність соціальних умов, здатних надавати підтримку, є загальними підтвердженими чинниками в подоланні труднощів і негараздів, вони додають стійкості дитині, прищеплюючи позитивні цінності.

З огляду на мету цієї статті розглянемо детальніше феномен резільєнтності через психодинамічну призму його розуміння, а саме – теорію прив'язаності і важливих аспектів, пов'язаних із сучасним розумінням цієї теорії, у тому числі психобіологічних і нейропсихологічних. Зазначимо тут, що виклад матеріалу не претендує на побудову теоретичної моделі резільєнтності, а містить огляд і аналіз досліджень і роздумів щодо тих важливих аспектів, на які звертають увагу різні сучасні дослідники.

Прив'язаність і резільєнтність. Тісна прив'язаність, яка формується у віці немовляти, відіграє велику роль у процесах створення системи ефективних психічних захистів. За даними довготривалих аналітичних досліджень, саме чинник надійної прив'язаності стимулює розвиток і вдосконалення просоціальних моделей поведінки, забезпечуючи тим самим стабільність дитячої психіки та її здатність опиратися негативним стресовим факторам, тобто формування основ резільєнтності (Бріш, 2012). Оскільки прив'язаність – це насамперед біологічно обумовлена система, яка визначає людську реакцію на дистрес, то стилі прив'язаності зумовлюють різницю у фізіології стресу. Порушення процесу регуляції стресу може відбуватися, згідно з науковими даними, таким чином: (1) небезпечна прив'язаність, переважно тривожна (типи «тривожна», «уникаюча»), збільшує рівень стресу, який сприймається; (2) небезпечна прив'язаність (типи «тривожна», «уникаюча») може впливати на інтенсивність і тривалість фізіологічної реакції на стрес; (3) якість прив'язаності, ймовірно, визначає успішність застосування соціальної підтримки як буфера під час стресу (Maunder & Hunter, 2001). Отже, з точки зору теорії прив'язаності резільєнтність закладена в людську біологію.

Психобіологія резільєнтності. На психологічному рівні цілісність «Я» має захищатися від хаосу та руйнування. У цьому сенсі роль системи прив'язаності полягає в тому, щоб максимально активізувати емоційну та фізичну цілісність у ворожому середовищі. Як пояснює J. Holmes, так само, як імунна система налаштована на розпізнавання та нейтралізацію переносників хвороб, так само прив'язаність ніби захищає від «хижаків» за допомогою залучення внутрішніх об'єктів як сильніших і мудріших (Holmes, 2017). Через прив'язаність відбувається регуляція афекту, яка також зменшує «вивільнену енергію», тим самим пом'якшуючи несприятливі наслідки нерегульованих емоцій (Friston, 2010).

Цікавим, на мій погляд, є нейробіологічний підхід до розуміння резільєнтності, який чітко відповідає четвертій хвилі досліджень резільєнтності й підтверджує її безпосередній зв'язок з прив'язаністю. Так, Ruth Feldman пропонує модель резільєнтності, засновану на нейробіології афіляції, яка визначає біоповедінкову еволюційну концепцію, що враховує аспекти розвитку й не обмежена нейробіологією страху або прагненням щастя (на противагу сучасним нейробіологічним концепціям основ психічних розладів). Ця модель заснована на принципах розвитку всіх нейробіологічних процесів, починаючи з раннього пренатального періоду, забезпечується фізіологією материнського тіла та батьківською поведінкою, а також враховує процеси виховання, що сприяють формуванню резільєнтності (Feldman, 2020). Як зазначає авторка моделі, будь яке розуміння резільєнтності має враховувати факт первинної залежності немовляти від матері, що максимально впливає на структуру та функціонування його мозку. Оскільки діти народжуються з незрілим мозком і він формується під впливом зрілої матері через фізичну близькість (годування, обійми, інші види холдингу), це забезпечує зовнішню регуляцію в системі «мати – дитина» особливим для цієї системи шляхом. Виражене дзеркальне відображення (Gergely & Watson, 1996) або біоповедінкова синхронія (у термінах Feldman, 2015) покращують розвиток немовлят і додають «шансів на виживання» дитині як шляхом захисту від зовнішньої небезпеки, так і шляхом набуття здатності розпізнавати та регулювати емоції, а через цю здатність – узгоджувати світ соціальних стосунків. Сформована таким чином безпечна прив'язаність є предиктором сталої резільєнтності через ранній розвиток дитини, під час якого відбуваються такі важливі процеси: розвиток менталізації, щеплення від стресу та розширення «Я» (Holmes, 2017).

Пропоную розглянути детальніше вказані J. Holmes процеси безпечної (надійної) прив'язаності, які впливають на формування та розвиток резільєнтності. Аналіз подається згідно з логікою J. Holmes з певними поясненнями і доповненнями авторки статті.

Менталізація. Це, за визначенням A. Bateman і P. Fonagy, емоційна сприйнятливість і когнітивна здатність людини уявляти власні психічні стани та стани інших людей, робити відповідні висновки й інтерпретувати людську поведінку (Bateman & Fonagy, 2004). Отже, менталізацію можна розглядати як «наріжний камінь соціальної компетентності» і важливий чинник для роботи, розвитку та будь-якого партнерства (Allen & Fonagy, 2002). Дослідженнями доведено зв'язок між якістю прив'язаності та менталізацією: відносно висока здатність до менталізації у матері виявляє її власну надійну прив'язаність, а також обумовлює надійну прив'язаність у її дитини (Fonagy et al.,1991; Slade et al., 2005); матері, які самі переживали негаразди у своєму дитинстві, з більшою вірогідністю виховують невпевнених у собі дітей, ніж ті матері, дитинство яких було відносно спокійним (Fonagy et al., 1991); у дітей з історією надійної прив'язаності набагато раніше розвивається здатність до менталізації (Fonagy et al., 1991, Meins et al., 2002). Це, зі свого боку, дало змогу науковцям, що досліджують прив'язаність, прийняти менталізацію як робочу концепцію.

Важливим аспектом резільєнтності є здатність активно протистояти загрозам і долати стрес, а не пасивно піддаватися. Матері з розвиненою менталізацією визнають і зміцнюють автономію своїх дітей, не підтримуючи у них менш резільєнтні стратегії поступливості чи безпорадності. Не здатна до менталізації людина набагато вразливіша до навіть незначних змін в умовах свого життя. У разі якщо внутрішній досвід сприймається людиною як занадто реальний (як, наприклад, флешбек), його емоційна реакція і вплив будуть потужними (Bateman & Fonagy, 2004).

Отже, менталізація та прив'язаність тісно пов'язані. Зруйнований стосунок одночасно руйнує менталізацію, а неможливість створювати ефективні стосунки і взаємодію може свідчити про проблеми у здатності менталізувати, що впливає на рівень опірності стресам і резільєнтність.

Щеплення від стресу. Наразі цілу низку психосоціальних процесів у межах вивчення процесів формування стресостійкості та резільєнтності розглядають достатньо обережно. До таких процесів належить «щеплення від стресу» або «інокуляція від стресу». Виявлено, що нетривала розлука матері і дитини готує дитину до тривалішого роз'єднання й відіграє роль щеплення від стресу, пов'язаного із сепарацією. Строгий батьківський контроль, який обмежує дитину, водночас допомагає їй вберегтися від передчасного травмування й дозріти до різних аспектів можливого несприятливого середовища.

Дослідники теорії прив'язаності зазначають, що безпечна (надійна) прив'язаність не дорівнює безперервній близькості й безхмарності у стосунках матері і дитини. Діти з надійною прив'язаністю навіть після кризи сепарації чи конфліктів у стосунках підходять до своїх матерів із радістю, отримують втіху та йдуть досліджувати світ знову. Поряд із періодами інтенсивної фізичної і емоційної близькості нормальні безпечні стосунки дітей з батьками включають «розриви», коли дитину не влаштовує щось у батьках. І ці «розриви» в безпечних стосунках легко налагоджуються, батьки можуть контейнувати переживання дитини, заспокоїти її. Як зазначає J. Holmes, цей процес можна назвати «інокуляцією від стресу» (Holmes, 2017). На його думку, це спостереження цілком узгоджується з поняттям M. Rutter щодо зміцнювального впливу невеликих проблем у стосунках, нетривалої розлуки, певної строгості у вихованні тощо (Rutter, 2012).

Варто додати, що S. Southwick, M. Vythilingam і D. Charney чи не перші з науковців, які обережно торкнулися цієї ідеї – щеплення від стресу (Southwick, Vythilingam & Charney, 2005). Цей процес, на їхню думку, може посприяти стресостійкості та резільєнтності, а також лягти в основу розробки профілактичних процедур і особливостей виховання дітей. Клінічні дослідження показують, що помірні фрустрації і стреси в дітей є керованими й такими, з якими діти можуть впоратись. Саме цей досвід можна визначити як щеплення від стресу перед майбутніми стресовими ситуаціями і періодами в житті. Водночас інтенсивні стреси, з якими дитина не може впоратись, з більшою вірогідністю призведуть до травматизації та вразливості під час перебування в стресах, які можуть трапитись у їхньому подальшому житті. Таким чином, діти можуть навіть виграти у своєму розвитку, долаючи помірні стреси, з якими вони можуть успішно впоратись (Southwick, Vythilingam, Charney, 2005).

Доречним тут буде згадати класичне дослідження B. Bernard, у якому виявлено, що всі наявні дослідження резільєнтності у дітей вказують на дивовижні результати – 50 %, інколи 70 % респондентів (переважно дітей) із різних країн світу показують не просто резільєнтні якості, а й психологічне зростання, незважаючи на певні несприятливі умови протягом життя, які вони змогли подолати (Bernard, 1997).

Розширення «Я» (Extended Self). Цікавий і складний конструкт розширення «Я» полягає у взаємозв'язку власного «Я» та включених до нього об'єктів прив'язаності. Наразі є низка поглядів на цей конструкт, які так чи інакше передають його сутність (Sivadas & Venkatesh, 1995; Wilson et al., 2014; Belk, 1988; Solomon, 1994; Peetz & Wilson, 2008). Так, наприклад, катекція об'єктів у себе є основою для розширеного «Я» і, певною мірою, як припускає Belk (1989), саме об'єкти прив'язаності причетні до цього розширення. З точки зору Solomon (Solomon, 1994), це визначення себе, створене зовнішніми об'єктами, якими людина себе оточує. Нагадаємо, що прив'язаність матері й дитини дає змогу не лише дозрівати мозку дитини (Feldman, 2015), а й захищає «Я» дитини від хаосу за допомогою залучення сильніших та мудріших об'єктів (Holmes, 2017). Стреси та кризові ситуації негативно впливають на психіку, тому здатність регулювати афект є чи найважливішою складовою резільєнтності. Як зазначав J. Bowlby, стрес і небезпека активізують лібмічну систему, створюючи динаміку прив'язаності (Bowlby, 1980). У перші два роки, за R. Feldman (2020), у дітей недорозвинена ліва префронтальна кора, яка у дорослому віці регулює та модулює афективні реакції, тому дитина ніби позичає її для цього в матері. Як зазначають Mikulincer і Shaver (2016), співрегулювання (co-regulation) афектів є важливою функцією системи прив'язаності, яка однаково проявляється як у діаді мати – дитина, так і у дорослих романтичних стосунках. Дослідження емоційної стабільності дітей, а також їхньої здатності долати стресові психічні навантаження, тобто резільєнтності, як зазначає К. Г. Бріш, одностайно вказують на те, що наявність щонайменше однієї рідної особи поруч уже є фактором захисту для них. Діти, незважаючи на негативні впливи, залишаються психологічно здоровими й міцними завдяки цій особі, котра здатна перешкодити декомпенсації психіки дітей в умовах стресу як захисний чинник (Бріш, 2012). Здатність «розширювати» себе, щоб включати до своєї системи значущих інших (у тому числі інтроєктовані об'єкти), є важливою властивістю резільєнтності за надійної прив'язаності.

Види прив'язаності та резільєнтність. Ненадійна прив'язаність (дві її форми: уникаюча і тривожна) так само впливають на резільєнтність людини, але іншим, інколи достатньо складним шляхом. Придушення емоцій, відчуття небезпеки й долання тривоги через пошук безпечного місця або додаткової інформації тощо виснажують, але водночас можуть допомогти у стресових ситуаціях. А тривожно невпевнені люди, які не в змозі подолати й контейнерувати свої негативні емоції часто реагують на стрес неефективними способами: колапсом, залежністю, хронічною депресією або тривожними розладами.

У разі формування дезорганізованої прив'язаності діти вимушені так само залучати іншого для того, щоб забезпечити собі мінімальну резільєнтність. Дитина, у якої сформувалася дезорганізована прив'язаність, стикається з проблемою подолання тривоги через відсутність опікуна або його нечутливість до переживань дитини. J. Holmes (2010) припускає, що дитина обирає специфічну стратегію, за якої замість опікуна сама себе використовує для заспокоєння за допомогою власного дзеркального відображення, погладжування, розгойдування тощо. Такими аналогами заспокоєння, що забезпечують певний ступінь полегшення для підлітків і дорослих, можуть бути самолікування, алкогольна або наркотична адикція, небезпечна статева поведінка. P. Fonagy, E. Allison зауважують, що, незважаючи на певні адаптивні аспекти, дезорганізована прив'язаність принципово є дисфункційною, оскільки за її наявності збудження є тригером, менталізація гальмується, укріплюються стани «епістемічної гіперпильності» в діапазоні від необґрунтованої довіри до повної недовіри до світу (Fonagy & Allison, 2014).

Дезорганізована прив'язаність наразі ілюструє один із парадоксів стійкості (Holmes, 2017; Bonnano, 2021). Адже діти, які зростають у несприятливих умовах, не мають відповідного зв'язку з матір'ю, не можуть використовувати її мозок (префронтальну кору), не мають доступу до ресурсу, все ж таки стають резільєнтними. У своєму розділі в книзі «Good feelings: psychoanalytic reflections on positive emotions and attitudes» H. Parens (2009) ділиться уривками своїх розмов із видатними аналітиками щодо цього парадоксу: Leon Saul задавався питанням щодо того, як деякі діти, що народжені «із срібною ложкою в роті» не можуть досягнути ніякого успіху в житті; Маргарет Малер схожим чином неодноразово стверджувала, що, як не диво, деякі діти можуть навіть з каменю отримувати потрібні їм лібідинальні потоки (Parens, 2009). Психоаналітики визнавали це критичними здатностями до адаптації і не досліджували їх як прояв резільєнтності.

Прикладом цього парадокса можуть слугувати класичні дослідження E. Werner, R. Smith, які понад 30 років досліджували дітей з острова Кауаї (Гаваї). Результати дослідження показали, що діти стикалися з різноманітними факторами ризику: пренатальний стрес, бідність, насильство та сімейний алкоголізм, психічні захворювання батьків тощо. Однак, незважаючи на ці несприятливі умови навколишнього середовища, частина дітей виявила позитивну адаптацію в різних аспектах життєдіяльності. Werner і Smith класифікували так звані життєздатні якості, які допомагали дітям бути адаптивними та компетентними в умовах високого ризику середовища свого зростання: соціальна компетентність і відповідальність, навички вирішення проблем, толерантність, зорієнтованість на успіх і досягнення, адекватна самооцінка й ефективні навички спілкування (Werner & Smith, 1992).

Британський психіатр M. Rutter провів серію епідеміологічних досліджень серед безпритульних дітей і молоді з острова Вайт і Лондона. Результати цих досліджень показали, що підлітки стають успішними, незважаючи на несприятливі умови навколишнього середовища, завдяки таким резільєнтним якостям: самоефективність, самостійність, позитивне шкільне середовище, навички планування та створення позитивних стосунків з дорослим, відчуття свободи волі (Rutter, 1985, 1990).

Norman Garmezy з колегами провів лонгітюдне дослідження (з 1971 по 1982 рік), вивчаючи ймовірні дисфункції розвитку дітей батьків-шизофреніків. Дослідники виявили, що діти з вибірки стали адаптованими дорослими, які створювали теплі й компетентні стосунки. Висновки із цього дослідження дали змогу виокремити захисні фактори, що допомогли вибудувати цим дітям резільєнтність і створити компетентне доросле життя, серед них: адекватна самооцінка, позитивний погляд на життя, внутрішній локус контролю та свобода вибору, адекватні навички вирішення проблем і почуття гумору (Garmezy et al., 1984).

Науковці S. Hauser, J. Allen та E. Golden (2006) досліджували підлітків, які тривалий час перебували у спеціалізованому інтернаті через серйозні проблеми з регулюванням емоцій і поведінки в соціумі, але демонстрували резільєнтність. Пошук чинників резільєнтності підлітків призвів до звуження їх до таких: почуття суб'єктності, рефлексивність і реляційність (Hauser, Allen, & Golden, 2006).

Спробою пояснити цей парадокс можуть бути такі припущення. По-перше, як зазначають дослідники теорії прив'язаності, прив'язаність хоч і має сталі характеристики, але вони можуть змінюватися під впливом життєвих обставин і спиратися на ті потенції (види досвіду або диспозиції за Garmezy et al., 1984), які вже були закладені або набуваються з досвідом, наприклад, добра соціальна опіка, можливість психологічної чи психотерапевтичної допомоги у відповідних інтернатах і місцях перебування; сміливість, почуття гумору та проактивна поведінка тощо.

По-друге, як свідчать вказані вище дослідження, у дітей, які демонстрували високі рівні резільєнтності, були сформовані певні важливі резільєнтні якості: самоефективність і самостійність, адекватна самооцінка, позитивний погляд на життя, обумовлені стратегією виживання.

По-третє, імовірно, у багатьох випадках, коли страждання й життєві виклики занадто великі, різні психологічні особливості та психосоціальні фактори, які впливають на резільєнтність, стимулюють певних людей до дивовижної реактивності, життєвої творчості та потягу до посттравмівного зростання. У літературі можна знайти багато прикладів такого зростання, а також варіацій визначення цього феномену.

Варто також зазначити, що, згідно із численними дослідженням, багато дітей з історією насильства, різного роду депривацій або жорстокого поводження з ними, незважаючи на значний ризик подальшої передачі свого травмування наступним поколінням, стають хорошими батьками. Це доводить той факт, що трансгенераційна передача травми, з урахуванням її генетичної і епігенетичної складових, не обов'язково відбувається з усіма нащадками, хто мав в роду травматичну історію. За визначенням вчених, понад 30 % людей із подібним досвідом мають позитивну траєкторію розвитку (Kaufman & Zigler, 1989). Дослідники експериментально визначили низку сприятливих факторів, які впливають на цей процес: наявність підтримуючого партнера, фінансова забезпеченість, фізична привабливість, високий рівень інтелекту, позитивний шкільний досвід, духовна складова (релігійність), відчуття власної батьківської компетентності й оптимістичні погляди на дитину (Kaufman & Zigler, 1989; Cowen et al., 1990). Також у цьому випадку варто зважати на розвиток рефлексивної функції Self як захисту і необхідної ознаки резільєнтності, що має свій ефект під час подолання життєвих негараздів і попереднього життєвого досвіду (Fonagy et al., 1994).

І останнє, четверте, чим також певною мірою можна пояснювати вказані парадокси резільєнтності: це особливості нейропластичності людини як здатності мозку змінюватися й адаптуватися протягом життя. Вплив психологічних і соціальних факторів (наприклад, травматичних подій) відображається не лише на психіці, а й на структурному рівні архітектури мозку, зокрема на щільності сірої речовини, префронтальній корі та мигдалині. Відомі та часто цитовані дослідження Caspi et al. (2003; 2010) показують, що чим більше травматичних подій у дитинстві (насилля, покинутість), тим більшою є вірогідність виникнення депресії і психічних захворювань у майбутньому житті. Однак не всі діти однаково страждають від несприятливого досвіду дитинства, спостерігається залежність від варіювання довжини поліморфної області транспортера серотоніну (5-HTTLPR *hydroxytryptamine-transporter-linked polymorphic region)*. Так, наприклад, діти, з «коротким» алелем 5-HTTLPR у сприятливих умовах розвиваються краще, ніж діти з «довгим»; діти з «довгими» алелями більш несприйнятливі до неприємностей, ніж ті, у кого короткий варіант довжини поліморфної області транспортера серотоніну (Caspi et al., 2010). Дослідження свідчать про обнадійливу перспективу психотерапії, адже за дотримання відповідних принципів, протоколів і методології психотерапевтичного процесу, нормалізації близького оточення клієнта / пацієнта можливі і його успішне лікування, і психологічне благополуччя (Caspi et al., 2010).

Отже, описані припущення дають змогу визначити дисфункційну або ненадійну прив'язаність як адаптивну реакцію на несприятливі обставини. А розуміння резільєнтних стратегій за сформованої надійної та ненадійної прив'язаності передбачає застосування різних шляхів і різної гнучкості. Водночас саме надійна (безпечна) прив'язаність забезпечує той контекст розвитку, за якого всі визначені різними дослідженнями резільєнтні якості зможуть сформуватися й розвинутися.

Саме надійна прив'язаність, як було показано вище, є вагомим фактором резільєнтності. Важливу психотерапевтичну цінність має той факт, що стабільність дитячої прив'язаності може змінюватися протягом життя внаслідок впливу різних захисних факторів і факторів ризику, а також за допомогою емоційно-корегувального досвіду за умови надійних стосунків із терапевтом. Відомо, що природа травматичних спогадів і взаємовідносин рідко буває лінійною, тому важливим завданням певного етапу психотерапії є інтеграція та трансформація досвіду ранніх дитячо-батьківських стосунків (так зване примирення з привидами минулого та їхня інтеграція в актуальний досвід), корекція ненадійних типів прив'язаності й опрацювання актуальних стосунків у житті клієнта.

Травма і резільєнтність. Відновлення після травматичних подій потребує активних, безперервних, свідо-

мих і несвідомих зусиль та дій. Жага до життя, до перемоги й відновлення має переважати пасивну капітуляцію перед жорстокою травмою (Parens, 2009). Як відомо, той, хто знає, для чого живе, долатиме різноманітні труднощі й перешкоди для відновлення та психологічного зростання (наприклад, Frankl, 2006). Доречним у цьому контексті є нагадування про поняття антикрихкості, запроваджене Н. Талебом, що визначає здатність феноменів і систем у ситуації ризику та стресу не руйнуватися, а, навпаки, отримувати поштовх для подальшого розвитку (Taleb, 2012).

Не маючи на меті в цій статті розглядати саму травму з психоналітичної точки зору, я спробую вкласти у психоаналітичний контекст вплив різних параметрів особистості (за Garmezy et al., 1984) на перебіг травми та відновлення після неї незалежно від характеру травми (хронічна чи гостра). Доведено, що перебіг і вплив травми на людину залежать від того, у якому стані, з яким досвідом і у яких життєвих умовах вона перебувала під час травмування (Bonnano, 2011, 2021; Caspi et al., 2003, та ін.). Відсутність у досвіді перед травмуванням попередніх важких, кризових життєвих подій, хронічних захворювань і психічних симптомів сприяє ефективному й доволі швидкому відновленню, часто без потреби у психотерапевтичному втручанні. Відновлення після травмування залежить від багатьох чинників, у тому числі від стану людини після травми, від її стосунків із близькими та світом, об'єктного універсуму в короткотривалій чи в довготривалій перспективі (Parens, 1999, 2009), від рівня емпатії, підтримки та культуральної повістки в соціумі, особливо з урахуванням хронічного, трансгенераційного та колективного контексту травми. Розуміння цих параметрів та орієнтація на них у психотерапевтичній роботі допомагає як опрацюванню травматичних переживань, так і розвитку резільєнтності.

Так, враховуючи власний клінічний досвід, у своїх дослідженнях щодо розробки психотехнології з розвитку резільєнтності я виокремила специфічні чинники: претравмівні; чинники, пов'язані з травмуванням; посттравмівні чинники, на які я орієнтуюсь у своїй практиці. Пропоную коротко розглянути їх через психодинамічну перспективу (Лазос, 2020; Parens, 2009) (табл. 1).

Наразі вказані специфічні психотехнологічні чинники досліджуються і будуть описані детальніше в наступних публікаціях.

Резільєнтність у контексті психодинамічної терапії. У цьому розділі статті спробую навести низку загальних ідей щодо опрацювання травматичного досвіду й розвитку резільєнтності у психодинамічній психотерапії.

Психоаналіз нехтував певний час такими важливими темами, як резільєнтність, антикрихкість, спрямований доступ до живильних ресурсних спогадів або уявлень, добрих життєвих подій та інших позитивних рис і якостей, чим керуються переважно гуманістичні й екзистенційні психотерапевти. Орієнтація не лише на аналіз минулого, а й на відкриття перспективи майбутнього, з притаманними цьому процесу плануванням і мріями, відіграє важливе значення в ефективності психотерапії посттравмівних станів. Сучасні дослідження з доказової психологічної / психотерапевтичної практики демонструють високий відсоток можливості відновлення після травми в разі фокусування на цих темах.

Отже, з урахуванням психодинамічної спрямованості психотерапевтичного лікування та викладеного вище матеріалу основною передумовою для проведення психотерапевтичної роботи доречно обрати концепцію прив'язаності як універсального фактора лікувального впливу. Роль психотерапевта в цьому процесі можна визначити як «надійну опору», що дає змогу послідовно або паралельно опрацьовувати різні аспекти психіки і події в житті клієнта / пацієнта. Загалом клієнт / пацієнт має набути репрезентанту надійної прив'язаності або «здобутої безпеки» (Pearson, Cohen & Cowan, 1994).

Відомо, що в атмосфері надійної прив'язаності клієнту простіше довіритися та розкритися терапевтові, через надійну прив'язаність легше опрацювати страх, послабити опір, а це, зі свого боку, забезпечує ефективність реалізації психотерапевтичних інтервенцій і «вільного обміну сигналами із середовища стосунків» (Бріш, 2012, с. 95). Надійна прив'язаність особливо важлива з огляду на симптоматику клієнтів, як, наприклад, у випадку наявності ознак ПТСР, страхів, депресивних станів, з якими звертаються до психотерапевтів.

Терапевтичні стосунки, як зазначалося вище, мають нейрохімічні й реляційні характеристики, що відображають (або відтворюють) надійний зв'язок матері та дитини. Як зазначає Feldman, динаміка та спільне захоплення «зв'язуючого гормону» окситоцину визначає вирішальну роль у створенні безпечної прив'язаності матері й дитини, тим самим формуючи міцні, надійні стосунки та відчуття впевненості дитини в собі (Feldman, 2015). Досягнення біоповедінкової (а також несвідомої певною мірою) синхронії між психотерапевтом і клієнтом, прив'язаності, ймовірно, так само може сприяти формуванню зміцнення резільєнтності у клієнта.

Таблиця 1

Специфічні психологічні параметри та чинники у психотерапевтичній роботі з опрацювання травмівних переживань і розвитку резільєнтності

Претравмівні чинники	1. Особливості «Я» (Self):	вік; особливості функціонування Self (сильні та слабкі сторони; стан системи психічної рівноваги); функціонування та якість суперего; інтрапсихічні конфлікти ц особливості захистів; досвід руйнівних, реактивних патернів тощо.
	2. Сімейні стосунки:	характер ранніх дитячо-батьківських стосунків; тип прив'язаності.
	3. Особливості преморбіду:	наявність попередніх травмувань, захворювань (переважно психічних, психосоматичних)
Чинники, пов'язані з травмуванням	1. Особливості травми:	тип, тривалість, інтенсивність і контекст травми (що вона означає для суб'єкта).
	2. Особливості «Я» (Self):	ті самі параметри, що вказані вище, особливо: характеристики захистів, ремобілізація, інтенсифікація імпульсів і реакцій
	3. Сімейні стосунки:	якість стосунку між об'єктами, якість прив'язаності, зміна / втрата об'єкта; можливість виходу з травмівного середовища; якість об'єктної підтримки в системі
Посттравмівні чинники	1. Особливості «Я (Self):	ті самі параметри, що вказані вище, а також: креативність, дія захисних механізмів, які підсилюють адаптацію та посттравматичне зростання, доступ до ресурсного підживлення; можливість планування, мріяння тощо.
	2. Сімейні стосунки:	якість стосунку і прив'язаності; процеси, що сприяють відновленню сімейних стосунків (горювання, проживання втрати, підтримка, довіра тощо).
	3. Особливості соціальної підтримки на різних рівнях:	держави, соціуму, громади, спілки, родини, сім'ї

Рефлексія та менталізація є важливими для розвитку дитини і її психічних можливостей опірності, для процесу резільєнтності, так само, як і для процесу психотерапії. Багато з клієнтів / пацієнтів, які звертаються за допомогою до психотерапевтів, хронічно або періодично є зануреними у власні переживання, які викликають страждання. Депресивні переживання, непрожита травма можуть бути представлені, на думку J. Allen, P. Fonagy, як приклади «нездатності психіки правильно оцінювати свій статус, тобто усвідомлювати його зміст та свої функції» (Allen & Fonagy, 2002, с. 28). І в цьому контексті розвиток усвідомлення та менталізація можуть становити основу психотерапії. Адже практично щодня психотерапевти аналізують зі своїми клієнтами / пацієнтами їхні переживання, бажання та переконання. У психотерапії так само, як це мало відбуватися в дитинстві, формується сприйняття переживань, особливо тих, що емоційно заряджені, і це сприйняття може трансформуватися в межах матриці стосунків прив'язаності. Як зазначає Allen, Fonagy, Bateman, для пацієнта, так само, як для дитини, ключом до розвитку і менталізації є досвід стосунків, у яких об'єкт прив'язаності здатний відображати свідомість суб'єкта (Allen et al., 2008). І такий досвід у психотерапії залежить від емпатійно налаштованого терапевта, котрий, так само як чуттєві батьки, діє на імпліцитному й експліцитному рівнях (Wallin, 2006).

Тому до важливих компетенцій психотерапевта треба відносити менталізаційну компетентність – можливість розглядати переживання, стани з різних ракурсів, об'єктивно оцінювати внутрішню і зовнішню реальності, не об'єднуючи і не дисоціюючись від них, об'єктивно оцінювати себе й інших. Адже успішне залучення клієнта / пацієнта в менталізаційний процес, розуміння того, як він приходить до стійких конструкцій суб'єктивного психічного досвіду, сприяє пізнанню і побудові шляху, який веде до того, щоб його психічні процеси стали незалежними та відокремленими від процесів терапевта. У такому випадку психотерапевт зможе навчити цього і своїх клієнтів / пацієнтів. Так само діє і здатність терапевта демонструвати усвідомленість, рефлексивність та резільєнтність, що допомагає клієнтові розвинути ці якості.

Наступним важливим викликом і метою психодинамічної терапії є розвиток почуття суб'єктності, автономної дорослості та відчуття свободи. Ці характеристики визнані важливим резільєнтними чинниками, про що йшлося вище. Серед клієнтів / пацієнтів психотерапевтів є ті, які звертаються із запитом на психотерапію через відчуття безпорадності, крихкості, втрати автономії або через відчуття себе жертвою внаслідок травмування або інших життєвих подій. Психодинамічний психотерапевт працює за тим же принципом, на основі якого менталізуючі матері розвивають і посилюють у своїх дітях активність, відчуття автономності та внутрішню свободу дій із мріями, планами і виборами. Досягнення цієї мети – складне завдання, вирішення якого може відбуватися через відчуття солідарності та прояви поваги й віри в пацієнта. Згодом сформована доросла автономність і внутрішньоособистісна свобода можуть стати чіткими маркерами ефективності психотерапії. Розвиток цих характеристик може підсилюватися заохоченням терапевта до додаткових зусиль щодо життєвої позиції клієнта / пацієнта, наприклад, пошуку нової роботи та друзів, різних проєктів, які б захоплювали клієнта / пацієнта, розвивали креативність і давали змогу мріяти та будувати плани, створювати новий сенс свого життя.

У поданих роздумах варто зважати на особливості трансформації психодинамічної позиції психотерапевта в сучасних реаліях. Така трансформація спровокована актуальністю часу, де обидва в парі – психотерапевт і клієнт – є травмованими. Останнім часом колеги науковці та психотерапевти аналізують зміну в психотерапевтичних стосунках із клієнтами / пацієнтами, відхід від повної нейтральної позиції, інтеграцію інших методів і технік у роботу тощо (Dorozhkin, 2023; Velykodna et al., 2023; Lazos, 2023).

Зазначу, що протягом першого року з моменту широкомасштабного російського вторгнення психодинамічні терапевти застосовували у своїй роботі різні техніки заспокоєння та відволікання від стресових ситуацій, акцентування на раціональній складовій опрацювання тривоги, зняття гострої тривоги через саморегуляцію. Стратегію оволодіння інформацією та донесення її до клієнтів, яку обрали психотерапевти, визначило їх намагання «бути на кілька кроків попереду» (О. Фільц), що особливо важливо в періоди так званої гібридної війни, яка відбувається і в реальному житті, і в інформаційному просторі. Інколи в ситуаціях роботи з кризовими станами клієнтів психотерапевтам доводиться займати «батьківську» позицію (надавати своє его як помічне) і пропонувати рішення клієнтам, які є розгубленими (у ступорі) і не можуть діяти раціонально (наприклад, збирати речі та дітей і переїжджати в безпечні місця), що зовсім не вкладається в нейтральну позицію психодинамічного терапевта. Ми всі стали надійним об'єктом для наших клієнтів, і вони покладаються на нас за потреби. При цьому часто доводиться виходити за межі класичної позиції психодинамічного терапевта й вибирати позицію піклувальника, яка неухильно призводить до регресу клієнтів. Останнім часом часто виникає потреба фіксуватися на розгляді актуальних проблем і симптомів, розбирати труднощі, підтримувати, вести, заспокоювати, сповідувати, інколи навіть ніби «відпускати гріхи», особливо тоді, коли провина за виїзд за кордон, страх перед приєднанням до війська, провина за загибель побратима й інші травмівні переживання та ситуації є занадто глибокими й руйнівними (Lazos, 2023).

Отже, трансформація психодинамічної практики під впливом об'єктивних факторів травматизації через жахливі наслідки загарбницької і жорстокої війни, яку розпочала Росія проти нашої держави й ідентичності, все більше актуалізує емпатійність та емоційну теплоту і залученість терапевтів як важливу ознаку психотерапевтичних стосунків. На противагу сприянню регресії терапевти підтримують адаптивні захисти та ресурсне підживлення; замість різних видів інтерпретацій терапевт разом із клієнтом / пацієнтом прямують до екзистенційних пошуків сенсів і відчуття надії. Ця трасформація психодинамічної практики сприяє розвитку резільєнтності, створенню відповідних умов для опрацювання актуального травмівного досвіду, так само як і укріплює самооцінку або нарцисичну рівновагу (самоповагу), що також є важливим резільєнтним чинником. Важливо, щоб наші клієнти / пацієнти вірили в себе і у своє майбутнє. У цьому контексті терапевти можуть звернутися до когнітивних (раціональних) способів і технік, кидаючи виклик дисфункційним негативним уявленням про себе у клієнта. Так само і більш психодинамічно, через «прищеплення хорошого внутрішнього об'єкта» та «внутрішньої безпечної бази» (Holmes, 2010), що протидіє шкідливому впливу критикуючого Self, яке підриває стійкість і резільєнтність і щоденно вбиває. Допомога клієнтам знайти свою унікальну безпечну базу водночас зміцнить їх резільєнтність.

Варто тут також коротко зазначити, що багато з терапевтів звертають увагу на появу гумору у процесі терапії, який може слугувати маркером її прогресу. Гумор, а інколи навіть «чорний гумор», – це невід'ємна частина процесу зцілення та резільєнтності. Гумор за визначенням приносить задоволення, він сповнений лібідо. Даючи оцінку гумору в терапії, Feldman порівнює його з процесами вивільнення окситоцину, що пов'язано з формуванням безпечної прив'язаності, яке відтворюється в терапії з усіма позитивними наслідками, у тому числі гормональними, адже окситоцин підсилює дію нейромедіаторів (ендорфіну та дофаміну) (Feldman, 2015).

Отже, психодинамічна психотерапія, як і будь-яка інша, націлена на загальне полегшення негативних симптомів, поліпшення психічного функціонування, розвиток резільєнтності. Її певні ритми, сетинг із прощанням і зустрічами, розлуками на відпустки та свята, складнощами, хворобами, опорами та конфронтаціями можна метафорично інтерпретувати як процеси щеплення від стресу, це – «школа подолання втрат і вселення надії, що добрий об'єкт не втрачений назавжди, буде там, коли буде потрібно» (Holmes, 2017).

Кожна терапія є унікальною завдяки тим процесам, що відбуваються в парі клієнт – терапевт, де одна людина щиро цікавиться психічним життям іншої. Отже, світ для клієнта / пацієнта може стати оновленим, більш стійким і нейтральним, це для когось буде сумніше, але стабільніше, а хтось стане щасливішим. Водночас підтримана або розвинена резільєнтність даватиме змогу ефективно справлятись із багатьма викликами життя, а в багатьох випадках – психологічно зростати.

Висновки і перспективи подальших розробок. Психодинамічна психотерапія є цілком обґрунтованим підходом для глибшого розуміння етіології формування резільєнтності особистості та побудови ефективних шляхів її розвитку та укріплення. Терапевтичні стосунки, побудовані в межах психодинамічного підходу на основі теорії прив'язаності, та психотехнологія роботи в підході сприяють самоусвідомленню (менталізації), підвищенню самооцінки і власної спроможності та відчуттю свободи волі, щеплюють від стресу, таким чином формуючи основу для пружної і більш гнучкої резільєнтності.

Запропоновано специфічні чинники для психотерапевтичної роботи в психодинамічній перспективі: претравмівні, пов'язані з травмуванням, і посттравмівні. Наведено низку роздумів щодо трансформації стосунку в системі психотерапевт – клієнт, а також шляхи й можливості для укріплення резільєнтності в психодинамічному підході.

Перспективою подальших розробок є подальше дослідження психотехнологічних чинників з опрацювання травмівних переживань і розвитку резільєнтності в межах психодинамічної парадигми психотерапії, побудова теоретичної моделі резільєнтності в межах психодинамічної парадигми.

Список літератури:

Бріш, Г. К. (2012). *Розлади прив'язаності від теорії до терапії*. Посібник. Львів.

Кокун, О. М., Мельничук, Т. І. (2023). *Резилієнс-довідник: практичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Лазос, Г. П. (2020). Психотехнологія з розвитку резільєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу* : монографія. Київ. 135–159.

Лазос, Г. П. (2018). Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*, *3* (14), 26–64.

Романчук, О. (2023). Аптечка технік КПТ для плекання психологічної стійкості. https://i-cbt.org.ua/aptechka/.

Allen, J., Fonagy, P. (2002). *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy* (technical report No. 02-0048). Topeka, KS: Menninger clinic, research department.

Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford university press.

Belk, R. W. (1988). Possessions and the Extended Self, *Journal of Consumer Research*, 15 (2). 139–168, https://doi.org/10.1086/209154.

Bernard B. (1997). *Turning it around for all youth: from risk to resilience*. Launceton, Tasmania; Resiliency Associates and Global Learning Communities.

Bolton, K. (2013). *The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis*. University of Texas at Arlington.

Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1. DOI: 10.1080/20008198.2021.1942642.

Bonanno, G. A. (2021). *The end of trauma: How the new science of resilience is changing how we think about PTSD* (1st ed.). New York, NY: Basic Books, Inc.

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology* 7.1: 511–535.

Bosher, L. (2013). Built-in Resilience through Disaster Risk Reduction: Operational Issues. *Build. Res. Inf*. 42, 240–254.

Bowlby, J. (1971). Attachment. London: Penguin.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss: Sadness and depression. NY: Basic books.

Brogden, L., & Gregory, E. D. (2019). Resilience in community college students with adverse childhood experiences. *Community College Journal of Research and Practice*, 43 (2), 94–108. https://doi.org/10.1080/10668926.2017.1418685.

Bryce, C., Ring, P., Ashby, S., Wardman, J. K. (2020). Resilience in the Face of Uncertainty: Early Lessons from the COVID-19 Pandemic. *J. Risk Res*., 23, 880–887.

Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509–527.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science, 301(5631), 386–389.

Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. World Psychiatry, 9, 145–154.

Coan, J. (2016). Attachment and neuroscience. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment (3rd Ed) Eds. New York: Guilford Press.

Connor K. M., Davidson J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety*. 18, 76.

Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Parker, G. R. (1990). The Rochester child resilience project: overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, 2, 193–212.

Davidson J., Payne V., Connor K. Trauma, resilience, and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology.* 2005. 20, pp. 43–48.

Dorozhkin, V. (2023). Therapeutic relationships in wartime Ukraine. *Psychoanalytic Psychology, 40* (4), 247–250. https://doi.org/10.1037/pap0000482.

Erikson E. H. (1963). Childhood and society. New York: Norton.

Feldman R. (2020). What is resilience: an affiliative neuroscience approach. *World Psychiatry*. 19 (2): 132–150.

Feldman, R. (2015). The neurobiology of mammalian parenting and the biosocial context of human care-giving. Hormones and Behavior, http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.10.001.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalising and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy, 51, 372–380.

Fonagy, P., Steel, M., Target, M., & Steel, H. (1994). The theory and practice of resilience. *J. Child Psychiatr*. V. 35. No 2. 231–257.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Development, 62, 891–905.

Frankl, V. (2006). Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy, Boston, MA: Beacon Press (Original work published 1946).

Friston, K. (2010). The free energy principle: a unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*. DOI: 10.1038/nrn2787.

Fromm E. The nature of man. New York: Macmillan, 1968.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In A. Davids (Ed.), Recent research in developmental psychopathology (pp. 213–233). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.

Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parent-infant mirroring. Int J Psychoanal, 77, 1181–1197.

Hauser, S., Allen, J., & Golden, E. (2006). Out of the Woods: Tales of Resilient Teens. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N., & Daniel, B. (2007). Parenting and resilience. Josef Rowntree Foundation.

Hjemdal O., Friborg O. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the protective resources behind healthy development. *Measuring and Evaluation in Counselling and Development*. 39. 84–96.

Holmes, J. (2010). Exploring In Security. London: Routledge.

Holmes, J. (2017). Roots and routes to resilience: attachment/psychodynamic perspectives. *Psychoanalytic Discourse*. 1, 3: 20–33.

Kaufman, J. & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse. In D. Cicchetti and V. Carlson (Eds), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 129–150), Cambridge: Cambridge University Press.

Kennison, S. & Spooner, V. (2023). Childhood relationships with parents and attachment as predictors of resilience in young adults. *Journal of Family Studies*, 29:1, 15–27. DOI: 10.1080/13229400.2020.1861968.

Lazos, G. (2023). Transformation of psychotherapeutic relationships during the war. *Psychoanalysis, Self and Context*, *18* (3), 382–387.

Luthar, S. S., Grossman, E. J., & Small, P. J. (2015). Resilience and adversity. In M. E. Lamb & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes* (pp. 247–286). John Wiley & Sons, Inc. https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy307.

Masten A. (2014). Ordinary magic: resilience in development. New York: The Gulford press. 308.

Masten, A. (2020). Resilience of children in disasters: a multisystem perspective. *International Journal of Psychology*. 56. 1: 1–11.

Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 556–567. https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00006.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child development*, *73*(6), 1715–1726. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00501.

Mikulincer, M., Shaver, P. (2016). Attachment in Adulthood. Guilford Press.

Neman R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional psychology: research and practice*. 36. 227.

Nemeth D., Olivier T. (2018). Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice. Academic Press, 167.

Parens, H. Resilience (2009). *Good feelings. Psychoanalytic reflections on positive emotions and attitudes*, (ed. S. Akhtar). London: Karnac., 329–363.

Pearson J. L., Cohen D. A., Cowan P. A. (1994). Earned and continuous-security in adult attachment: relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*. 6, 359–373.

Peetz, J. & Wilson, A. E. (2008). The temporally extended self: The relation of past and future selves to current identity, motivation, and goal pursuit. *Social and Personality Psychology Compass, 2* (6), 2090–2106. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00150.x.

Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical Psychology*. 58 (3). 307-321. DOI 10.1002 / jclp. 20020.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 147. 598–611.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Chicchetti (Eds.) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. 79–101. NY. Cambridge. University press.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335–344.

Seligman M, Csziksentmihaly M. (2000) Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55. 5–14.

Shaver P.R., Hazan C., Bradshaw D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. *The psychology of love* / Eds. R.J. Sternberg, M. Barnes. New Haven, CT: Yale University Press. 68–99.

Sivadas, E., Venkatesh, R. (1995). An Examination of Individual and Object-Specific Influences on the Extended Self and Its Relation to Attachment and Satisfaction. in *NA – Advances in Consumer Research V.22*, (eds.) Frank R. Kardes and Mita Sujan, Provo, UT: Association for Consumer Research, 406–412.

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and transmission gap: a preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7 (3), 283–298.

Solomon, M. R. (1994). Consumer Behavior, 2nd edition, Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Southwick, S., & Charney, D. (2016). Resilience. The Science of Mastering Life`s Greatest Challenges. Cambridge University Press. 230.

Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 255–291.

Southwick, S., Bonnano, G., Masten, SA., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives. European Journal of Traumatology, 5. DOI:10.3402/ejpt.v5.25338.

Taleb, N. (2012). Antifragile: Things than gain from disorder. Random house.

Tronick, E. (2007). The Neurobehavioral and Social-emotional development of Infants. New York: Norton.

Velykodna, M., Nalyvaiko, N., Pavlovska, O., Arshevska-Guérin, O., & Butsykin, Y. (2023). Ethical challenges in psychoanalytic practice in wartime: conference report, Kyiv, Ukraine, 2023. *Psychodynamic Practice*, 1–18.

Wallin, J. (2006). Attachment in psychotherapy. NY: Gilford press.

Werner E., Smith R. Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1992.

Wilson, D., Hayes, S., Biglan, A., & Embry, D. (2014). Evolving the future: towards a science of intentional change. *Behavioral and Brain Sciences*, 37, 395–460.

Анотація. Розуміння глибинних коренів формування резільєнтності особистості доречно розглядати через призму психодинамічної парадигми та теорії прив'язаності. Резільєнтність розглядається в поєднанні внутрішньопсихічних процесів із певним набором соціальних навичок, які формуються й розгортаються протягом певного періоду часу, враховуючи всі атрибути та диспозиції особистості, сім'ї, суспільства й культурного середовища, а також важкості, тривалості й контексту травматичних подій. До резільєнтних чинників, визначених багатьма дослідженнями, належать: відчуття суб'єктності, рефлексивність, здатність розуміти та будувати ефективні стосунки, відчуття свободи волі та наявність соціальних умов, здатних надавати підтримку. Сформована безпечна прив'язаність є предиктором сталої резільєнтності. Під час її формування відбуваються такі важливі процеси для формування резільєнтності, як розвиток менталізації, щеплення від стресу та розширення «Я». Дезорганізована прив'язаність наразі ілюструє один із парадоксів резільєнтності. Описані в статті припущення дають змогу визначити її як адаптивну реакцію на несприятливі обставини. Запропоновано специфічні чинники для психотерапевтичної роботи в психодинамічній перспективі: претравмівні, пов'язані з травмуванням, і посттравмівні. Наведено низку роздумів щодо трансформації стосунку в системі психотерапевт – клієнт, а також шляхи й можливості для укріплення резільєнтності в психодинамічному підході. Стабільність дитячої прив'язаності може змінюватися протягом життя під впливом різних чинників (захисних, резільєнтних), так само як і за допомогою емоційно-корегувального досвіду за умови надійного стосунку з терапевтом. Орієнтація не лише на аналіз минулого, а й відкриття перспективи майбутнього, з притаманними цьому процесу плануванням і мріями, підтримання ресурсних спогадів і загалом підтримка клієнта відіграють важливе значення в ефективності психотерапії на шляху відновлення після травматичних подій і розвитку резільєнтності.

Ключові слова: резільєнтність, психодинамічний підхід, чинники резільєнтності, теорія прив'язаності, менталізація, щеплення від стресу, психотерапія.

Abstract. Understanding the deep roots of the formation of personal resilience is appropriately considered through the prism of the psychodynamic paradigm and attachment theory. Resilience is viewed in combination with internal psychological processes and a certain set of social skills, which are formed and unfolded over a certain period of time, taking into account all attributes and dispositions of the personality, family, society, and cultural environment, as well as the severity, duration, and context of traumatic events. Resilient factors, identified by many studies, include: a sense of subjectivity, reflectiveness, the ability to understand and build effective relationships, a sense of free will, and the presence of social conditions capable of providing support. Formed secure attachment is a predictor of stable resilience. During its formation, important processes for the development of resilience occur, such as: development of mentalization, immunization against stress (stress inoculation), and extended Self. Disorganized attachment currently illustrates one of the paradoxes of resilience. The assumptions described in the article allow defining it as an adaptive response to adverse circumstances. Specific factors for psychotherapeutic work in the psychodynamic perspective are proposed: pre-traumatic, trauma-related, and post-traumatic. A number of reflections on the transformation of the relationship in the therapist-client system, as well as ways and possibilities for strengthening resilience in the psychodynamic approach, are presented. The stability of childhood attachment can change over life under the influence of various factors (protective, resilient), as well as through emotionally corrective experiences provided a reliable relationship with the therapist is in place. Orientation not only on analyzing the past, but also on opening the perspective of the future, with the inherent processes of planning and dreaming, maintaining resourceful memories, and, in general, supporting the client play an important role in the effectiveness of psychotherapy in the path of recovery after traumatic events and the development of resilience.

Key words: resiliency, psychodynamic approach, resilient factors, attachment theory, mentalization, stress inoculation, psychotherapy.

УДК 37.015.3:159.964.28
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-7

ПОЄДНАННЯ ПСИХОАНАЛІЗУ І ХРИСТИЯНСЬКОЇ ПЕДАГОГІКИ В ДІЯЛЬНОСТІ ОСКАРА ПФІСТЕРА

Євген Нелін, кандидат педагогічних наук, незалежний дослідник
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

INTEGRATION OF PSYCHOANALYSIS AND CRISTIAN PEDAGOGY IN OSKAR PFISTER'S ACTIVITIES

Ievgen Nelin, Candidate of Pedagogical Sciences, Independent Scientist
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0000-0001-5612-8589
ievgen.nelin@i.ua

Вступ. У першій половині XX ст. сформувалася думка, що психоаналіз і релігія є апріорі чужими один одному. Становленню цього стереотипу, зокрема, посприяла позиція фундатора психоаналізу — З. Фройда, який розглядав проблематику віри та релігії у світлі проявів індивідуального несвідомого та психології мас. У своїх роботах, зосереджених на проблемах аналізу суспільства, культури і релігії, як-от «Тотем і табу» (1913), «Майбутнє однієї ілюзії» (1927) та ін., З. Фройд припускав, що релігія починається там, де закінчується сила розуму та самосвідомість. Так, на його думку, якщо людина неспроможна за допомогою розуму впоратися з труднощами й ворожими силами, тоді вона вдається до ілюзорних «контрафектів», емоційне забарвлення яких допомагає придушити та взяти під контроль неприємні почуття. Аналізуючи психологічне коріння релігії, З. Фройд дійшов висновку, що її походження пов'язане з дитячим досвідом, коли дитина, зіштовхуючись із труднощами, зверталася по допомогу до свого батька, у силу і могутність якого непохитно вірила. Щоб не гнівити батька, дитина також підкорялася його волі та наказам. Це давало змогу дитині й надалі перебувати під опікою та захистом батька у складних життєвих ситуаціях. Таким чином, релігія, у розумінні З. Фройда, була яскравим прикладом дитячого неврозу нав'язливих станів, коли доросла людина, зіштовхуючись із труднощами, переймає поведінкові моделі раннього дитинства. Небезпека релігії, на думку З. Фройда, також полягала в тому, що вона вчить людей вірити в ілюзії і перешкоджає критичному мисленню, що приводить до збіднення інтелекту (Фройд, 2020).

Попри атеїстичні погляди З. Фройда, детальне вивчення історії психоаналізу як методу дослідження й лікування душевного життя особистості дає змогу знайти точки дотику між вченням про несвідоме та пастирською психологією. Проблема єдності методів психоаналізу з педагогікою і пастирською психологією неодноразово була предметом дослідження європейських учених. Зокрема, ідеї поєднання глибинної психології і релігії пронизували творчу діяльність К. Г. Юнґа, Е. Фромма, Ж. Лакана та ін. При цьому найбільший внесок у розробку цієї теми зробив один із найкращих друзів З. Фройда – протестантський священик О. Пфістер.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Просвітницька робота О. Пфістера неодноразово викликала інтерес дослідників психоаналізу. У працях італійських дослідників Р. Калдін (Caldin, 2016) та А. Чінотті (Cinotti, 2020), а також у статті М. В. Паім да Сілви (Paim da Silva, 2021) було акцентовано увагу на педагогічній діяльності О. Пфістера, зокрема на створенні методу педагогічного аналізу. Свої релігійно-просвітницькі ідеї О. Пфістер найбільш повно розкрив у праці «Християнство і страх» 1944 року. Однак, попри наявну мережу літературних джерел, ідеї швейцарського священика досі залишаються недостатньо відомими українському психоаналітичному співтовариству.

Мета статті – зробити огляд ключових подій життєвого шляху О. Пфістера й ознайомити з його основними поглядами на релігію і можливість поєднання психоаналізу та педагогіки.

Виклад основного матеріалу. О. Пфістер народився у 1873 р. в районі Відікон на південній околиці Цюріха. Майбутній священик і психоаналітик був наймолодшим із трьох синів Йоханеса і Луїзи. Його батько так само був протестантським священиком, а матір – учителем гри на фортепіано. Коли О. Пфістеру виповнилося три роки, його батько помер від туберкульозу, після чого матір забрала дітей до своїх батьків до м. Кенігсфельд-ім-Шварцвальд (Cooper-White, 2018). О. Пфістер зростав в атмосфері родинної підтримки, про що неодноразово говорив у листах до З. Фройда. Зокрема, в єдиному листі, який О. Пфістер надіслав після смерті З. Фройда до його дружини Марти (Бернайс) у 1939 р., він зазначив, що виріс без батька і все життя страждав від однобокого м'якого виховання, тоді як родина Фройда завжди була взірцем сім'ї, у якій панує свобода й безмежне щастя (Sigmund Freud – Oskar Pfister, 1963: 159).

Після трьох років життя у м. Кенігсфельд-ім-Шварцвальд родина О. Пфістера повернулася до Цюріха, де майбутній священик закінчив школу, а згодом теологічний факультет місцевого університету, після чого у 1897 р. розпочав проводити меси як представник Швейцарської реформаторської церкви. Після університетських студій з теології, історії, філософії і психології у Цюріху і Базелі, О. Пфістер пройшов курс психіатрії у Берліні. Того ж року О. Пфістер одружився з Ерікою Вундерлі, а через рік у подружжя народився єдиний син Роберт. У 1902 р. О. Пфістер розпочав служити меси в цюріхському Храмі проповідників (Predigerkirche), у якому залишався до 1939 р. Паралельно із церковною діяльністю О. Пфістер почав цікавитися психоаналізом і навіть намагався розробити метод педагогічного аналізу (Pedanaliysis). Свої ранні ідеї О. Пфістер реалізовував як викладач релігії однієї з кантональних середніх шкіл, а згодом і під час педагогічних семінарів, які він організовував на батьківщині К. Г. Юнґа у м. Кюснахт. Власне безпосереднє знайомство О. Пфістера з психоаналізом сталося у 1908 р. завдяки К. Г. Юнґу, який організував їхню зустріч із З. Фройдом у Відні (Cooper-White, 2018).

Свій персональний аналіз О. Пфістер проходив у Ф. Рікліна, який працював разом із К. Г. Юнґом і С. Шпільрейн у лікарні Бургхельцлі. У 1912 р. сталася подія, яка суттєво вплинула на психоаналітичні орієн-

тири О. Пфістера. Унаслідок конфлікту між К. Г. Юнґом і З. Фройдом О. Пфістеру довелося визначатися з підтримкою однієї зі сторін. Відчуваючи потребу в батьківській фігурі, втрата якої сформувала світогляд молодого священика, О. Пфістер усе своє життя наслідував батьківський образ. Бажаючи примирити у своєму внутрішньому світі два батьківські образи (власне рідного батька і З. Фройда), О. Пфістер поневолі переглянув і християнське віровчення, у якому архаїчна версія суворого й вимогливого Бога змінилася на ідею доброго Бога, який усіх підтримує і сприяє подальшому розвитку.

На конфлікт між К. Г. Юнґом і З. Фройдом О. Пфістер однозначно відреагував підтримкою свого «батька», а не «брата» в образі К. Г. Юнґа. Для того щоб підкреслити свою позицію, О. Пфістер опублікував працю «Психоаналітичний метод» (1913), вступ до якої написав З. Фройд. Однак через те, що переважна більшість представників Цюрихської психоаналітичної групи обрали сторону К. Г. Юнґа й покинули Міжнародну психоаналітичну асоціацію (Нелін, 2022: 151), О. Пфістер став у Цюріху вигнанцем. Унаслідок цього конфлікту О. Пфістер відразу повідомив З. Фройда про своє бажання доєднатися до Віденського психоаналітичного товариства. Для того щоб посилити позиції психоаналізу у Швейцарії З. Фройд радив О. Пфістеру стати співзасновником Швейцарського товариства психоаналізу (1919), однак більшість місцевих фахівців продовжили співпрацювати з К. Г. Юнґом і не приєдналися до нової структури, через що позиції О. Пфістера залишилися слабкими. Особливо це відчувалося після смерті З. Фройда, коли у розпал Другої світової війни пастирський психоаналіз став нікому не потрібний. Попри це творча спадщина О. Пфістера наново стала актуальної у 1970-х рр., а з 1983 р. АПА (Американська психіатрична асоціація) започаткувала щорічну нагороду на честь О. Пфістера, лауреатами якої були В. Франкл (1985), І. Ялом (2001) та інші відомі фахівці, які прагнули розширити психологічні практики в релігійній площині.

На тлі церковної роботи теоретичні розробки швейцарського психоаналітика стосувалися насамперед поєднання фройдизму з теологією, а в аспекті виховання концентрувалися переважно на проблемах сексуальної просвіти дітей батьками. Відомо, що О. Пфістер першим став розробляти ідеї психоаналітичного пасторства. Діяльність О. Пфістера також була спрямована на терапію девіантної поведінки підлітків і спроби навчити дітей приймати себе. У своїх працях, зокрема в роботі «Помилки батьків» (1929), О. Пфістер наголошував на тому, що заборона сексуальних проявів і фантазування часто призводить до гальмування інтелектуального розвитку дитини та заборони мислити загалом (Pfister, 1929).

При цьому основна діяльність О. Пфістера зосереджувалася на спробі поєднати психоаналіз з ідеями християнської педагогіки. У своїх педагогічних рефлексіях О. Пфістер акцентував увагу на потребі в правильному виході енергії любові (лібідо), яку він вважав головним духовним началом розвитку особистості. О. Пфістер визнавав, що образ християнства, в його розумінні, не відповідав загальноприйнятим у суспільстві поглядам. При цьому такий погляд начебто повністю відповідав ідеалу «християнства на службі людей», тобто християнства, яке робить життя людей кращим (Pfister, 2020). Як священик О. Пфістер вважав, що завдання істинної релігії «аналітичне», тоді як лукавої релігії – «синтетичне». Під аналітичним напрямом О. Пфістер розумів підхід, який допомагав людині розібратися зі своїми страхами й совістю завдяки повному прийняттю та любові. Натомість синтетичний підхід ґрунтувався на подоланні страхів через проведення різних ритуалів, які не спонукали до усвідомлення причини, а тому і не призводили до справжнього очищення й духовної чистоти. Таким чином, у працях З. Фройда О. Пфістер віднайшов психотерапевтичний інструмент, який давав прямий доступ до совісті («Над-Я») в її діалозі з особистістю («Я»). О. Пфістер розумів, що з раннього дитинства сфера «Над-Я» піддається надмірній ідеалізації, через що стає викривленою. Тому, щоб виправити та скорегувати надмірно ідеалізоване «Над-Я», О. Пфістер радив церковному духівництву використовувати методи глибинної психології і насамперед ідеї З. Фройда.

Розвиваючи педагогічний аналіз, О. Пфістер стверджував, що почуття свободи у дітей повинне мати релігійне, а не конфесійне значення. Внутрішні перешкоди, що заважають дітям діяти свідомо, призводять до того, що їхні сильні бажання та ідеї потрапляють у несвідоме; через них імпульс не може проявитися відкрито, що призводить до розщеплення особистості на свідому і несвідому, а за певних обставин до перебільшення свідомих прагнень (Pfister, 1917). Відповідно до ідей О. Пфістера, будь-яка система освіти повинна сприяти поступовому переходу від самоцентризму дитини до свідомої свободи й солідарності. Досліджуючи психологію несвідомого, О. Пфістер вказував на те, що моральні й релігійні почуття можуть бути витиснені конфліктом із низькими пристрастями людської природи. Унаслідок цього згодом з'являються інші формації, які змінюють ідеї та бажання, що перебувають під порогом свідомості. Дослідниця внеску О. Пфістера А. Пашова зазначає, що буденні мрії і фантазії дитини не повинні жодним чином пригнічуватися, але повинні чесно переживатися, особливо під час гри, адже людина по своїй суті є істотою імпульсивною. А. Пашова наголошує, що імпульси, не зважаючи на те що виникають із часто невідомих мотивів, можуть бути піднесені на користь індивіда й суспільства. Відповідно освітня практика, яка ґрунтується на зв'язку між внутрішніми підсвідомими імпульсами та їх зовнішнім виявом, є цілісною, а цілісна особистість формується винятково у взаємодії із відповідним середовищем (Pashova, 2022: 196).

Розмірковуючи над творчим спадком О. Пфістера, бразильський дослідник психоаналітичної педагогіки М. Паім да Сілва зазначив, що О. Пфістер розвивав ідею практичного застосування психоаналітичної техніки в освіті і терапії дітей (Paim da Silva, 2022). Дослідник наголосив, що О. Пфістер намагався переорієнтувати увагу несвідомих сил на добро, сприяв внесенню релігійних аспектів у передачу знань учням, робив акцент на релігії як спасінні та джерелі радості й підтримки в небезпечних моментах. Завдяки його ідеям педагогіка відділилася від психоаналізу, адже завдання вчителя в моделі О. Пфістера полягало в передачі духовно-морального спрямування учням, тобто учитель мав виступати як ідеальна модель для наслідування (Paim da Silva, 2022: 29).

Попри намагання О. Пфістера наблизити психоаналіз до християнства, після ІІ Світової війни ідеї фройдизму активно піддавалися критиці з боку католицької церкви. Зокрема, голова інквізиції кардинал А. Оттавіані ставив психоаналіз в один ряд із марксизмом, фемінізмом, лібералізмом та всіма формами атеїзму. Водночас прогресивно налаштоване духівництво прагнуло використовувати ідеї фройдизму, щоб довести, що психоаналіз допомагає встановити контакт людини з людиною і людини з Богом, чого не вдавалося зробити в умовах академічної науки. У підсумку в другій половині XX ст. католицькому духівництву вдалося домогтися від Папи Римського доброзичливо-нейтрального ставлення до психоаналізу на службі в церкви (Foschi, Innamorati & Taradel, 2018).

На думку італійських науковців Р. Калдін (Caldin, 2016) та А. Чінотті (Cinotti2020), саме О. Пфістеру, з-поміж іншого, належить авторство поняття «психоаналітична педагогіка» у 1913 р. Зокрема, Р. Калдін стверджує, що О. Пфістер успішно поєднав піклування, виховання, психоаналітичну діагностику і профілактику девіантних проявів (Caldin, 2016). Завдяки спробі впровадити психоаналіз у педагогіку, освіта дітей стала більш розсудливою у виборі методів навчання та виховання. Психоаналіз в освіті 1920-х рр. допоміг зрозуміти багатогранні рамки особистості, усунути помилки у виховних діях, а також адекватно реагувати на актуальні освітні потреби. Зважаючи на це, як вважає Р. Калдін, у межах психоаналітичної педагогіки визначились дві цілі – негативна, коли відбува-

ється корекція поведінкових проявів дитини, і позитивна (проактивна), коли діяльність спрямована на розвиток обдарованості й автономію особистості (Caldin, 2016). У цьому контексті, як вважає А. Чінотті, психоаналітична педагогіка О. Пфістера акцентувала увагу на проблемах піклування й турботи, тоді як в європейській освіті початку XX ст. домінували ідеї безособового нагляду та тотального контролю (Cinotti, 2020: 34).

Висновки. Попри незначний вплив на міжнародний психоаналітичний дискурс, діяльність О. Пфістера стала певним чином визначальною в аспектах розширення психоаналізу за межі терапевтичної практики. О. Пфістер був пастором церкви, учителем середньої і релігійної шкіл, пропагандистом фрейдівського психоаналізу. З-поміж іншого, творчі ідеї О. Пфістера суттєво вплинули на розвитку теорії психоаналітичної педагогіки і християнського виховання. На тлі панування у країнах Європи авторитарного виховання, О. Пфістер прагнув направити педагогіку таким чином, щоб на зміну примусу та диктату прийшло моральне виховання й усвідомлене ставлення дітей до навчання. Спроби О. Пфістера поєднати християнство і психоаналіз отримали новий імпульс серед психоаналітиків другої половини XX ст. Зокрема, французька дослідниця Ф. Дольто спробувала поєднати релігію та психоаналітичну педагогіку в праці «Євангеліє у світлі психоаналізу» (1977). Намагаючись відтворити різні практики психоаналітичної педагогіки, перспективи подальших розвідок вбачаю у дослідженні ідей Ф. Дольто.

Список літератури:

Нелін, Є. В. (2022). Витоки юнгіанської психоаналітичної педагогіки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*. № 86. 150–155. https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2022.86.29.

Фройд, З. (2020). *Тотем і табу*. Харків: Фоліо. 272 с.

Caldin, R. (2016). Oskar Pfister. La pedagogia psicoanalitica. In P. Crispiani (ed.), *Storia della Pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*. 333–342. Pisa: ETS.

Cooper-White, P. (2018). *Old and dirty gods: Religion, antisemitism, and the origins of psychoanalysis*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Cinotti, A. (2020). La Pedagogia Psicoanalitica di Oskar Pfister. Traiettorie di educative nella disabilità. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*. V. 8. № 2. 33–43. https://doi.org/10.7346/sipes-02-2020-02.

Foschi, R., Innamorati, M. & Taradel, R. (2018). "A Disease of Our Time": Catholic Church's Condemnation and Absolution of Psychoanalysis (1924–1975). *History of Behavioral Sciences*. Vol. 54. Iss. 2. 85–100. URL: https://doi.org/10.1002/jhbs.21894.

Paim da Silva, M. V. (2021). Psicanálise e Educação: Necessidade de Uma Relação no Processo de Ensino-Aprendizagem. *Revista Velho Chico*. Vol. 1. № 1. URL: http://tvc.lapa.ifbaiano.edu.br/ojs/index.php/rvc/article/view/10/2.

Pashova, A., Vodenicharov, P. (2022). The Movement for New Education in the Interwar Period. Women's Access to Science and Culture. In *Academic cultures between Dependencies and Independencies in the interwar Black Sea Region*. University Publishing House Neofit Rilski, Blagoevgrad.

Pfister, O. (2020). *Christianity and Fear A Study in History and in the Psychology and Hygiene of Religion*. London. Routledge. URL: https://doi.org/10.4324/9781003109587.

Pfister, O. (1929). Elternfehler. *Verlag der Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik*. III. Jahrgang. Heft 7. April 1929. Wien. URL: https://archive.org/details/Pfister_1929_Elternfehler_k/mode/2up?view=theater&ui=embed&wrapper=false.

Pfister, O. (1917). The domain of the pedanalysis. In O. Pfister & C. R. Payne (Trans.), *The psychoanalytic method*. 529–534. Moffat, Yard & Company. https://doi.org/10.1037/13862-024.

Sigmund Freud – Oskar Pfister: Briefe (1907–1926). (1965). Frankfurt/M.: Fischer.

Анотація. У статті розкриваються основні віхи життя і ключові ідеї О. Пфістера. Зазначено, що О. Пфістер народився в Цюріху в родині протестантського священика і вчительки гри на фортепіано. Попри те що батько О. Пфістер помер через три роки після народження сина, своє подальше життя Оскар так само пов'язав із релігією. Через те що християнська церква не могла, на думку О. Пфістера, задовольнити духовні потреби людей, молодий священик прагнув розробити підхід, який допомагав би іншим людям розібратися зі своїми страхами й совістю. Для цього О. Пфістер почав вивчати і впроваджувати ідеї З. Фрейда, з яким протягом життя підтримував дружні відносини. Крім того, О. Пфістеру вдалося вплинути на представників католицької церкви і посприяти доброзичливо-нейтральному ставленню Папи Римського до психоаналізу. Намагаючись поєднати ідеї психоаналізу і християнського виховання, О. Пфістер розробив своєрідний метод педагогічного аналізу (педаналізу), який полягав у терапії девіантної поведінки підлітків і намаганні навчити дітей приймати себе. При цьому ключове завдання вчителя полягало в передачі духовно-морального спрямування учням, тобто вчитель мав виступати для учнів ідеальною моделлю для наслідування. Завдяки діяльності О. Пфістера в межах психоаналітичної педагогіки визначились дві цілі – негативна, коли увага концентрується на корекції поведінкових проявів дитини, і позитивна, коли діяльність спрямована на розвиток обдарованості й автономію особистості. Зроблено висновок, що на тлі панування у країнах Європи авторитарного виховання О. Пфістер прагнув направити педагогіку таким чином, щоб на зміну примусу та диктату авторитарної системи прийшло моральне виховання й усвідомлене ставлення дітей до навчання. Підсумовано, що творчі ідеї О. Пфістера отримали новий імпульс у другій половині XX ст. і досі викликають інтерес фахівців.

Ключові слова: Оскар Пфістер, християнське виховання, педагогічний аналіз, педаналіз, психоаналітична педагогіка, психоаналіз.

Abstract. The article reveals the main milestones of life and key ideas of O. Pfister. It is noted that O. Pfister was born in Zurich into a family of a Protestant priest and a piano teacher. Despite the fact that O. Pfister's father passed away three years after the birth of his son, Oscar continued to have a strong connection with religion throughout his life. Because the Christian church, according to O. Pfister's perspective, couldn't satisfy people's spiritual needs, the young priest sought to develop an approach that would help others deal with their fears and conscience. For this purpose, O. Pfister began studying and implementing the ideas of Sigmund Freud, with whom he maintained friendly relations throughout his life. Additionally, O. Pfister managed to influence representatives of the Catholic Church and contribute to a friendly-neutral attitude of the Pope towards psychoanalysis. Attempting to merge the ideas of psychoanalysis and Christian upbringing, O. Pfister developed a unique method of pedagogical analysis (pedanalysis), aimed at treating deviant behavior in adolescents and teaching children to accept themselves. In this context, the teacher's key task was to convey spiritual and moral guidance to the students. In other words, the teacher was supposed to serve as an ideal role model for students to emulate. Thanks to O. Pfister's work within the realm of psychoanalytic pedagogy, two goals were identified – a negative goal, focusing on correcting a child's behavioral manifestations, and a positive goal, aimed at developing giftedness and personal autonomy. The conclusion is drawn that against the backdrop of authoritarian education prevailing in European countries, O. Pfister aimed to redirect pedagogy in a way that moral education and conscious attitudes towards learning would replace the compulsion and dictation of the authoritarian system. In summary, it is noted that the creative ideas of O. Pfister received a new impulse in the second half of the 20th century and continue to arouse the interest of experts to this day.

Key words: Oscar Pfister, Christian upbringing, pedagogical analysis, pedanalysis, psychoanalytic pedagogy, psychoanalysis.

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-8

РОЛЬ МАТЕРІ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ У ФОРМУВАННІ ДИСГАРМОНІЙНИХ ПАРТНЕРСЬКИХ СТОСУНКІВ ОСОБИСТОСТІ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

Маріанна Ткалич, докторка психологічних наук, професорка, психотерапевтка за методом символдрами,
професорка кафедри психології
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

Наталія Глотова, навчаюча психотерапевтка за методом символдрами,
аспірантка кафедри психології
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна

THE ROLE OF A MOTHER WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN THE DEVELOPMENT OF THE PERSON'S DISHARMONIOUS PARTNER RELATIONSHIPS IN ADULT AGE

Marianna Tkalych, Doctor of Psychological Sciences, Professor, training psychotherapist of the Symboldrama method,
Professor at the Department of Psychology
Zaporizhzhia National University
Zaporizhzhia, Ukraine
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0000-0003-4101-9659
tkalych.m@znu.edu.ua

Nataliia Hlotova, training psychotherapist of the Symboldrama method,
Ph.D. Student at the Department of Psychology
Zaporizhzhia National University
Zaporizhzhia, Ukraine
https://orcid.org/0000-0002-8037-7718
77tetiva@gmail.com

Вступ. Створюючи стосунки, кожна людина приходить зі своїм багажем знань, досвіду, переконань, який може збагатити партнерство, а може й завадити побудувати здорові партнерські стосунки. Процес формування та розвитку кожної особистості, безперечно, найбільше пов'язаний із батьківськими фігурами: матір'ю та батьком, стосунки з якими впливають на подальший шлях особистості і які можуть бути рольовою моделлю для побудови партнерських та інших особистих стосунків у дорослому віці. Тому дослідження окремих аспектів взаємодії та виховання дітей у дисфункціональних відносинах із матерями, у яких були наявні ознаки межового розладу особистості (МРО), є не лише цікавим, а й важливим для психотерапевтичної практики та для напрацювання інструментів психотерапевтичної допомоги дорослим клієнтам і пацієнтам, які мають негативні наслідки виховання матерями з МРО.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Материнська роль і функція у формуванні особистості вивчена чи не найбільше (Кехеле Х. та ін., 2021; Chodorow, 1978; Diem-Wille, 2011; Forward et al., 2013; Harris, 1997; Rheingold, 1967; Webster, 2021; Weldon, 1992; Zoja, 2001). Важливими в контексті нашого дослідження вбачаються роботи, які присвячені напруженості, непередбачуваності, непостійності стосунків із матір'ю з межовим розладом особистості (Лоусон, 2023); загрозливості в розвитку стосунків «межової матері» та її дитини (Chlebowski, 2013); стосунків матері, яка не може любити, і дочки, а також з'ясуванню того, якими є шляхи зцілення для дорослих дочок матерів із межовими розладами (Forward et al., 2013); терапії стосунків матерів із межовим розладом та їхніх дітей (Francis et al., 2023). У роботах Е. Велдон, С. Рейнголда також розглянуто патологічні патерни взаємодії матерів, які мають психотичні або межові розлади, з їх дітьми та до яких наслідків у житті цих дітей в дорослому віці це може призвести (Rheingold, 1967; Weldon, 1992).

В аналізі межового розладу особистості ми також спиралися на відповідні діагностичні довідники й мануали діагностики структурного рівня розвитку особистості (DSM-5, 2023; OPD-2, 2007), а також роботи щодо важких особистісних розладів (Kernberg, 1984, 1992) і особливостей психологічної деструктивності особистості в екзистенційному вимірі (Fromm, 1984). У контексті травмівного досвіду дітей, які виховані матерями з межовим розладом особистості, важливим вбачається розглянути роботи з травми розвитку та комплексного посттравматичного стресового розладу, в тому числі сформованого під впливом батьківської родини (Ван Дер Колк, 2023; Воллін, 2023; Герасименко та ін., 2023; Герман, 2015; Міллер, 2023; Brisch, 2004).

Напрями психотерапії та допомоги дорослій людини, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку, представлені не так систематизовано, а скоріше фрагментарно – у ширшому контексті травм розвитку й особистісних дисфункцій (Levin, 1997; Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015; Webster, 2021; Forward et al., 2013).

На наш погляд, тема дисгармонійних партнерських та інших особистих стосунків, які сформувалися в тому числі й під впливом виховання батьками (насамперед матір'ю) з МРО, потребує більш ґрунтовного вивчення на рівні емпіричної розвідки та подальшого теоретичного узагальнення.

Метою статті є узагальнення теоретичних положень і результатів емпіричних досліджень щодо впливу мате-

рів з МРО на дорослі стосунки їхніх дітей крізь призму травми розвитку.

Виклад основного змісту. Логіка викладення матеріалу статті нам вбачається такою: проаналізувати створення й розбудову стосунків особистістю в дорослому віці як наслідок дитячо-батьківських стосунків; визначити критерії та ризики травми розвитку та її наслідків у деструктивних дитячо-батьківських стосунках теоретично та на прикладах; навести діагностичні критерії МРО й особливості матерів з МРО, їх вплив на власних дітей; визначити стратегії психотерапевтичної допомоги дорослій людини, яка була вихована матір'ю з МРО.

Почнемо з *аналізу створення та розбудови стосунків особистістю в дорослому віці як наслідку дитячо-батьківських стосунків*.

Впізнавання та вибір партнера може здійснюватися як усвідомлено, так і неусвідомлено. У батьківській сім'ї у кожного індивіда формується певний досвід переживання близькості і прив'язаності (Chen, 2019). У роботах Е. Чен, С. Джонсон, Г. Дім-Вілле, Д. С. Шарфф та ін., К. Е. Лоусон (Chen, 2019; Джонсон, 2023; Diem-Wille, 2011; Scharff Jill S. et al., 2000; Лоусон, 2023) визначено, що в ранньому дитинстві формується умовно позитивний (зі значущими дорослими, з якими нам було приємно та безпечно) і умовно негативний (з тими ж або іншими значущими дорослими, з якими індивід переживав фрустрацію, страх, тривогу тощо). Це збірні образи тих, із ким людині буде добре чи погано в цій близькості. Вони формуються на підставі минулого досвіду, і під час зустрічі з партнером, який подобається, індивід може неусвідомлено проєктувати на нього ті риси, які подобалися або викликали жах.

У першому випадку, коли з досить хорошими дорослими в дитинстві була сформована надійна прив'язаність, індивід обирає партнера, певною мірою схожого на первинні значущі об'єкти позитивними рисами характеру для відтворення приємного досвіду стосунків. У другому випадку, коли досвід дитини у стосунках із батьками був стресовим або травматичним, спрацьовує так звана воронка травми (Levin, 1997). Сформована внаслідок деструктивних стосунків із дорослими ненадійна, тривожно-уникаюча, тривожно-амбівалентна або дезорганізована прив'язаність змушує дітей, які виросли, шукати можливість відтворити травматичний досвід, щоб позбутися напруги, яка накопичилася за роки, і розв'язати внутрішні конфлікти через відігравання драми (Scharff et al., 2000). Таким чином, досвід травми, одного разу вже завдавши шкоди особистості і при цьому залишаючись незціленим, неінтегрованим, «штовхає» індивіда до постійного відтворення драматичного сценарію стосунків дитинства вже в дорослому віці. Також неусвідомлений вибір партнера може здійснюватися на основі звичності, з позиції травматичного впізнавання, знайомого та єдиного досвіду, що був можливий із батьками й іншими значущими дорослими та який засвоївся як норма. Людина з уникаючою формою прив'язаності іноді формує контрзалежність і в принципі відмовляється від стосунків, захищаючись від будь-якої форми близькості не з бажання бути самотнім і отримувати від цього задоволення, а зі страху знову пережити травматичний досвід близькості.

Визначимо *критерії і ризики травми розвитку та її наслідків у деструктивних дитячо-батьківських стосунках теоретично та на прикладах*.

Почнемо з узагальнення деяких критеріїв травми, які буде також прокоментовано нижче: травматична подія викликає порушення процесу символізації та порушує, згідно з другою теорією травми Фройда, стимульний бар'єр психіки. Лібідо переноситься на самого суб'єкта, що приводить до фіксації на травмі у вигляді спроби її контролю. Серед можливих наслідків травматизації зазвичай розглядають регрес до оральної стадії розвитку, переміщення лібідо з об'єкта на «Я», ремобілізацію садомазохістичних інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизацію «Я», ідентифікацію з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Над-Я», а також деструктивні зміни в «Я-ідеалі».

Травмою для дитини можуть стати такі ситуації, коли догляд за дитиною не здійснюється належним чином, відбувається ігнорування та нехтування потребами дитини, експлуатація та насильство, порушення довіри та кордонів. Наприклад, в роботах, К. Е. Лоусон, Б. Ван Дер Колка, С. Форвард та Д. Ф. Глинн (Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Forward et al., 2013) визначено:

- незадоволення базових потреб у підтримці здоров'я тіла дитини, захисті, в їжі, воді, комфорті, безпеці, тілесному (не сексуальному) контакті;
- сексуальне, емоційне, фізичне, фінансове насильство;
- нездатність матерів із розладом особистості контейнувати почуття своєї дитини, провалюючись у власні переживання і регресуючи на інфантильний рівень мислення, сприйняття і поведінки;
- неадекватні за віком, силою, тривалістю та формою покарання;
- систематичне порушення довіри та кордонів дитини;
- виснажлива фізична робота, яка не відповідає віку і силам дитини;
- примус до ритуалів релігійного культу або культоподібних організацій;
- регулярне приниження або примушування до чогось;
- неадекватна критика, конкуренція з дитиною, заздрість до дитини, заборона на розвиток і сепарацію;
- гіперопіка – гіпоопіка, гіперконтроль – гіпоконтроль;
- травма свідка: дитина стає учасником або свідком потворних сцен, афективної, неадекватної, імпульсивної поведінки батьків, насильства з боку батьків один до одного або до її сиблінгів;
- мати страждає на одну з форм залежностей або психічні відхилення;
- дитина змушена брати на себе непосильну ношу будь-яких зобов'язань і ставати батьками для інших або самої себе тощо.

Звичайна, одинична травматична ситуація від травми розвитку відрізняється тим, що в цьому випадку шкода, яку завдають дитині, буде регулярною, систематичною і супроводжуватиме її весь період становлення на всіх стадіях психосексуального розвитку, що, безумовно, може позначитися на деформації як фізичного, так і психічного розвитку дитини і, як наслідок, викликати складний (або комплексний) посттравматичний стресовий розлад (КПТСР / CPTSD), також відомий як складний травматичний розлад. КПТСР – це психологічний розлад, що може розвиватися у відповідь на тривалий, повторюваний досвід міжособистісної травми в такому контексті, у якому людина має мало шансів або не має змоги цього уникнути. У роботах М. Веста, К. Е. Лоусон, П. Уолкера, Дж. Герман (West, 2016; Лоусон, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015) цю травму визначено травмою розвитку, оскільки весь стресовий і, як наслідок, травматичний досвід супроводжує всі періоди розвитку дитини. Цей досвід може спричиняти почуття жаху, безпорадності, тотальної вразливості та деформації своєї ідентичності й почуття «Я».

Найчастіше діти, які пережили регулярний травматичний досвід, що спричинив травму розвитку та/або КПТСР, для того, щоб пережити цей досвід і вижити, розвивають у собі досить потужні, частіше примітивні захисні механізми, серед яких: розщеплення, заперечення, дисоціація, примітивна ізоляція та ізоляція афекту, а також витіснення. Виростаючи, вони «не пам'ятають» (витісняють)

деякі періоди свого дитинства або уникають про них говорити, не можуть відрізнити норму стосунків від патології; у них значно підвищений рівень толерантності до насильства та неадекватної поведінки інших. Вони часто не розуміють своїх потреб і бажань, не мають достатньо хорошого зв'язку з власним тілом, відчувають тривогу в стосунках, які нічим не загрожують, а отже, момент фрустрації неможливо контролювати, тож зазвичай створюють деструктивні стосунки, що переповнені тривогою, насильством, непередбачуваністю тощо. Пов'язано це з можливістю використання різних копінг-стратегій: якщо індивід не може втекти або боротися з агресором, то він має використовувати інші стратегії: завмерти або адаптуватися. І заперечення, витіснення та відщеплення цього досвіду чи почуттів, а також примітивне скидання напруги (через конфлікт, відігравання, вживання психоактивних засобів, соматизацію тощо) є «рятівним жилетом» для таких дітей, свого роду «анестезією» від больового шоку, від усвідомлення того, що в їхньому дитинстві з ними відбувалося насправді у стосунках із найважливішими та найзначущими людьми.

Якщо, наприклад, у хлопчика була інфантильна, імпульсивна, мазохічна мати, мати-жертва, яка вимагала багато уваги й батьківської протекції від своєї дитини, вона не могла встановити адекватний емоційний контакт із дитиною і бути для неї надійним дорослим (Лоусон, 2023). На наш погляд, оскільки дитині життєво важлива прив'язаність до матері, вона починає неусвідомлено піклуватися про матір, яка страждає, намагаючись «підтримувати в ній життя» своєю опікою і турботою, через механізм парентифікації, стаючи для неї батьком. Така мати, щоб вгамувати свій внутрішній голод та отримати своє, маніпулювала своєю слабкістю і страхом дитини втратити її. Коли така матір впадала в депресивний або істеричний стан, то дитина намагалася або реанімувати, або контейнувати її знову і знову. Так у дитини сформувалося травматичне ядро: «Я слабкий і залежний, проте я не маю права про себе потурбуватися і просити про допомогу свою матір, бо вона ще більш залежна від мене. Тому я не маю права бути слабким і дбати про себе, а мушу, на шкоду власним потребам, дбати про матір» (цит. автора статті — прізвище приховане для рецензування).

Таке травматичне ядро формує навколо себе так званий атрактор, який є своєрідним «магнітом» і зумовлює характер стосунків уже дорослого чоловіка як залежно-мазохістський. І вже в дорослому віці для нього «нормальна» близькість у партнерстві здається такою самою, як з матір'ю в дитинстві. Жінки з іншою поведінкою просто не викликають у нього жодного інтересу, адже він знає тільки такий формат близькості – співзалежний і мазохістський. У кожних нових стосунках дорослий чоловік намагатиметься виправити те, що не зміг виправити в дитинстві та чому не міг зарадити відповідно до таких можливих варіантів:

1) шукатиме жінок, схожих на його матір: слабких, залежних, інфантильних, безпомічних і вибагливих, яких треба нескінченно «рятувати»;

2) назавжди залишиться для своєї матері «партнером» і «батьком» і не зможе емоційно сепаруватися для побудови власної сім'ї чи партнерських стосунків;

3) взагалі уникатиме будь-якої відповідальності перед жінкою та дітьми, оскільки чоловіком і батьком він уже був для своєї матері все своє дитинство і «набувся» на все подальше життя.

Ще одним прикладом формування цілої низки таких специфічних захистів і патологічних компенсаторних механізмів може бути історія молодої жінки 35 років, яка прийшла до психотерапевта із запитом щодо наявності певних проблем у партнерських стосунках і ставленні до власного тіла. Аналіз поведінки її матері дав змогу визначити таке: хиткий настрій матері, постійні невмотивовані тривалі сварки, порушення кордонів, образи, роздратування, невміння розпоряджатися грошима та ін. Клієнтка описувала свою матір як істеричну, слабку жінку, яка зовсім не могла контейнувати будь-які негативні власні почуття. У підлітковому віці клієнтка емоційно закрилася від матері; у 15 років почала працювати та заробляти на власні потреби, рано з'їхала з батьківського дому, багато вчилася, створила кар'єру, здобула фінансову незалежність, але не могла створити стабільні партнерські відносини з чоловіком, хоча дуже прагнула цього й відчувала себе самотньою. Дисгармонія особистих стосунків в неї проявлялася в нездатності підтримувати емоційну близькість за можливості функціонально дуже добре дбати про себе й інших. Будь-яка залежність, відповідальність і прагнення до прив'язаності в партнерських відносинах, де вона відчувала любов, викликали в неї сильне відчуття страху і, як наслідок – контрзалежність та уникання.

Звідси можна зробити висновок, що одними з найпоширеніших наслідків дитячих травм, отриманих у стосунках зі значущими дорослими (особливо матір'ю), є нездатність або страх будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю та отримувати благополучний досвід батьківства або турботи про когось іншого. Коли такий дорослий клієнт приходить у психотерапію, то в процесі збору анамнезу доволі часто з'ясовується, що в цієї людини в дитинстві були деструктивні стосунки з матір'ю, яка страждала на якийсь розлад особистості межового або психотичного спектра.

Особливо деструктивний вплив на психіку дитини може мати наявність в одного з батьків межового розладу особистості (МРО). Здебільшого цей згубний вплив на психіку дитини чинить наявність розладу в матері, оскільки в перші роки вона є найголовнішим первинним об'єктом, що здійснює піклування та догляд за дитиною (або має здійснювати) (Лоусон, 2023; Rheingold, 1967; Воллін, 2023; Forward et al., 2013). Саме фактор регулярності та систематичності повторення травматичного досвіду впливає на виникнення травми розвитку в дитини, яка супроводжується низкою наслідків у когнітивно-поведінковій, емоційній, психічній чи фізичній сферах розвитку дитини.

М. Лайнен підкреслює особливо згубний вплив емоційної вразливості та дисрегуляції емоцій за наявності МРО: високої чуттєвості, інтенсивних реакцій, повільного відновлення (Linehan, 1993), які впливають на засвоєні патерни регуляції афекту дітьми таких матерів і їх здатність регулювати, контейнувати, відігравати емоції в особистих (партнерських, дружніх, робочих, сімейних, тощо) стосунках у дорослому віці.

Наведемо *діагностичні критерії МРО, а також особливості матерів із МРО і їхній потенційний вплив на власних дітей*.

Загалом межовий розлад особистості характеризується дифузними, слабкими его й ідентичністю, низьким рівнем особистісної інтеграції, переважаючою тенденцією до надмірної лабільності, гіперчутливості в міжособистісних стосунках, нестабільною самооцінкою, коливаннями настрою у вигляді крайнощів, раптовими, інтенсивними афектами й імпульсивністю (Kernberg, 1984, 1992). Межовий розлад особистості, відповідно до DSM-5 (DSM-5, 2023) характеризується стійким патерном нестабільних міжособистісних стосунків, уявлень про себе та переживань, а також помітною імпульсивністю, що виникає в ранньому дорослому віці та проявляється у різних контекстах.

Операціоналізована психодинамічна діагностика (OPD-2, 2007) визначає такі діагностичні критерії помірно (високий межовий рівень) або мало (низький межовий рівень) інтегрованих пацієнтів: мають труднощі з регуляцією афектів; реагують на афект полярною афектацією: від інтенсивного гніву, агресії до депресивних епізодів; мають труднощі в стосунках, з емоційною близькістю, в роботі;

схильні до адиктивної поведінки, РХП (розладів харчової поведінки), сексуальних компульсій, гемблінгу та ін.; схильні до саморуйнівної поведінки, самоушкоджень, проміскуїтета, фінансової ризикованої поведінки як реакції на сильний стрес. Основні захисні механізми, які використовують на цьому рівні інтеграції: розщеплення, проєктивна ідентифікація, заперечення, примітивна ізоляція, всемогутній контроль, відігравання, соматизація.

Пацієнти з МРО не витримують самотності; докладають суттєвих зусиль, щоб їх не залишили наодинці; породжують кризові ситуації; часто намагаються розв'язати питання шантажем, обманом, маніпуляціями й ультиматумами; схильні до спалахів агресії та аутоагресії, суїцидальних тенденцій і саморуйнування.

Частково це пов'язано з генетичною схильністю людини до МРО (Лоусен, 2023). Генетична схильність до патологічної реакції на стрес у життєвому середовищі може проявлятися як спадковий компонент. Серед родичів першої лінії споріднення пацієнтів із МРО ймовірність виникнення аналогічного розладу в п'ять разів вища порівняно з іншими. Зазвичай в анамнезі клієнтів, які мали матір з МРО, є й інші родичі, які мали схожі симптоми (бабусі, дідусі, дядьки, тітки). Також МРО може бути спричинений власним травматичним досвідом матерів, наслідками деяких інфекційних захворювань чи травм головного мозку, неврологічними та психічними захворюваннями ендогенного характеру (що може призвести до порушень функцій мозку й нейрорегуляторних систем), а також проблемами в емоційній сфері, що виражаються в нездатності витримувати власні та чужі емоційні стани, контролювати афекти й імпульси, алекситимією. Частково така поведінка матерів з МРО пов'язана з так званою педагогічною запущеністю, тобто невмінням по-іншому вирішувати труднощі й отримувати увагу та турботу інших у більш конструктивний спосіб: у досвіді соціалізації інших варіантів поведінки не було представлено.

Люди з МРО вважають, що це відкидання і покинутість свідчать про те, що вони погані. Вони бояться бути покинутими, відкинутими, покараними, тому вони не хочуть і не можуть залишатися на самоті. Ці пацієнти, як правило, раптово, різко й кардинально змінюють свою точку зору. На початку стосунків вони можуть ідеалізувати своїх партнерів (і терапевта) або тих, хто піклується про них, вимагаючи, щоб на них витрачали багато часу і сил. Потім їхні «емоційні гойдалки» починають рухатися у зворотному напрямку, і вони раптово можуть відчути, що партнер недостатньо про них дбає, і будуть сильно розчаровані. Нарешті вони можуть почати принижувати іншого або відчувати нарцисичну лють і намагатися відкинути, покарати або знищити того, хто не погодився з ними або не віддав усього себе. Цей перехід від ідеалізації до знецінення відображає їхнє чорно-біле мислення (розщеплення, поділ на хороших і поганих). Пацієнти з МРО можуть співпереживати й піклуватися, тільки якщо відчувають, що інший буде доступним для них щоразу, коли це їм потрібно. Якщо бажаний об'єкт з якоїсь причини не доступний, то вони можуть переживати стійке відчуття порожнечі.

Самооцінка матерів з МРО дуже нестійка, може різко й кардинально змінюватися, проявляючись раптовою зміною своїх цілей, цінностей, суджень, напрямів кар'єри, друзів тощо. В один момент вони можуть вимагати підвищеної уваги, а наступної миті можуть спалахнути гнівом, що з ними поводяться неправильно, і відштовхнути своїх друзів, дитину або партнера. Як правило, вони вважають себе поганими, а іноді відчувають, що вони зовсім не існують, наприклад, коли ніхто не піклується про них. Часто вони відчувають внутрішню порожнечу й розуміють себе тільки через стосунки з іншими.

Зміни настрою (наприклад, інтенсивна дисфорія, дратівливість, тривога) зазвичай тривають лише кілька годин, рідко більше кількох днів. Така інтенсивність, чутливість і полярні прояви дуже виснажують як самих матерів з МРО, так і їхніх близьких. Пацієнти з межовим розладом особистості часто беруть на себе більше, ніж готові або хочуть виконувати, а потім саботують і себе, й інших, коли вже майже досягли своєї мети. Їм складно виконувати зобов'язання, що вимагають стабільності, зусиль і рутини. Наприклад, мати з МРО може не готувати їжу для своїх дітей або не прибирати будинок кілька тижнів чи місяців, а потім раптово приготувати кілька страв і влаштувати генеральне прибирання.

Пацієнти, діти матерів з МРО, називають імпульсивність, непередбачуваність і неконтрольовану агресію найбільш фруструючими факторами. Оскільки саме ці три чинники не дають змоги дитині адаптуватися до постійно мінливої ситуації, клімату в сім'ї та настрою матері. Така поведінка, безсумнівно, завдає шкоди дитині, що формується, для якої стабільність матері є визначальною ознакою безпеки всього світу. Серед інших форм імпульсивної поведінки матерів із МРО їхні діти називають азартні ігри, небезпечний секс із малознайомими партнерами, переїдання, безвідповідальне водіння автомобіля, зловживання наркотичними, психоактивними речовинами та ліками, а також надмірні й імпульсивні витрати, які призводять до боргів і розорення. У таких матерів дуже поширена суїцидальна поведінка, жести, а також погрози самоушкодження (наприклад, нанесення порізів, опіків, демонстративна організація суїциду, псевдо-непритомність тощо). Незважаючи на те що багато самоушкоджувальних дій не вчиняються з ідеєю завершити життя, ризик самогубства в цих пацієнтів у 40 разів вищий, ніж у загальній чисельності населення. 8–10 % цих пацієнтів помирають унаслідок самогубства (Ван Дер Колк, 2023). І діти таких матерів постійно переживають навколосмертний досвід, сповнений жахом, який згодом змінюється відразою і тотальною байдужістю до почуттів і поведінки межової матері та подібних до неї людей.

Приводом для самоушкоджувальних дій або погроз зазвичай є непокора вимогам, відкидання, ризик бути покинутою, а також розчарування в близькій або коханій людині. Під час дисоціативного епізоду люди з МРО можуть наносити собі каліцтва, щоб компенсувати свій поганий стан, підтвердити свою здатність відчувати або відволіктися від хворобливих емоцій. Дисоціативні епізоди, параноїдальні думки, а іноді симптоми, подібні до психотичних (наприклад, галюцинації, нав'язливі або параноїдальні ідеї), можуть бути спричинені сильним стресом, зазвичай страхом покинутості, чи то реальним, чи то уявним. Вони, як правило, минають досить швидко: через декілька часів або днів.

Дуже часто в матерів з МРО спостерігаються супутні захворювання, які мають коморбідний характер. Наприклад, у більшості матерів із МРО наявна низка інших розладів, а саме депресія, тривожно-фобічні розлади (панічний, параноїдний розлад, ОКР, афективний, нарцисичний розлад тощо), посттравматичний стресовий розлад, антисоціальна поведінка, РХП та різні форми залежностей, пов'язані із вживанням психоактивних речовин тощо.

Таким чином, з огляду на нестабільність афектів та імпульсів матері з МРО, можна спостерігати в анамнезі дитини такої матері систематичний фруструючий досвід, який переживається як насильство, що зрештою призводить до формування травми розвитку, комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) і порушення довіри до значущих осіб і всього світу загалом.

Наслідки та прояви травми розвитку в дітей тих матерів, які мають МРО, для дорослого життя цих дітей, вміння і бажання встановлювати стосунки з іншими є важкими та різноманітними.

Дитина як об'єкт впливу, а також як суб'єкт стосунків, маючи певні потреби, протягом усього часу свого розвитку

переживає неодноразові фрустрації в стосунках з матір'ю, яка страждає на МРО. Це в підсумку може вплинути на те, що дитині не вдасться сформувати надійну прив'язаність і створити гармонійні партнерські відносини в дорослому віці (Лоусон, 2023). Така дитина, для того щоб уникнути дезінтеграції психіки та вижити, взяти під контроль жах, відчай і безпорадність, які виникають у відповідь на хаотичну поведінку матері з МРО, змушена вибудовувати специфічні захисти, які потім мають деструктивне відігравання в партнерських стосунках у дорослому віці (McWilliams, 2011):

– обсесивно-компульсивну ритуалізацію у вигляді розладів харчової поведінки, постійного прибирання, нав'язливих побутових ритуалів, якщо тривога в очікуванні чергового конфлікту з матір'ю стає нестерпною;

– раціоналізацію, моралізацію та інтелектуалізацію, покликані пояснювати неадекватну поведінку матері, шукаючи ознаки «норми» в її поведінці та знаходячи зрозумілі причини того, що насправді не є нормою в дитячо-батьківських відносинах;

– ізоляцію афекту, коли мати з МРО не здатна контейнувати емоції своєї дитини та коли самій дитині неможливо контейнувати свої або материнські істеричні афекти й агресивні імпульси. При цьому дитина формує спотворені уявлення про те, як треба поводитись із власними імпульсами, афектами, бажаннями та почуттями;

– реверсію, коли дитина має переживати нав'язану відповідальність за емоційний стан і обслуговувати та задовольняти інфантильні потреби матері;

– примітивну ізоляцію, намагаючись тікати та взагалі не вступати в контакт із нестабільною матір'ю або максимально уникати її;

– регресію та соматизацію, щоб повернути собі дитячу роль у стосунках із незрілою матір'ю, яка не здатна на батьківську відповідальність перед своєю дитиною;

– повертання проти себе для того, щоб взяти під контроль і спробувати змінити себе, коли дитина не може контролювати процеси, які відбуваються з матір'ю та відшукати будь-який спосіб опанувати її агресивну чи імпульсивну поведінку;

– дисоціацію як спосіб відключити свою свідомість від усвідомлення тих жахіть, які дитина вимушена переживати в родинних стосунках знову і знову, тощо.

При цьому в дітей існують нормальні потреби: потреба в ніжності (їм потрібно, щоб їх несексуально обіймали чи торкалися); у визнанні (їм потрібно бачити віддзеркалення позитивного образу себе в батьківських очах); у розраді (щоб їх заспокоювали, обнадіювали й захищали); у певній мірі адекватному контролі й опіці (їм потрібно отримувати передбачувані відповіді на ті свої потреби, які вони висловлюють, а також надійний захист, коли вони підходять до «прірви», досліджуючи цей світ і себе) (Brisch, 2004; Scharff et al., 2000; Воллін, 2023; Уолкер, 2023).

Дитина, яка не може проконтролювати стан, почуття і поведінку своєї матері, а також не отримує задоволення перерахованих вище потреб, перебуватиме в постійному відчутті хаосу. І, намагаючись вижити, вона вдаватиметься все до тієї самої схеми: бий, завмри, біжи, адаптуйся – як копінг-стратегій. У неї формуватимуться симптоми, які дають змогу компенсувати цю шкоду та стабілізувати внутрішній і зовнішній хаос, і ці симптоми переважно негативні й деструктивні.

Звертаючись до робіт М. Стоун, Ван Дер Колк показує, що коли людина з межовим розладом відчуває стрес або загрозу, притаманна їй система пам'яті легко оминає когнітивні механізми, пов'язані з лобовими частками мозку (Ван Дер Колк, 2023). Така людина спочатку діє, а потім думає. Це може мати різні наслідки, у тому числі втрату довіри дитини.

Оскільки дитина через свою нездатність про себе подбати змушена перебувати в залежному становищі від такої матері довгі роки свого становлення, то такий тривалий деструктивний вплив на психіку й тіло дитини може призвести зрештою до травми розвитку, яка, зі свого боку, вже впливатиме на її здатність будувати близькі й довірливі стосунки з кимось іншим.

У випадку подібної травми розвитку дитина отримує надмірно й інтенсивно негативний досвід, який не здатна адекватно пережити через свою ще незрілу психіку та несформовані адаптаційні механізми. У травматичній ситуації найчастіше дитина не може ні бігти, ні боротися. Їй залишається тільки завмерти або адаптуватися. І часто беззахисна дитина вибирає завмерти й адаптуватися через формування симптомів, через які вона хоча б частково зніматиме напругу, що накопичилася від потреби постійно виживати.

Контейнування як найважливіший компонент стійкості матері – термін, запропонований В. Біоном (Bion, 1962), позначає здатність матері тримати в голові потреби дитини, витримувати їх і задовольняти достатньою мірою. Біон вважав, що ця здатність належить до когнітивної сфери, але Д. Е. Шарфф і Дж. С. Шарфф вважають що це радше об'єднаний емоційно-когнітивний процес (Scharff et al., 2000). Дитина часто відчуває тривожні почуття, з якими не може впоратися. Також ці автори коментують погляд М. Кляйн, що ці стани беруть свій початок у «потягу до смерті», додаючи, що йдеться про агресивний потяг. Немовля не здатне впоратися зі своїми страхами і тому поміщає їх у матір, яка має «контейнувати» їх, перебуваючи у стані «замисленості» і не страждаючи від сили його агресії. Потім вона має трансформувати ці дезінтегровані елементи переживання немовляти й повернути їх дитині в більш терпимій, безпечній формі, передаючи дитині і свою здатність справлятися з ними. Усе це вимагає зрілої та стійкої сили его і великого ресурсу від матері (Scharff et al., 2000).

Коли в жінки з межовим розладом особистості з'являються діти, вона починає інакше дивитися на світ, інакше сприймати життя й небезпеки: з'являється зайва тривога, яка може негативно впливати не тільки на саму матір, а й на розвиток дитини. Дж. Ф. Рейнгольд зазначає, що тривога і страх смерті беруть свій початок від матері. Мати не тільки позитивно впливає на дитину, а й може бути матір'ю-руйнівницею, тим самим викликаючи страх у дитини (Rheingold, 1967). Також Дж. Ф. Рейнгольд підкреслює, що дитина у своїй безпосередності, непередбачуваності, афективності є для матері з МРО об'єктом інтрузії – хвилювання і фрустрації (Rheingold, 1967). Тому матір або систематично уникатиме її, або використовуватиме як «контейнер» для своїх почуттів, або каратиме чи «знешкоджуватиме» та знищуватиме щоразу, коли дитина вимагатиме від неї більше, ніж вона здатна дати, або під час спроб сепарації.

Отже, уже в дорослих дітей матерів із МРО ми можемо спостерігати такі симптоми травми та дисгармонії розвитку: порушену базову довіру до світу, себе й інших; порушення прив'язаності; неадекватну, надмірну реакцію на зовнішні стимули; провокацію розрядки в стані невизначеності та відсутності контролю (через механізм проєктивної ідентифікації); формування тригерів і флешбеків (як наслідок КПТСР); неможливість, нездатність будувати гармонійні стосунки або повну відмова від близькості, турботи й любові; виникнення психосоматичних симптомів, активацію органічних, генетичних, аутоімунних захворювань; виникнення розладів особистості та психічних захворювань; трудоголізм, депресію, тривожність, фобії; цинізм, сарказм, ізоляцію емпатії та інших почуттів; труднощі в сексуальній сфері; порушення міжособистісних стосунків та ін. (Лоусен, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Міллер, 2023).

Оскільки стосунки з матір'ю, яка має ознаки МРО, довготривалі та мають сильний вплив на формування

дитини протягом періоду, коли відбувається розвиток мозку (Diem-Wille, 2011), можна говорити про те, що такі стосунки, стаючи травмою розвитку, можуть чинити пошкоджуючий вплив на такі функції: фізична чутливість (сенсорний розвиток); процеси функціонування пам'яті (дисоціація, дереалізація, деперсоналізація, амнезія); прив'язаність; емоційна регуляція імпульсів, афектів та емоцій; регуляція поведінки; когнітивна сфера (пізнавальні функції); формування й розвиток власної ідентичності, уявлення про себе; формування й закріплення патологічної компенсаторної поведінки (розлади харчової поведінки, залежності від психоактивних речовин, трудоголізм, сексуальні дисфункції та перверсії тощо).

Б. Ван дер Колк говорить про те, що в дорослому віці, з плином часу, ми можемо побачити негативний вплив травми розвитку на дитину (отриманої від матері з МРО) саме у взаємодії дорослої людини з партнером в особистих стосунках. Навіть коли вони потрапляють у безпечні стосунки та середовище, то не перестають «виживати». Психіка такої людини постійно перебуває в напруженому очікуванні чергової фрустрації. Будь-які, навіть дрібні, повсякденні непорозуміння у стосунках із партнером, можуть ставати тригером і сигналом того, що наближається небезпека, яка загрожує існуванню (Ван Дер Колк, 2023). Таким чином, усі ресурси (внутрішні та зовнішні) такої людини йдуть на те, щоб опанувати чи розрадити сильну тривогу, «вижити» у стосунках із близькими або не вступати у стосунки зовсім, залишаючись у параноїдно-шизоїдній позиції, щоб уникнути поранення або навіть «смерті» (Levy, Lemma, 2021).

Отже, дисгармонія особистих, партнерських стосунків у дорослому віці, відповідно до узагальнених нами досліджень, може проявлятися здебільшого у вигляді таких патернів: недостатність емоційного контакту; нездатність (дефіцит навичок) регулювання афекту; проблеми із сексуальним здоров'ям, лібідо та вираженням власної сексуальності, неадекватні сексуальні сценарії; надмірна агресивність або контролююча поведінка у стосунках; схильність до руйнування стосунків через неможливість їх виносити, невпорядкована поведінка та відігравання звичного сценарію дисгармонії, засвоєного в батьківській родині.

Представлені в роботах П. Левіна, К. Е. Лоусон, Б. Ван Дер Колка, П. Волкера, Дж. Герман, Б. Уебстер, С. Форвард та ін. (Levin, 1997; Linehan, 1993; Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015; Webster, 2021; Forward et al., 2013) *стратегії психотерапевтичної допомоги дорослій людини, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку*, можуть містити стратегію, яка складається з декількох етапів. Ця стратегія також буде доречною як мета побудови адекватних, довірливих, конструктивних партнерських стосунків.

Під час психотерапії такі процеси уникання близькості ми можемо відслідкувати на тому, як клієнт, у якого була мати з МРО, поводить себе в питаннях дотриманням вимог сеттингу (регулярного відвідування терапії, своєчасної оплати, виконання умов договору тощо) та в самому процесі психотерапії в роботі з перенесенням. Наприклад, дорослий клієнт із травмою розвитку внаслідок виховання матір'ю з МРО, під час формування альянсу, потрібного для створювання довірливих відносин із терапевтом і подальшої ефективної роботи, дуже швидко може сформувати перенесення, у якому терапевт стає тією самою вимогливою чи агресивною матір'ю, яка сваритиме, кидатиме, каратиме. Відчуваючи сильну тривогу в очікуванні фрустрації від терапевта, клієнт несвідомо використовуватиме захисний механізм «проєктивної ідентифікації»: забуватиме своєчасно сплачувати за терапію, запізнюватиметься, відмінятиме сесії з неповажних причин. Таким чином, клієнт, який відчуває внутрішній конфлікт між бажанням і потребою створити міцний, довірливий зв'язок і пережити «безпечну залежність» від терапевта, не маючи досвіду такої залежності від матері, несвідомо намагатиметься спровокувати терапевта на очікувану поведінку (агресію, відторгнення, покарання, покидання тощо). Це потрібно клієнтові, щоб або відіграти драматичний сценарій свого дитинства з метою доторкнутися до витиснених почуттів, покарати «матір» в обличчі психотерапевта, або переграти лякаючий сценарій близьких стосунків на інший, щоб скинути напругу, або уникнути подальшого формування «безпечної близькості» з терапевтом, у якій, відповідно до досвіду й упередженого ставлення клієнта, за довірою неминуче слідує «зрада».

Отже, терапевту для початку слід запропонувати клієнту створити разом із ним стійкий сеттинг, щоб простір терапії був вільний і захищений від ситуацій, які тривожать клієнта, і допоміг створити безпечний ритуал регулярних зустрічей. Важливо провести клієнту психоедукацію стосовно того, що матерям з МРО (за наявності встановленого діагнозу), відповідно до досліджень, може бути показана довготривала, можливо, постійна психотерапія. Паралельно із цим у психотерапії має йти робота над створенням надійного альянсу між терапевтом і клієнтом, який може слугувати клієнту новою нормою здорових стосунків, у яких близькість знову стане можливою. Цей досвід «хорошої залежності» від значущої особи на певному етапі психотерапії може стати передумовою до відновлення довіри й самості клієнта. Важливо допомогти клієнту визнати досвід свого дитинства як реальний і травматичний (у цьому процесі терапевт виступає «свідком» і допомагає зафіксувати досвід клієнта як реальний, хоча б на рівні почуттів) і допомогти йому пережити це горе на всіх етапах. Допомога клієнту відстежити, усвідомити, вивчити та привласнити всі його відщеплені частини й почуття є наступним етапом. Також потрібно розглянути можливість, необхідність і доцільність призначення медичних препаратів (з компетентними в цьому питанні фахівцями). Відстежити і проаналізувати деструктивні патерни поведінки та перенесення клієнта на інших людей і терапевта. Важливо допомогти розділити досвід стосунків із матір'ю з МРО та інших людей. Переглянути формат і якість стосунків клієнта з іншими людьми. Терапевту важливо диференціювати й діагностувати дитячі травми, потім надати достатньо часу та простору для стабілізації і ресурсу свого клієнта, а потім спробувати опрацювати травматичний досвід клієнта у своїй психотерапевтичній парадигмі, до того моменту, коли інтеграція цього досвіду в нове життя та стосунки клієнта стане можливою. Дослідити рівень алекситимії та спробувати наблизитися до відщеплених одного разу почуттів. Також важливо відстежити та проаналізувати особливості психологічних захистів, які колись мали рятівний характер, а тепер деструктивно впливають на партнерські стосунки клієнта. Спробувати сформувати більш конструктивні адаптаційні механізми, наприклад сублімацію. Навчитися конструктивно й об'єктивно конфліктувати, тобто використовувати конструктивну форму висловлювання претензій партнеру й іншим, вчасно і за адресою (наприклад, говорити партнеру про свої почуття). Розвивати рівень емпатії та чуттєвості і, навпаки, вчитися казати «ні». Навчитися вибудовувати гнучкі, але надійні кордони в міжособистісних стосунках. Працювати з внутрішньою дитиною, надаючи безпечний простір для адекватного «дорослішання», де клієнт зможе вибудувати внутрішній баланс між позиціями дитини – дорослого – батька. Увесь час терапії психотерапевту важливо пам'ятати про безоціночність, відсутність експлуатації клієнта, конфіденційність, етику та підтримку клієнта в його позитивних змінах, без можливості відігравати драми на полі психотерапії, натомість пропонуючи інший, адекватніший і здоровіший досвід стосунків, який клієнт потім зможе втілити у своє реальне життя.

Висновки. Отже, патерни «межової» поведінки матері чинять суттєвий вплив на розвиток й функціонування індивіда як в дитинстві, так і в дорослому віці. Стресовий

і травматичний досвід у стосунках із батьками в дитинстві здатен призводити до формування травми розвитку, а можливо, і КПТСР. Діти матерів із МРО в дорослому віці демонструють порушену базову довіру до світу, себе й інших; порушення прив'язаності; цинізм, сарказм, ізоляцію емпатії та інших почуттів; труднощі в сексуальній сфері; порушення міжособистісних стосунків тощо. Діагностичні критерії межового розладу особистості, визначені у DSM-5 та OPD-2, вказують на високий ризик психологічної травматизації дитини, яку виховує матір із МРО.

Якщо цей деструктивний сценарій у дитинстві відбувся, у дорослому віці під час зустрічі партнера, який подобається, індивід може неусвідомлено проєктувати на нього ті риси, які подобалися у близьких або викликали сильні негативні емоції.

Отже, унаслідок деструктивних стосунків із «межовою» матір'ю формується ненадійна, тривожно-уникаюча, тривожно-амбівалентна або дезорганізована прив'язаність, яка в дорослому віці змушує шукати можливість відтворити травматичний досвід, щоб позбутися напруги, яка накопичилась, і розв'язати внутрішні конфлікти через відігравання драми та травми. Для дітей матерів із МРО характерно обирати партнера з позиції травматичного впізнавання, яка відчувається ними як норма. Можливим є формування контрзалежності; відмова від стосунків (як захист від будь-якої форми близькості); формування нездатності та страху будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю, отримувати досвід батьківства та турботи про іншого.

Психотерапевтична допомога дорослій людини, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку, за відповідного запиту клієнта має за мету розвиток здатності клієнта будувати й підтримувати здорові, адекватні, довірливі, конструктивні партнерські стосунки в майбутньому. Більш ґрунтовно напрями психотерапевтичної допомоги дорослим, які не здатні будувати такого типу стосунки (у тому числі через деструктивні стилі виховання або особистісні розлади батьків), будуть нами представлені в подальших наукових публікаціях.

Список літератури:

Ван Дер Колк Б. (2023). *Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому.* Харків : Віват, 624 с.

Воллін, М. (2023). *Це почалося не з тебе. Як успадкована родинна травма формує нас і як розірвати це коло.* Харків : Віват, 288 с.

Герасименко, Л. О., Скрипников, А. М., Ісаков, Р. І. (2023). *Реакції на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб.* Київ : ВСВ «Медицина», 120 с.

Герман, Дж. (2015). *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства від знущань у сім'ї до політичного терору.* Львів : Видавництво Старого Лева, 416 с.

Джонсон, М. С. (2023) *Теорія прив'язаності. Емоційно-фокусована терапія для створення гармонійних стосунків.* Київ : *Науковий* світ, 388 с.

Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації (2023). Львів : Галицька видавнича спілка. 474 с.

Лоусон, К. Е. (2023). *Матері з межовим розладом особистості та їхні діти: як впоратись з напруженістю, непередбачуваністю та непостійністю у відносинах з матір'ю.* Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 384 с.

Міллер, А. (2023). *Бунт тіла.* Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 224 с.

Томе, Г. & Кехеле, Х. (2021). Психоаналітична терапія: теорія і практика. Львів: Літопис.

Уолкер, П. (2023). *Комплексний ПТСР: керівництво з відновлення від дитячої травми.* Київ : *Науковий* світ. 316 с.

Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience.* London: Karnac Books.

Brisch, H.K. (2004). *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy.* The Guilford Press, 294 p.

Chen, A. (2019). *The Attachment Theory Workbook: Powerful Tools to Promote Understanding, Increase Stability, and Build Lasting Relationships.* Althea Press. 192 p.

Chlebowski, S.M. (2013). The Borderline Mother and Her Child: A Couple at Risk. *American Journal of Psychotherapy.* Volume 67, Issue 2, pp. 109–214. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.2.153.

Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender.* Berkeley, 263 p.

Diem-Wille, G. (2011). *The Early Years of Life: Psychoanalytical Development Theory According to Freud, Klein, and Bion.* Routledge. 300 p.

Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2000) / Ed. by Foa, E., Keen, M.T., Friedman, M. The Guilford Press, 388 p.

Forward, S., Glynn, D.F. (2013). *Mothers Who Can't Love: A Healing Guide for Daughters.* Harper, 304 p.

Francis, J.L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A.E. (2023). Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology,* 79, 1245–1260. https://doi.org/10.1002/jclp.23465.

Fromm, E. (1992). *Anatomy of human destructiveness.* Holt Paperbacks. 576 p.

Harris, P. (1997). *An analysis of Melanie Klein, The Psycho-Analysis of Children.* London: Vintage.

Kernberg O.F. (1984). *Severe personality disorders: Strategies for psychotherapy.* Yale University, New Haven. 396 p.

Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions.* Yale University Press. 326 p.

Levin, P. A. (1997). *Waking the Tiger - Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences.*

Levy, S., Lemma, A. (2021). *The Perversion of Loss: psychoanalytic perspective on trauma*. Routledge. 190 p.

Linehan, M.M. (1993). *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.* New York. The Gilford Press. 336 p.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.

Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning (2007). Hogrefe & Huber Publishers. 431 p.

Rheingold, S. J. (1967). *Mother, anxiety and death: catastrophic death complex.* Little, Brown. 271 p.

Scharff, J.S., Scharff, D.E. (2000). *Object Relations Individual Therapy (The Library of Object Relations).* Jason Aronson, Inc., 656 p.

Webster, B. (2021). *Discovering the Inner Mother: A Guide to Healing the Mother Wound and Claiming Your Personal Power.* William Morrow. 304 p.

Weldon, E.V. (1992). *Mother, Madonna, Whore, the Idealization and Denigration of Motherhood.* Routledge. 192 p.

West, M. (2016). *Into the Darkest Places: Early Relational Trauma and Borderline States of Mind.* Routledge. 360 p.

Zoja, L. (2001). *The Father: Historical, Psychological and Cultural Perspectives.* Routledge, 326 p.

Анотація. Стаття присвячена узагальненню теоретичних положень і результатів емпіричних досліджень впливу виховання матерями з межовим розладом особистості на формування дисгармонійних партнерських стосунків у дорослому віці як наслідку травми розвитку. Проаналізовано материнську роль і функцію у формуванні особистості. Визначено напруженість, непередбачуваність, непостійність стосунків із матір'ю з межовим розладом особистості, патологічні патерни взаємодії матерів, які мають психотичні або межові розлади. Межовий розлад особистості проаналізовано відповідно до діагностичних довідників і мануалів визначення структурного рівня розвитку особистості та робіт щодо важких особистісних розладів. Оскільки досвід взаємодії з матір'ю з межовим розладом особистості є важким, у статті представлені роботи з травми розвитку та комплексного посттравматичного стресового розладу, в тому числі сформованого під впливом батьківської родини. Для дітей «межових» матерів характерно обирати партнера з позиції травматичного впізнавання, яка відчувається ними як норма. У них формується контрзалежність; можлива відмова від стосунків; формування нездатності та страху будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю, отримувати досвід батьківства та турботи про іншого. А отже, нормальний розвиток, якість життя та психологічне здоров'я дорослих дітей «межових» матерів під загрозою і потребують відповідної психотерапевтичної допомоги. Нами розглянуті деякі напрями психотерапії та допомоги дорослій людини, яка була вихована матір'ю з межовим розладом особистості. Акцент теоретичного аналізу зосереджено на формуванні дисгармонійних особистих стосунків у дорослому віці.

Ключові слова: межовий розлад особистості, матері з межовим розладом особистості, партнерські відносини, особисті відносини, дисгармонійні стосунки, КПТСР, психологічна травма, травма розвитку.

Abstract. The article addresses the issue of the influence of upbringing by mothers with borderline personality disorder on the formation of disharmonious partner relationships in adulthood. It is seen as a consequence of developmental trauma. The paper elucidated a mother's role and function in personality formation. It also discussed the tension, unpredictability, and instability of the relationship with a mother with borderline personality disorder and pathological patterns of interaction of mothers with psychotic or borderline disorders. Borderline personality disorder has been analyzed according to diagnostic manuals and manuals for determining the structural level of personality development and research on severe personality disorders. Since the experience of interacting with a mother with borderline personality disorder is hard, the article discusses studies of developmental trauma and complex post-traumatic stress disorder, including those formed under the influence of the parental family. It is typical for children of "borderline" mothers to choose a partner from the position of traumatic identification, which they perceive as the norm. They develop a counter-dependence; possible rejection of the relationship; formation of inability and fear to build harmonious partnerships, create a family, gain experience of parenthood, and care for others. Therefore, the normal development, quality of life, and psychological health of adult children of "borderline" mothers are at risk and require relevant psychotherapeutic help. We have summarized some areas of psychotherapy and assistance to an adult who was raised by a mother with borderline personality disorder. The authors emphasize the challenging nature of the formation of disharmonious personal relationships in adulthood.

Key words: borderline personality disorder, mothers with borderline personality disorder, partnerships, personal relationships, disharmonious relationships, PTSD, psychological trauma, developmental trauma.

УДК 159.964.21
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-9

ДИНАМІКА ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ПЕРІОДИ КРИЗ, ГОРЯ ТА РИТУАЛІВ ПЕРЕХОДУ НА ОСНОВІ ПІДРАХУНКІВ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ

Людмила Іванова, магістерка психології,
психотерапевтка психоаналітичного напряму
м. Одеса, Україна

DYNAMICS OF MENTAL PROCESSES DURING PERIODS OF CRISES, GRIEF, AND RITES OF PASSAGE BASED ON CALCULATIONS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS

Lyudmila Ivanova, Master in Psychology,
psychoanalytic psychotherapist
Odesa, Ukraine
https://orcid.org/0009-0003-3039-9040
Lydmilaivanova@ukr.net

Знання вчить нас, як пережити занепад до відродження.
Айзек Азімов

Вступ. Ідея цієї роботи є продовженням серії доповідей, присвячених діагностичній «механіці» психоаналізу. Перша доповідь «Мультиверс однієї короткострокової терапії» містила розрахунок психічних станів моєї клієнтки, які відображали динаміку терапевтичного процесу. Друга доповідь показувала розрахунки станів норми як міри набутого досвіду і називалася «Графічні показники взаємодії норм і акцентуацій психічних станів клієнта на прикладі однієї короткої терапії». Обидві доповіді засновувалися на обробці й аналізі механізмів психологічних захистів, які спостерігалися протягом 20 сесій з однією клієнткою. Перша доповідь була представлена на 8-му Всесвітньому конгресі з психотерапії у 2017 році в Парижі (Франція), а потім вилилася у створення невеликої книги з тією самою назвою.

Ця стаття продовжує цикл досліджень, присвячених надзвичайній ролі механізмів психологічних захистів як вікон у межі діагностичного поля, що більш повно розкриває розуміння психоаналітичного процесу. Узагальнення, класифікація та опис результатів цих досліджень проводилися мною в обговореннях із колегами. З нового теоретичного матеріалу чималу роль для осмислення представленої ідеї відіграли праці українських авторів (Мороз, 2023; Ремеснік, 2018; Шевченко & Оганян, 2016; Шиделко, 2018; Саржевський, 2021).

У цій роботі я виходжу з **гіпотези** про те, що повторювані фази в ситуаціях кризи, ритуалів переходу і в психоаналітичній динаміці «роботи горя» подібні між собою, хоча є породженням різних ментальних моделей. З урахуванням формату статті спершу я пропоную розглянути кожний із вказаних типів ситуацій у загальних рисах.

Аналіз останніх досліджень. ***Кризи*** **(**від грецького слова krisis, яке означає «поділ доріг»). У ці складні відрізки життя ми або страждаємо, перетворюємося й виходимо з кризи, створивши нові адаптивні якості его або, не пройшовши кризу вдало, отримуємо деякі деструктивні зміни особистості. Праці авторів, які займаються вивченням стадій розвитку людини, належним чином висвітлюють таку тенденцію. Епігенетична теорія стадій психосоціального розвитку Еріка Еріксона – яскравий тому приклад (Erikson, 1959).

Узагальнюючи дослідження психологів, які займаються вивченням криз (Fink, 2002; Mitroff, 1992; Krystek, 1987; Caplan, 1963; Jacobson, 1974), та інших, можна виділити три основні стадії розгортання цього процесу:

− вхід у кризу – зазвичай відбувається через певну болісну подію, з якою немає сил впоратися через відсутність знайомих способів захисного реагування;

− робота кризи – невизначеність, внутрішнє перемелювання, муки, відчай, безпомічність, спроби й помилки, пошуки способів виходу із ситуації;

− вихід із кризи – перетворення, сила, знаходження сенсу, визначеність.

Усі ці стани добре знайомі тим, хто вивчає цю проблематику. Виходячи з власного професійного практичного й дослідного досвіду, можу узагальнити, що кожна вдало пройдена криза є трансформуючим переходом на новий етап розвитку, кожна з них на початку супроводжується болісним відчуттям покинутості (я покинув територію рівноваги, я залишив себе, де я?), потім процесом руйнування колишніх уявлень та цінностей і, зрештою, відродженням і постанням нової особистості.

Ритуали переходу. У загальних рисах етапи перебігу кризи подібні до динаміки ритуалів переходу між стадіями розвитку людини, описаних Арнольдом ван Геннепом і Віктором Тернером. У своїх роботах «Обряди переходу» (van Gennep, 1909) і «Символ та ритуал» (Turner, 1983) вони запропонували вважати ритуалами переходу обряди, які супроводжують усяку зміну місця, стану, соціального положення і статусу.

Вони також визначили три стадії цих переходів:

− відділення (separation) – вибір та ізоляція індивіда від певної соціальної цілісності, позбавлення індивіда статусних характеристик приналежності до цієї цілісності;

− лімінальність (margo, limen, threshold, transfer, passage) – період певного перехідного стану, пов'язаного зі зміною сенсів, ідентичності, цінностей, норм, самоусвідомлення;

− реагрегація (reaggregation, reconstruction) – утворення певної нової цілісності.

Поняття «лімінальності», автором якого є Арнольд ван Геннеп (van Gennep, 1909), мене заінтригувало, а його смисл пов'язав мої думки в єдине ціле. Цей термін походить від латинського limen і позначає поріг, межу, певний прохідний коридор, розташований між двома різними місцями. Природа лімінальності визначена «ситуацією невизначеності й розмитою соціальністю, яка стимулює енергійний пошук нової фундаментальної спільності», повідомляє Проективний філософський словник (2003).

У книзі Тернера «Символ і ритуал» (Turner, 1983, с. 95) так описані якості ліміналів: «Ці люди амбівалентні, оскільки не вкладаються в межі будь-яких класифікацій, які розміщують стани і положення в культурному просторі… Лімінальні істоти – «ні тут, ні там, ні те, ні се», вони у щілинах та проміжках. Їх амбівалентні властивості виражаються великою розмаїтістю символів, і лімінальність часто уподібнюється до смерті, утробного існування, невидимості, темноти, двостатевості, пустелі, затемненню сонця чи місяця».

Мюррей Стайн у своєму творі «У середині життя. Юнгіанський підхід» (Murray Stein, 1998, с. 9) пише: «У лімінальності позиція «Я» не є фіксованою, воно не займає чітко визначеного психологічного положення. Воно плаває: немає жорстко визначеного розмежування

між «це» і «не те»; межі між «Я» і «не-Я» стають менш визначеними й наближуються значно більше, ніж у періоди фіксованої психологічної ідентичності. Це є щось, що відбулося і ще не відбулося. Час деформується: его забуває, фіксовані межі пам'яті розмиваються і тьмяніють, минуле виступає вражаючим і дивним чином; майбутнє не має визначеного образу чи контуру. «Я» не прив'язане до певних внутрішніх образів, ідей та почуттів. Тому, будучи неприв'язаним, «Я» плаває, дрейфує та перетинає багато з колишніх меж і заборонених кордонів».

Чи не здається вам, що це нагадує визначення терміна «межова особистість»? Адже вона перебуває посередині в розмежуваннях структур особистості:

а) психотичної;
б) межової;
в) невротичної.

Описи цих структур достатньо відомі та докладно описані Ненсі Маквільямс (McWilliams, 2011), і у цій статті я їх наводити не буду. Зверну, однак, увагу на те, що модель психоаналітичної концепції «роботи горя», яку слід провести після втрати, схожа з моделлю роботи кризи.

Робота горя. Термін «робота горя» (іноді можна зустріти як «робота скорботи», «робота горювання», «робота трауру») був введений Зиґмундом Фройдом у роботі «Скорбота та меланхолія» у 1917 році (Freud, 1917). Із часом це поняття розвинулося і дослідники запропонували розглядати фази, які має пройти кожна людина для відновлення після втрати (Kübler-Ross, 1969; Kessler, 2019; Volkan & Zintl, 2015; Bowlby, 1961). Причому під словом «втрата» можна розуміти не лише втрату близької людини, а й втрату дому, роботи, частин тіла, цінностей, ідеалів, вірувань, фантазій, ілюзій, зраду тощо. Так, **фази роботи горя**, за визначенням Джона Боулбі (Bowlby, 1961) та Елізабет Кюблер-Росс (Kübler-Ross, 1969), є такими:

1. Перша фаза визначена як «заперечення». І як початкова реакція на раптову психічну травму, і також як психологічний захист, «заперечення» зазвичай виражається фразою «Ні! Цього не може бути!». Ця фраза озвучується як всередині, так і назовні.
2. Наступна – фаза «заціпеніння». Зіставна з такими механізмами захисту, як дисоціація та ізоляція. Тривалість її різниться від годин до тижнів і супроводжується сильними переживаннями страждання і гніву.
3. Потім – фаза «гострої туги та інтенсивних спогадів про втрачений об'єкт», що може тривати кілька місяців і навіть кілька років. Це найбільш тривала фаза для проживання горя.
4. Фаза «відчаю та дезорганізації».
5. Фаза «реорганізації», тобто тієї чи іншої міри адаптації до життя без об'єкта втрати.

Дві перші фази переживання горя можна віднести до сепараційної фази переходів, до початку кризи. Третя і четверта фази переживання горя відповідають лімінальній стадії переходів, і її можна віднести до другої стадії переживання кризи – до її роботи. І п'ята фаза – фаза виходу з кризи чи фаза реагрегації переходів.

Я не ставила перед собою мети входити в більш детальні описи цих процесів і наповнення фаз, однак вважатимемо, що етапи ритуалів переходу та криз і простір роботи горя схожі між собою. Зазначу, що перші дві фази ритуалів і горювання користуються психічними захистами – запереченням, дисоціацією, ізоляцією тощо. Поведінка ж людини в лімінальну фазу переходів нагадує стан, що описує межову структуру особистості. Отже, узагальнений опис етапів і алгоритмів розгортання криз, ритуалів переходу та роботи горя засвідчує подібність цих процесів.

Я також вважаю помічним провести аналогію, що вхід у кризу (стадія переходів – відділення, перша та друга фази роботи скорботи) відповідає психотичній структурі особистості, робота кризи (лімінальна стадія переходів, третя та четверта фази роботи горя) відповідає межовій структурі особистості, а вихід із кризи (фаза переходів – репарація, п'ята фаза роботи горя — реорганізація) відповідає невротичній структурі. Імовірно, що кризи (а також ритуали переходу і робота горя) створюють ці структури, починаючи з народження людини, і потім посилюють або послаблюють свій вплив залежно від втраченого даремно або набутого досвіду.

Мета статті – запропонувати гіпотезу про ідентичність динаміки процесів роботи горя, криз та ритуалів переходів (табл. 1). Припустити, що фазам цих процесів відповідають певні структури особистості – психотична, межова і невротична. І за допомогою 11 психічних станів, кожному з яких відповідає свій набір механізмів психологічних захистів, що діють у межах цих структур, розглянути можливу динаміку цих процесів.

Виклад основного змісту. Спостереження таких феноменів, як механізми психологічних захистів або психічні реакції, які показує клієнт на сесіях, дасть нам змогу зрозуміти, на якій із фаз трансформаційних процесів відбувся збій, яка фаза не отримала адаптивного розвитку. Це розширить аналітичний простір міркувань і додасть критерії для діагностування, а також дасть змогу розділити вроджену патологію та можливе застрягання у процесах перетворень.

Тепер перейдемо від опису порівнянь процесів кризи, ритуалів переходу і роботи горя до розгляду, які механізми захистів діють у ці періоди і якими відсотковими ймовірностями психічних станів можуть бути наповнені фази роботи скорботи, етапи криз і стадії переходів. На підставі робіт низки дослідників, у тому числі класиків психоаналізу (Freud, A., 1992; Greenson, 2016; McWilliams, 2011; Penichel, 1945; Shapiro, 1965) мною була складена таблиця взаємовпливу психологічних захистів і 11 видів психічних станів (табл. 2). Цю таблицю розділено на три шари – психотичний, межовий і невротичний. І, відпо-

Таблиця 1

Схема запропонованої гіпотези

криза		**ритуали переходу**		**робота горя**		**структури особистості**		діагностичні критерії	
вхід у кризу	**гіпотетично одне**	відділення (separation)	**гіпотетично одне**	1. Фаза "заперечення" 2. Фаза "заціпеніння"	**гіпотетично одне**	психотична	**відповідають**	механізми захисту психотичного рівня	супроводжуються певними психічними реакціями
робота кризи		лімінальність (margo, limen, threshold, transfer, passage)		3. фаза «гострої туги та інтенсивних спогадів про втрачений об'єкт 4. Фаза «відчаю та дезорганізації»		межова		механізми захисту межового рівня	супроводжуються певними психічними реакціями
вихід із кризи		реагрегація (reaggregation, reconstruction)		5. Фаза "реорганізації"		невротична		механізми захисту невротичного рівня	супроводжуються певними психічними реакціями

відно до викладеного вище, ці шари були співназвані етапами проходження кризи, стадіями переходу та фазами роботи горя.

Я виходжу з припущення, що ці стадії є рівними між собою, взаємозалежними та взаємодоповнюючими. Особистість, яка не змогла пройти їх вдало, не постала в новій

Таблиця 2

Взаємозв'язок механізмів психологічних захистів і психічних станів у різних структур особистості та на етапах проходження криз, стадіях переходу та фазах роботи горя

Етап кризи	Стадія переходу	Фази роботи горя	Структура	№	Психологічні захисти	депресивність	дисоціативність	істеричність	мазохістичність	маніакальність	нарцисичність	обсесивність-компульсивність	параноїдність	садистичність	соціопатичність	шизоїдність
Вхід у кризу	сепарація	фаза "заперечення", фаза "заціпеніння"	психотична	1	*Втеча у фантазування*			■	■			■	■			■
				2	*Дисоціація*		■	■							■	
				3	*Екстраекція*					■						■
				4	*Заперечення*	■			■	■			■			■
				5	*Знецінення*			■		■	■				■	■
				6	*Ідеалізація*	■		■	■	■	■	■				■
				7	*Ізоляція*							■				■
				8	*Інтроєкція чи інтеріоризація*	■			■					■		■
				9	*Контроль*					■		■	■		■	
				10	*Проєкція*								■		■	■
				11	*Соматизація*			■								
				12	*Фрагментування*		■									■
Робота кризи	лімінальність	фаза «гострої туги ...", фаза «відчаю та дезорганізації»	межова	13	*Альтруїстична поступка*	■			■		■	■				
				14	*Анулювання*							■				
				15	*Аскетизм*						■					
				16	*Відреагування або відігравання в дії*			■	■	■		■			■	
				17	*Деперсоналізація*	■	■									■
				18	*Ідентифікація*			■			■					
				19	*Ідентифікація з агресором*						■		■	■	■	
				20	*Інверсія чи реактивні утворення*							■	■			
				21	*Конверсія*		■	■				■				
				22	*Проєктивна ідентифікація*	■					■		■		■	
				23	*Регресія*	■		■	■			■				■
				24	*Ретрофлексія або поворот проти себе – або аутоагресія*	■			■							
				25	*Ритуалізація*							■				
				26	*Розщеплення*		■									■
Вихід з кризи	реагрегація	фаза "реорганізації"	невротична	27	*Витискання чи репресія, пригнічення*		■	■				■	■			
				28	*Гіперкомпенсація*						■					
				29	*Гумор*			■		■	■					
				30	*Екстерналізація*						■					
				31	*Зміщення*							■				■
				32	*Ізоляція афекту*							■				
				33	*Інтелектуалізація*							■				■
				34	*Компартменталізація чи роздільне мислення*		■					■				
				35	*Моралізація*				■			■				
				36	*Раціоналізація*			■				■				
				37	*Реверсія*	не виявляється жодного типу особистості, який би відображав надзалежність від неї										
				38	*Сексуалізація чи інстинктуалізація*			■	■	■						
				39	*Сублімація*			■								■

якості, тому може надовго або назавжди застрягти в болісному процесі трансформації. Тоді в лікуванні або терапії будуть помітні викривлення, що створюють певні стани, які ми називаємо або психотичними, або межовими, або невротичними. І людей, які не пройшли ритуал переходу, або не пройшли особисту психологічну кризу, або не завершили роботу горя, можна назвати такими, що застрягли у відповідних станах.

Таким чином, дефект від невдало пройденої фази (кризи, ритуалів переходу чи роботи горя) виявлятиметься на всіх етапах життя людини, причому з акцентом на тій стадії, у якій відбулася невдача під час першої кризи. Такий процес нагадує розростання фрактала – множини, що має властивість самоподібності. Прикладом цього може послужити відомий фрактал Мальденброта – велике складається з малого, і за безкінечного збільшення картинка повторюється.

Тепер збільшимо фокус і розглянемо ці три стадії детальніше. Для цього підрахуємо ймовірності психічних станів на кожному етапі. Це дасть нам змогу наочно побачити, які стани будуть супроводжувати ці етапи. Причому розрахунки ми будемо робити з урахуванням того, що наступний етап збереже досвід попереднього, а попередні складуть ніби причину наступних.

Тобто для розрахунку показників межового періоду ми підсумуємо дані ймовірностей механізмів захистів, які супроводжують психічні стани психотичного та межового періодів, а для розрахунку невротичного періоду просумуємо дані психотичного, межового й невротичного періодів. Це матиме вигляд зростання пелюстки, коли кожен наступний контур містить у собі суму попередніх (рис. 1).

Для того щоб цифри були зіставні між собою, переведемо їх у відсотки. Отже, **перший** порівнюваний процес ми назвемо психотичним і розглянемо, якими механізмами захистів особистість користується у цей період (табл. 3).

Тепер розглянемо, якими психічними станами, імовірно, супроводжуватиметься цей період (табл. 4).

Отримані результати демонструють великий відсоток шизоїдності психотичного рівня у процесі входження

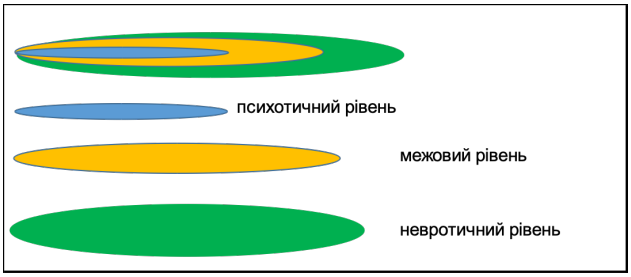

Рис. 1. Пелюстки розвитку

у кризу (у період сепарації або в початкові фази роботи горя). Майже вдвічі скорочуються відсоткові співвідношення для маніакальності й істеричності. Відсоткові співвідношення інших психічних станів психотичного рівня показують меншу вираженість, ніж попередні.

Другий етап – робота кризи (або стадія лімінальності, або другі дві фази роботи горя), який я вважаю межовим процесом і розглядаю відповідні їй види захистів (табл. 5 і 6).

Тут спостерігаємо більш згладжену картину, проте знову лідирує шизоїдність, а істеричність значимо представлена. Починають набирати силу обсесивність-компульсивність та депресивність і мазохістичність. Маніакальність тим часом втрачає свої позиції.

Таким же чином розглянемо **третю** фазу – період виходу з кризи (період реагрегації у ритуалах переходу та період реорганізації у роботі горя), який за аналогією назвемо невротичним. Сумарна таблиця вже була представлена вище (табл. 2). Відсоткові відношення поширеності психічних станів залежно від розвинених механізмів захисту наведено в табл. 7.

Як бачимо, обсесивність-компульсивність завоювала першу позицію у процесі виходу з кризи, тоді як шизоїдність зрештою опинилася на другому місці. У п'ятірці найбільш поширених станів бачимо істеричність, мазохістичність і нарцисичність.

Таблиця 3

Механізми захистів психотичного рівня та відповідні психічні стани

Етап кризи	Стадія переходу	Фази роботи горя	Структура	№	Психологічні захисти	депресивність	дисоціативність	істеричність	мазохістичність	маніакальність	нарцисичність	обсесивність-компульсивність	параноїдність	садистичність	соціопатичність	шизоїдність
вхід у кризу	сепарація	фаза "заперечення", фаза "заціпеніння"	психотична	1	*Втеча у фантазування*			■	■			■	■			■
				2	*Дисоціація*		■	■							■	
				3	*Екстраекція*					■						■
				4	*Заперечення*	■			■	■			■			■
				5	*Знецінення*			■		■	■				■	■
				6	*Ідеалізація*	■		■	■	■	■	■				■
				7	*Ізоляція*							■				■
				8	*Інтроєкція чи інтеріоризація*	■			■					■		■
				9	*Контроль*					■		■	■		■	
				10	*Проєкція*								■		■	■
				11	*Соматизація*			■								
				12	*Фрагментування*		■									■
						3	2	5	4	5	2	4	4	1	4	9

Таблиця 4

Відсоткові відношення психічних станів психотичного рівня залежно від механізмів захисту (входження у кризу, період сепарації, перши дві фази роботи горя)

психічні стани	кількість МЗ	%
шизоїдність	9	21
маніакальність	5	12
істеричність	5	12
мазохістичність	4	9
обсесивність-компульсивність	4	9
параноїдність	4	9
соціопатичність	4	9
депресивність	3	7
дисоціативність	2	5
нарцисичність	2	5
садистичність	1	2
	43	100

Тепер пропоную зібрати розраховані відсоткові відношення поширеності психічних станів в одну таблицю і розглянути динаміку психічних процесів під час проходження кризи загалом (табл. 8).

З огляду на зміну частотності механізмів захистів можна виділити чотири основні процеси:

I. Падіння.

II. Зростання.

III. Перехід через збільшення.

IV. Стабільність.

Розглянемо відповідну динаміку, згрупувавши їх за визначеними процесами (табл. 9), і розгорнуто прокоментувавши кожен процес.

I. Як бачимо, під час переходу від психотичного до невротичного етапу **знижуються** такі стани:

- шизоїдність;
- маніакальність;
- параноїдність;
- соціопатичність.

Таблиця 5

Механізми захистів психотичного та межового рівнів і відповідні психічні стани

Етап кризи	Стадія переходу	Фази роботи горя	Структура	№	Психологічні захисти	депресивність	дисоціативність	істеричність	мазохістичність	маніакальність	нарцисичність	обсесивність-компульсивність	параноїдність	садистичність	соціопатичність	шизоїдність
Вхід у кризу	сепарація	фаза "заперечення", фаза "заціпеніння"	психотична	1	*Втеча у фантазування*			■	■			■	■			■
				2	*Дисоціація*		■	■							■	
				3	*Екстраекція*					■						■
				4	*Заперечення*	■			■	■			■			■
				5	*Знецінення*			■		■	■				■	■
				6	*Ідеалізація*	■		■	■	■	■	■				■
				7	*Ізоляція*							■				■
				8	*Інтроєкція чи інтеріоризація*	■			■					■		■
				9	*Контроль*					■		■	■		■	
				10	*Проєкція*								■		■	■
				11	*Соматизація*			■								
				12	*Фрагментування*		■									■
Робота кризи	лімінальність	фаза «гострої туги ...", фаза «відчаю та дезорганізації»	межова	13	*Альтруїстична поступка*	■			■		■	■				
				14	*Анулювання*							■				
				15	*Аскетизм*						■					
				16	*Відреагування або відігравання в дії*			■	■	■		■			■	
				17	*Деперсоналізація*	■	■									■
				18	*Ідентифікація*			■			■					
				19	*Ідентифікація з агресором*						■		■	■	■	
				20	*Інверсія чи реактивні утворення*							■	■			
				21	*Конверсія*		■	■				■				
				22	*Проєктивна ідентифікація*	■					■		■		■	
				23	*Регресія*	■		■	■			■				■
				24	*Ретрофлексія або поворот проти себе – або аутоагресія*	■			■							
				25	*Ритуалізація*							■				
				26	*Розщеплення*		■									■
						8	5	9	8	6	7	11	7	2	7	12

Таблиця 6

Відсоткові відношення психічних станів межового рівня залежно від механізмів захисту (Робота кризи. Лімінальний період)

психічні стани	кількість МЗ	%
шизоїдність	*12*	15
обсесивність-компульсивність	*11*	13
істеричність	*9*	11
депресивність	*8*	10
мазохістичність	*8*	10
нарцисичність	*7*	9
параноїдність	*7*	9
соціопатичність	*7*	9
маніакальність	*6*	7
дисоціативність	*5*	6
садистичність	*2*	2
	82	100

Таблиця 7

Відсоткові відношення психічних станів невротичного рівня (Вихід із кризи. Період реагрегації. Період реорганізації)

психічні стани	кількість МЗ	%
обсесивність-компульсивність	*18*	17
шизоїдність	*15*	14
істеричність	*14*	13
мазохістичність	*10*	9
нарцисичність	*10*	9
депресивність	*8*	7
маніакальність	*8*	7
параноїдність	*8*	7
дисоціативність	*7*	7
соціопатичність	*7*	7
садистичність	*2*	2
	107	100

Таблиця 8

Динаміка психічних процесів під час проходження кризи, ритуалів переходу та роботи горя (для зручності в таблиці названо лише кризові стани і структури особистості)

Психічні стани	Вхід у кризу - психотичні стани %	Робота кризи - межові стани %	Вихід із кризи - невротичні стани %	Динаміка
шизоїдність	21	15	14	падає
маніакальність	12	7	7	падає
істеричність	12	11	13	стабільна
мазохістичність	9	10	9	стабільна
обсесивність-компульсивність	9	13	17	зростає
параноїдність	9	9	7	падає
соціопатичність	9	9	7	падає
депресивність	7	10	7	перехід через збільшення
дисоціативність	5	6	7	зростає
нарцисичність	5	9	9	зростає
садистичність	2	2	2	стабільна
	100	100	100	

Таблиця 9

Згрупована динаміка психічних процесів під час проходження кризи

Психічні стани	Вхід у кризу - психотичні стани %	Робота кризи - межові стани %	Вихід із кризи - невротичні стани %	Динаміка
шизоїдність	21	15	14	падає
маніакальність	12	7	7	падає
параноїдність	9	9	7	падає
соціопатичність	9	9	7	падає
депресивність	7	10	7	перехід через збільшення
обсесивність-компульсивність	9	13	17	зростає
дисоціативність	5	6	7	зростає
нарцисичність	5	9	9	зростає
істеричність	12	11	13	стабільна
мазохістичність	9	10	9	стабільна
садистичність	2	2	2	стабільна
	100	100	100	

При цьому найбільш яскраво виділяється зменшення **шизоїдного** стану. Ненсі МакВільямс зазначає, що шизоїдні риси шукають задоволення у фантазії, втілюване через філософську, духовну та творчу реалізацію, мистецтво, наукові дослідження, теоретичні розробки (McWilliams, 2011). Вона пише, що більш порушені індивіди з вираженою шизоїдністю «перебувають у своєму особистому пеклі, де їхні потенційні здібності поглинаються страхом і відстороненістю» (McWilliams, 2011, с. 200). Отже, припускаю, що зменшенню впливу шизоїдного радикалу сприяє реалізація назовні творчої та наукової діяльності. Маніакальність, параноїдність і соціопатичність мають менш виражену, але помітну динаміку до зменшення.

II. **Перехід через збільшення** демонструє лише депресивний процес. Збільшення його впливу відбувається на стадії межовості (лімінальності, стадії роботи кризи, на 3-й та 4-й фазі роботи горя). Отже, він може розглядатися як маркер цього процесу.

Роберто Ассаджіолі у статті «Нервові захворювання при духовному зростанні» фактично описує стани, які супроводжують цей (тобто другий) етап проходження кризи: «Це випробування, як і інші, має бути подолане. Воно вчить упоратися з особистою чутливістю і допомагає напрацьовувати твердість та незалежність суджень. Тому слід не протидіяти такому випробуванню, а терпляче прийняти його. Якщо ж близькі зрозуміють стан людини в такій ситуації, вони можуть надати їй важливу допомогу, позбавити від зайвих страждань. Йдеться лише про деякий перехідний період, коли людина полишила старий стан, але ще не досягла нового. Як гусінь, що перетворюється на метелика, має пройти стадію лялечки, стадію безпомічності та несвідомості» (Assagioli, 2006, с. 21).

Психоаналітична підтримуюча терапія за наявності такого маркера буде помічником у другий період кризи (стадії переходів, роботи горя). Вихід із лімінального стану також дасть почуття визначеності і, відповідно, створення меж, відсутності брехні (як собі самому, так і іншим, а також визнання помилок терапевтом). Оскільки брехня створює нову реальність, відмінну він дійсної реальності, вона може відвести в іншу безмежну сторону. Брехня порушить межі – таку необхідну перепону, що створює напругу для переходу до стану реконструкції. Фактично зробить помилку в програмі гармонії світу особистості, зациклить кризу на лімінальній стадії та вибудує застиглу захисну патологічну організацію, яка відтворює минуле й уникає майбутнього.

III. **Зростає** частотність таких станів:

- обсесивність-компульсивність;
- дисоціативність;
- нарцисичність.

Найбільш яскраво виділяється в цій лінії обсесивність-компульсивність. Отже, створюючи умови для прояву цього стану, ми сприятимемо виходу з кризи, а також виходу з психотичного та межового станів. Сеттинг, чіткий режим і послідовність є допомогою в такій ситуації. Повторювані ритмічні дії – тремор, тремтіння, музика, танок, молитви й інші – надають сил і сприяють виходу із зацикленості на болісних переживаннях. У передмові до книги Віктора Тернера «Символ і ритуал» говориться, що конфлікт найчастіше долається за допомогою ритуалу (Turner, 1983). Тернер при цьому говорить про ритуал як про адаптивний механізм, який сприяє сприйняттю нового. Матіас Хірш у своїй статті «Відігравання на тілесному рівні – функція тіла у суспільстві і у психотерапії» висловлює думку, що наявність телесних кордонів допомагає себе стабілізувати (Hirsh, 2002). На підставі цього можна інакше зрозуміти роль мачухи в казці про Попелюшку. Для того щоб вивести дівчинку з кризового стану після втрати матері, мачуха дає їй завдання прибирати житло й викладати зернятка по порядку, чим сприяє її виходу на новий етап життя.

IV. Зрештою, динамічно слабко змінюються, лишаються **стабільними**:

- істеричні;

Таблиця 10

Механізми захистів, що супроводжують істеричність, мазохістичність і садистичність

Істеричність	Мазохістичність	Садистичність
Соматизація	*Ідеалізація*	*Інтроєкція чи інтеріоризація*
Втеча у фантазування	*Втеча у фантазування*	*Ідентифікація з агресором*
Дисоціація	*Заперечення*	
Знецінення	*Інтроєкція чи інтеріоризація*	
Ідеалізація	*Альтруїстична поступка*	
Відреагування або відігравання в дії	*Відреагування або відігравання в дії*	
Ідентифікація	*Регресія*	
Конверсія	*Ретрофлексія або поворот проти себе – або аутоагресія*	
Регресія	*Моралізація*	
Витискання чи репресія, пригнічення	*Сексуалізація чи інстинктуалізація*	
Гумор		
Раціоналізація		
Сексуалізація чи інстинктуалізація		
Сублімація		

Таблиця 11

Механізми захистів, які супроводжують кризу

МЗ психотичного рівня (сепараційні)	МЗ межового рівня (лімінальні)	МЗ невротичного рівня (реагрегаційні)
Втеча у фантазування	Альтруїстична поступка	Витискання чи репресія, пригнічення
Дисоціація	Відреагування або відігравання в дії	Гумор
Заперечення	Ідентифікація	Моралізація
Знецінення	Ідентифікація з агресором	Раціоналізація
Ідеалізація	Конверсія	Сексуалізація чи інстинктуалізація
Інтроєкція чи інтеріоризація	Регресія	Сублімація
Соматизація	Ретрофлексія або поворот проти себе – або аутоагресія	

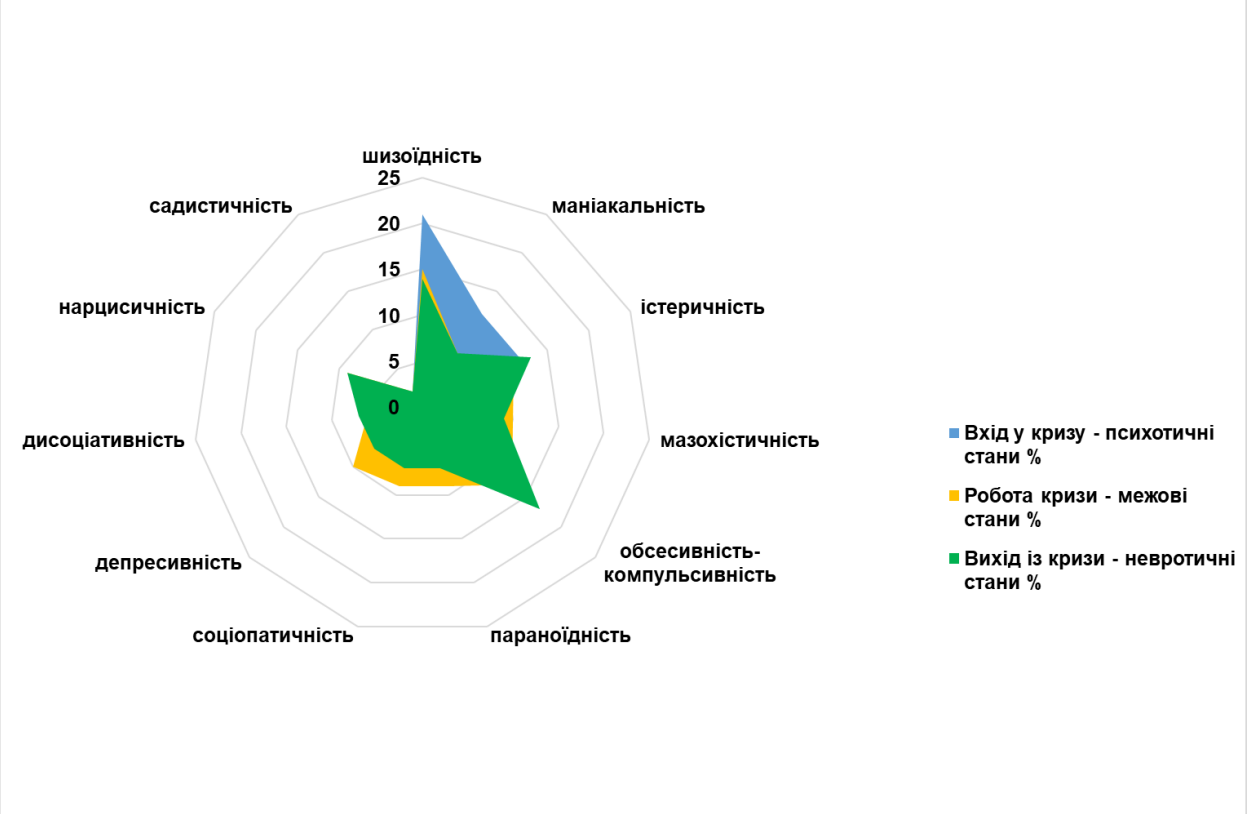

Рис. 2. Маркери психічних процесів під час проходження кризи (переходів і фаз роботи горя)

– мазохістичні;
– садистичні стани.

Отже, їх можна вважати такими, що супроводжують увесь процес перетворень. Метафорично вони спочатку безжально знищують межі минулих станів, уявлень, ідентифікації, переводять процес у лімінальну зону, а потім терпляче створюють ємність для створення нового. Знищення та творення, агресія та любов. Цікаво розглянути, які механізми захистів супроводжують ці стабільні стани (табл. 10).

Тепер зберемо ці механізми захистів в одну таблицю (табл. 11), видаливши ті, що повторюються, і представимо їх за трьома рівнями: психотичні, межові та невротичні (або сепараційні, лімінальні та реагрегаційні) захисти відповідно.

Можливо, ці механізми психологічних захистів є комплексним захистом від надмірної напруги кризи, що створюється нестерпною сепараційною тривогою, виснажливою фрагментацією, агресивним втіленням нового. Це той комплексний захист, який намагається утримати процес кризи (ритуали переходу чи роботу горя) у визначених рамках. Але іноді ці рамки розриваються під додатковим агресивним впливом, створюючи помилки у формуванні нової особистості. Коли те, що має відбуватися в любові, відбувається в ненависті. Якщо ненависть замінює процес любові, то немає можливості перейти до третьої стадії кризи – створення нового – і відбувається (за визначенням Бритона) «втеча до патологічної організації, що забезпечують зв'язність на основі догми або маячіння» (Britton, 1991). Цікаво подивитись, який вигляд мають маркери психічних станів під час проходження трьох етапів кризи (стадій переходів і фаз роботи горя) у діаграмі (рис. 2).

Тут можна відстежити накладання психотичного (синім кольором), межового (помаранчевим) і невротичного (зеленим) процесів. Відповідно, піки вказують на шизоїдність, депресивність та обсесивність-компульсивність. Також невеликий пік у невротичному процесі вказує на нарцисичність.

Такий підрахунок та ілюстрація розподілу захистів і психічних станів певним чином підтверджує запропо-

новану Мелані Кляйн у 1946 році теорію про параноїдно-шизоїдну та депресивну позицію у розвитку людини (Klein, 1946). Проте подане тут дослідження дає змогу доповнити теорію Кляйн обсесивно-компульсивною позицією. Заглиблення в опис цієї теорії різними психоаналітиками може виразніше висвітлити процеси, які відбуваються всередині трансформаційних перетворень людини також у періоди криз, ритуалів переходу та роботи горя. Ці три стани є повторюваними на кожному етапі психічного зростання людини і є нормальним процесом розвитку. Рональд Бріттон у своїй роботі «До та після депресивної позиції» (Britton, 1998), розкривши більш повно концепцію Мелані Кляйн, писав, що ці позиції також можна розглядати як психічні стани або режими об'єктних стосунків, які постійно відновлюються протягом життя, якою б не була психічна картина відповідного моменту.

Висновки. Проведене дослідження передусім показало такі результати:

1. На початкових фазах роботи горя, криз і ритуалів переходу діють переважно шизоїдні стани, які можуть розглядатися як ознака психотичного захисного процесу, нормального для цих періодів.
2. На середніх фазах роботи горя, криз і ритуалів переходу більшою мірою можуть бути представлені депресивні стани, що вказує на межовий процес, який супроводжує опрацювання цих періодів.
3. Обсесивно-компульсивні стани маркують невротичний процес і є показниками спрямованості до виходу з роботи горя, криз і ритуалів переходу.
4. Істеричні, мазохістичні та садистичні стани є радше супроводжувальними й утримують у певних рамках процеси роботи горя, криз і ритуалів переходу на всіх фазах.

До загальних висновків цієї роботи можна також зазначити таке:

− Теорія Мелані Кляйн про параноїдно-шизоїдну та депресивну позицію може бути доповнена обсесивно-компульсивною позицією, яка сприяє розумінню процесів, що супроводжують вихід із криз, завершення ритуалів переходу й опрацювання горя.

− Механізми психологічних захистів є зручною одиницею для вимірів психічних станів.

− Важливою є подальша емпірична та практична перевірка запропонованої теоретичної моделі, її уточнення та розвиток.

Продовжувати роботу нас надихає дослідницька позиція Зигмунда Фройда, який казав: «…якщо ця гіпотеза зрештою виявилася достатньо неймовірною, то цей характер її не дає підстав для заперечення проти вірогідності того, що ця гіпотеза все ж більшою чи меншою мірою наблизилася до важко реконструйованої дійсності» (Freud, 1913).

Список літератури:

Assagioli, R. (2006). *Spiritual Development and Nervous Diseases*. The Beacon.

Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International journal of psycho-analysis*. Vol. 42, Part 4, 5.

Britton, R. (1991). The Oedipal Situation and the Depressive Position. In *Belief and Imagination: Explorations in Psychoanalysis*. London and New York, Routledge.

Britton, R. (1998). Before and after the depressive position: Ps(n)->D(n)->Ps(n+1). In *Belief and Imagination: Explorations in Psychoanalysis*. London and New York, Routledge.

Caplan, G. (1963). Emotional crises. *The encyclopedia of mental health*. vol. 2, 521–532. N.Y.

Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1–171.

Fink, S. (2002). *Crisis Management: Planning for the Inevitable.* N.Y: Amer. Management Association.

Freud, A. (1992). *The ego and the mechanisms of defense*. London, Karnac Books.

Freud, S. (1913). Totem und Tabu. *Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*. Wien: Hugo Heller.

Freud, S. (1917). Trauer und melancholie. *Internationale Zeitschrift für Medizinische Psychoanalyse*, 4, 277–287.

Gennep, A. van (1909). LES RITES DE PASSAGE. Etude systematique des rites ibrairie critique. Emile Nourry.

Greenson, R. R. (2016). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, London, Routledge.

Hirsh, M. (2002). *Der eigene Körper als Symbol? der Körper in der Psychoanalyse von heute*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Jacobson, Q. F. (1974). Programs and techniques of crisis intervention. In *American handbook of psychiatry*. Ed. by S. Arieti. 810–825. N.Y.

Kessler, D. A. (2019). *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief*.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. The International Journal of Psychoanalysis, 27, 99–110.

Krystek, U. (1987). *Unternehmungskrisen: Beschreibung, Vermeidung und Bewltigung berlebenskritischer Prozesse in Unternehmung*en. Wiesbaden.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. N.Y: Scribner.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York, Guilford Press.

Mitroff, I. I. & Pauchant Th. (1992). *Transforming the Crisis. Prone Organization: Pre venting Individual, Organizational, and Environmental Tragedies.* San Francisco: Jossey Bass Publisher.

Penichel, O., (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. NORTON & COMPANY INC.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: BasicBooks.

Stein, M. (1998). *In Midlife: A Jungian Perspective*. (Seminar Series 15).

Turner, V. W. (1983). *The ritual process. Symbol, myth, and ritual series*. Aldine Pub.

Volkan, V., Zintl, E. (2015). *Life After Loss: The Lessons of Grief*. London: Routledge.

Мороз, В. М. (2023). Поняття «деперсоналізація» як актуальна проблема сучасної психології. *Вісник національного університету оборони України*, (2), 84–92.

Саржевський, С. Н. (2021). *Розлади афективного спектру*. Запоріжжя.

Шиделко, А. В. (2018). Науково-теоретичні грані психологічного захисту особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. (1). 87–94.

Ремесник, Н. Ю. (2018). Взаємозв'язок захисних механізмів та формування Я-концепції особистості. *Актуальні проблеми психології*. 6 (14). 88–95.

Шевченко, В., Оганян А. (2016). Захисні механізми психіки та їх взаємозв'язок з формами агресивної поведінки. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Психологічні науки. (1). 235–9.

Анотація. Представлена в цій статті ідея є наслідком практичних спостережень під час роботи з клієнтами, індуктивних міркувань, порівнянь та аналізу літератури, що стосується як психоаналізу, так і психотерапевтичних і психологічних джерел. У дослідженні зроблено спробу простежити динаміку криз, стадій ритуалів переходу та фаз психоаналітичної концепції роботи горя, провівши паралелі з процесами, характерними для різних психічних структур особистості. Авторкою було запропоновано гіпотетично уявити, що йдеться про ідентичні процеси. Динаміка визначалася за допомогою маркерів психічних станів, розрахованих з огляду на діючі механізми психологічних захистів. У роботі представлені таблиці взаємозв'язків механізмів психологічних захистів і психічних станів людини, де кожному стану відповідає свій набір захисних механізмів. Класифікація була складена автором на основі аналізу джерел літератури та дискусій з колегами. Автором було визначено відсоткові співвідношення психічних станів психотичного, межового та невротичного рівнів і показано динаміку психічних процесів під час проходження етапів кризи, стадій ритуалів переходу та фаз роботи горя. У статті виділено маркери психічних процесів на різних стадіях кризи (ритуалів переходу та роботи горя) і запропоновано умови, що сприяють виходу із хворобливих трансформаційних станів. Загалом у дослідженні теорію Мелані Кляйн про стани параноїдно-шизоїдної та депресивної позицій було підтверджено й доповнено ще однією позицією – обсесивно-компульсивною. Механізми психологічних захистів добре проявили себе як одиниця розрахунків психічних станів на стадіях розвитку. Представлений матеріал може бути використаний психоаналітиками та психотерапевтами всіх напрямів як дозорні діагностичні маркери в періоди міркувань про причини несвідомих проявів клієнтів. Подана гіпотеза вимагає емпіричних доказів, практичних підтверджень і подальшого теоретичного обґрунтування.

Ключові слова: криза, ритуали переходу, робота горя, структури особистості, лімінальність, механізми психологічних захистів, психічні процеси, теорія Мелані Кляйн.

Abstract. The idea presented in this paper is the result of practical observations from working with clients, inductive reasoning, comparisons, and analysis of literature related to both psychoanalysis as well as psychotherapeutic and psychological evidence. In this study, the author attempted to trace the dynamics of crises, stages of rites of passage, and phases of the work of grief, drawing parallels with the processes inherent in various mental structures, i.e., psychotic, borderline, and neurotic. The author invited the reader to hypothetically imagine that we are talking about identical processes. The dynamics were determined with the markers of different mental states, calculated considering the active mechanisms of psychological defenses in different stages of crisis or grieving. The work presents tables of relationships between psychological defense mechanisms and mental states, where each state corresponds to its own set of defense mechanisms. The classification was compiled by the author based on the analysis of literature sources and discussions with colleagues. The author determined the percentage ratio of mental states of psychotic, borderline, and neurotic levels and showed the dynamics of mental processes during the stages of crisis, stages of rituals of transition, and phases of grief work. The article highlights the markers of mental processes at different stages of the crisis (rituals of transition and work of grief) and suggests conditions that facilitate exit from painful transformational states. In general, the study confirmed Melanie Klein's theory about the states of paranoid-schizoid and depressive positions and supplemented it with one new position — obsessive-compulsive. The presented results can be used by psychoanalysts and psychotherapists of all disciplines as diagnostic markers during reasoning about the causes of clients' unconscious manifestations. The presented hypothesis requires empirical evidence, practical confirmations, and further theoretical elaboration.

Key words: crisis, rites of passage, work of grief, personality structures, liminality, mechanisms of defense, mental processes, Melanie Klein's theory.

УДК 159.964.2
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-10

ПСИХОАНАЛІЗ І ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ДОКАЗОВА ПРАКТИКА: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ З ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ

Мар'яна Великодна, Ph.D. з психології, доцент,
доцент кафедри практичної психології
Криворізький державний педагогічний університет
м. Кривий Ріг, Україна
Кафедра психології
Зіґмунд Фройд Університет Україна,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS AN EVIDENCE-BASED PRACTICE: A REVIEW OF EMPIRICAL DATA ON THE EFFECTIVENESS OF WORKING WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Mariana Velykodna, Ph.D. in Psychology, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Practical Psychology
Kryvyi Rih State Pedagogical University
Kryvyi Rih, Ukraine
Psychology Department
Ukraine Sigmund Freud University,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0000-0001-6269-793X
velykodna@kdpu.edu.ua

Вступ. Прагнучи підтримувати наукове підґрунтя психоаналітичних втручань (Фільц & Мединська, 2014; Kaluzeviciute & Willemsen, 2020) та їхню відповідність доказовому підходу в психологічній і психотерапевтичній практиці (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005), психоаналітичні фахівці мають спиратися щонайменше на три рівноцінні засади:

– вивчення результатів найкращих наявних досліджень умов, можливостей і обмежень застосування психоаналітичного методу з різними проблематиками та групами, у різних обставинах і сеттингах;

– континуальний аналіз практичного досвіду – власного та колег;

– врахування особливостей і вподобань певного унікального суб'єкта у веденні його чи її випадку (APA, 2006).

Якщо говорити про останній зазначений пункт, його сміливо можна вважати чеснотою психоаналізу, практична терапевтична мета якого втілюється через перевідкриття і перевинайдення психоаналізу для кожного окремого пацієнта (Ogden, 2007; Ogden, 2014) та створення теорії функціонування конкретної психіки, що склалася у взаємодії неповторних життєвих обставин з їх свідомим і несвідомим сприйманням, осмисленням, творенням і перетворенням суб'єктом (Legrand, 2020), що притаманне роботі з дітьми та підлітками такою ж мірою, як і роботі з дорослими людьми (Zornig, 1996).

Стосовно аналізу практичного досвіду психоаналітичної роботи з дітьми та підлітками, то він має багату історію, включно з непересічними постатями, чиї практичні напрацювання й теоретичні побудови цінні для нас і сьогодні (див. історичні огляди у Blake, 2018; Geissman & Geissmann, 1998). Йдеться і про першу дитячу психоаналітикиню Г.Гуґ-Гельмут, і про А. Фройд та М. Кляйн, чиї відмінні погляди на психоаналітичну роботу з дітьми мали (і все ще мають) великий вплив на подальший розвиток психоаналітичних шкіл і спільнот у Великій Британії і за її межами (Holder, 2018; Попович, 2018). Вагомий внесок Д. В. Віннікота, Ф. Дольто та Ж. Лакана розширив уявлення про психічний розвиток дитини, починаючи з віку немовляти, а теорія прив'язаності Дж. Боулбі та процес сепарації-індивідуації, описаний М. Малер, залишаються актуальними для осмислення розвитку і страждання дитини, заснованих на стосунках раннього віку. І, звичайно, цей перелік можна продовжувати.

Осмислення практичного досвіду через окремі випадки роботи з дітьми та підлітками посідає провідне місце в оцінці використання психоаналітичних втручань і зараз (Ranieri & Loscalzo, 2023). Не менш важливим є і те, що знахідки із психоаналітичної роботи з дітьми і підлітками збагачують розуміння психічного функціонування та його розвитку в цілому, тож виправдано використовуються і в повсякденній психоаналітичній практиці з дорослими (Obegi & Berant, 2010; Кечур, Турецька & Яскевич, 2023).

Тоді як класичні форми психоаналізу дітей і підлітків продовжують широко застосовуватися, останнім часом з'являються нові психоаналітично-орієнтовані практичні підходи до роботи з дітьми та підлітками, що вимагає їх перегляду, перевірки і порівняння (наприклад, Вірна, 2023). Так, серед нових практичних розробок як приклад можна навести короткотривалу психоаналітичну психотерапію для підлітків із депресією (Cregeen, 2018), окреме визначення отримала психоаналітична ігрова терапія (Sumarni, 2020), проходить емпіричну оцінку захисто-орієнтована психоаналітична психотерапія для дітей з опозиційно-викличним розладом (Rice et al., 2022) та афекто-фокусована психодинамічна психотерапія для підлітків із депресією (Lindqvist et al., 2020), добре показали себе групи розвитку менталізації для батьків як інструмент впливу на симптоматику дітей із розладами аутистичного спектра (Enav et al., 2019) тощо. Поточна тенденція до розробки нових фокусованих психоаналітичних втручань для певних типів страждання в дитячому чи підлітковому віці чи для певних умов (як-от денного стаціонару чи дистанційної терапії), з одного боку, і сучасні вимоги до збору доказів ефективності вже відомих методів – з іншого, потребують моніторингу й узагальнення наявних емпіричних даних із цієї теми.

Мета статті – зробити огляд емпіричних даних про ефективність психоаналітичних втручань різного виду й інтенсивності в роботі з дітьми та підлітками.

Аналіз останніх досліджень. Кожні кілька років дослідники публікують оновлені огляди та метааналізи доказів ефективності класичних і нових психоаналітичних втручань у роботі з дітьми та підлітками (Abbass et al., 2013; Midgley & Kennedy, 2011; Midgley et al., 2017; Midgley et al., 2021; Rabung et al., 2021). Наприклад, в останньому огляді Midgley та колег (2021) узагальнено дані про ефективність психоаналітичної психотерапії щодо емоційних, депресивних, тривожних, харчових, поведінкових, особистісних розладів, розвиткових проблем, самопошкоджень, а також наслідків насильства і травми в дитячому та підлітковому віці. Метааналіз 11 досліджень, які сумарно залучили 655 дітей і підлітків із депресією, нервовою анорексією, тривожним і межовим розладами, підтвердив ефективність короткотривалої психодинамічної терапії тривалістю до 40 сесій у роботі з ними (Abbass et al., 2013). Нещодавній систематичний аналіз даних, проведений групою німецьких колег, також підтвердив ефективність психодинамічних терапій за афективних, тривожних, обсесивно-компульсивних, гіперкінетичних і поведінкових розладів (Rabung et al., 2021).

Уважний читач цих оглядів зверне увагу, що оцінка ефективності психоаналітичних втручань саме з дітьми та підлітками має свої особливості. По-перше, на відміну від сучасної практики оцінювання дієвості психоаналітичної роботи з дорослими (Великодна, 2023), у дитячому та підлітковому віці рандомізовані контрольовані випробування (РКВ) – як сучасний «золотий стандарт» оцінки ефективності – використовуються обмежено і здебільшого щодо короткотривалих версій психоаналітичної терапії. Це пов'язане з тим, що РКВ вимагає створення контрольної групи, де – в ідеалі – втручань немає або вони мінімальні. Коли йдеться про оцінку короткотривалої терапії, таку контрольну групу можна утворити з дітей, які перебувають у списку очікування терапії і, ймовірно, зможуть без шкоди для свого стану побути в такому списку впродовж кількох тижнів або місяців. Однак, коли йдеться про терапії середньої чи довгої тривалості, а також про симптоматики й розлади, нелікування яких несе в собі потенційну шкоду здоров'ю, розвитку або життю дитини (як-от у випадку порушень харчової поведінки чи самопошкоджень, які приводять до госпіталізації), такий підхід є етично неприйнятним (Mensi et al., 2021). У такому разі дослідники або пропонують контрольній групі інший вид втручань із доведеною ефективністю (це може бути психотерапія чи медикаментозне лікування), або відмовляються від методології РКВ на користь когортного чи тест-ретестового дослідження.

По-друге, з оглядів ефективності психоаналітичних втручань із дорослими нам відомо, що вона має здатність наростати із часом, тобто в посттерапевтичний період – через 1, 2, 5 років, і саме це робить психоаналізу головну репутацію дієвості порівняно з іншими видами психотерапії (див. у Великодна, 2023). Логічно, що дослідження, які проводяться на дітях і підлітках, також конструюються з урахуванням подальшої оцінки вимірюваних показників через певний час після терапії. Однак автори часто повідомляють про низьку залученість дітей у посттерапевтичний період, яку пов'язують, наприклад, із тим, що родини втрачають мотивацію приводити дітей до центрів психічного здоров'я, «коли вже все добре», переїжджають, просто пропадають зі зв'язку (Weitkamp, 2014).

Через ці обмеження дослідникам доводиться шукати інші способи оцінки ефективності роботи з дітьми та підлітками. Цікавими є, наприклад, сучасні розробки методів аналізу психоаналітичного психотерапевтичного *процесу*, які можуть бути помічними як у практичній роботі з дітьми та підлітками, так і для подальших дослідницьких узагальнень (Luzzi, Bardi, Ramos, & Slapak, 2015).

Методи. Це дослідження побудоване в логіці несистематичного наративного огляду даних, зібраних та опублікованих після 2000 року. Відбір робіт проходив через пошук Google Scholar та ResearchGate через ключові слова, словосполучення та їхнє поєднання: psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, evidence, child, children, adolescence. До аналізу увійшли роботи (n = 23), які мали або 1) повнотекстові варіанти (на репозиторіях, у бібліотеці Американської психологічної асоціації або через відкритий доступ до публікації), або 2) деталізовані анотації, які достатньо висвітлювали опис методів, результатів і висновків дослідження. У подальшому знайдені роботи були груповані для представлення в цій статті через менші підтеми. Перша спроба групування була націлена на огляд емпіричних даних про дітей і підлітків окремо. Однак вона виявилася невдалою, оскільки багато робіт презентують результати щодо дітей і підлітків як сукупної групи. Другий підхід полягав у групуванні знайдених робіт відповідно до рівня довіри до даних: від рандомізованих контрольованих випробувань (РКВ), які оцінюють дієвість втручань в умовах, наближених до ідеальних, до когортних, неконтрольованих рандомізованих чи тест-ретест-досліджень, які оцінюють ефективність втручань у природних умовах. Третьою групою в цьому підході до презентації даних стала група з даними про недієвість і неефективність чи брак достатніх даних. Усі три групи представлені як підрозділи цієї статті. Усередині кожного підрозділу емпіричні дані подано в хронологічному порядку.

Слід також попередити читача, що далі в тексті «інтерналізовані» розлади вживаються для позначення тих, основні симптоми яких «спрямовані всередину» (тобто депресивних, тривожних та обсесивно-комульсивних), а «екстерналізовані» – для позначення тих, симптоми яких переважно «спрямовані назовні» (тобто гіперкінетичних, опозиційно-викличних і поведінкових) (Mensi et al., 2021; Weitkamp et al., 2017).

Виклад основного змісту.

Доведена дієвість психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками. Kronmüller та колеги (2005) оцінили дієвість короткотривалої психодинамічної психотерапії на 25 сесіях для дітей та підлітків із діагностованими *тривожними розладами* порівняно з контрольною групою зі списку очікування шляхом РКВ. У дослідженні взяли участь 26 дітей і підлітків. Оцінка ефективності передбачала застосування шкали порушеності дітей і підлітків (IS-CA), чеклиста поведінки дитини (CBCL) і бланка психічного й соціально-комунікативного функціонування для дітей і підлітків (PSCFS-CA) на початку та після завершення терапії. Результати показали суттєве покращення за балами психічного й соціально-комунікативного функціонування та за шкалою порушеності (розмір ефекту 1,6), що було притаманне 62 % підлітків експериментальної групи проти лише 8 % підлітків зі списку очікування. Покращення, відстежене за чеклистом поведінки дитини, було однаково притаманне підліткам обох груп.

Horn і колеги (2005) висвітлили результати РКВ, націленого на оцінку дієвості короткотривалої психодинамічної терапії тривалістю у 25 сеансів у лікуванні *депресії* у дітей і підлітків. Дітей із діагнозом великий депресивний розлад або дистимія (n = 20) було розподілено до експериментальної та контрольної групи зі списку очікування. Для оцінки результатів втручань використовувались: шкала порушеності для дітей і підлітків (IS-CA), бланк психічного і соціально-комунікативного фкунціонування для дітей і підлітків (PSCFS-CA) і чеклист поведінки дитини (CBCL) на початку і після проходження терапії. Результати засвідчили значну перевагу психодинамічної психотерапії порівняно з групою очікування за шкалою порушеності (величина ефекту 1,3), психічним і соціально-комунікативним функціонуванням та інтер-

налізованою симптоматикою. Загалом у 20 % дітей цієї групи спостерігалося клінічно значуще та надійне покращення, тоді як жодна особа в контрольній групі цього не демонструвала.

Winkelmann із колегами (2005) також оцінювали дієвість короткотривалої психодинамічної психотерапії (25 сесій). Однак у фокусі їхньої уваги були діти й підлітки з *розладами поведінки* (n = 26), розподілені в експериментальну групу та контрольну групу – список очікування. Як і в попередніх прикладах, оцінка ефективності втручань передбачала застосування шкали порушеності дітей і підлітків (IS-CA), чеклиста поведінки дитини (CBCL) і бланка психічного та соціально-комунікативного функціонування для дітей і підлітків (PSCFS-CA) на початку та після завершення терапії. Дослідники встановили, що експериментальна група значно покращила показник за шкалою порушеності порівняно з групою очікування (величина ефекту 0,6), а також показники психічного та соціально-комунікативного функціонування (з величиною ефекту від 0,8 до 1,4). Загалом 31 % дітей, які пройшли психодинамічну психотерапію, отримали значуще й надійне клінічне покращення, тоді як такий результат був зафіксований лише у 8 % учасників контрольної групи.

Trowell і колеги (2007) порівнювали дієвість індивідуальної психодинамічної та сімейної психотерапії в лікуванні *помірної або тяжкої депресії* у молодших підлітків віком 9–15 років (n = 72). Обидві терапії досягли значного зниження симптомів: 74,3 % підлітків, які пройшли психодинамічну терапію, і 75,7 % підлітків, які пройшли сімейну терапію, більше не мали діагностованої клінічної депресії. Це включало також випадки «подвійної депресії» (коморбідних великого депресивного розладу і дистимії). У дослідженні також спостерігалося загальне зниження супутніх захворювань. Зміни в обох групах лікування були постійними, і спостерігалося подальше покращення. Так, під час подальшого спостереження через шість місяців після закінчення лікування 100 % випадків у групі індивідуальної терапії та 81 % випадків у групі сімейної терапії більше не мали клінічної депресії.

Gilboa-Schechtman і колеги (2010) порівнювали дієвість короткотривалої психодинамічної психотерапії та тривалої експозиційної терапії для підлітків віком 12–18 років (n = 38) із *посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)* унаслідок однієї пережитої травматичної події. Результати показали, що обидва види терапії привели до зменшення симптомів ПТСР і депресії та до покращення функціонування, що зберігалося також через 6 і 17 місяців спостереження.

Rossouw & Fonagy (2012) презентували результати РКВ психодинамічної психотерапії на основі менталізації (MBT-A) у лікуванні підлітків (n = 80), які практикують *самопошкодження* (self-harm), порівняно зі звичайним лікуванням. До участі в дослідженні були запрошені підлітки, які систематично потрапляли до служб психічного здоров'я через самопошкодження та супутню депресію. Для оцінки динаміки втручань підлітків спостерігали впродовж року кожні три місяці на предмет самопошкоджень, схильності до ризику та їхнього настрою. Крім того, напочатку і через 12 місяців терапії та лікування оцінювались їхній стиль прив'язаності, здатність до менталізації та показники межового розладу особистості. Результати показали, що терапія на основі менталізації була дієвішою, ніж звичайне лікування, у зменшенні самопошкоджень та депресії. 44 % учасників експериментальної групи повністю припинили самопошкодження порівняно з 17 % контрольної групи. Цю перевагу вдалося пояснити покращенням менталізації та зменшенням показників уникаючої прив'язаності. Крім того, помітним було покращення щодо зменшення проявів межових особистісних рис.

У РКВ, проведеному Stefini та колегами (2017), порівнювалась дієвість психодинамічної та когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні діагностованої *нервової булімії* у дівчат-підлітків віком 16–20 років (n = 81). У середньому дівчата пройшли 36,6 сеансу розладо-орієнтованої психодинамічної терапії (n = 42) або КПТ (n = 39). Психологи, які не знали про тип терапії, який проходить кожна учасниця, оцінювали дівчат на початку, під час терапії, наприкінці та через 12 місяців потому. Основним оцінюваним показником була швидкість ремісії, визначена як відсутність діагнозу «нервова булімія» за DSM-IV або часткова «нервова булімія» після завершення терапії. Рівень ремісії для КПТ і психодинамічної терапії становив 33,3 і 31,0 % відповідно, без істотних відмінностей між ними. Були виявлені значні покращення всіх показників результатів як після КПТ (d = 0,51 − 0,82), так і після психодинамічної психотерапії (d = 0,24 − 1,10). Покращення залишалися стабільними в обох групах і через 12 місяців.

Cropp, Taubner, Salzer і Streeck-Fischer (2019) представили результати РКВ, у якому дослідники прагнули перевірити психодинамічну психотерапію як засіб покращення рефлексивного функціонування підлітків із *коморбідними розладами поведінки та емоцій* (n = 38) в умовах стаціонару. Контрольну групу становили підлітки зі списку очікування. Під час прийому на стаціонар усі підлітки мали виражену симптоматику за поставленими діагнозами та дуже низькі показники рефлексивного функціонування. Унаслідок стаціонарної психодинамічної терапії здатність підлітків до рефлексивного функціонування суттєво покращилася (p = 0,04), інтерналізована й екстерналізована симптоматика істотно знизилася, однак розмір внутрішньогрупового ефекту був середнім.

У РКВ, проведеному Aitken і колегами (2020), порівнювали короткочасну психоаналітичну психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію та короткочасне психосоціальне втручання у роботі з підлітками віком 11–17 років із *великим депресивним розладом* (n = 465). Середня тривалість психоаналітичної терапії була 27,9 тижня, когнітивно-поведінкової – 24,9, а короткого психосоціального втручання – 27,5 тижня. Зміни в симптомах оцінювали на початку дослідження, а також через 6, 12, 36, 52 і 86 тижнів після втручань за допомогою опитувальника настрою та почуттів (Mood and Feelings Questionnaire, MFQ), оновленої шкали дитячої маніфестованої тривоги (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS), опитувальника обсесивності Лейтона (Leyton Obsessional Inventory, LOI) та чеклиста антисоціальної поведінки згідно з DSM-IV. В усіх трьох групах показники загальної депресивної симптоматики зменшилися і під час лікування, і впродовж річного спостереження. Меланхолійні риси та депресивні когнітивні показники зменшилися вже упродовж перших 6 тижнів. Проблеми з поведінкою зменшилися під час лікування та після нього. Тривога в перші 6 тижнів зросла, але до 36-го тижня повернулася до вихідного рівня. Обсесивно-компульсивні прояви не змінилися. Усі наведені характеристики не відрізнялися суттєво між трьома психотерапіями під час лікування, однак після завершення втручань поведінкові проблеми зменшилися більш виразно з 36-го по 52-й тиждень за короткого психосоціального втручання порівняно з когнітивно-поведінковою терапією, але не порівняно з короткостроковою психоаналітичною психотерапією. Дослідники також вважають, що швидке зменшення депресивної сипмтоматики в перші тижні можна вважати маркером вдалої клінічної відповіді на терапію, що в подальшому дає змогу досягти тривалого поліпшення і в інших сферах.

Lindqvist і колеги (2020) організували РКВ для оцінки дієвості афекто-фокусованої інтернет-базованої психодинамічної психотерапії в роботі з підлітками з *депресією* порівняно з контрольною групою, яка отримувала онлайн-підтримку. 76 підлітків

15–18 років звернулися по допомогу самостійно через веб-сайт у відкритому доступі й відповідали критеріям *великого депресивного розладу*. Їх було рандомізовано розподілено на 8-тижневу психодинамічну психотерапію онлайн (n = 38) або в контрольну групу підтримки (n = 38). З підлітками працювали 11 різних психодинамічних терапевтів, 9 з яких були ліцензованими фахівцями, а 2 – студентами останнього року навчання. Симптоми депресії вимірювалися за допомогою самозвіту на основі швидкого опитувальника депресивної симптоматики для підлітків (Quick Inventory of Depressive Symptomatology for Adolescents, QIDS-A17-SR). Додатковими показниками були рівень тривоги (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7), регуляція емоцій (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS), самоспівчуття (Self-Compassion Scale, SCS) і альтернативно оцінений рівень депресії (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, MADS). Оцінки проводилися на початку, після втручань і через 6 місяців подальшого спостереження. Результати РКВ показали значне зменшення депресії за QIDS-A17-SR в експериментальній групі порівняно з контрольною (d = 0,82, p = 0,01), цей результат був також підтверджений показником депресії за MADS (d = 0,80, p < 0,001). Так само психодинамічна терапія виявилася значно ефективнішою у зниженні тривожності (d = 0,78, p < 0,001) і покращенні регуляції емоцій (d = 0,97, p < 0,001) і самоспівчуття (d = 0,65, p = 0,003). Для градації покращень в учасників використовували два рівні: «є реакція на терапію» (помірні зміни) та «досягнено ремісії» (значні зміни). Значно більше осіб експериментальної групи порівняно з контрольною демонстрували реакцію на терапію (56 % проти 21 % відповідно) та ремісію (35 % проти 8 % відповідно). Решта учасників обох груп не мали покращень. Отримані результати щодо симптомів депресії та тривоги були стабільними через 6 місяців подальшого спостереження.

Отже, РКВ встановили, що психоаналітична психотерапія з дітьми та підлітками віком 11–20 років показала себе як дієва за наявності депресії, самопошкоджень, тривожних, поведінкових, а також коморбідних розладів поведінки та емоцій – порівняно з відсутністю втручань (контрольною групою зі списку очікування) і звичайним лікуванням. Крім того, психоаналітична психотерапія не поступалася в дієвості КПТ під час роботи з нервовою булімією і великим депресивним розладом, сімейної психотерапії за тяжкої депресії, тривалої експозиційної терапії при ПТСР і психосоціального втручання при депресії.

Доведена ефективність психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками. Muratori та колеги (2002) оцінювали ефективність короткої психодинамічної психотерапії дітей *з емоційними розладами* в клінічних амбулаторних умовах. 30 дітей (віком 6,3–10,9 року) було поділено на експериментальну та контрольну групу зі списку очікування. Усіх учасників оцінювали за шкалою загальної оцінки дітей та чеклистом поведінки дитини на початку, через 6 місяців і після 18 місяців спостереження. Після завершення втручань діти з експериментальної групи покращили загальне функціонування. У подальшому спостереженні обидві групи продемонстрували покращення загального функціонування, але лише в експериментальній групі середнє значення перейшло до діапазону нормального функціонування. Крім того, у дітей експериментальної групи значно зменшилися поведінкові й екстерналізовані симптоми через 18 місяців після терапії.

Dearin & Tiellet Nunes (2009) навели результати дослідження 23 дітей 6–11 років, які проходили індивідуальну психоаналітичну терапію в амбулаторній клініці. Автори оцінювали ефективність цих втручань порівняно з контрольною групою (n = 22) із застосуванням чеклиста поведінки дитини, тесту Роршаха, тесту інтелекту Векслера та гештальт-тесту Бендера. Діти експериментальної групи мали направлення на психотерапію через *симптоми психологічних розладів*. Контрольну групу підібрали випадковим чином із дітей навчальних закладів, які були того самого віку, статі й мали аналогічні бали за чеклистом поведінки дитини. Оцінка дітей відбувалася до та через 12 місяців психоаналітичних втручань. Результати показали суттєве зниження поведінкових та інтерналізованих проблем після проходження психоаналітичної психотерапії, якого не мала контрольна група. Менш значущими (0,01 < p < 0,05) виявилися позитивні зміни в рівні тривоги, депресії, замкненості та мисленні.

У тому ж році Tonge та колеги (2009) оцінювали ефективність психоаналітичної психотерапії підлітків *із серйозними психічними порушеннями* через 12 місяців після закінчення втручань порівняно зі звичайним лікуванням. 23 підлітки з тяжкою межовою, депресивною, замкнутою симптоматикою, проблемами уваги й ускладненим соціальним функціонуванням проходили психоаналітичну терапію 1–2 рази на тиждень по 50 хв упродовж 4–12 місяців. Контрольну групу становили 33 пацієнти, які отримували звичайне лікування у Службі психічного здоров'я для дітей і підлітків. Для оцінки змін використовували самозвіт молоді (який заповнювали підлітки) та чеклист поведінки дитини (який заповнювали батьки), шкалу загального функціонування інструменту сімейної оцінки (її заповнювали і підлітки, і батьки) та загальну оцінку функціонування (її робили лікарі). Через 12 місяців після завершення психоаналітичної психотерапії результати засвідчили суттєве зменшення депресивної симптоматики (що було тим більш значущим, чим довше тривала терапія), а також соціальних складнощів і проблем уваги, однак загальне й сімейне функціонування не покращилося. Результати не були пов'язані зі статтю та віком учасників.

Контрольоване польове дослідження ефективності коротко- та довготривалої психоаналітичної психотерапії дітей і підлітків (4–21 рік) *з тяжкою депресивною психопатологією* було виконане Weitkamp і колегами (2014). Більшість залучених учасників мали також коморбідні розлади: афективний, тривожний, постравматичний стресовий тощо. 35 осіб проходили психоаналітичну терапію у приватних центрах на півночі Німеччини, а ще 17 перебували у списку очікування. Оцінку учасників дослідження проводили на початку, під час, після, а також через 6 і 12 місяців після завершення втручань, із використаннями опитувальника дитячої депресії та скринінгу якості життя (KIDSCREEN-27) із трьох джерел: самі пацієнти, батьки та терапевти. Діти та підлітки пройшли від 25 до 205 сесій психоаналітичної психотерапії (у середньому 97 сесій упродовж 24,47 місяця). На момент завершення терапії і діти (d = 0,68), і батьки (d = 0,88) відзначили суттєве зниження симптомів депресії, тоді як у контрольній групі покращення було малим і статистично незначущим (d = 0,07). При цьому результати виявилися незалежними від тривалості психоаналітичної психотерапії. Через рік після втручань вдалося повторно оцінити лише 15 учасників дослідження. Серед них тільки одна особа ще мала діагноз депресивного розладу, а вісім осіб вже не мали жодних діагнозів. Решта учасників ще мали розлади, які були коморбідними до депресивного на початку втручань.

Salzer, Cropp і Streeck-Fischer (2014) оцінили спроможність психоаналітичної психотерапії як раннього втручання у формуванні *межового розладу особистості* у підлітковому віці. Серед 68 підлітків віком 14–19 років, чиї симптоми відповідали діагностичним критеріям межового розладу особистості за DSM-IV, 28 проходили психодинамічну терапію середньою тривалістю 29,87 тижня в умовах стаціонару. Успішність втручань оцінювали за показниками ремісії, загальною оцінкою функціонування (GAF), Загальним індексом тяжкості (GSI), опитувальником сильних сторін і складнощів (SDQ), опитувальником інтерперсональних проблем (IIP) і опитувальником меж-

ової особистості (BPI). Оцінки проводилися під час прийому на стаціонар та після терапії. Результати показали, що після проходження психоаналітичної психотерапії 39,29 % підлітків мали ремісію, а також значуще покращили свої показники за GAF, GSI, SDQ, IIP ($p < 0,001$) і BPI ($p = 0,006$).

Laezer (2015) навела дані ефективності тривалої психоаналітичної психотерапії дітей віком 6–9 років (n = 43) із діагностованим *розладом дефіциту уваги та гіперактивністю* (РДУГ) і *опозиційно-викличним розладом* (ОВР) порівняно з поведінковою терапією (n = 30). Психоаналітична терапія проводилась у вигляді індивідуальних сесій по 50 хв двічі на тиждень. Психотерапевтами були сертифіковані фахівці із досвідом роботи не менше ніж 10 років. Середня тривалість психоаналітичної терапії – 25,9 місяця, а поведінкової – 6 тижнів. При цьому 60,9 % дітей контрольної групи на додачу до поведінкової терапії отримували медикаментозну терапію метилфенідатом упродовж 29,6 місяця в середньому. Оцінка проводилася до початку втручань та через 38 місяців після початку з використанням чеклиста поведінки дитини, форми вчительського звіту, шкали батьківської оцінки Коннерса, опитувальника оцінки якості життя дітей і підлітків. На момент оцінювання дітей через 38 місяців діти експериментальної групи вже рік не мали терапевтичних сесій, тоді як 23 із 30 дітей контрольної групи все ще приймали медикаментозну терапію (метилфенідат). Результати показали, що в обох групах було досягнуте значуще зменшення симптомів ОВР, гіперактивності, імпульсивності та неуважності.

Частково контрольоване когортне дослідження Weitkamp, Daniels, Romer & Wiegand-Grefe (2017) було покликане оцінити ефективність психоаналітичної психотерапії дітей і підлітків (7–15 років) з *тяжкою екстерналізованою психопатологією* (n = 65) порівняно з контрольною групою (n = 28), до якої входили діти та підлітки зі списку очікування або ті, хто отримував мінімальну підтримку. Учасників оцінювали до початку втручань, а також через 6 та 12 місяців поісля завершенню, використовуючи чеклист поведінки дитини або самозвіт молоді. Тривалість психоаналітичної психотерапії варіювала від 19 до 300 сесій (94,82 зустрічі в середньому). Вплив сторонніх чинників на контрольну групу контролювався тільки перші 25 сесій експериментальної групи. На момент завершення психотерапії і юні пацієнти експериментальної групи ($d = 0,63$), і їхні батьки ($d = 0,69$) відзначили суттєве зменшення екстрерналізованих симптомів, причому показник навіть зріс через рік ($d = 0,69$ і $d = 0,77$ відповідно). Батьки дітей також відстежили у них значне зниження депресивної симптоматики. Близько 70 % дітей і підлітків, які пройшли психоаналітичну психотерапію, можна було вважати вилікуваними або такими, що досягли значних покращень. Тільки три учасники через рік після терапії ще мали діагностований екстерналізований розлад.

У когортному дослідженні Strangio та колег (2017) оцінювався вплив досвіду насильства на ефективність психодинамічної психотерапії *розладів харчової поведінки* у підлітків віком 13–18 років (n = 11). До контрольної групи ввійшли підлітки з розладами харчової поведінки, які не мали досвіду насильства (n = 15). Підлітків обох груп напочатку оцінив експерт-психіатр із застосуванням чеклиста симптомів (SCL-90), опитувальника харчового розладу (Eating Disorder Inventory-3, EDI-3), шкали імпульсивності Барата (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11), шкали дисоціативних переживань, загальної оцінки функціонування (GAF), структурованого інтерв'ю згідно з другим кластером DSM-IV (SCID II) та опитувальника дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ). Групи початково не відрізнялися за соціодемографічним складом і типом розладу харчової поведінки, але експериментальна група мала значно вищі бали за багатьма шкалами, як-от ворожості (SCL-90), емоційної дисрегуляції (EDI-3), імпульсивності, схильності до непланування (BIS-11). Учасники обох груп пройшли річну психодинамічну психотерапію в умовах денного стаціонару у вигляді щотижневих індивідуальних 45-хвилинних сесій у 10 досвідчених терапевтів (44–48 сесій за рік) і були повторно оцінені після них. Результати показали, що психодинамічне втручання у підлітків із досвідом насильства призвело до значного зменшення параметра лише одного показника чеклиста симптомів (SCL-90) – психотизму ($p < 0,05$), тоді як підлітки, які не мали такого досвіду, отримали значне зниження показників соматизації, обсесивно-компульсивних проявів, фобічної тривоги й загального індексу тяжкості симптомів згідно з SCL-90, інтерцептивних дефіцитів згідно з EDI-3 та за шкалою дисоціативного досвіду. Автори дійшли висновку, що анамнез насильства можна розглядати як негативний прогностичний фактор для підлітків із розладами харчової поведінки, які проходять курс психодинамічної психотерапії, але ця психотерапія може слугувати профілактикою ранніх психотичних розладів у цих пацієнтів.

Mensi та колеги (2021) оцінювали ефективність короткотривалої психодинамічної психотерапії в роботі з підлітками віком 11–19 років (n = 123), які мають *психіатричні діагнози*. Дослідження проводилося у відділенні неврології та психіатрії у клініці в м. Павія, Італія. Усі учасники пройшли 8 сесій психодинамічної терапії, веденої за протоколом «Короткої індивідуаційної психотерапії» (автор – Senise). Контрольна група не залучалася. Для оцінки змін із підлітками проводили напівструктуроване інтерв'ю з метою оцінки вираженості симптоматики відповідно до психіатричних діагнозів. Психотерапевти та лікарі також оцінювали загальне клінічне враження (Clinical Global Impression, CGI) та шкалу загальної оцінки дитини (Children's Global Assessment Scale, C-GAS). Результати показали, що після проходження 8 сесій психодинамічної терапії 64,2 % дітей були оцінені за CGI як такі, що досягли мінімальних, середніх чи значних покращень. 31,7 % не демонстрували змін, а ще 4,1 % мали невелике погіршення стану. Однак дані, зібрані за шкалою загальної оцінки дитини, не відстежили значущих покращень. Отримані результати виявилися незалежними від віку та статі дітей, однак ті з них, що мали екстерналізовані діагнози, досягли менш суттєвих змін.

Siefert, van Lent & von Seggern (2023) перевірили гіпотезу, чи дійсно дітям і підліткам найбільш корисно проходити комбіноване психоаналітичне втручання, поєднуючи індивідуальну роботу із груповою. Для цього вони рандомізовано розподілили дітей і підлітків віком 5–18 років (n = 114) у три різні групи для проходження довготривалого психоаналітичного лікування:

- індивідуально (120 сесій по 50 хв із частотою 1–2 рази щотижня);
- в групі (60 сесій по 100 хв 1 раз на тиждень)
- комбіновано (120 сесій, з яких 60 – індивідуальні сесії по 50 хв щотижня і 60 – групові сесії по 100 хв щотижня).

Психоаналітична робота відбувалася в амбулаторії при Інституті Віннікотта в Ганновері. Початково учасники дослідження мали *діагнози* рубрики F9 (поведінкові та емоційні розлади в дитячому та підлітковому віці), F4 (тривожні та стресові розлади) і F3 (афективні розлади). Прагнучи відповідати стандартам РКВ, дослідники все ж дійшли думки, що утворити контрольну групу дітей і підлітків, які потребують терапії, але не отримають її упродовж тривалого часу заради експерименту, є етично неприйнятним. Тому контрольна група не залучалася. Ефективність втручань оцінювалася відразу після закінчення, а також через 6 та 24 місяці з використанням чеклиста поведінки дитини (CBCL 6-18), системної діагностики психічних роз-

ладів (DISYPS-II), операціоналізованої психодинамічної діагностики (OPD-KJ-2) і тесту на визначення рівня інтелекту (CFT1-R / CFT-20-R). Додаткові дані були отримані від батьків і терапевтів. Результати показали, що на момент завершення терапії у 56,5 % дітей і підлітків було знято початковий діагноз, а ще в 14,5 % було зменшено кількість діагнозів через суттєве зменшення початкової симптоматики. Покращення симптоматики, структурні зміни (особливо інтеграція початково конфліктних прагнень до близькості та віддаленості) та інтелектуальний розвиток виявилися тривалими в часі й ефективними в усіх трьох сеттингах без значущих відмінностей.

Отже, когортні та тест-ретестові дослідження, виконані із залученням дітей та підлітків віком від 4 до 21 року, продемонстрували ефективність психоаналітичної психотерапії в роботі з різноманітними психологічними розладами, як-от афективними, поведінковими, емоційними, тривожними, депресивними, особистісними, тяжкою екстерналізованою патологією, розладами харчової поведінки, а також психіатричними порушеннями – порівняно з відсутністю втручань, звичайним лікуванням або початковим станом. Крім того, дані показали ефективність психоаналітичних втручань за наявності РДУГ та опозиційно-викличного розладу на рівні із поведінковою терапією разом із супутньою медикаментозною терапією метилфенідатом та без неї.

Доведена неефективність психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками чи брак доказів. Griffiths і колеги (2019) представили суперечливі результати РКВ дієвості терапії, основаної на менталізації (MBT), щодо підлітків віком 12–18 років (n = 53), які практикували *самопошкодження* впродовж щонайменше 6 місяців у короткотривалому груповому сеттингу: 12-тижнева групова терапія на додачу до звичайного лікування (у середньому учасники відвідали 5,3 сесії з 12 запропонованих). Контрольна група також отримувала звичайне лікування, але без терапії. Базою дослідження були центри психічного здоров'я для дітей і підлітків. Оцінювання стану учасників відбувалося до втручань, після них, а також через 12 і 24 тижні подальшого спостереження. Критеріями оцінки виступала кількість епізодів самопошкоджень (за відповідною субшкалою опитувальника ризикування і самопошкоджень підлітків, the Risk-Taking and Self-Harm Inventory, RTSHI) і відвідувань пунктів невідкладної допомоги через самопошкодження. Крім того, оцінка включала виявлення рівня тривоги та депресії (Revised Child Anxiety and Depression Scale, RCADS), менталізації (Reflective Functioning Questionnaire for Youths, RFQ-Y), емоційної регуляції (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS), інтерперсональної чутливості (Interpersonal Sensitivity Measure, ISM) та межових рис (Borderline Personality Features Scale for Children, BPFSC). Результати показали, що хоча в учасників обох груп повідомлення про самопошкодження та звернення до відділень невідкладної допомоги значно зменшилися із часом, короткотривала групова психодинамічна терапія не перевершила звичайне лікування. Соціальна тривожність, регуляція емоцій і межові риси також значно зменшилися із часом в обох групах. Менталізація виявилася суттєвим предиктором змін у зменшенні кількості самопошкоджень і звернень до лікарні через самопошкодження. Дослідникам також вдалося виявити, що самопошкодження самі по собі виявилися пов'язаними з проблемами емоційної регуляції, тоді як самопошкодження, які приводили до госпіталізацій, обернено корелювали з рівнем менталізації.

Bernstein, Timmons і Lieberman (2019) провели оригінальне дослідження, яке залучило дітей віком 2–6 років та їхніх матерів (n = 113), які зазнали насильства в минулому. У цьому дослідженні саме матерів було розподілено до контрольної групи (n = 33) та групи впливу (n = 80), яка проходила психодинамічно орієнтовану дитячо-батьківську психотерапію. У фокусі дослідження було те, як матері розпізнають і сприймають різні емоції своїх дітей, особливо страх і гнів. На початку дослідження було виявлено, що матері, які мали досвід насильства, були в цілому схильні до упередженого сприймання вираження страху своїми дітьми, що, зі свого боку, приводило до появи *інтерналізованої* симптоматики в дітей. Коли матері упереджено ставилися до вираження гніву дитини, діти частіше демонстрували *екстерналізовану* симптоматику. Хоча дитячо-батьківська психотерапія досягла суттєвих покращень у сприйнятті і прийнятті почуттів дітей їхніми матерями, значущого впливу на симптоматику дітей не відбулося.

Rice та колеги (2022) оцінювали ефективність захисто-орієнтованого підходу психоаналітичної психотерапії, розробленого для дітей з *опозиційно-викличним розладом*, ґрунтуючись на теоретичній ідеї, що слід допомогти таким дітям розвинути більше захистів від власних болісних афектів. Дослідження залучило 43 школярі віком 5–12 років із таким діагнозом. Дітей було розподілено до групи втручань або до списку очікувань випадковим чином. Після закінчення 10 тижнів діти зі списку очікування також перейшли до експериментальної групи для проходження психоаналітичних втручань. Дівчата та хлопці цього дослідження однаковою мірою продемонстрували відсутність статистично значущих покращень.

Загалом дані, описані в цьому підрозділі статті, показують неефективність використання фокусованої психоаналітичної терапії матерів як опосередкованого впливу на симптоматику дітей, хоча дитячо-материнський емоційний контакт вдалося покращити. Терапія, заснована на менталізації, хоча й показала себе добре в інших сеттингах, виявилася неефективною в короткотривалому груповому форматі в роботі із самопошкодженнями підлітків. Теоретична розробка захисто-орієнтованої терапії для дітей з опозиційно-викличним розладом поки не підтвердила свою емпіричну ефективність на практиці.

Висновки. Попри окреслені складнощі організації досліджень для оцінки ефективності психоаналізу й психоаналітичної психотерапії із дітьми та підлітками, наведені емпіричні дані, зібрані в період з 2000 року донині, об'єднують результати, які:

1) підтвердили дієвість психоаналітичних втручань у разі депресії, тривожних, емоційних і поведінкових розладів, у тому числі коморбідних, а також за наявності нервової булімії, самопошкоджень і ПТСР у дітей і підлітків віком 11–20 років;

2) продемонстрували ефективність психоаналітичних психотерапій різної тривалості та рамки щодо різних психологічних розладів, включно з емоційними, поведінковими, стресовими й тяжкими депресивними розладами, розладами харчової поведінки, розладом дефіциту уваги й гіперактивності, опозиційно-викличним розладом, межовим особистісним розладом і психічними порушеннями в дітей і підлітків віком 4–21 рік;

3) визначили зони суперечливих даних про ефективність деяких підходів до психоаналітичних втручань, які наразі розробляються: терапії, заснованої на менталізації, захисто-орієнтованої терапії та дитячо-батьківської терапії, принаймні стосовно деяких симптоматик дитячого й підліткового віку.

Загалом психоаналітична психотерапія може бути рекомендована як метод із доведеною ефективністю в роботі з дітьми та підлітками, що мають перераховані симптоматики. Утім важливим є подальше проведення й систематизація результатів досліджень, пов'язаних з особливими умовами психоаналітичних втручань (як-от онлайн чи в сеттингу кризового центру) та зі специфічними новими проблематиками (як-от опрацювання образу тіла дітьми, які отримали тілесні ушкодження під час війни). Крім того, для підвищення рівня довіри до даних важливою є більш чітка диференціація вікових груп, які беруть участь у дослідженнях.

Список літератури:

Великодна, М. (2023). Психоаналіз і психоаналітична психотерапія як доказова практика: огляд емпіричних даних про ефективність роботи з дорослими. *Український психоаналітичний журнал*, 1(2), 39–47. https://doi.org/10.32782/upj/2023-2-5.

Вірна, Ж. П. (2023). Насилля дитини: психоаналіз, психотерапія менталізації та досвід альтернативних послуг у Бразилії. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки», (3), 55-63. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-3-7.

Кечур, Р., Турецька, Х. & Яскевич, О. (2023). *Психоаналітичні теорії розвитку*. Навчальний посібник. Жовква: Міссіонер.

Попович, О. В. (2018). Психоаналіз Мелані Клян: заздрість у життєдіяльності немовляти. *Актуальні проблема науки та освіти*: Збірник матеріалів XX підсумкової науково-практичної конференції, 306.

Фільц, О. & Мединська, Ю. (2014). Проблема наукового статусу психоаналітичної парадигми. *Психологія і суспільство*. № 4, 75–84.

Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863–875. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014.

Aitken, M., Haltigan, J. D., Szatmari, P., Dubicka, B., Fonagy, P., Kelvin, R., ... & Goodyer, I. M. (2020). Toward precision therapeutics: general and specific factors differentiate symptom change in depressed adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 998-1008. https://doi.org/10.1111/jcpp.13194.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271–285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271.

Bernstein, R. E., Timmons, A. C., & Lieberman, A. F. (2019). Interpersonal violence, maternal perception of infant emotion, and child-parent psychotherapy. *Journal of family violence*, 34(4), 309-320. https://doi.org/10.1007/s10896-019-00041-7.

Blake, P. (2018). *Child and adolescent psychotherapy*. Routledge.

Cregeen, S. (2018). *Short-term psychoanalytic psychotherapy for adolescents with depression: A treatment manual*. Routledge.

Cropp, C., Taubner, S., Salzer, S., and Streeck-Fischer, A. (2019). Psychodynamic psychotherapy with severely disturbed adolescents: changes in reflective functioning. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 18, 263–273. https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1643212.

Deakin, K. E. & Tiellet Nunes, M. L. (2009) Effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy in a clinical outpatient setting, *Journal of Child Psychotherapy*, 35:3, 290—301. https://doi.org/10.1080/00754170903244621.

Enav, Y., Erhard-Weiss, D., Kopelman, M., Samson, A. C., Mehta, S., Gross, J. J., et al. (2019). A non-randomized mentalization intervention for parents of children with autism. *Autism Research*, 12, 1077–1086. https://doi.org/10.1002/aur.2108.

Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(1), 1-58. https://doi.org/10.1521/bumc.69.1.1.62267.

Geissman, C., & Geissmann, P. (1998). *A history of child psychoanalysis*. Psychology Press.

Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., ... & Apter, A. (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034–1042. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.014.

Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19, 1–13. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8.

Holder, A. (2018). *Anna Freud, Melanie Klein, and the psychoanalysis of children and adolescents*. Routledge.

Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefini, A., Victor, D., ... & Kronmüller, K. T. (2005). Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 578–597.

Kaluzeviciute, G. & Willemsen, J. (2020). Scientific thinking styles: The different ways of thinking in psychoanalytic case studies, *The International Journal of Psychoanalysis*, https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1796491.

Kronmüller, K. T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., ... & Winkelmann, K. (2005). Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 559–577.

Laezer, K. L. (2015) Effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy and Behavioral Therapy Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14:2, 111–128, https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1014991.

Legrand, D. (2020). From Crisis to Psychoanalysis: Suspension as an Act of Resistance against the Reduction of Subjects' Singularities. In *Phenomenology as Performative Exercise* (pp. 29–48). Brill.

Luzzi, A. M., Bardi, D., Ramos, L., & Slapak, S. (2015). A study of process in psychoanalytic psychotherapy with children: the development of a method. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, Vol. 18, Issue 2, 72-81. https://doi.org/10.7411/RP.2015.110.

Mensi, M. M., Orlandi, M., Rogantini, C., Borgatti, R., & Chiappedi, M. (2021). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy in preadolescents and adolescents affected by psychiatric disorders. *Psychiatry Investigation*, 18(10), 923. https://doi.org/10.30773/pi.2021.0015.

Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of child psychotherapy*, 37(3), 232-260. https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738.

Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P., & Kennedy, E. (2021). The evidence-base for psychodynamic psychotherapy with children and adolescents: A narrative synthesis. *Frontiers in Psychology*, 12, 662671. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662671.

Midgley, N., O'Keeffe, S., French, L., & Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(3), 307-329. https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.1323945.

Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A., & Patarnello, M. G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 28–38. https://doi.org/10.1159/000049341.

Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.). (2010). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. Guilford press.

Ogden, T. H. (2014). *Rediscovering psychoanalysis: Thinking and dreaming, learning and forgetting*. Routledge.

Ogden, T. H. (2007). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. Routledge.

Rabung, S., Pranjic, C., Stingl, C., Cropp, C., Krischer, M., Kronmüller, K. T., ... & Windaus, E. (2021). Evidenz für psychoanalytisch begründete Verfahren für Kinder und Jugendliche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(6), 479-498. https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.6.479.

Ranieri, F. & Loscalzo, Y. (2023). Social Withdrawal in Preschool Age: A Clinical Case in Intensive Psychoanalytic Psychotherapy. *Behavioral Science*, 13, 354. https://doi.org/10.3390/bs13050354.

Rice, T., Prout, T. A., Walther, A. & Hoffman, L. (2022) Defense-Oriented Psychoanalytic Psychotherapy as a Tailored Treatment for Boys: Neurobiological Underpinnings to Male-Specific Response Tested in Regulation-Focused Psychotherapy for Children. *Behavioral Science*, 12, 248. https://doi.org/10.3390/bs12080248.

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304–1313. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018.

Salzer, S., Cropp, C., & Streeck-Fischer, A. (2014). Early intervention for borderline personality disorder: psychodynamic therapy in adolescents. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(4), 368–382. https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.4.368.

Siefert, L., van Lent, L. & von Seggern, T. (2023) Vergleichsstudie zur Wirksamkeit verschiedener Settings bei psychoanalytisch begründeten Langzeitbehandlungen von Kindern und Jugendlichen [A Comparative Study on the Effect of Different Settings on Psychoanalytically Based Long-Term Treatments of Children and Adolescents]. *Prax. Kinderpsycholl. Kinderpsychiat*. 72, 50–75. https://doi.org/10.13109/prkk.2023.72.1.50.

Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K., Bents, H., ... & Kronmüller, K. T. (2017). Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(4), 329–335. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.019.

Strangio, A. M., Rinaldi, L., Monniello, G., Sisti, L. G., De Waure, C., & Janiri, L. (2017). The effect of abuse history on adolescent patients with feeding and eating disorders treated through psychodynamic therapy: Comorbidities and outcome. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 31. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00031.

Sumarni. (2020). Psychoanalytic Play Therapy as Psychotherapy in Children. *Scientia Psychiatrica*, 1(3), 56–59. https://doi.org/10.37275/scipsy.v1i3.13.

Tonge, B. J., Pullen, J. M., Hughes, G. C., & Beaufoy, J. (2009). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy for adolescents with serious mental illness: 12 month naturalistic follow-up study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5), 467–475.

Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., ... & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European child & adolescent psychiatry*, 16, 157–167. https://doi.org/10.1007/s00787-006-0584-x.

Weitkamp, K., Daniels, J. K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial. *Psychotherapy*, 51(1), 138–147. https://doi.org/10.1037/a0034178.

Weitkamp, K., Daniels, J. K., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2017). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe externalising psychopathology: an effectiveness trial. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(3), 251–266. https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.251.

Winkelmann, K., Stefini, A., Hartmann, M., Geiser-Elze, A., Kronmüller, A., Schenkenbach, C., ... & Kronmüller, K. T. (2005). Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 598–614.

Zornig, S. A. J. (1996). On the child of psychoanalysis: A structural perspective. In *International Forum of Psychoanalysis*. Vol. 5, No. 1, 59–64. Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.1080/08037069608412723.

Анотація. Статтю присвячено огляду доказів дієвості й ефективності психоаналітичних втручань у роботі з дітьми та підлітками. У ній розглянуто поточний стан справ і специфіку досліджень ефективності психоаналітичної роботи із залученням дітей. Для огляду емпіричних даних авторкою було відібрано 23 статті, опубліковані після 2000 року, і згруповано їх у три підтеми: 1) доведена дієвість психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками; 2) доведена ефективність психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками та 3) доведена недієвість і неефективність психоаналітичної психотерапії з дітьми та підлітками або брак доказів. Так, рандомізовані контрольовані випробування встановили, що психоаналітична психотерапія з дітьми та підлітками віком 11–20 років є дієвою в разі депресії, самопошкоджень, тривожних, поведінкових, а також коморбідних розладів поведінки й емоцій – порівняно з відсутністю втручань (контрольною групою зі списку очікування) і звичайним лікуванням. Крім того, психоаналітична психотерапія не поступалася в дієвості КПТ під час роботи з нервовою булімією і великим депресивним розладом, сімейної психотерапії за тяжкої депресії, тривалої експозиційної терапії за наявності ПТСР та психосоціальним втручанням у разі депресії. Когортні та тест-ретестові дослідження, виконані із залученням дітей та підлітків віком від 4 до 21 року, продемонстрували ефективність психоаналітичної психотерапії в роботі з афективними, поведінковими, емоційними, тривожними, депресивними, особистісними розладами, тяжкою екстерналізованою патологією, розладами харчової поведінки, а також психіатричними порушеннями – порівняно з відсутністю втручань, звичайним лікуванням або початковим станом. Крім того, дані показали ефективність психоаналітичних втручань за наявності РДУГ та опозиційно-викличного розладу на рівні із поведінковою терапією разом із супутньою медикаментозною терапією метилфенідатом та без неї.

Ключові слова: дієвість, ефективність, психоаналіз, психоаналітична психотерапія, психодинамічна психотерапія, розмір ефекту.

Abstract. The paper provides a non-systematic review of the evidence of the effectiveness and efficiency of psychoanalytic interventions with children and adolescents. It examines the current state and the research specifics on the effectiveness of psychoanalytic work involving children. For the review of empirical data, the author selected 23 papers published after 2000 and grouped them into three subtopics: 1) proven efficacy of psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents, 2) proven effectiveness of psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents, and 3) proven inefficacy and ineffectiveness of psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents or lack of evidence. Overall, randomized controlled trials demonstrated that psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents aged 11–20 years is effective for depression, self-harm, anxiety, conduct disorder, and comorbid behavioral and emotional disorders – compared to no interventions (a control group from the waiting list) and treatment as usual. In addition, psychoanalytic psychotherapy was as effective as CBT when working with bulimia nervosa and major depressive disorder, as family psychotherapy for severe depression, as prolonged exposure therapy for PTSD, and as psychosocial interventions for depression. Cohort and test-retest studies involving children and adolescents aged 4 to 21 years have demonstrated the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy in working with affective, conduct, emotional, anxiety, depressive, and personality disorders, severe externalizing pathology, eating disorders, and psychiatric issues compared to no intervention, treatment as usual, or baseline. In addition, data showed the effectiveness of psychoanalytic interventions for ADHD and oppositional defiant disorder relevant to behavioral therapy with and without methylphenidate medical therapy.

Key words: efficacy, effectiveness, effect size, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy.

УДК 159.964.22
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-11

НАРИС ПСИХОАНАЛІЗУ. ЧАСТИНА 3. ТЕОРЕТИЧНИЙ ЗДОБУТОК

Зиґмунд Фройд

AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS. PART II. PRACTICAL ISSUES

Sigmund Freud

Переклад з німецької – Єгор Буцикін

Розділ 8. Психічний апарат і зовнішній світ

Звісно, всі загальні вбачання та припущення, запропоновані в першому розділі, завдячують копіткій і терплячій індивідуальній роботі, приклад якої ми навели в попередній частині. Тож тепер може виникнути спокуса розглянути, як загалом збагатилося знання, що ми отримали завдяки цій роботі, і які шляхи подальшого поступу ми відкрили. Правда, тут нас може заскочити питання, як часто на цьому шляху ми змушені сягати меж психологічної науки. Явища, з якими ми працюємо, належать до царини психології, але й також мають органічно-біологічний бік, відповідно, завдяки нашим зусиллям із побудови психоаналізу ми водночас зробили значливі біологічні відкриття й не оминули деяких нових біологічних припущень.

Але поки що зупинімося на психології: ми з'ясували, що неможливо науково відмежувати психічну норму від ненормальності, тож це розрізнення – байдуже на його практичну важливість – має лише умовну цінність. Отже, ми обґрунтували право розуміти нормальне душевне життя з його порушень, що було б неприйнятним, якби ці хворобливі стани – неврози та психози – мали специфічні причини, які діють як чужорідні тіла.

Дослідження швидкоплинного, нешкідливого душевного порушення під час сну, такого, що має навіть добротворну функцію, дало нам ключ до розуміння перманентних і шкідливих для життя душевних хвороб. І тепер ми навіть наважуємося стверджувати, що психологія свідомості пасує до розуміння нормального функціювання душі не ліпше, ніж до розуміння сновидінь. Даних свідомого самоспостереження, що лиш і доступні такій психології, скрізь виявилося недостатньо, щоб розгледіти всю повноту й складність душевних процесів, розкрити їхні взаємозв'язки й, отже, розпізнати умови їх порушення.

Наше припущення про просторово протяжний, доцільно влаштований психічний апарат, що сформувався з огляду на життєві потреби й лише в певному місці та за певних умов породжує феномени свідомості, дає нам змогу сперти психологію на ґрунт, схожий на опертя будь-якої іншої природничої науки, як-от фізика. І там, і тут завдання полягає в тому, щоб розкрити щось позаду властивостей (якостей) об'єкта нашого дослідження, які ми можемо безпосередньо сприйняти, – щось більш незалежне від окремої здатності наших органів чуття сприймати й близьке до того, що, як припускаємо, є реальним станом речей. Ми не сподіваємося зробити це самостійно, бо розуміємо, що все, що відкрили, маємо однаково знов перекласти на мову відчуттів, якої не в змозі позбутися. Однак у цьому полягає природа й обмеженість нашої науки. Це так само, як ми сказали б у фізиці: «Якби ми могли бачити досить ясно, то виявили б, що тіло, яке видається твердим, складається з частинок певної форми й розміру, які відповідно розташовані». Водночас ми намагаємося посилити ефективність наших органів чуття за допомогою штучних засобів, але однаково можна очікувати, що всі ці зусилля не змінять прикінцевого результату – реальне завжди лишатиметься «непізнаваним». Виграш, який ми отримаємо завдяки такому опрацюванню первинних чуттєвих сприйняттів, у тому, що ми бачитимемо взаємозв'язки й залежності зовнішнього світу, які зможемо відтворювати чи віддзеркалювати у внутрішньому світі нашого мислення, а також у знанні, яке дає змогу щось «розуміти» у зовнішньому світі, щоб його передбачати й, можливо, змінювати. У психоаналізі ми діємо так само. Ми винайшли технічні засоби для заповнення прогалин у феноменах нашої свідомості й користуємося ними так само, як фізик використовує експеримент. Отже, ми виявляємо низку процесів, які самі собою «непізнавані», відтак пов'язуємо їх із процесами, які усвідомлюємо, і тому, коли ми, наприклад, кажемо, що «тут відбулося вторгнення несвідомих спогадів» – це насправді означає, що тут сталося щось цілком нам неосяжне, але, якби воно таки зринуло у свідомості, його можна було б описати лише так і так.

Виправданість і певність таких висновків та інтерполяцій, звісно, у кожному окремому випадку підлягає критиці, і не можна заперечувати, що розв'язок цієї проблеми часто пов'язаний зі значними труднощами, які виражає нестача згоди поміж аналітиками. За це відповідальні новітність завдання – відтак нестача підготовки, – а також притаманна предмету особливість: у психології, на відміну від фізики, ми не завжди працюємо з речами, які викликають лише холодний науковий інтерес. Тому не слід дивуватися, якщо аналітикиня, яка сама не цілком упевнилася в інтенсивності власного бажання пеніса, належно не оцінить цей момент у своїх пацієнтів. Однак такі джерела помилок, пов'язані з особистим елементом, зрештою мало що означають. У старих підручниках з мікроскопії можна прочитати про надзвичайні вимоги до особи спостерігача при приладі – коли ця техніка ще була молода, – а нині про це вже нема й мови.

Ми не можемо поставити собі за мету накреслити тут повну картину психічного апарату та його здатностей, нам також перешкоджає те, що психоаналіз ще не встиг однаково вивчити всі функції. Тому ми вдовольняємося докладним повторенням поглядів, що розглянули у вступному розділі. Ядро нашої сутності утворює темне *Воно,* яке безпосередньо не пов'язане із зовнішнім світом і приступне нашому знанню лише за посередництва іншої інстанції. У цьому Воно діють органічні *потяги*, які самі є мішанкою двох первинних сил (еросу й деструкції) у різних пропорціях і стосуються різних органів чи їхніх систем. Утім, негайне й нагле задоволення потягів, як того вимагає Воно, доволі часто спричиняє небезпечні конфлікти із зовнішнім світом і занепад. Воно не дбає про виживання, не відає страху чи, ліпше сказати, може розвивати чуттєві елементи страху, але не використовує їх. Процеси, можливі в передбачуваних психічних елементах і між ними у Воно *(первинні процеси)*, значною мірою відрізняються від тих процесів, які ми знаємо завдяки свідомому сприйманню в нашому інтелектуальному й емоційному житті (intellektuellen und Gefühlsleben). Також на них не поширюються критичні обмеження логіки, яка визначає частину цих процесів як неприпустимі й тому прагне їх скасувати (rückgängig).

Воно, відрізане від зовнішнього світу, має власний світ сприймання. Воно надзвичайно гостро відчуває зміни всередині себе, а особливо коливання напруження потягових

потреб, які усвідомлюються як відчуття ряду втіх-невтіх. Складно сказати, як саме й за допомогою яких прикінцевих органів (Endorgane)[1] відбувається сприймання цих станів. Утім, безперечно, що самосприймання – кінестетичні відчуття й відчуття втіхи-невтіхи – деспотично панують над процесами, що перебігають у Воно. Воно кориться невблаганному принципові втіхи. Утім, не лише Воно. Видається, що діяльність інших психічних інстанцій може лише модифікувати, але не скасувати принцип втіхи, тому перед нами постає надважливе й досі нерозв'язане теоретичне питання: «Коли і як узагалі можна подолати принцип втіхи?». Міркування про те, що принцип втіхи вимагає редукції (Herabsetzung) – імовірно, загалом затухання напруження потреб *(нірвана),* – сягають зв'язку принципу втіхи з двома первинними силами, еросом і потягом смерті, які ще належить оцінити.

Інша психічна інстанція, яку ми знаємо найкраще, як нам здається, і в якій найпевніше впізнаємо себе, так зване *Я*, розвилася з кортикальної верстви *Воно*, що завдяки здатності поглинати й відбивати стимули перебуває в прямому контакті із зовнішнім світом *(реальність)*. Починаючи від свідомого сприймання, Я підпорядковує собі щоразу ширші царини й глибші верстви Воно та виявляє в постійній залежності від зовнішнього світу невиводну печатку свого походження (як-от «зроблено в Німеччині»). Його психологічний здобуток у тому, що Я підіймає процеси, що перебігають у Воно, на більш високий динамічний рівень (наприклад, перетворює вільно рухливу енергію на зв'язану, що відповідає передсвідомому стану); його конструктив полягає в тому, що між потяговим домаганням та актом задоволення (Befriedigungshandlung) Я вправляє мисленнєву діяльність, яка завдяки орієнтації в теперішньому й попередньому досвіду прагне методом спроб угадати наслідки завбачених починань. Так Я вирішує, чи варто задовольнити потяг, чи відкласти це, чи домагання потягу взагалі не треба пригнічувати як небезпечне (*принцип реальності*). Як Воно винятково переймається виграшем втіхи (Lustgewinn), так Я спирається на міркування безпеки. Я ставить перед собою завдання самозбереження, тоді як Воно ним, здається, нехтує, і використовує почуття тривоги як сигнал, який вказує на неминучу небезпеку його цілісності. Оскільки сліди спогадів можуть стати такими ж усвідомленими, як сприйняття, особливо через асоціацію з мовними залишками, тут може виникнути плутанина, яка спричиняється до хибного судження про реальність. Я захищається від цього за допомогою *тестування реальності* (Realitätsprüfung), що може випускатися в стані сну під час сновидіння. Небезпеки, які загрожують Я, що прагне ствердитися в оточенні переважальних механічних сил, насамперед походять із зовнішньої реальності, але не лише звідти. Джерелом схожих небезпек є наше власне Воно, правда, з двох різних причин. По-перше, надмірна сила потягів може пошкодити Я майже так само, як надмірні «стимули» зовнішнього світу. Вони не в змозі його знищити, але можуть порушити його динамічну організацію, знову перетворивши Я на частину Воно. По-друге, досвід міг навчити Я, що задоволення потягового домагання, що саме собою не є нестерпним, пов'язане з небезпеками в зовнішньому світі, тож згаданий вид потягового домагання сам стає небезпечним. Так Я бореться на два фронти – захищається й від зовнішнього світу, що загрожує знищенням, і від надто вимогливого внутрішнього світу. Супроти обох загроз Я використовує однакові методи оборони, але захист від внутрішнього ворога є особливо неадекватним. Унаслідок первісної ідентичності й пізнішого найінтимнішого співіснування з останнім важко уникнути внутрішніх небезпек. Навіть якщо їх можна тимчасово придушити, вони однаково лишаються загрозливими.

Ми вже чули, що слабке й незріле Я першого періоду дитинства стало пошкоджують зусилля, які докладають, щоб уникнути небезпек, притаманних цьому життєвому періоду. Від небезпек зовнішнього світу дитину захищають батьки. Вона спокутує цю безпеку через страх *втратити любов*, адже це зробить її безпорадною перед небезпеками зовнішнього світу. Цей момент має вирішальний вплив на розв'язання конфлікту, коли хлопець опиняється в ситуації Едипового комплексу і його опановує первісно посилена нарцисична загроза кастрації. Долаючи взаємодію обох впливів, актуальної реальної та пригадуваної філогенетично обґрунтованої загрози, дитина намагається захиститися (витискання) – наразі це доцільно, але надалі виявляється психологічно недостатнім під час відродження статевого життя, і раніше відкинуте потягове домагання підсилюється. З біологічного погляду ми пояснюємо це тим, що Я не здатне подолати збудження раннього сексуального життя, оскільки ще незріле. У цьому відставанні розвитку Я, як порівняти з розвитком лібідо, ми розпізнаємо сутнісну умову виникнення неврозу й маємо дійти висновку, що неврозу можна уникнути, якщо вберегти Я дитини від цього завдання, тобто дати їй свободу сексуального життя, як це трапляється з багатьма примітивами. Можливо, етіологія невротичних хвороб складніша, ніж це тут оприявнюється. Утім, ми принаймні вихопили сутнісну частину етіологічного зв'язку. Пам'ятаймо також про фіологенетичні впливи, що представлені у Воно – у неосяжних для нас формах – і, певно, впливають на Я сильніше в ранній, а не пізній період. З другого боку, ми вбачаємо, що така рання спроба обмежити сексуальний потяг, така рішуча прихильність молодого Я до зовнішнього світу на противагу світу внутрішньому, як це відбувається через заборону дитячої сексуальності, не може минути для індивіда без наслідків – його пізнішої готовності до культури (Kulturbereitschaft). Усунені від прямого задоволення потягові домагання вимушено торують нові шляхи, які ведуть до замінника задоволення (Ersatzbefriedigung), і, блукаючи манівцями, можуть десексуалізуватися й послаблювати зв'язок з початковою метою потягу. Отже, ми випереджуємо уявлення про те, що більшу частину нашого цінного культурного надбання здобули коштом сексуальності, через обмеження сексуальних потягових сил (Triebkräfte).

Оскільки дотепер ми не раз наголошували на тому, що Я – як і найважливіша з його набутих ознак – завдячує своїм походженням зв'язку з реальним світом, то ми готові припустити, що хворобливі стани, у яких Я знову наближається до Воно, ґрунтуються на скасуванні чи послабленні зв'язку із зовнішнім світом. Справді, клінічний досвід учить, що психоз виникає або коли реальність стає нестерпно болісною, або коли потяги надзвичайно підсилюються, що має такий самий ефект з огляду на звернені вбік Я суперечні домагання Воно й зовнішнього світу. Проблема психозу була б легкою та прозорою, якби відокремлення Я від реальності вдалося завершити повністю. Утім, таке, здається, трапляється нечасто – можливо, взагалі ніколи. Навіть у станах, таких далеких від дійсності зовнішнього світу, як галюцинаційна сплутаність (аменція), хворий після одужання розповідає, що під час недуги в закутку його душі, як він сам висловлюється, ховалася нормальна особа, що вона, як байдужий спостерігач, пускала повз себе мару хвороби. Я не знаю, чи можна припустити, що це загальна особливість психозів, однак можу повідати про інші схожі психози з менш бурхливим перебігом. Пригадую один випадок хронічної параної, коли після кожного нападу ревнощів сновидіння привертало увагу аналітика до цілковито позбавленого марень, правильного уявлення про причину нападу. Виникає цікавий контраст: якщо зазвичай у сновидіннях невротика ми вгадуємо ревнощі, чужі його притомному життю, то в пси-

[1] Ідеться про нервові закінчення, які також називають прикінцевими органами з огляду на їхню складну й неоднорідну будову. – *Прим. пер.*

хотика марення, що панували впродовж дня, виправляють сновидіння. Можна припустити як загальне правило, що у всіх таких випадках відбувається психічне *розщеплення.* Замість одної утворилися дві психічні настанови: одна, яка враховує реальність, нормальна, та інша, у якій під впливом потягів Я відокремлюється від реальності. Обидві настанови існують водночас. Результат залежить від їхньої відносної сили. Якщо друга настанова є чи стає сильнішою, це спричиняється до психотичного стану. Якщо ж відношення змінюється на протилежне, то виникає враження зцілення від мареннєвої хвороби. Насправді вона лише відступила в несвідоме, оскільки з огляду на численні спостереження мусимо зробити висновок, що марення було повністю сформоване задовго до того, як проявилося.

Погляд, за якого у всіх видах психозів постулюють наявність *розщеплення Я,* не вимагав би такої значної уваги, якби його правильність не довели щодо інших станів, більш близьких до неврозів, і врешті щодо самих неврозів. Уперше я переконався в цьому на прикладі *фетишизму.* Як відомо, ця аномалія, яку можна віднести до збочень, ґрунтується на тому, що майже завжди пацієнт чоловічої статі не визнає, що в жінки немає пеніса, адже вважає це вкрай небажаним доказом імовірності власної кастрації. Тому він заперечує власне чуттєве сприйняття, яке показує, що в жіночих статевих органах немає пеніса, і дотримується протилежного переконання. Однак на заперечене сприйняття все ж є вплив, адже йому забракло мужності стверджувати, що він справді побачив пеніс. Радше він хапається за щось інше, частину тіла або предмет, і надає цьому роль пеніса, який сам не бажає втратити. Зазвичай це те, що він насправді бачив, коли дивився на жіночі статеві органи, чи щось таке, що можна використовувати як символічний замінник пеніса. Було б хибно називати цей процес утворення фетиша розщепленням Я, радше це компромісне утворення, яке виникає через зміщення, як нам відомо зі сновидінь. Утім, наші спостереження показують ще більше. Фетиш утворюється через намір знищити докази можливості кастрації, щоб уникнути страху кастрації (Kastrationsangst). Якщо в жінки є пеніс, так само як і в інших живих істот, не треба тремтіти за те, щоби продовжувати ним володіти. Нині трапляються фетишисти з таким самим страхом кастрації, як і нефетишисти, і вони реагують на нього так само. Їхня поведінка водночас виражає дві протилежні вимоги. З одного боку, вони заперечують факт власного сприймання: що не побачили пеніса, спостерігаючи жіночі статеві органи, з другого – визнають, що в жінки немає пеніса, і роблять із цього правильні висновки. Ці дві настанови співіснують упродовж усього життя, не впливаючи одна на одну. Це те, що можна назвати *розщепленням Я.* Отже, ми можемо зрозуміти, що часто фетишизм розвивається лише частково. Він не цілком контролює вибір об'єкта, натомість залишає місце для більш-менш нормальної сексуальної поведінки, ба навіть іноді відступає до скромної ролі або простого натяку. Фетишисту ніколи не вдається повністю відокремити Я від реальності зовнішнього світу.

Не варто думати, що фетишизм є винятковим випадком розщеплення Я, це лише особливо сприятливий об'єкт для його вивчення. Ми стверджуємо, що дитяче Я під владою реального світу намагається впоратися з неприємними потяговими домаганнями за допомогою так званих витискань. Доповнимо це також подальшими спостереженнями: у цей період життя Я часто має захищатися від ятривих вимог зовнішнього світу, що відбувається через *заперечення* сприйняттів, і це є причиною знання про такі домагання реальності. Такі заперечення трапляються дуже часто й не лише серед фетишистів – хай би де їх вивчали, ті виявляються напівмірами, недосконалими спробами відірватися від реальності. Їх усякчас доповнює визнання; завжди виникають дві протилежні й незалежні одна від одної настанови, що спричиняються до розщеплення Я. Успіх, своєю чергою, залежить від того, яка з цих двох настанов досягає більшої інтенсивності.

Факти розщеплення Я, що ми їх тут описали, не такі нові й дивні, як може видаватися на перший погляд. Те, що в душевному житті особи є дві відмінні, протилежні й незалежні одна від одної настанови щодо певної поведінки, є загальною характеристикою неврозів, за винятком лише, що одна належить Я, а протилежна витиснена у Воно. Відмінність між цими двома випадками, по суті, топічна або структурна, тому не завжди легко визначити, з якою саме з-поміж двох можливостей ви стикнулися в кожному випадку. Важливий аспект, що їх поєднує, такий: хай би до чого Я вдавалося, намагаючись захиститися, – чи воно прагне заперечити якусь частину дійсного зовнішнього світу, а чи відкинути потягові домагання внутрішнього світу, – успіх ніколи не буває цілковитим і повним і завжди спричиняється до двох протилежних настанов, з-поміж яких та, що лежить в оперті, слабша й веде до психічних утруднень.

Розділ 9. Внутрішній світ

У нас немає іншого способу передати знання про таке складне зіставлення, окрім як послідовностями описів, і тому всі наші уявлення відпочатково грішать одностороннім спрощенням і чекають, щоб їх доповнили, перебудували й виправили. Уявлення про Я як про посередника між Воно та зовнішнім світом, що бере на себе потягові домагання одного, щоби їх задовольнити, формує сприймання другого, які згодом використовує як спогади, переймаючись самозбереженням і так захищаючись від надмірних вимог з обох боків, і що в усіх своїх рішеннях керується вказівками модифікованого принципу втіхи, застосовне до Я лише до завершення першого періоду дитинства (близько п'яти років). Приблизно в цей час відбувається важлива зміна: Я відкидає частину зовнішнього світу як об'єкт, принаймні частково, і відтак поглинає її (через ідентифікацію), тобто ця частина стає складником внутрішнього світу. Ця нова психічна інстанція здійснює функції, які виконували особи зовнішнього світу, – наглядає за Я, віддає накази, судить його та карає, так само як батьки, що їх місце вона тепер посідає. Цю інстанцію ми називаємо *Над-Я* і сприймаємо її з її судовими функціями як *совість.* Прикметно, що Над-Я часто демонструє строгість, якої не було в реальних батьків. А також те, що воно закликає Я до відповідальності не лише за вчинки, але також за думки й нездійснені наміри, які, здається, йому відомі. Нам нагадують, що герой міфу про Едипа також почуває провину за власні вчинки та вдається до самопоранення, хоча примус оракула, як на його, так і на нашу думку, мав би звільняти. Насправді Над-Я є спадкоємцем Едипового комплексу й функціонує лише після його розв'язання. Тому його надмірна строгість не має реального взірця, а відповідає силі захисту, що застосовували проти спокуси Едипового комплексу. На припущенні про такий стан речей, вочевидь, ґрунтуються твердження філософів і вірян, що моральне чуття не накидають людям і вони не набувають його в суспільному житті – його прищеплює вища влада.

Поки Я працює з Над-Я у цілковитій згоді, розрізнити прояви обох нелегко. Але часом напруження й відчуження між ними стають виразно помітними. Муки докорів сумління, власне, відповідають страху (Angst) дитини втратити батьківську любов, яку замінила моральна інстанція. З другого боку, коли Я успішно чинить спротив спокусі зробити щось образливе для Над-Я, у нього виникає піднесене самопочування й воно потверджує свою гордість, немовби придбало щось цінне. Отже, Над-Я продовжує відігравати роль зовнішнього світу для Я, попри те що стало частиною внутрішнього світу. Упродовж усього подальшого життя Над-Я представляє вплив індивідуального періоду дитинства. Ідеться про піклування, виховання й залежність від батьків – період дитинства, що так подовжився у людей

через спільне проживання в родині. Водночас важать не лише особистісні ознаки конкретних батьків, а й усе, що мало на них визначальний вплив, – тенденції та вимоги їхнього соціальної стану, здібності й традиції раси, від якої вони походять. Якщо надати перевагу загальним твердженням і виразним розрізненням, можна сказати, що зовнішній світ, у якому індивід опиняється після відлучення від батьків, репрезентує могутність теперішнього (Macht der Gegenwart), Воно з усіма його успадкованими тенденціями – органічне минуле, Над-Я, що формується пізніше, передусім представляє культурне минуле, яке дитина має відродити впродовж кількох років раннього дитинства. Такі узагальнення не можуть бути просто правильними загалом. Безперечно, деякі культурні надбання залишили слід у Воно: чимало з того, що привносить Над-Я, пробуджує відгук у Воно; деякі аспекти, які дитина переживає наново, матимуть посилений вплив, оскільки вони повторюють прадавній філогенетичний досвід.

«Was Du ererbt von Deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen»[2].

Над-Я посідає своєрідне проміжне місце між Воно й зовнішнім світом – поєднує впливи теперішнього й минулого. Упродовж становлення Над-Я людина, сказати б, переживає перетворення теперішнього на минуле.

Анотація. У третьому числі «Українського психоаналітичного журналу» ви маєте змогу познайомитися з перекладом українською мовою третьої, завершальної частини «Нарису Психоаналізу». Це прикінцева праця Зигмунда Фройда – остання ревізія засадничих психоаналітичних уявлень. «Нарис психоаналізу» прикметний тим, що це спроба поєднати топічну (свідомість, передсвідоме, несвідоме) та структурну (Я, Воно, Над-Я) моделі психічного апарату. Водночас, у «Нарисі» Фройд продовжує реабілітувати фізіологічні уявлення щодо обґрунтування психічних і психоаналітичних механізмів, які виразно представленні у Фройдовому «Проєкті наукової психології» (1895), і знов постають, втім, лише після тривалої інтермісії, у роботі 1920 року «По той бік принципу втіхи» (Jenseits des Lustprinzips) та «Я і Воно» (1923). Працювати над текстом «Нарису психоаналізу» Фройд почав не раніше весни та не пізніше літа 1938 року, тобто або перед самим від'їздом з Відня (квітень-травень), рятуючись від переслідування нацистів, або вже перебуваючи в Лондоні (липень). До Лондона Фройд емігрував у червні 1938. На початок вересня 1938 року Фройд встиг написати 63 рукописні аркуші, але, на жаль, роботу над текстом перервала невідкладна операція. Відтак Фройд більше не повертався до свого задуму. Одначе, попри те, що текст «Нарису психоаналізу» є незавершеним, це не послаблює його значливості як для розуміння історії становлення аналітичного думання, так і для розуміння психоаналітичної теорії та практики. Він є не лише тематично цілісним, але й містить докладніший розгляд деяких тем, як його порівняти з попередніми творами, з-поміж яких проблеми розщеплення Я та об'єктних стосунків. Третя частина «Нарису психоаналізу» – загальних теоретичних убачань пізньої психоаналітичної теорії – це стислий переказ попередніх двох частин. Цим перекладом маємо на меті започаткувати серію перекладів і обговорень класичних психоаналітичних текстів.

Ключові слова: Фройд; психоаналіз; історія психоаналізу; теорія та практика психоаналізу.

Abstract. In the third issue of the "Ukrainian Psychoanalytic Journal," readers are presented with the Ukrainian translation of the third and conclusive segment of Sigmund Freud's "Outline of Psychoanalysis." This work represents Freud's final revision of foundational psychoanalytic concepts. The "Outline of Psychoanalysis" is notable for its endeavor to synthesize both the topical (conscious, preconscious, unconscious) and structural (Ego, Id, Superego) models of the psychic apparatus. Concurrently, in the "Outline," Freud continues his efforts to rehabilitate physiological concepts pertaining to the underpinnings of mental and psychoanalytic mechanisms, previously expounded in Freud's "Project for a Scientific Psychology" (1895). These concepts resurface prominently after a protracted hiatus in his works of 1920, "Beyond the Pleasure Principle" (Jenseits des Lustprinzips), and "The Ego and the Id" (1923).

Freud began working on the text of “An Outline of Psychoanalysis” no earlier than spring or no later than the summer of 1938. That is either before leaving Vienna (April-May), escaping persecution by the Nazis, or already being in London (July). Freud emigrated to London in June 1938. By the beginning of September 1938, Freud had written 63 manuscript sheets. Unfortunately, an urgent operation interrupted his work on the text. Therefore, Freud did not return to his idea anymore. However, despite the fact that the text “An Outline of Psychoanalysis” is unfinished, this does not diminish its significance for understanding the history of analytical thinking and for understanding psychoanalytic theory and practice. It is not only thematically integral but also contains a more detailed discussion of some topics, among which are problems of the splitting of the Ego and object relationsThe third part of the "Outline of Psychoanalysis" succinctly recapitulates the general theoretical insights of late psychoanalytic theory–a concise summation of the preceding two sections. Through this translation, our objective is to initiate a series of translations and discussions centered around classical psychoanalytic texts.

Key words: Freud, psychoanalysis; history of psychoanalysis; theory and practice of psychoanalysis.

[2] Афоризм, що приписують Ґете: «Успадковане від отців здобудь, аби оволодіти» – *Прим. пер.*

УДК 159.964.22
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-12

ЩОДО ДИНАМІКИ ПЕРЕНЕСЕННЯ

Зиґмунд Фройд

ON THE DYNAMICS OF TRANSFERENCE

Sigmund Freud

Переклад з німецької – Єгор Буцикін

Невичерпну тему «перенесення» нещодавно розглянув в описовій манері Вільгельм Штекель у Zentralblatt[1]. Я хотів би лише додати тут кілька зауваг, щоби допомогти вам зрозуміти, як у психоаналітичному лікуванні необхідно виникає перенесення і як воно досягає добре знаної ролі під час аналізу.

Варто пояснити, що кожна людина завдяки взаємодії вродженої схильності й впливу, що вона його зазнає впродовж дитинства, набуває певної своєрідності любовного життя – ідеться про умови, що вона постановляє для любові; потяги, які вона в такий спосіб задовольняє; а також цілі, які вона покладає[2]. Виникає, сказати б, певне кліше чи кілька кліше, які постійно повторюються і протягом життя наново відтискаються, наскільки це дозволяють зовнішні обставини та природа доступних об'єктів любові, і які, звісна річ, також не лишаються цілком незмінними щодо нещодавніх вражень. Наш досвід показує, що лише частина цих, визначальних для любовного життя імпульсів долає всі стадії психічного розвитку. Ця частина звернена до реальності, доступна до розпорядження свідомої особистості (Persönlichkeit) і є її складником. Розвиток іншої частини лібідних імпульсів застановляється, вона прихована як від свідомої особистості, так і від реальності, може поширюватися лише у фантазії чи взагалі цілком лишитися несвідомою, тобто невідомою для свідомості особистості. Будь-яка людина, чию любовну потребу не вдовольняє реальність, має звертатися до кожної нової особи з уявленням лібідного очікування. Цілком імовірно, що в цій настанові беруть участь обидві порції її лібідо – усвідомлювальна (bewußtseinsfahige) й несвідома.

Тому до решти нормально й зрозуміло, коли очікувально-утримувальна інвестиція лібідо – почасти незадоволеної людини – звертається до особи лікаря. За нашим припущенням, ця інвестиція триматиметься взірця, прив'яжеться до кліше (уже наявного в згаданої особи), а чи, інакше кажучи, помістить лікаря в один з психічних «рядів», що їх попередньо сформував пацієнт. Це відповідатиме реальним стосункам з лікарем, якщо вирішальним для такого впорядкування є (за вдалим висловом Юнґа)[3] імаґо батька. Утім, перенесення не прив'язане лише до цього взірця, воно також може походити від імаґо матері чи брата тощо. Особливості перенесення на лікаря, завдяки яким воно заступає за межі й тип геть усього, що можна було б тверезо й раціонально виправдати, стануть зрозумілими, якщо взяти до уваги, що це перенесення спричиняють не лише свідомі уявлення очікування (Erwartungsvorstellungen), а й утримувані чи несвідомі уявлення.

Ми не мали б що додати про поведінку перенесення, крім того, що вже сказано, якби не лишилося ще два неясні пункти – і вони становлять особливий інтерес для психоаналітика. По-перше, нам невідомо, чому перенесення в невротичних осіб значно інтенсивніше в аналізі, ніж в осіб, яких не аналізують. І по-друге, досі є загадкою, чому (під час аналізу) перенесення постає найдужчим спротивом лікуванню, водночас поза ним геть усі визнають аналіз носієм цілющого ефекту – підставою успіху. Дослід, який можна підтвердити скільки завгодно разів, полягає в тому, що коли вільні асоціації пацієнта зазнають невдачі, то цей застій[4] (Stockung) завжди можна усунути за допомогою запевнення, що тепер він перебуває під владою ідеї, яка має до діла з особою лікаря або чимось, що його стосується. Щойно це пояснять, застій усувається або ж ситуація трансформується в стан приховування ідей.

Перенесення, яке іноді є найпотужнішим важелем успіху, перетворюється на найсильніший засіб спротиву. На перший погляд, це видається величезним методичним недоліком психоаналізу. Утім, якщо розглянути ближче, принаймні одну з двох проблем можна усунути. Неправда, що під час психоаналізу перенесення інтенсивніше та непогамовніше, ніж поза ним. У закладах, де нервових пацієнтів лікують неаналітично, спостерігаються найінтенсивніші та найнегідніші форми перенесення – аж до цілковитої залежності, а також перенесення з найбільш недвозначним еротичним забарвленням. Коли ще не існувало жодного психоаналізу, така витончена спостерігачка, як Ґабріела Ройтер, зобразила це становище у своїй чудовій книжці, яка взагалі представляє найліпше розуміння сутності й походження неврозів[5]. Тож цю особливість перенесення не варто зводити до впливу психоаналізу, а слід приписати самому неврозу. Друга ж проблема досі не розв'язана.

Тепер маємо повернутися до питання, чому (під час аналізу) перенесення проявляється як спротив. Уявімо психологічну ситуацію лікування: звичайною та необхідною передумовою кожного захворювання психоневрозом є процес, що його Юнґ влучно назвав інтроверсією лібідо[6]. Ідеться про те, що частина здатного до усвідомлення і зверненого до реальності лібідо зменшується, а частина несвідомого й відірваного від реальності лібідо, яке, втім, все ще може живити фантазії особи, але яке належить до несвідомого, збільшується. У такий спосіб лібідо регре-

[1] Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrgang II, Nr. II, S. 26

[2] Тут варто захистити себе від закиду, що спричиняє непорозуміння, мовляв, ми заперечуємо значення вроджених (конституційних) моментів, бо ж підкреслюємо важливість інфантильних вражень. Такий докір зумовлений обмеженістю людських каузальних потреб, які, на відміну від звичайного формування реальності, випливають з бажання вдовольнитися одним каузальним моментом. У психоаналізі нам чимало йшлося про випадкові фактори етіології і значно менше про конституційні лише тому, що ми могли навчити чогось нового про перші, але про останні спершу не знали більше, ніж про них уже було відомо. Ми відмовляємося постулювати принципову протилежність між двома рядами етіологічних моментів – радше ми приймаємо припущення про постійну взаємодію обох для створення видимого ефекту. Δαίμων καὶ Τύχη (вдача і випадок. – Є. Б.) визначають долю людини: рідко коли, а можливо, і ніколи лише одна з цих сил. Розподіл етіологічної активності між ними двома можна зробити тільки індивідуально й під час докладного дослідження. Ряди, у яких комбінуються величини обох факторів, також обов'язково матимуть крайні випадки. Залежно від стану нашого знання ми по-різному оцінюватимемо складник конституції чи досвіду (Erlebens) у кожному окремому випадку й залишаємо за собою право модифікувати наші судження водночас із перемінами в нашому розумінні. До речі, можна навіть наважитися уявити саму конституцію як осад випадкових впливів нескінченного ряду предків.

[3] Symbole und Wandlungen der Libido. Jahrbuch für Psychoanalyse, III, S. 164.

[4] Я маю на увазі, якщо вони справді не виникають і не приховуються через якесь банальне почуття невтіхи.

[5] Aus guter Familie, 1895.

[6] Однак деякі висловлювання Юнґа викликають враження, що він вбачає в цій інтроверсії особливість dementia praecox, яка не обов'язково має бути наявною в інших неврозах.

сує (загалом або частково), а інфантильні імаґо (Imagines) відроджуються[7]. Тепер за ним [за лібідо] іде аналітичне лікування, що має на меті виявити лібідо, зробити його знову доступним для свідомості і, врешті, підпорядкованим реальності. Там, де аналітичне дослідження наштовхується на лібідо, що ховається в закутках, має запалати боротьба. Усі сили, що спричинилися до регресії лібідо, поставатимуть як «спротиви» роботі, щоби зберегти цей новий стан. Бо якби інтроверсія чи регресія лібідо не була виправданою завдяки певному стосунку з зовнішнім світом (у найзагальніший спосіб як заперечення (Versagung) задоволення) і не була на цей момент навіть доцільною, то вона взагалі не відбулася б. Утім, спротиви такого походження не єдині й навіть не найсильніші. Лібідо доступне особистості завжди було під впливом притягування несвідомих комплексів (точніше, несвідомих частин цих комплексів), і особистість впадає в регресію, коли притягування реальності стають слабшими. Тож, щоб їх звільнити, треба подолати це несвідоме притягування, тобто скасувати витискання несвідомих потягів і їхньої продукції, які попередньо виникли в індивіді. Вони [витискання] спричиняються до появи значно більшої частини спротиву, що так часто дає змогу тривати хворобі, навіть якщо відхід від реальності знову втратив тимчасове обґрунтування. Аналіз має боротися зі спротивами, які походять з обох джерел. Спротив супроводжує лікування на кожному кроці. Кожна окрема думка, кожна дія пацієнта має враховувати спротив – бути компромісом між силами, що прагнуть одужати, і силами, які цьому опираються.

Якщо відстежити патогенний комплекс, відштовхнувшись від його представництва (Vertretung) у свідомому (Bewußten) – чи то у вигляді чітко окресленого симптому, а чи взагалі геть непомітного – до його кореня в несвідомому, то невдовзі можна дістатися місця, де спротив постає так ясно, що наступна думка має взяти його до уваги і є компромісом між його вимогами й відповідними вимогами дослідницької роботи. Ось тут, відповідно до нашого досвіду, трапляється перенесення. Якщо щось із матеріалу комплексу (Komplexstoff) – зі змісту комплексу – підходить для перенесення на особу лікаря, то відбувається саме таке перенесення: виникає наступна думка, забарвлена ознаками спротиву, наприклад застою. На підставі цього досвіду ми робимо висновок, що ця ідея перенесення (Übertragungsidee) проникла у свідомість раніше від усіх інших можливих ідей (Einfallsmöglichkeiten), бо вона також вдовольняє спротиву. Упродовж аналізу цей процес повторюється незліченну кількість разів. Знову й знову, щойно ми наближуємося до патогенного комплексу, та його частина, яка здатна до перенесення, виштовхується у свідомість першою і наполегливо захищається[8].

Щойно його подолано, інші частини комплексу (Komplexbestandteile) більше не становитимуть труднощів. Що довше триває аналітичне лікування і що ясніше хворий усвідомлює, що самі собою викривлення (Entstellungen) патогенного матеріалу не забезпечують захисту від його викриття, то послідовніше він використовує один тип викривлення, який, вочевидь, має найбільшу користь, а саме викривлення через перенесення. Ці зв'язки вказують на ситуацію, у якій, зрештою, мають бути розв'язані всі конфлікти в царині перенесення.

Під час аналітичного лікування спершу перенесення показується лише як найважча зброя спротиву, і можна зробити висновок, що інтенсивність і тривалість перенесення є ефектом (Wirkung) та вираженням спротиву. Це правда, що механізм перенесення встановлюється завдяки тому, що воно зводиться до готовності лібідо, яке залишалося у володіннях інфантильних імаґо (Imagines). Але прояснити їхню роль під час лікування можна лише тоді, коли вдасться виявити їхній зв'язок зі спротивом.

Чому перенесення є таким чудовим знаряддям спротиву? Здавалося б, відповісти на це запитання нескладно. З одного боку, визнання кожного забороненого бажання стає особливо утрудненим, якщо це робиться в присутності особи, на яку воно спрямоване. Такий примус спричиняє ситуації, які в реальності видаються малоздійсненними. Саме цього прагне аналізований, коли дозволяє лікарю збігтися з об'єктом імпульсів своїх емоцій. Утім, уважніший розгляд показує, що цей позірний виграш не може розв'язати проблему. З другого боку, ніжна, віддана прив'язаність може допомогти подолати всі труднощі, пов'язані із зізнанням. За аналогічних реальних обставин звично казати: «Перед тобою мені не соромно, тобі я можу сказати все». Перенесення на лікаря могло б також полегшити зізнання, і було б незрозуміло, чому воно має його ускладнити. Відповідь на це часте питання знайдено не завдяки розлогим міркуванням, а завдяки досвіду, здобутому в дослідженні індивідуальних спротивів перенесення під час лікування. Врешті стає помітним, що неможливо зрозуміти, чому використовують перенесення для спротиву, допоки думаєш про «перенесення» в злий спосіб. Треба відокремити «позитивне» перенесення» від «негативного» – перенесення ніжних почуттів від ворожості й розглядати ці два види перенесення на лікаря окремо. Позитивне перенесення, своєю чергою, розпадається на дружні чи ніжні почуття, які можна усвідомити, і на їхнє продовження в несвідомому. Аналіз показує, що останні стало беруть свій початок з еротичних джерел, тож маємо розуміти, що всі почуттєві зв'язки, застосовні в нашому житті, як-от симпатія, дружба, довіра й усе, що на це схоже, генетично пов'язанні із сексуальністю та розвинулися із сексуальних прагнень через послаблення сексуальних цілей, байдуже якими чистими та незмисловими вони можуть видаватися свідомому самосприйманню (Selbstwahrnehmung). Відпочатково нам були відомі лише сексуальні об'єкти. Психоаналіз показує, що значливі чи пошановані особи нашої реальності все ще можуть бути сексуальними об'єктами для несвідомого всередині нас.

Розгадка цієї загадки в тому, що перенесення на лікаря підходить для спротиву під час лікування, оскільки воно є негативним перенесенням чи позитивним перенесенням витиснених еротичних імпульсів. Якщо ми «скасовуємо» (aufheben) перенесення через усвідомлення, то ми лише відриваємо від особи лікаря ці два почуттєві компоненти. Інші компоненти – здатні до усвідомлення й ті, що не викликають заперечення, – є такими самими носіями успіху в психоаналізі, як в інших методах лікування. У цьому разі ми погоджуємося, що результати психоаналізу спочивають на сугестії. Лише під сугестією слід розуміти те, що ми про неї надибуємо у Ференці[9], – впливання на людину засобами можливих у ній феноменів перенесення. Використовуючи сугестію, ми дбаємо про максимальну незалежність хворого, надавши йому змогу виконати певну психічну роботу, необхідний наслідок якої – постійне поліпшення психічної ситуації.

Усе ще можна запитати, чому феномени спротиву перенесення виникають лише під час психоаналізу, а не в разі індиферентного лікування, що його провадять у лікувальних закладах. Відповідь така, що вони виникають і там – їх лише треба побачити. Насправді вибух негативного перенесення в лікувальних закладах є доволі поширеним явищем. Хворий залишає заклад без змін чи впадає в рецидив, щойно опиняється у владі негативного перенесення. Еро-

[7] Для зручності можна було б сказати, що вона знову інвестує (besetzt) в інфантильний «комплекс». Але це було б неправильно. Єдиним виправданим твердженням було сказати: несвідомі частини цих комплексів. Надзвичайна складність теми, що її розглянуто в цій праці, спокушає звернутися до цілої низки суперечливих проблем, прояснити які справді обов'язково, перед тим як з певністю говорити про описувані тут психічні процеси. Такими проблемами є: розмежування інтроверсії та регресії, включення вчення про комплекси в теорію лібідо, зв'язок фантазування зі свідомим і несвідомим, а також реальністю тощо. Гадаю, не варто вибачатися, якщо я в цьому місці опирався згаданій спокусі.

[8] Утім, із цього не варто робити загальний висновок, що елемент, обраний для спротиву перенесення (Übertragungswiderstand), має особливе патогенне значення. Якщо в бою за володіння невеличкою церквою чи хуторком боротьба ведеться особливо жорстоко, то не слід думати, що церква – то національна святиня чи що в садибі зберігається армійський скарб. Цінність об'єктів може бути суто тактичною, можливо, значущою лише для цього конкретного бою.

[9] Ferenczi, Introjektion und Übertragung, Jahrbuch für Psychoanalyse, Bd. I, 1909.

тичне перенесення не має в лікарнях такого гальмівного ефекту, бо ж, як і у звичайному житті, його там радше прикрашають, а не розкривають. Утім, воно виразно проявляється як спротив одужанню не в тому, що виганяє хворого геть із закладу (навпаки, воно його в закладі утримує), а в тому, що тримає його подалі від життя. Насправді для одужання неважливо, чи долає хворий в закладі певний страх або гальмування. Значно важливіше, щоб він також звільнився від цього в реальності свого життя.

Негативне перенесення заслуговує на серйозну оцінку, що її немає змоги дати в межах цього дослідження. У виліковних формах психоневрозів воно стрічається поряд з ніжним (zärtlichen) перенесенням, часто водночас спрямованим на ту саму особу – для такого стану справ Бльойлер запропонував чудову назву – амбівалентність[10]. Така амбівалентність почуттів певною мірою здається нормальною, але високий ступінь амбівалентності почуттів, поза сумнівом, є особливою ознакою невротичних осіб. Під час неврозу примусу (Zwangneurose) раннє «відокремлення протилежної пари» здається характерним для потягового життя й представляє одну з його конституційних умов. Амбівалентність спрямування почуттів невротиків найліпше пояснює їхню здатність ставити перенесення на службу спротиву. Там, де здатність до перенесення, по суті, стала негативною, як у параноїків, зникає можливість як для впливу, так і для зцілення.

Одначе в усіх цих дослідженнях досі ми оцінили лише один бік феномену перенесення. Тож варто звернути увагу й на інший його аспект. Той, у кого виникло правильне враження про те, як аналізований випадає зі своїх реальних стосунків з лікарем, щойно він опиняється під владою рясного спротиву перенесення, як хворий потім отримує свободу знехтувати засадничим правилом психоаналізу – без будь-якої критики повідомляти геть про все, що спадає на думку, – як він забуває намір, з яким починав лікування, і як тепер став байдужим до логічних зв'язків і висновків, які незадовго до цього справляли на нього сильне враження, – той відчуватиме потребу пояснити це своє враження ще й іншими, крім згаданих моментів, а вони й справді недалеко. Ці, своєю чергою, виникають у ситуації, у яку ми під час лікування поміщуємо аналізованого.

Досліджуючи втрачене для свідомості лібідо, ми опиняємося в царині несвідомого. Отримані реакції висвітлюють певні характеристики несвідомих процесів, про які ми дізналися, вивчаючи сновидіння. Несвідомі імпульси не виявляють бажання пригадуватися, як того хоче лікар, натомість прагнуть відтворюватися недочасно, відповідно до галюцинаційної здатності несвідомого. Як і в сновидінні, хворий приписує присутність (Gegenwärtigkeit) та реальність результатам пробудження його несвідомих імпульсів. Він хоче дати вихід своїм пристрастям, не беручи до уваги реальної ситуації. Натомість лікар прагне змусити хворого впорядкувати свої почуттєві імпульси з огляду на контексти лікування й історії життя, підпорядкувати їх вдумливому розглядові й розпізнати, зваживши на їхню психічну вартість. Ця боротьба між лікарем і пацієнтом, між інтелектом і потяговим життям, між знанням і бажанням діяти майже винятково розігрується у феноменах перенесення. На цьому полі має бути здобута перемога, що її виразом є довготривале одужання від неврозу. Безперечно, підкорення феноменів перенесення завдає психоаналітику найбільшого клопоту, але не варто забувати, що саме вони надають неоціненну послугу щодо виявлення та актуалізації прихованих і забутих любовних імпульсів хворого, зрештою ніхто не може бути вбитий in absentia чи in effigie[11].

Анотація. У третьому числі «Українського психоаналітичного журналу», ми оприлюднюємо переклад українською мовою статті Зиґмунда Фройда «Щодо динаміки перенесення» (1912). Цей текст започатковує низку досліджень Фройда, присвячених технічним питанням психоаналітичного лікування і передусім явищу перенесення – центральному діагностичному знаряддю психоаналітичного пропрацювання. У статті «Щодо динаміки перенесення» Фройд вдається до розрізнення станів лібідо (усвідомлювальне (bewußtseinsfahige) та несвідоме) та описує механізм очікувально-утримувальної інвестиції, аби пояснити дію механізму перенесення, не скасовуючи засадничого психоаналітичного уявлення про те, що всі психічні процеси слід пояснити через асоціації уявлень та інвестиції афектів. Відтак Фройд також приділяє значну увагу асоціаційним механізмам утворення спротивів, які під час аналітичної роботи постають у вигляді перенесення, інтроверсії лібідо та регресивним процесом, що вони зумовлюють відродження інфантильних імаґо. У статті «Щодо динаміки перенесення» значне місце посідає розгляд підстав розрізняти «негативне» та «позитивне» перенесення, а також «негативне» перенесення ніжних почуттів від свідомого ворожого ставлення. Врешті Фройд обґрунтовує наявність невротичних спротивів перенесення, спираючи психоаналітичне пояснення на Бльойлерів концепт амбівалентності почуттів. Наявність явищ позитивного та негативного перенесення Фройд розглядає як загальний феномен спротивів перенесення, які спричиняються до «випадання» аналізованого з реальних стосунків з лікарем, аби перешкоджати аналітичній роботі й дати змогу, за наявного негативного перенесення, психоаналітичною угодою та правилом не приховувати впродовж аналізу жодний матеріал (принцип вільний асоціацій). Оприлюдненням цієї статті ми продовжуємо низку публікацій Фройд щодо психоаналітичної техніки.

Ключові слова: Фройд, психоаналіз, історія психоаналізу, теорія та практика психоаналізу, перенесення.

Abstract. In the third issue of the "Ukrainian Psychoanalytic Journal," we publish the Ukrainian translation of Sigmund Freud's paper "The Dynamics of the Transference" (1912). This text marks the beginning of Freud's series of investigations into technical aspects of psychoanalytic treatment, focusing primarily on the phenomenon of transference – a central diagnostic tool in psychoanalytic work. In the article The Dynamics of the Transference," Freud distinguishes between states of libido (conscious (bewußtseinsfahige) and unconscious) and describes the mechanism of anticipatory investment to explain the operation of the transference mechanism. Importantly, this explanation does not negate the fundamental psychoanalytic idea that all mental processes should be explained through associations of representations and investments of effects. Freud also dedicates significant attention to the associative mechanisms of resistance formation, which manifest as transference during analytical work, introversion of libido, and regressive processes leading to the resurgence of infantile "imagines." The article delves into the reasons for distinguishing between "negative" and "positive" transference, as well as the distinguishing between "negative" transference of tender feelings and conscious hostile attitudes. Finally, Freud justifies the existence of neurotic resistance to transference, drawing on Bleuler's concept of the ambivalence of feelings. Freud considers the presence of positive and negative transference phenomena as a general manifestation of transference resistance. These phenomena contribute to the "falling away" of the analysand from real relationships with the analyst, hindering analytical work. In the context of negative transference, they allow for disregarding psychoanalytic agreement and the principle of not withholding any material during analysis (the principle of free association). The publication of this paper is a continuation of a series of translations of Freud's texts on psychoanalytic technique into Ukrainian.

Key words: Freud, psychoanalysis, history of psychoanalysis, theory and practice of psychoanalysis, transference.

[10] E. Bleuler, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, 1911. – Vortrag über Ambivalenz in Bern 1910, referiert im Zentralblatt f. Ps. I, p. 266. – Раніше Вільгельм Штекель запропонував позначати схожі феномени словом «біполярність».

[11] З лат. «за відсутності» чи «за зображенням». – Прим. пер.

УДК 159.922.7
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-13

ОГЛЯД КНИГИ А. КРАВЦОВОЇ «МАМО, ДАВАЙ ПОВЕРНЕМО ЙОГО ЛЕЛЕЦІ! АБО ДОПОМАГАЄМО ДИТИНІ ПОДРУЖИТИСЯ З БРАТИКОМ ЧИ СЕСТРИЧКОЮ»

Зоя Мірошник, докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка кафедри практичної психології
Криворізький державний педагогічний університет
м. Кривий Ріг, Україна
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

REVIEW OF A. KRAVTSOVA'S BOOK "MOM, LET'S BRING HIM TO THE STORK! OR HELPING A CHILD MAKE FRIENDS WITH A BROTHER OR SISTER"

Zoia Miroshnyk, Doctor of Psychological Sciences, Professor,
Head of Practical Psychology Department
Kryvyi Rih State Pedagogical University
Kryvyi Rih, Ukraine
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
http://orcid.org/0009-0000-2236-6570
miroshnik@kdpu.edu.ua

Чи знаємо ми своїх дітей? Чи добре розуміємо їх? Чи здатні прийти їм на допомогу? На ці та інші питання знаходимо відповіді в науково-популярному виданні Анни Кравцової – психологині, психоаналітикині, фахівчині з раннього втручання та терапії дитячо-батьківських взаємин. Людини з добрим почуттям гумору, глибоким знанням психології дитини в галузі дитячого психоаналізу, теорії прив'язаності та психології розвитку. Книга А. Кравцової «Мамо, давай повернемо його лелеці! або Допомагаємо дитині подружитися з братиком чи сестричкою» (Кравцова, 2023) буде цікавою та корисною широкому загалу читачів, у тому числі дитячим психоаналітикам, практикуючим українським психологам. Проте особливо корисною вона буде сучасним батькам у вирішенні проблем дитячих ревнощів, суперництва між братами та сестрами. Ця книга, безумовно, сприяє кращому розумінню батьками своїх маленьких дітей. Авторка пропонує читачеві новий досвід у побудові стосунків між батьками та дітьми, який вчить любити, довіряючи, співчуваючи. Крім того, йдеться про можливість конкурувати, чесно змагаючись, поважаючи тих, хто поряд, відстоюючи свою думку, та досягати мети, доводячи справу до кінця, долаючи перешкоди і труднощі, отримуючи насолоду й задоволення від процесу взаємодії.

«Дитячі ревнощі» – болісний сумнів у чиїйсь любові й вірності, особливо коли йдеться про близьку, рідну людину (маму, тата, братика, сестричку). Це ті негаразди, що спричиняють біль, страждання, смуток і страх. Дитина страждає! Дратує своєю поведінкою дорослих. Намагається звернути на себе увагу. Зазначити, що «я є», «я ваша», «я жива».

У вступі «***Замість передмови***» Анна Кравцова запрошує читача просто поговорити про складне: як розв'язати проблему суперництва між братами і сестрами, не виділяючи улюбленців? Як довести, що все гаразд, що батьки їх люблять, що брат або сестра не ворог, не конкурент, не суперник, що їх можна і треба любити, дружити з ними, визнавати їх?

Для всіх, хто має психоаналітичну освіту, причетний до дитячого психоаналізу, дбає про вирішення проблем взаємодії не лише з мудрим і нейтральним Учителем, а й справжньою, живою Жінкою, доброю, розуміючою та приймаючою матір'ю і з відкритим усім фантазіям світом маленької дитини. Для всіх, хто вміє радіти, насолоджуватись життям, це буде живильний досвід, оскільки пощастить з нею (дитиною) спілкуватися. Так описує свій супервізорський досвід Джойс Макдугал, всесвітньо відомий авторитет у психоаналітичній спільноті. Книга Анни Кравцової сприяє кращому розумінню батьками своїх дітей та дітьми один одного.

Якщо говорити про зміст і структуру книги, потрібно зазначити, що авторкою послідовно та логічно розкриваються етапи цікавої подорожі у світ емоцій, любові, довіри, взаємин у родинній складній системі, проявів материнської турботи.

Перший розділ «***Коли родина чекає ще одну дитину***» присвячено розмовам дітей із мамою про іншу дитину, про вміння малят вести діалог досить «майстерно і хитро, що ніяк не здогадаєшся, чому вона почалася». Авторка пропонує різні роздуми та міркування дітлахів на важливу для них тему: «У нас же грошей зовсім мало – навіть на велосипед не вистачить» або «У мами зовсім часу немає: робота, а ще й я вередую» (с. 13). Дехто ніби радиться з батьками: «Коли буде немовля?», «Звідкіля воно візьметься?», «А де воно буде спати?»… А дехто на питання «Ти хочеш братика чи сестричку?» просто стверджує: «Хочу!». Такі прості приклади, бесіди, розмови говорять про дуже серйозні речі (емоції, почуття, відчуття). Дитина переживає, що в мами може з'явитися інше маля (хлопчик або дівчинка). Саме цього дитина і боїться більше за все. І починає ревнувати раніше, ніж її найкращі, найдорожчі люди (мама і тато) стануть знову батьками іншій дитині. «Коли мама чекає ще на одного малюка», важливо вести діалог із дитиною, привчати її до думки, що скоро з'явиться очікуване немовля, дитина зможе радісно зустріти того, хто народився.

Анна Кравцова, як знавець дитячої душі, поступово веде читача від однієї події до іншої, від одного етапу взаємин в родині до іншого. «У родині з'явився новачок»: дитина повинна бути членом великої сімейної системи, тому важливо, щоб через взаємини з дорослими у неї теж додались обов'язки, турбота про інших, вона стала включеною у сімейний процес. Дитина разом із татом відвідує маму в пологовому будинку, забирає їх разом із немовлям додому, якомога частіше перебуває поруч із мамою та немовлям, розглядає малюка, торкається його, стоїть поряд, коли мама сповиває немовля. Поради авторки вчать нас дозволити дитині бути поряд. Текст переплітається цікавими розповідями самих мам, висловлюваннями малюків, листами та кейсами, порадами та рекомендаціями для батьків (с. 24).

Цікавою, на мій погляд, є ідея психологині про особистий простір дитини, про те, щоб у старшої дитини зберігалося своє місце після появи малюка. Авторка наголошує на тому, що ми – дорослі – повинні чітко уявляти, що дитина має право *не хотіти* змін навколо себе після народження братика або сестрички. Влучною є думка, що всі дрібниці – це безцінний досвід життя, особисті історії та пригоди щодня. Коли з'являються брати і сестри – це просто «тайфун і циклон»: сьогодні вони хапають твої речі – завтра говорять, що «мені не треба твоїх обносків…», сьогодні з тобою домовляються, а завтра скаржаться батькам… (с. 32). І тоді дитині хочеться закричати: «Я тебе не хочу!» У цьому ж розділі А. Кравцова приділяє особливу увагу фразам, які не спрацьовують, проте які ми, дорослі, повторюємо знову і знову: «Ти ж старший. Поступися…»; «У інших – діти як діти»; «Забороняємо дивитися телевізор» тощо.

Підсумовуючи матеріали розділу, авторка пропонує дослідницький метод «поведінковий аналіз» (с. 35), щоб знайти потрібні фрази та дії, що «працюють». Тож, говорячи про ревнощі як найбільш глибоке переживання, сплеск якого може викликати агресивний вчинок, неадекватну реакцію, депресію, страх, примху, дорослі повинні пам'ятати, що старша дитина розраховує на увагу й повагу з боку батьків, на любов мами і тата та на збереження власного світу, у якому вона перебувала до появи братика або сестрички.

У другому розділі «***Як народжуються і розвиваються ревнощі***» розкриваються особливості дитячих ревнощів, звідки вони беруться, чи притаманні вони кожній дитині і що дає підставу дитині думати, що маминої любові не вистачить на всіх. Немовля потихеньку вчиться справлятися з тим, що мама належить не тільки йому, а і багатьом іншим людям (татові, бабусі і, найголовніше, самій собі). Відомий дитячий психоаналітик Дональд Віннікот свого часу вивів формулу, за якою можна зрозуміти, скільки часу дитина може «ділитися» мамою з навколишнім світом: нехай маля може обходитись без мами час Х, тоді є час У, індивідуальний для кожної маленької дитини, який вона може «потерпіти»; виходить, вона може бути «самостійною», але цілком упевненою у собі і у маминій любові – час Х + У. Так розкриває суть формули відомого психоаналітика Анна Кравцова. Авторка рекомендує звернути увагу на те, що треба поступово привчати дитину до самостійності.

У цьому ж розділі описано «***Як ревнують діти трьох років***», вказано на те, що ревнощі цих малюків відрізняються від ревнощів підлітків. Даються поради батькам маленьких дітей: дозволяйте старшій дитині бути поряд, вчіть піклуватися про близьку людину, а отже, вчіть її любити, пам'ятайте, що дівчинці завжди простіше знайомитися з малюком, тому що бути схожою на маму та копіювати її – це природній процес. Для хлопчика ж важливо приділити увагу тата йому особисто, адже це навчить його і доглядати маля, як це робить мама, і бути самостійним, як тато. Під час аналізу феномену дитячих ревнощів здійснено диференційований підхід до ревнощів дошкільника, молодшого школяра, підлітка та визначено особливості переживання появи «новачка» в родині. Визначено головне правило у вирішенні проблеми ревнощів «Довіряти один одному, а значить, перемагати ревнощі».

У розділі «***Тисяча облич ревнощів***» сфокусовано увагу на неприхованій агресії та секретній мові ревнощів, а також наводяться приклади висловлювань мам, які мають справу з агресією дітей у відповідь на появу братика або сестрички. Авторка застерігає читача від помилки, якої можуть припуститися батьки – дозволити собі (дорослому) «вигнати» дитину з дому, віддати до інтернату, відправити до бабусі (як покарання), тому що це справжня біда для дитини, за цим батьки можуть не почути крик дитини про допомогу. Це не лікує від агресії та ревнощів.

А. Кравцова описує три різні сигнали про те, що ревнощі говорять на «секретній мові»:

– дитина здається абсолютно байдужою до брата чи сестри і взагалі до сімейних справ, любить бувати на самоті або надовго йти з дому;

– дитина надзвичайно активно включається у виховання брата чи сестри. Іноді навіть усупереч своїм інтересам;

– дитина намагається все-все робити як брат чи сестра, причому не просто бере приклад, а копіює і наслідує (с. 65–66).

Розділ «***Як допомогти дитині, яка ревнує***» об'єднує стратегії боротьби з ревнощами («Стратегія агресора», «Стратегія відстороненості» і «Стратегія кращого помічника»), особливості використання дитиною цих стратегій. Детально описані сварки й суперечки між братами і сестрами, зазначено «гарні» і «погані» способи сваритися, а також представлено найбільш поширені причини для сварок між дітьми та проведено порівняльний аналіз взаємодії дітей у різних родинах.

Заслуговує на увагу представлений експериментальний матеріал щодо використання методів покарання, заохочення, оцінювання, схвалення тощо, наводяться приклади, що таке «заохочення без оцінок». У житті неминучі ситуації, коли дитині потрібно зробити зауваження чи посварити її. Тому батькам часто доводиться пояснювати, повчати, лаяти, тобто сварити дитину. Обов'язково батьки повинні пам'ятати, з якою метою ви сварите дитину, забезпечити безпеку, якою інтонацією це робите, які слова застосовуєте, а також пам'ятати про те, що поряд із дитиною може бути брат або сестра, на якого також це впливатиме.

Найбільш масивним є розділ книги «***Мистецтво бути справедливим***», у якому розкриваються особливості любові до дитини, складності її прояву. Визначені типи поведінки, описані «ярлики», які потім важко зняти і які впливають на стосунки й самооцінку кожного з дітей. Проаналізовано слова, які ставлять дитину у визначені межі, та описано важливість існування місця для кожного як в будинку, так і в душі мами і тата. Авторка пропонує цікаві історії, пов'язані з пошуком свого місця в будинку, і зазначає, що це не лише проблема дітей, а й проблема дорослих, проблема побудови батьківсько-дитячих взаємин.

Саме в цьому розділі фахівчиня описує інші причини для ревнощів, не лише ревнощі братів і сестер. Йдеться про ревнощі батьків до друзів, до бабусі і дідуся, до роботи, до домашніх улюбленців, а також мам ревнують до тат, а тат – до мам. Саме це в психоаналітичній теорії З. Фройда розкрито в поясненні феномену «едіпового комплексу».

Отже, треба зазначити, що ревнощі дитини різноманітні й найчастіше вони пов'язані зі страхом втратити мамину увагу та любов. Оскільки мама доросла людина, то в її житті може бути безліч інтересів, а отже, і безліч підстав для ревнощів у дитини. Поряд зі страхом втратити мамину любов живе бажання знайти нову любов, іншої якості, а із цим бажанням побоювання – бути її невартим.

Анна Кравцова запрошує батьків залишатися за будь-яких обставин упевненими в собі дружиною і матір'ю чи мужнім та люблячим батьком і чоловіком, а також обов'язково не боятися демонструвати дітям свою любов, повагу та відданість (чоловікові або дружині). Далі авторка застерігає, щоб батьки, виявляючи любов і ніжність один до одного, не були провокаторами або маніпуляторами у своїй поведінці (сексуальна відвертість, оголені тіла). Варто пам'ятати про висновки сучасних психоаналітиків, що фантазії про секс і суперництво з мамою чи татом ефективніше впливають на розвиток дитини саме тоді, коли залишаються фантазіями. У подальшому це сприяє створенню надійних, збалансованих стосунків і щасливої родини.

У розділі «***Пізнати себе, щоб допомогти своїй дитині***» йдеться про появу конфліктної ситуації в родині. Досліджуються питання появи конфліктів через ревнощі, а також описується стратегія, чи можна подати приклад ревнощів. У цьому ж розділі знаходимо відповіді, що тривоги батьків можуть стати тривогами синів і дочок. Цікаві завдання, тести дають змогу глибше розібратись у проблемі існування конфліктів через ревнощі. Дорослі повинні пам'ятати: «Якщо ми не здатні впоратись із власним почуттям ревнощів, то нам дуже важко буде навчити дитину не ревнувати».

Розділ «***Не все можна пояснити «просто» ревнощами***» містить п'ять цікавих історій про дітей (хлопчиків

і дівчаток), які спрямовані на пояснення дитячих переживань, емоцій, а також опис незрозумілої поведінки дітей, що є проявом ревнощів. «Інший погляд на «зрозумілі» ситуації» дає змогу отримати інші враження, познайомитись з іншими поглядами для знаходження різних шляхів вирішення проблеми. Важливо, щоб батьки були готові звернутися по допомогу до фахівця, правильно сформулювали запит і прийняли потрібну їм психологічну допомогу.

У розділі «***Цінність кожної особистості***» зазначено, що іноді батьки дивуються, як так вийшло, що в одній родині, в одних батьків, в одних умовах виростають такі різні діти. Безперечно, треба зосередитися на ідеї про те, що неможливо зрозуміти душевний світ дитини, якщо не брати до уваги, як будувалися від народження її взаємини з кожним із батьків окремо. Кожна дитина в родині має своє неповторне значення, свою цінність і займає свою позицію. Саме діти у своїх родинах стають основою розвитку особистостей своїх батьків – мами і тата. Анна Кравцова наголошує, що брати і сестри обов'язково виростуть різними особистостями. Народження дітей в одній родині не може бути гарантією обов'язкової любові та дружби між ними. Безліч обставин, причин, включно з батьківськими фантазіями щодо своїх дітей, впливатимуть на становлення їхніх стосунків.

У наш час багато родин, які мають єдину дитину за різних обставин. Найпоширеніші серед них – скрутне матеріальне становище, бажання деяких батьків присвятити себе кар'єрі або наявність особистої свободи. У цьому розділі авторка приділяє увагу близнюкам, зазначаючи, що, з одного боку, це чудово – завжди мати компанію дитині й не залишати її на самоті, а з іншого – стосунки близнюків із батьками розвиваються й набувають іншого характеру. От і виходить, якщо близнюки поводяться як звичайні діти (сваряться, миряться, ревнують, люблять), то вони вчаться використовувати переваги свого становища й обходити труднощі. А батькам слід пам'ятати, що кожен із близнюків є окремою особистістю, яка потребує поваги та визнання.

Завершується захоплююча психологічна подорож «***Дитячими ревнощами та дитячою творчістю***», де зазначено, що діти, які дорослішають, переживають сильні почуття, ведуть щоденники, пишуть вірші та пісні, «виливають душу» близьким і друзям. Тут же можемо знайти приклади дитячої творчості, які відображають почуття ревнощів підлітків 12–15 років.

У «***Висновках***» Анна Кравцова наголошує, що ревнощі – це один із боків складного переплетіння людських почуттів: довіри і занепокоєння, надбання і втрати, надії і розпачу (с. 223). Дитина, що пізнала ревнощі та зуміла подолати їх, не тільки отримала нові дружні стосунки, а й обов'язково здобула новий життєвий досвід.

Величезне задоволення робити огляд цієї праці Анни Кравцової – книги «Мамо, давай повернемо його лелеці!». Матеріали дуже цікаві своєю складністю й розмаїттям стилів і підходів: від глибокого наукового аналізу до яскравих висловлювань і віршів дітей; бесід із мамами дітей різних вікових категорій, що переживають ревнощі; від сильних почуттів в описі випадків до логічних заключень та узагальнень психологічних і психаналітичних теорій і концепцій. Розділи книги являють собою єдину систему ідей, думок, наукового й життєвого досвіду автора, взаємодіючи й доповнюючи одне одного.

Список літератури:

Кравцова, А. (2023). *Мамо, давай повернемо його лелеці! або Допомагаємо дитині подружитися з братиком чи сестричкою*. Видавництво Ростислава Бурлаки, Київ. 224 с.

Анотація. У книзі Анни Кравцової «Мамо, давай повернемо його лелеці! або Допомагаємо дитині подружитися з братиком чи сестричкою» представлено унікальну психологічну подорож сучасних дітей у власні родини та занурення в дитячо-батьківські взаємини. У поданій статті-рецензії розкрито психологічні особливості дитячих ревнощів, які народжуються й розвиваються в ситуації появи другої дитини. Авторка статті-рецензії зазначає, що формування вміння в малюків власного стилю спілкування не лише з батьками, а й з братами і сестрами впливає на прояви як позитивних, так і негативних емоцій.

Ця книга, безумовно, сприяє кращому розумінню батьками особливостей особистості своїх малюків, а також допомагає вчитися сучасним батькам розкривати сімейні конфлікти та знаходити шляхи їх вирішення.

Авторка стисло описує наповнення кожного з дев'яти розділів від моменту, коли «Родина чекає ще на одну дитину» (перший розділ) до «Дитячих ревнощів і дитячої творчості» (дев'ятий розділ) і вказує на труднощі, з якими стикаються батьки і діти на кожному із цих етапів.

У кожному з розділів Анною Кравцовою досліджено дотичність дитячого психоаналізу до теорії прив'язаності та психології розвитку.

Зрештою, формулюється висновок, що дитячі ревнощі – це складне людське почуття, яке спостерігається не лише в дорослих стосунках, а і в стосунках батьки – діти.

Матеріали дуже цікаві своєю складністю й розмаїттям стилів і підходів: від глибокого наукового аналізу до яскравих висловлювань і віршів дітей; бесід з мамами дітей різних вікових категорій, що переживають ревнощі; від сильних почуттів у описі випадків до логічних заключень та узагальнень психологічних і психаналітичних теорій і концепцій. Розділи книги являють собою єдину систему ідей, думок, наукового й життєвого досвіду автора, взаємодіючи й доповнюючи одне одного.

Ключові слова: батьківство, батьківсько-дитячі стосунки, психологія дитинства, психоаналіз, ревнощі, сиблінги.

Abstract. Anna Kravtsova's book "Mom, Let's Bring Him to the Stork! or Helping a Child Make Friends with a Brother or Sister" presents a unique psychological journey of modern children into their own families and immersion in child-parent relationships. The presented book review reveals the psychological features of children's jealousy, which are born and developed in the situation of the appearance of a second child. The author of the book notes that the formation of children's ability to communicate their own style not only with their parents but also with their brothers and sisters affects the manifestation of both positive and negative emotions.

This book definitely contributes to parents' better understanding of their children's personality traits and also helps modern parents learn to uncover family conflicts and find ways to resolve them. The author briefly describes the content of each of the nine chapters, from the moment when "The family is waiting for another child" (the first chapter) to "Child's jealousy and children's creativity" (the ninth chapter) and points out the difficulties faced by parents and children at each of these stages.

In each chapter, Anna Kravtsova examines the relevance of child psychoanalysis to attachment theory and developmental psychology. Finally, the conclusion is formulated that children's jealousy is a complex human feeling observed not only in adult relationships but also in parent-child relationships.

The book is very interesting due to its complexity and variety of presented styles and approaches: from deep scientific analysis to bright citations and children's poems; conversations with mothers of children of different ages experiencing jealousy; from strong feelings in case descriptions to logical conclusions and generalizations of psychological and psychoanalytic theories and concepts. The chapters of the book represent an interweaved system of ideas, thoughts, and scientific and life experiences of the author, interacting and complementing each other.

Key words: child psychology, parenthood, parent-child relationship, psychoanalysis, siblings.

УДК 159.922.7
DOI https://doi.org/10.32782/upj/2023-3-14

ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ФУНДАМЕНТ: ОГЛЯД НАВЧАЛЬНОГО ПОСІБНИКА Р. КЕЧУРА, Х. ТУРЕЦЬКОЇ ТА О. ЯСКЕВИЧ «ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ»

Володимир Казанцев, практичний психолог,
сертифікований психоаналітичний психотерапевт УСП, аспірант
Український державний університет імені Михайла Драгоманова,
Українська спілка психотерапевтів,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

PSYCHOANALYTIC GROUND: REVIEW OF THE TUTORIAL "PSYCHOANALYTIC THEORIES OF DEVELOPMENT" BY R. KECHUR, KH. TURETSKA & O. YASKEVYCH

Volodymyr Kazantsev, practical psychologist,
certified psychoanalytic psychotherapist of UUP, Postgraduate Student
Dragomanov Ukrainian State University,
Ukrainian Union of Psychotherapists,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
https://orcid.org/0009-0007-3272-5419
vlad.kazancev@gmail.com

Психоаналітичні видання мають чимало оглядових праць про теорії розвитку (Loch, 1971; Alexander, 2023; Fonagy, 2010), деякі з них навіть можна вже вважати хрестоматійними (Tyson & Tyson, 1990). Але, по-перше, чи маємо ми ці книги про психоаналітичні теорії розвитку українською мовою? І, по-друге, чи задовольнив би нас лише переклад такої книги? Чи ми все ж зацікавлені і в тому, як наші українські колеги розуміють, узагальнюють, зіставляють і переповідають розвиткові знання, здобуті психоаналітичним методом?

Ця стаття пропонує короткий огляд навчального посібника «Психоаналітичні теорії розвитку. Навчальний посібник», за авторства Романа Кечура, Христини Турецької та Ольги Яскевич, виданого в 2023 році. Унікальність цієї книги, на мій погляд, полягає в декількох моментах.

По-перше, це структура матеріалу. Ми починаємо читати з початку про автора певної теорії як про людину та її життя. Усілякі цікавинки, несподівані факти та коротенькі відомості про родичів і роботу розкривають особистість і контекст, у якому народжувалася теорія. А вже потім ми знайомимося з описом наукових праць і концепцій, які створив цей автор, і наостанок маємо список літератури до цього розділу.

По-друге, стиль подання матеріалу. Він простий, але надзвичайно насичений. До прикладу, теорія об'єктних стосунків подана на 36 сторінках включно з теоріями Мелані Кляйн, Маргарет Малер і Дональда Віннікотта. А основи Фройдової метапсихології разом з описом психічного апарата шановно розмістилися на 26 сторінках. Чи це не приклад лаконічного подання суті в наш обмежений час? Утім це породжує й певний «недолік» — такий дозований концентрат знань потребує час на роздуми. На потребу в часі натякає і обкладинка із словами *The key to it is time and thinking* («Ключем до цього є час і мислення»). Щодо мене, то мені знадобилося близько трьох місяців на прочитання цієї книги.

Коротко ознайомлю вас зі змістом книги. Робота складається зі вступу та шести розділів. Перших три розділи присвячені теорії Фройда й опису психічного апарата, потім подаються описи его-психології, теорії об'єктних стосунків і селф-психологія.

У «**Вступі**» Роман Кечур зазначає, що «вивчаючи класичні психоаналітичні тексти маємо добре усвідомлювати час, у який вони писалися, і специфічний спосіб викладення в цій традиції» (Кечур, Турецька & Яскевич, 2023, с. 4). У мене склалося враження, ніби в першому розділі автори запрошують читача відвідати певну виставу. Перед початком вистави, коли всі майже всілися по своїх місцях і лунає третій дзвінок, настає момент початку вистави, але вистава вже почалась у нашій уяві. Дещо відомо про назву та про акторів, і ми чекаємо на появу першого акту.

Перший акт – вступне слово. Тихенько для нас, але зовсім не так спокійно для Фройда, адже його представлення вже триває, ба більше, вже відбулась поразка, адже його праця – «Проєкт наукової психології» – не надрукована за браком обґрунтувань, а багаторічна робота в наукових лабораторіях не принесла досягнень. Напруження зростає. А в передмові ми дізнаємось, що рухає Фройдом як науковцем у різні періоди часу. Чому він застосовує метод клінічного спостереження і філософський принцип детермінізму у своїх працях? Тож вистава вже йде, і ми спостерігаємо зіткнення біологічно базованого потягу із соціальними обмеженнями. Згодом теорія об'єктних стосунків Мелані Кляйн наголосить на важливості соціальних зв'язків. Про що буде мовитись далі у книзі.

У розділі «**Психічний апарат та його ментальна робота. Основи Фродівської метапсихології**» автори починають із біографічного ескізу Зіґмунда Фройда. Мене особливо зацікавило, що маленький Зігі зростав із вірою у власну винятковість, яку йому дарувала натхненна мати. Очікування щонайменше міністерського портфеля, помножене на волю й велику кількість навчання, запалювали амбіції, і він багато вчився та багато читав. Та так, що коли сестра заважала йому грою на фортепіано, мама допомогла швидко усунути цю музичну перешкоду. Але батько Фройда не визнав його відданість книжкам, а недолугі кпини лише ще більше розпалювали амбіції сина. Чи побачимо ми тут підґрунтя для конфліктів? Авжеж. Чи справить враження на сина – знущання над батьком під час розгулу антисемітизму? Авжеж. Фройд згадує, як зграя підлітків збили капелюха з батькової голови та викачали в багнюці вбрання, а потім змусили батька надіти його. Можливо, саме із цього спогаду Фройд потім осмислює свою таємну ідентифікацію з Ганнібалом у снах. А ми краєм ока бачимо замальовки до едипального ескізу й підходимо до теми снів і бажань.

Украй важливу працю «Тлумачення сновидінь» Фройд навмисно неправдиво датує видання 1900 роком, намагаючись отримати епохального розмаху. Гадаєте, після такого вступу ми будемо починати з перших праць Фройда і далі

поступово рухатись у послідовному історичному контексті? Ні! У книжці ми зразу поринемо до суті. Отже, далі…

Розділ «**Первинний та вторинний процеси в контексті ментальної діяльності людини**» автори починають із запитання, що таке примітивна душевна подія? Розкриваючи Фройдове бачення, вони показують, що нею можна вважати відреагування збудження, яке продукується в тілі та має відображення у психіці як бажання. Але ж більшість психічних подій виходять за межі простого рефлексивного відреагування бажання й мають складну ментальну обробку в процесах перцепції, пам'яті та мислення.

Фройд пропонує структури «Ід», «Его» та «Суперего» для менеджменту психічних енергій, і кожна із цих структур має різні цілі: «Хочу!», «Почекай!», «Ніколи!» У цій главі ми пізнаємо принципи психодинаміки в психозі та неврозі, розглядаємо компроміс як вирішення протистояння: «Компроміс є принциповим продуктом психічної діяльності. Він уможливлюється здатністю психічної енергії до зміщення і згущення, оскільки найбільш варіабельною рисою трибу, головного енергетичного акумулятора, є його об'єкт, контакт з яким забезпечує задоволення (розрядку напруги)» (Кечур, Турецька & Яскевич, 2023, с. 9).

Ідея первинного та вторинного процесу дає підґрунтя для описів принципів задоволення та реальності, а також механізмів зміщення, згущення та сублімації. «Сублімація як компроміс найвищої якості – культурно скероване зміщення і злиття дериватів – одночасно приносить і радість, і тугу, і відчуття незатишку і сталу прив'язаність», пишуть автори (Кечур, Турецька & Яскевич, 2023, с. 10).

Якість сублімації, як зазначають дослідники, переповідаючи Фройда, напряму залежить від здатності вторинного процесу опанувати первинний процес. Це певною мірою означає опанувати позасвідоме й установити перевагу реалістичного мислення. Неможливо мислити реалістично, не відрізняючи репрезентацію об'єкта від самого об'єкта. Коли таке стає можливим, тоді є шанс скористатись об'єктом по-справжньому без автоеротичного задоволення та всемогутності.

А що з бажанням, з якого почався це розділ? Воно не зникає у вирі сублімації та компромісу. Ми тільки починаємо до нього підходити в дуже гарний спосіб. Автори доволі вдало демонструють зміщення та згущення в побудові структури книги. Вони беруть Фройдову ключову фразу: «Сон – приховане здійснення витисненого бажання» та зміщують акценти, наголошуючи кожне слово в цій фразі, тим самим наголошуючи на певних нових аспектах та уважно розглядаючи кожний процес.

А що, так можна було? А чому ні? Дивіться, ми маємо чотири глави:

1. Сон – ПРИХОВАНЕ здійснення витісненого бажання.
2. Сон – приховане ЗДІЙСНЕННЯ витісненого бажання.
3. Сон – приховане здійснення ВИТИСНЕНОГО бажання.
4. Сон – приховане здійснення витісненого БАЖАННЯ.

У розділі «**Теорія психосексуального розвитку Фройда**» авторами викладено засади, на яких тримається фройдизм: людина апріорі не є господарем у власному домі. Хоча, зберігаючи певну наївність, можна думати, що життя піддається контролю та пізнанню. Автори наголошують, що Фройд постулює ірраціональність людського розуму, а відтак постулює крах просвітницького проєкту людини. Художнє товариство починає відмовлятися від реалістичних 3D-репрезентацій об'єктів та агресивно досліджує форми й канони фігуративної естетики. Інакше кажучи, вони намагаються зануритися глибше й далі. А як туди потрапити? Як досягнути темних континентів душі, де не сягає світло свідомості? Єдиний спосіб шукати це – через відлуння метафор і чуттєвий резонанс. Начебто схоже на вільні асоціації, чи не так? Пірнаючи за фантазією, знаходимо внутрішнє життя людини, просякнуте відвертим еротизмом. Вони пишуть: «Відвертий еротизм, який нарешті пролупився в мистецтві, зачарованість біологічною симфонією Фройд склав у концепцію психосексуальності, а під нею розумів усе те, що приносить чуттєве задоволення» (Кечур, Турецька & Яскевич, 2023, с. 33). Тут йдеться про цілу сукупність феноменів, у яких вирізняються оральні, анальні, едипальні та зрілі форми прояву лібідо.

У розділі «**Метапсихологія потягу**» автори, слідуючи думці Фройда, викладають і зіставляють біологічні та психологічні погляди на розвиток особистості. Щоб описати бажання й відрізнити його від інстинкту, Фройд пропонує використовувати слово «триб» (яке найчастіше в інших роботах можна зустріти в перекладі як «потяг»). Українською мовою автори пропонують інший варіант його перекладу — «гін», і тоді збудження набуває сенсу із словами «жене», «гонить», «пре», «кидає» і так далі. Як ми знаємо з робіт Фройда, і це добре показано в цій книзі, триб має мати джерело, з якого він власне «жене» нас кудись, і об'єкт, у який триб буде вкладено. Автори підкреслюють, що для Фройда це дає змогу ввести особливі місця в тілі, де концентрується лібідо, відомі як ерогенні зони: оральну, анальну, фалічну. А також запропонувати відповідний тип стосунків з об'єктами. У цій же логіці далі в цьому розділі автори дуже детально описують оральну й анальну фази розвитку дитини, а також розгортання едіпового комплексу, підкреслюючи роль матері і батька в цьому процесі.

Наступний розділ «**Вступний огляд психодинамічних теорій розвитку після Фройда: осмислення материнської фігури»** покаже персоналії, що розвивали подальші психоаналітичні ідеї. Зазирнувши у список літератури наприкінці цього розділу, ви також знайдете цікавих авторів, які не згадуються в тексті книги, проте є базою для цього розділу (Abram & Hinshelwood, 2018; Mahler, Pine & Bergman, 2018). Я подумав, що можна також було б додати тут і теорію прив'язаності Джона Боулбі, що зробили, наприклад, Koch, Bendicsen та Palombo (2009).

Загалом авторам вдалося гарно передати контекст, що Фройд більше цікавився «постматеринним» світом, розуміючи, що добрі й теплі стосунки з матір'ю допоможуть пережити негаразди життя. Але його послідовники приділяли увагу доедіпальній фазі, коли мати є єдиною реальністю життя для немовляти. У книзі подано погляди декількох примітних дослідників.

Наприклад, Сурер, що вирізняє три погляди на роль матері. Ортодоксальний, скажімо, розуміє переживання дитини так, наче вони герметично замкнені у просторі і немає ніякого зовнішнього впливу. Тобто дитина сама конструює образ матері, вкладаючи свої позасвідомо фантазії. Салліван – представник інтерперсональної психології – розглядає взаємодію між матір'ю та немовлям і постулює, що тільки в гармонійних, взаємно ніжних стосунках можливий розвиток самості дитини. А якщо мати заражена тривогою, то це сприймається дитиною як власна погана самість. Ференчі розвиває ідею материнської тривоги: якщо в матері є незручна емоція стосовно дитини, яку матір не хоче переживати, то дитина опиняється в полі, де є неможливість переживати певні емоції, що, звісно, інтроєктується дитиною. Так відбувається ідентифікація з агресором. Кляйн, розвиваючи ці ідеї, згодом зазначить, що поганий об'єкт –це відсутність хорошого об'єкта. Когутіанці підкреслили потребу в забезпеченні матір'ю «віддзеркалюючого зв'язку» зі стабільністю та пружністю. Малер показала важливість материнського підживлення емоційного стану дитини та потребу адекватно й гнучко реагувати в разі стресу дитини. Біон пов'язав здатність матері розпізнавати, ментально опрацьовувати й утилізувати тривоги дитини з концептом контейнування. А Віннікот назвав цю материнську здатність холдингом.

Схожим чином – водночас лаконічно й виразно – автори знайомлять читача з ключовими знахідками «**Его-психо-**

логії». Цей напрям сформувався під впливом праць послідовників Фройда. Передусім це його дочка Анна Фройд, а також Х. Гартман і Е. Еріксон. Їхній підхід акцентований на дослідженні «Я» («Его)» особистості, на відміну від класичного психоаналізу, де увага приділяється несвідомому та трибам. Анна розвиває ідеї батька та публікує роботу «Я і механізми захисту» (1936), де показує роботу захисних механізмів: регресії, проєкції, інтроєкції, формування реакції, ізоляції, витиснення, знищення, боротьби із самим собою, реверсії та сублімації. У цьому розділі ви знайдете описи, приклади та чинники використання захисних механізмів.

У віці 25 років Ерік Еріксон знайомиться з Анною Фройд, і ця зустріч стає непересічною у його житті. Після завершення навчання в інституті психоаналізу він переїжджає до США, де має змогу вести власну практику та працювати з видатними вченими, серед яких Курт Левін, Грегорі Бейтсон та інші. Відома епігенетична теорія Еріка Еріксона включає вісім етапів розвитку особистості, які виходять за межі звичних етапів психосексуального розвитку Фройда. Також Еріксон формує поняття «Его-ідентичність» і «криза ідентичності». Новим для мене було те, що підґрунтям для «кризи ідентичності» було дослідження неврозів моряків-підводників, які переживали втрату контролю під час військових завдань.

Розділ **«Теорія об'єктних стосунків»** поданий основними працями авторів цього напряму. Читаючи, я піймав себе на думці, що в наступному виданні хотів би побачити окремим розділом огляд ще й представників інтерсуб'єктивного психоаналізу.

У цьому розділі авторам вдалося показати, що цей підхід запропонував зовсім інший принцип формування психіки – із сукупності елементів, які надходять із взаємодії із зовнішніми об'єктами, що дало змогу пояснювати розвиток і патологію психічних функції з точки зору інтерналізованих аспектів. Це суттєво відрізняється від его-психології, яка використовувала структурну модель психіки. Британська школа психоаналізу фактично започатковує і починає розвивати нову мову опису психічних процесів. Кляйн, Фейрберн і Віннікот зосереджуються на оточені дитини та на тих стосунках, що надалі формують особистість. Через цікаві історії життя та роботи непересічних постатей у психоаналізі того часу читач може уявити, як Мелані Кляйн створювала нову техніку дитячого психоаналізу, розглядаючи все, що робить дитина, як еквівалент вільних асоціацій; як Маргарет Малер розробляла концепцію сепарації-індвідуації, спостерігаючи за матерями та їх дітьми; як Дональд Віннікотт досліджував взаємодію матері й немовляти.

Нарешті, розділ, присвячений «**Селф-психології**», розкриває виникнення цього напряму у світлі життя та професійного шляху Гайнца Кохута, який був добре освіченою людиною з гарним смаком до мистецтва та музики, але достатньо самотнім у дитинстві. Авторами гарно показано переплетення особистого досвіду та психоаналітичних ідей цього дослідника. Так, фокус із дослідження позасвідомого зміщується до дослідження суб'єктивного переживання людиною свого минулого й теперішнього досвіду. Кохута цікавить стійка психічна конфігурація як центр особистості, для якої він пропонує термін Селф. Це Селф складається з двох полюсів, на одному з яких претензії, амбіції, а на іншому – ідеалізований образ. У динамічній взаємодії цих полюсів формується здоровий нарцисизм. Цікаво розкрито також міркування Кохута щодо патології самості. Більш детально у книзі можна прочитати також і про ідеалізоване та дзеркальне перенесення.

Загалом книга вдало розкриває основні розвиткові теорії у психоаналізі, проводить їх порівняння та групування. Розуміння розмаїття психоаналітичної теорії покращується завдяки структурі подання матеріалу та демонстрації особистостей психоаналітиків.

Список літератури:

Кечур, Р., Турецька Х. & Яскевич О. (2023). *Психоаналітичні теорії розвитку. Навчальний посібник*. Жовква: Міссіонер.

Alexander, F. (2023). *Psychoanalysis and psychotherapy: developments in theory, technique, and training*. Taylor & Francis.

Galatzer-Levy, R. M., & Cohler, B. J. (1993). *The essential other: A developmental psychology of the self*. Basic Books.

Palombo, J., Bendicsen, H. K., & Koch, B. J. Psychoanalytic Theory and Human Development: A Historical and Contemporary Perspective.

Palombo, J., Bendicsen, H. K., & Koch, B. J. (2009). *Guide to psychoanalytic developmental theories*. New York, NY: Springer.

Fonagy, P. (2010). Psychoanalytic theories. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1–4.

Dantlgraber, J. Besondere Aspekte des Werkes von Wolfgang Loch.

Loch, W. (1971). Grundriß der psychoanalytischen Theorie (Metapsychologie). *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hirzel, Stuttgart*, S1-58.

Katz, S. M., Cassorla, R., & Civitarese, G. (Eds.). (2016). *Advances in contemporary psychoanalytic field theory: Concept and future development*. Taylor & Francis.

Noy, P. (1979). The psychoanalytic theory of cognitive development. *The Psychoanalytic study of the Child*, *34*(1), 169–216.

Nunberg, H. (1955). Principles of psychoanalysis: their application to the neuroses.

Schussler, G., & Bertlschussler, A. (1992). New Models and Revision of Psychoanalytic Development Theory. 2. The Concept of Lichtenberg, Jd and Principles of a New Psychoanalytic-Theory of Development. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *38*(2), 101–114.

Tyson, P., & Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. Yale University Press.