

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К СИМВОЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ: ОПЕРАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ В ТРАВМАТИЧЕСКИХ СНОВИДЕНИЯХ¹

В.А. АГАРКОВ

В статье рассмотрен психоаналитический подход к последствиям переживания психотравмирующей ситуации. Приведен обзор некоторых психоаналитических теорий психической травмы. Сформулирована гипотеза, согласно которой одним из элементов процесса, благодаря которому происходит возврат к принципу удовольствия и восстановлению функции символизации в посттравматический период, является временная активация оперативного мышления. Оперативное мышление проявляется как в сновидениях, так и в ассоциациях пациента. На примере клинической работы с пациентом, страдающим от последствий психической травмы, показано участие оперативного мышления в восстановительной динамике после психической травмы.

Ключевые слова: психоанализ, психоаналитически ориентированная психотерапия, психическая травма, оперативное мышление, символизация, ПТСР, травматические сновидения.

1. Введение. Психическая травма и посттравматическое восстановление

В психоаналитической теории представлены разные точки зрения на механизмы формирования посттравматической психопатологии. Со-

¹ Данная статья представляет собой расширенную и переработанную версию доклада, сделанного автором на 21-й Конференции IPSO (International Psychoanalytic Students Organization), которая проводилась в рамках 47-го Конгресса Международной психоаналитической ассоциации (IPA), Мехико, 2 августа 2011. Текст доклада на английском языке опубликован в журнале IPSO [Agarkov, 2011]. С электронной версией этого журнала можно ознакомиться на сайте организации: www.ipso-candidates.org.uk.

гласно одной из них [Inderbitzin, Levy, 1998; Kubie, 1939; Malev, 1969; Schur, 1966] психическая травма, если она происходит во взрослом возрасте, по сути, представляет собой отзвук или повторное проживание психотравмирующих событий детства. Кроме того, авторы, придерживающиеся данной точки зрения, полагают, что посттравматическая динамика, подобно симптомам невроза переноса, определена принципом удовольствия. Так, например, Индербитцин и Леви [Inderbitzin, Levy, 1998] рассматривали симптомы травматического невроза с позиций теории либидо, считая концепцию понуждения к повторению избыточной и устаревшей. Согласно этим взглядам, преодоление последствий психической травматизации у взрослого человека требует терапевтических интервенций, направленных на реконструкцию ранних событий детства, а также на отреагирование и проработку ранней психической травмы. Отсюда следует, что для работы с пациентами, страдающими от последствий психической травмы, вполне подходит классическая психоаналитическая техника, предназначенная для работы с «психоневрозами», основными элементами которой являются интерпретация, реконструкция и проработка. Однако теория «эха» ранней травмы не предложила удовлетворительного объяснения механизмам формирования симптомов вторжения, таким, например, как травматические сновидения и флэшбэк эффекты. Представители противоположной точки зрения настаивают на том, что именно воздействие внешних факторов психотравмирующего события выступает основной причиной развития травматического невроза. Переживание реальной или возможной угрозы смерти, «нарушения физической целостности» [Каплан, Сэдок, 1998, с. 168] способны вызвать потрясение у любого человека, не зависимо от того, была ли у него предыстория детской психической травмы или нет [см., напр.: Boulanger, 2007; Kardiner, 1941; Krystal, 1988; Phillips, 1991].

Согласно модели прорыва стимульного барьера, которую Фрейд сформулировал в своей работе «По ту сторону принципа удовольствия» [Фрейд, 2006], психическая травма определяется как прорыв в стимульном барьере, вследствие которого в психический аппарат поступают потоки энергии из внешних источников, что приводит к резкому повышению уровня возбуждения в психике травмированного индивида. После прорыва стимульного барьера психический аппарат должен решить задачу переработки большого количества возбуждения. В метапсихологии Фрейда основная задача психического аппарата сводится к поддержанию внутреннего возбуждения на возможно минимальном и постоянном уровне [Лапланш, Понталис, 1996]. Выполнение этой задачи осуществляется через работу связывания и разрядки, а также благодаря стимульному барьеру.

В теории Фрейда понятие «связывание» приобретает разные значения в зависимости от контекста [Лапланш, Понталис, 1996]. В работе «По ту сторону принципа удовольствия» Фрейд характеризует связывание как основную и наиболее раннюю функцию психического аппарата, появление которой предшествует установлению доминирования принципа удовольствия. Благодаря связыванию свободно перемещающееся возбуждение преобразуется в «связанную нагрузку [катексис]». Следует отметить, что концепция связывания получает в работе «По ту сторону принципа удовольствия» несколько иную трактовку, выходящую за рамки идеи связывания как торможения первичных процессов со стороны Я [Лапланш, Понталис, 1996; Фрейд, 2006]. Поэтому посттравматическое связывание может быть рассмотрено как проявление «архаичной функциональной организации, которая, отчасти в силу своей примитивности, избежала разрушительного воздействия травматических стимулов» [Lipin, 1963, 389].

В концепции стимульного барьера Фрейда можно выделить два аспекта: пассивный и активный. Под пассивным аспектом Фрейд подразумевал анатомические и биологические особенности строения и функционирования анализаторных систем. Наши органы чувств предназначены, скорее, не для восприятия всех внешних стимулов, всей энергии из внешних источников в полном объеме, но для осторожных «проб», для определения валентности и градиентов, протекающих вовне процессов. Активный аспект стимульного барьера понимался Фрейдом как функция Я (эго), направленная на предвосхищение возможных вариантов развития событий, построение планов реагирования, соответствующих тому или иному вероятному сценарию, а также на подготовку действий. Благодаря активному аспекту стимульного барьера при возникновении новой, но предвиденной ситуации, психический аппарат успешно осуществляет операции связывания и разрядки возбуждения, поступающего в психический аппарат от внешней стимуляции, активируя и приводя в исполнение заранее приготовленные планы и схемы действий. Антиципация позволяет аккумулировать некоторое количество антикатексиса, необходимое для связывания поступающего возбуждения [Фенихель, 2004]. Нормативному функционированию стимульного барьера соответствует субъективное переживание тревоги или страха: мы знаем, чего и/или кого мы опасаемся или боимся, представляем себе наши действия в случае возникновения опасной ситуации.

Прорыв стимульного барьера означает, что произошло нечто непредвиденное, и у индивида отсутствует готовый план действия в этих обстоятельствах. Внезапность события и отсутствие готовности вызы-

вает субъективное переживание испуга и/или ужаса. В более поздней работе «Торможение, симптом и тревога» Фрейд пишет, что при прорыве стимульного барьера происходит повторное переживание автоматической тревоги с одновременной утратой Я способности обращаться с тревогой как с сигналом [Фрейд, 2006]. За прорывом стимульного барьера и наводнением психического аппарата избыточной энергией следует регрессия, которая, главным образом, характеризуется отказом от принципа удовольствия и установлением временного доминирования более раннего принципа понуждения к повторению.

Таким образом, динамика посттравматических процессов характеризуется (а) доминированием принципа понуждения к повторению и (б) активацией связывания и разрядки, механизмов, направленных на переработку большого количества энергии, поступившего из-за прорыва стимульного барьера [Quinodoz, 2004]. Наиболее характерными проявлениями этой динамики являются симптомы вторжения² и «травматический парез»³. Внешними проявлениями связывания и разрядки, а также попыток создания психической репрезентации травматического опыта являются симптомы вторжения.

При доминировании принципа удовольствия структурной основой функционирования психического аппарата является желание. Для этого уровня свойственны формирование упорядоченных и связанных с контекстом следов памяти, а также специфические и дифференцированные аффекты. Согласно Кохену [Cohen, 1980, 1985], организующей основой функционирования психического аппарата при доминировании принципа понуждения к повторению выступает не структура желаний, но предшествующая ей ранняя соматическая организация влечений. Формирование «обычных» воспоминаний, обладающих качеством «прошлое», т. е. контекстуально зависимых автобиографических воспо-

² Симптомы вторжения — группа симптомов, включенных в диагностические критерии ПТСР В (DSM-IV) и Б (МКБ-10). К симптомам вторжения (intrusion) относятся: невольные воспоминания травматического события, травматические сновидения, флэшбэк эффекты и др.

³ Метафоре Фрейда «травматический парез», по-видимому, можно поставить в соответствие современное описание симптомов блокирования эмоциональных реакций (numbing) в критериях ПТСР по DSM-IV [Каплан, Сэдок, 1998; АРА, 1994] и Хронического изменения личности после переживания катастрофы (F62.0, МКБ-10). Согласно теории Фрейда, «травматический парез» возникает вследствие отвода энергии от некоторых функций эго, например, создания и поддержания объектных отношений, речи, антиципации, в целях создания контрнагрузки (контркатексиса) для связывания избыточного возбуждения в психическом аппарате.

минаний, невозможно на этом уровне функционирования, для которого также характерны недифференцированные диффузные аффекты [Cohen, 1980].

После переживания психической травмы сновидения утрачивают свою функцию галлюцинаторного исполнения желания [Фрейд, 2005]. Фрейд пишет: «Чтобы сновидения травматических невротиков не ввели нас в заблуждение по поводу тенденции сна к исполнению желания, нам остается разве что заключить, что в этом состоянии функция сновидения, подобно многому другому, так же оказалась подорванной и отклоненной от своих целей...» [Фрейд, 2006, с. 237—238]. Травматические сновидения являют собой яркий пример проявления принципа понуждения к повторению: в травматическом сновидении осуществляется попытка связывания и разрядки избыточного возбуждения. Травматические сновидения наряду с другими симптомами вторжения выполняют работу по созданию условий для возвращения психики к функционированию под управлением принципа удовольствия.

Другой важный аспект посттравматической динамики патологии состоит в том, что символическая функция терпит неудачу в попытке создания смысла катастрофического переживания и, как следствие, это создает разрыв в связности смыслов [Bonomi, 2004; Boulanger, 2007]. Еще Абрахам Кардинер, психиатр, психоаналитик и этнопсихолог, внесший выдающийся вклад в исследования психотравматологии, указывал, что в течение некоторого времени, продолжительность которого в каких-то случаях может составлять годы и даже десятилетия, травматический опыт представлен в психическом как «сырое» переживание, которое препятствует успешной работе ментальной «ассимиляции» и созданию смыслов через символическую переработку как «ретроспективно» (прошлого опыта), так «перспективно» (нового опыта). Нарушение ретроспективной и перспективной ассимиляции происходит в силу того, что травматическое переживание создает разрыв в связном переживании своей личности как единого целого. Переработка травматического опыта и организация смысла травматического события требует более или менее продолжительного времени, т. е. происходит после травматического события как часть фазы восстановления. Кардинер также отмечал тенденцию к «психосоматической дезорганизации», проявляющуюся в посттравматический период, которая выражается в нарушении связей между психикой и телом с последующим формированием симптомов нового органического расстройства [Kardiner, 1941].

Кинстон и Кохен [Kinston, Cohen, 1986, 1988] в своей концепции психической травмы опираются на идею первичного вытеснения. Они пи-

шут: «Когда мы говорим о первичном вытеснении, то мы подразумеваем отсутствие психической структуры, то есть эмоционального понимания...» [Kinston, Cohen, 1986, 338]. Переживание травматического события как у детей и подростков, так и у взрослых людей, приводит к появлению некоего сектора личности, в котором отсутствует структура и репрезентация пережитого, что, по Кинстону и Кохену, и составляет суть первичного вытеснения. С клинической точки зрения этот феномен выражается в том, что индивид утрачивает способность к репрезентации собственных потребностей. Первичное вытеснение лежит в основе многих примитивных защитных механизмов психики, главным мотивом которых является удаление от стимулов (внешних и внутренних), соприкосновение с которыми может вызывать непомышляемое переживание кошмара, ужасного. Согласно Кохену [Cohen, 1980, 1985], травма влечет за собой отказ от принципа удовольствия, разрушение желаний и нарушение способности образовывать связи между влечением и опытом, т. е. способности формировать желания. Именно через желания, элементарные структурные единицы психики, действует функция символизации.

Катастрофическое переживание, согласно Кинстону и Кохену, остается в психике не в виде психической репрезентации, но как сумма обрушившихся на психику «впечатлений», в которых отсутствует структура или эмоциональное понимание. Эти «впечатления» не могут быть использованы символической функцией для дальнейшей переработки. «Впечатления» не требуют специальных маневров психики с целью удержания его содержания от осознания (в отличие от вытесняемых репрезентаций объектов и дериватов желаний, которые требуют постоянного динамического перераспределения нагрузки (катексиса)). Тем не менее, вторжение «впечатлений» является мощным фактором в динамике посттравматической психопатологии, в том числе в травматических сновидениях.

Люди, страдающие от последствий катастрофического психотравмирующего переживания, утрачивают способность обдумывать свой опыт и создавать символические значения, часто они жалуются на субъективное чувство утраты собственного ума: «Мой мозг отказывается работать» [Boulanger, 2007, 117]. Психическая травма уничтожает различия между внешним миром и внутренним переживанием — травматический опыт не оформлен как репрезентация и ему не присвоено значение. Боулангер [Boulanger, 2007] говорит о «черной дыре» травматического опыта как об отсутствии символического, «пустоте несимволизируемого» и сравнивает это с метафорой Реального, принадлежащей Лакану. Лакан описывает Реальное как нечто непостижимое, чему не мо-

жет быть предан смысл — как невыразимый ужас. Одной из характеристик Реального, по Лакану, являются бесконечные повторы, возвращение на одно и то же место, что означает отрицание исследовательской активности. Реальное в теории Лакана не может быть изменено или обозначено, оно утверждено в себе и собой — точка, к которой всегда возвращаются. «По сути, Реальное не доступно анализу, потому что это было бы попыткой «описать неопишуемое» [Boulanger, 2007, 3].

Для внутренней динамики пациентов с ПТСР характерно нарушение символической функции, что выражается в утрате способности создавать фантазии и продуктивно мыслить, видеть символические сновидения, функцией которых является исполнение желаний. В травматических сновидениях психика как бы остается запертой на до-символическом уровне функционирования в силу того, что доступ к механизмам смещения и сгущения, которые играют центральную роль в создании символических образов сновидений и симптомов психоневроза, затруднен или блокирован. В экстремальных обстоятельствах состояния психики стремятся к объективизации, метафоры — к конкретному выражению и утрате второго смыслового плана, «слова становятся плотью» [Des Pres, 1976]. Бономи [Bonomi, 2004], рассуждая об «антисимволической» природе психической травмы, применяет идею нарушения символического функционирования в области психотравматологии, которую Джойс Макдугалл [Макдугалл, 2005] использовала в отношении психосоматических нарушений. Однако в психотерапии открывается возможность успешной трансформации «впечатлений» в репрезентации, завершение работы связывания и разрядки, переход от принуждения к повторению к принципу удовольствия и повторное обретение функции символизации: «немой свидетель собственной утраты вновь обретает свое мыслящее я» [Boulanger, 2007, 114].

2. Оперативное мышление и последствия психической травмы

Термины «оперативное мышление» (*pensée opératoire*), или «состояние оперативного мышления» (*état opératoire*), описывают дисфункциональное и более примитивное состояние психики, которое характеризуется тенденцией к конкретному мышлению, отсутствием или крайней бедностью фантазийной жизни, скудностью сновидений, крайней ограниченностью в использовании метафор и аналогий. Авторы концепции оперативного мышления выделяют две его отличительные особенности: мысль, принадлежащая кругу оперативного мышления «(1) проявляется без видимой связи с заметной активностью фантазий; (2) дублирует действие и служит его признаком, иногда предшествует ему или следует за

ним, но это всегда происходит в ограниченном временном поле» [Марти, М'Юзан, с. 328]. Оперативное мышление предшествует действию или следует за ним. Марти и М'Юзан также отмечают отсутствие привязки к ходу времени в оперативном мышлении. Речь индивида, в функционировании которого доминирует оперативное мышление, не выходит за рамки описания конкретных действий и не связана с работой фантазии.

Генри Кристал [Krystal, 1988] считал, что процесс восстановления когнитивного функционирования после травмы включает активацию оперативного мышления и установлению того, что Кристал называет «посттравматической алексимией». Кристал высказывает гипотезу, что оперативное мышление может наблюдаться и у «нормальных» индивидов, находящихся под воздействием экстремального стресса или после переживания психотравмирующей ситуации. Вместе с тем Кристал указывает на ряд вопросов, которые остаются нерешенными: нам неизвестно, какое место оперативное мышление занимает в онтогенезе, можем ли мы рассматривать оперативное мышление как признак задержки развития, как результат регрессии или как результат торможения уже достигнутого и ранее доступного модуса функционирования?

Сходных взглядов придерживается и французский психоаналитик Клод Смаджа [Kurpinsky, 2006]. Он предполагает, что в рамках посттравматического процесса возникает транзиторное «оперативное состояние», благодаря которому осуществляется отвод и переработка избыточного возбуждения. Клод Смаджа использует метафору клапана безопасности при описании «оперативного» состояния. Однако за пользование этим «клапаном» приходится платить повышенным риском серьезного психосоматического нарушения.

Для оперативного мышления характерна непосредственная связь с сенсорно-моторным действием. Оперативному мышлению не соответствует внутренний объект. Продуктами оперативного мышления являются «эмблемы» — знаки связи с временным контекстом, а также отношений с реальным объектом, который помогает регулировать уровень возбуждения, действует успокаивающе. Марти и М'Юзан указывали также, что через оперативное мышление может быть установлено взаимодействие с бессознательным, в котором осуществляется первичная интеграция репрезентаций влечений. Оперативное мышление, кроме того, помогает адаптации во внешнем мире, так как оказывается достаточно эффективным для решения конкретных практических задач. Сновидения индивидов с оперативным мышлением, по сути, представляют собой изображение того или иного действия (или последовательности действий), которое часто является «точной копией» того, что

происходило со сновидцем в реальности. В то же время такие сновидения свидетельствуют о катексисе либидо внешних объектов и действии принципа удовольствия, так как в них изображены действия, направленные на удовлетворение той или иной потребности. Таким образом, в сновидениях, в которых действует оперативное мышление, присутствуют черты как травматических сновидений (точное изображение реального события), динамика которых определена принципом понуждения к повторению, так и сновидений, исполняющих желание, которые формируются под управлением принципа удовольствия.

Наша гипотеза состоит в том, что оперативное мышление может быть элементом, который психика субъекта, испытавшего травматическое переживание, временно использует для восстановления структурной основы желания, что позволяет вернуться к доминированию принципа удовольствия и вновь обрести функцию символизации. То есть после того как в посттравматический период психика совершает определенную структурообразующую работу связывания, создаются условия для активации оперативного мышления, что открывает новую фазу в посттравматическом восстановительном процессе, фазу перехода от понуждения к повторению к принципу. Клинически начало этой переходной фазы может быть заметно по появлению у пациента сновидений с оперативным мышлением. Формально эти сновидения могут быть отнесены к травматическим, так как и в этих «новых» сновидениях воспроизводится травматическая ситуация (или отдельные ее аспекты). Вместе с тем в «оперативных» сновидениях, воспроизводящих травматический опыт, можно заметить ряд черт, отличающих их от «классических» травматических сновидений. По нашему мнению, можно отметить три основных аспекта травматических сновидений, в которых присутствуют признаки присутствия оперативного мышления:

1) сновидение точно воспроизводит те или иные аспекты травматической ситуации (или ситуацию в целом);

2) изображение травматической сцены в этих сновидениях содержит действие (или действия), которое приводит к положительному эффекту, т. е. сопровождается чувством удовлетворения в связи с разрешением проблемной ситуации;

3) содержание сновидения, которое по-прежнему воспроизводит травматический опыт, в то же время ассоциативно связано с дневными остатками.

В качестве иллюстрации вышесказанного далее приведены фрагменты работы с пациентом, пережившим психическую травму и страдавшим от симптомов ПТСР.

3. «Оперативные сновидения». Клинический материал

На момент начала терапии Виктору было 39 лет, по профессии художник, занимается дизайнерской работой. Главной причиной обращения за психотерапевтической помощью было осложненное неразрешенное горе в связи со смертью супруги. Смерть супруги наступила спустя примерно две недели после того, как она и Виктор попали в серьезную автомобильную аварию. Это произошло за два года до начала терапии. После аварии жена оказалась зажатой в машине. Так как Виктор не мог самостоятельно освободить ее и помощи пришлось ожидать довольно долго, у жены развился синдром длительного сдавливания. Ситуация осложнялась тем, что прежде она страдала от хронического заболевания почек. Все это создало крайне серьезную угрозу для ее жизни и оставляло мало шансов на выздоровление.

После смерти жены он страдал от тяжелой депрессии, торможения когнитивных функций, тяжелых симптомов ПТСР, в том числе травматических сновидений. Как правило, эти сновидения сопровождалось драматическим пробуждением: Виктор просыпался с криком, в состоянии крайней спутанности, утратив ориентировку в пространстве и времени. Сильная тревога и вегетативные реакции после таких пробуждений долго не позволяли Виктору вернуться ко сну. Часто он и вовсе не спал до утра после таких сновидений.

Первый год терапия проходила с частотой 2 раза в неделю в формате «лицом к лицу». После первого года частота встреч была увеличена до 3 раз в неделю. На завершающей фазе частота встреч составляла 2 раза в неделю. Общая продолжительность терапии составила 2,5 года.

На первых сессиях Виктор очень часто рассказывал о повторяющемся сновидении, которое было точным воспроизведением одного особого момента во время похоронной церемонии перед кремацией тела жены. Когда он приблизился к гробу для последнего прощания, то увидел, как ее голова повернулась в его сторону. Виктору показалось, что жена вот-вот откроет глаза, взглянет на него и что-то скажет. В этот момент Виктора охватили сильные и очень разные чувства: шок, «безумная надежда», что жена на самом деле жива, что все происходившее за последние две-три недели всего лишь сон или ошибка, отчаяние от осознания, что это не так, ужас реальности непоправимой утраты, чувство вины и острое горе. Почти каждую ночь до и после начала терапии Виктору снился этот сон, и каждый раз он был точным воспроизведением этого момента и повторением всех предыдущих подобных снов. За годы, прошедшие после трагедии, сновидения не претерпели ни малейших вариаций.

В самом начале терапии сессии были посвящены проработке травматического опыта пациента, а также воспоминаниям его отношений с умершей женой. Главной задачей на этом этапе терапии было предоставление безопасного пространства, в котором Виктор смог бы говорить о своем травматическом опыте. Роль терапевта ограничивалась рамками внимательного участливого наблюдения. В течение первых месяцев работы с Виктором я просил его говорить о травматическом событии, вновь и вновь пересматривать свой травматический опыт. При этом я старался быть внимательным к колебаниям состояния Виктора. Если он покидал рамки «коридора устойчивости» [Агарков, 2010] и оказывался в зоне гипер- или гипоактивации, мы прекращали работу проработки травматического опыта. В эти моменты на сессиях Виктор либо замолкал и восстанавливал силы через релаксацию, либо обращался к более или менее нейтральным темам. Работа в терапии требовала от Виктора серьезного напряжения сил и мужества, и он, несмотря на тяжелые переживания, которые сопровождали начальную фазу терапии, был очень вовлечен в терапию. Эти усилия не были напрасными и принесли плоды в свое время. Постепенно, благодаря нашей работе, происходила трансформация травматических воспоминаний, принадлежащих системе «горячей памяти» в автобиографические контекстуально зависимые воспоминания системы «холодной памяти» [Агарков, 2010; Metkalfе, Jacobs, 1996]. Хотя некоторый материал Виктора мог быть проинтерпретирован с позиций психодинамических концепций, однако я полагал, что интерпретации были преждевременными, пока «черная дыра» первичного вытеснения [Cohen, 1980; Kinston, Cohen, 1986, 1988] оставалась открытой.

На первых сессиях Виктор был крайне отстранен и за все время сессии едва бросал один-два коротких взгляда в мою сторону. Когда он обращался к воспоминаниям о травматических событиях, его речь становилась нарушенной и дезорганизованной. Часто, слушая его рассказы о травматической ситуации, я замечал, что мое мышление как будто бы останавливалось, я переставал думать. Когда Виктор покидал мой кабинет, я часто обнаруживал, что сижу в кресле опустошенный, без движения, уставившись в пространство перед собой, а в уме вспыхивают воспоминания тех или иных эпизодов прошедшей сессии и образов, которые были вызваны рассказами Виктора.

Ассоциации Виктора содержали подробное изложение его отношений с клиентами, его работы на дачном участке, который доставлял ему множество хлопот. Например, он в подробностях рассказывал, как проектировал и устанавливал дренажную систему в подвале своего загород-

ного дома. Все эти бесконечные «отчеты о проделанной работе» отличались бедностью эмоционального содержания, и любая моя попытка предположить наличие возможного символического значения встречала резкий и часто враждебный отпор со стороны Виктора. Время от времени он вспоминал своего тренера по хоккею (он посещал хоккейную секцию в возрасте 10 лет), который учил его не замечать физическую боль, игнорировать чувства, сосредоточиваться на действии, на игре, на выполнении поставленной конкретной задачи. Казалось, эти уроки ожили в настоящем времени и стали играть для Виктора руководящую роль в его повседневной активности.

Виктор всегда был способен к напряженному труду, много работал. Однако теперь он, казалось, с головой ушел в практические дела, механистическую деятельность, хотя эффективность его усилий и была гораздо ниже, по сравнению с дотравматическим периодом. Высокая трудоспособность поддерживалась, в том числе, за счет разрыва контакта с телесной сферой и сигналами аффекта. Довольно часто во время сессий у меня появлялось чувство, как будто я нахожусь в центре работающего механизма со всеми его зубчатыми передачами, движущимися деталями и прочими работающими частями. Вместе с тем я испытывал и беспокойство за Виктора, так как его тенденция игнорировать важные сигналы, поступающие из телесной сферы, могла дорого ему стоить и привести к серьезным негативным последствиям для его здоровья. Поэтому время от времени я старался передать ему в своих комментариях мысль, что он подвергает себя опасности, не обращая внимания на сигналы своего тела.

Примерно на 20-й сессии я заметил, что некоторые «новые» сновидения Виктора несколько отличались от «классических» травматических сновидений. Хотя новые сохраняли черты травматических сновидений и представляли собой точное воспроизведение травматического опыта при отсутствии символизации, все же были в них и некоторые отличия. Новые сновидения воспроизводили менее острые аспекты травматической ситуации, и, что представляется более важным, в них присутствовал мотив решения проблемы, удовлетворения потребности через конкретное действие. Кроме того, между содержанием сновидения и дневными остатками появилась ассоциативная связь. Приведу пример. Одно из этих сновидений воспроизводило кризисную ситуацию, которая возникла в то время, когда жена Виктора находилась в больнице, а он проводил почти все время рядом с ней. Как-то ночью ее состояние резко ухудшилось. Виктор к тому времени приобрел некоторые медицинские знания из общения с докторами и чтения литературы, по-

священной заболеванию, от которого страдала его жена. В этот напряженный момент к нему пришло интуитивное решение по поводу одного лекарства, которое могло помочь в этой ситуации. Он бросился в аптеку, настоял на том, чтобы ему отпустили это лекарство без рецепта. Раздобыв лекарство, он сам сделал инъекцию жене. Благодаря этой своевременной помощи ее состояние улучшилось, кризис миновал. На следующий день доктор, который вел лечение его жены, услышав эту историю, удивился точности интуиции Виктора и верности принятого решения. Доктор сказал Виктору, что в этой ситуации он и сам рекомендовал бы именно это лекарство. Дневные остатки к этому сновидению Виктора содержали упоминание об актуальной кризисной ситуации, которая сложилась у него в отношениях с клиентами в настоящем, а также попытки найти выход из этой ситуации. Спустя два дня, на очередной сессии, он сообщил, что решение было найдено и кризисная ситуация в его деловых отношениях преодолена.

Можно предположить, что эти «новые» сновидения отражали изменения во внутренней динамике Виктора, а именно, активацию и, в каком-то смысле, доминирование оперативного мышления в его психическом функционировании. Признаки оперативного мышления присутствовали не только в сновидениях, но и в его речи, рассказах о том, что происходит в его жизни и воспоминаниях о прошлом. Его ассоциации в основном были посвящены рассказам о конкретных действиях и манипуляциях с внешними объектами при почти полном отсутствии признаков фантазийной активности. Его мышление было ограничено рамками описаний фактов внешнего мира, физического взаимодействия материальных объектов, в каком-то смысле он «увяз» в реальности. Несомненно, такой способ мышления помогал Виктору в решении практических проблем, в его адаптации к требованиям внешнего мира. Вместе с тем, это разительно контрастировало с тем фактом, что он обладал талантами в разных областях художественного творчества: изобразительном искусстве, поэзии. У него также были несомненные способности к игре на музыкальных инструментах. Казалось, что его мышление заключено в узкие пределы и протекало вне контакта с фантазией и аффективной сферой. Таким образом, можно сказать, что как дневное мышление, так и сновидения Виктора демонстрировали характерную черту оперативного мышления — они были «дубликатом» действия, согласно определению Марти и М'Юзана.

Я избегал «глубинных» интерпретаций этого и других подобных сновидений Виктора, ограничиваясь только комментариями, в которых искал сходство между потребностями и тревогами Виктора в его реальных

жизненных ситуациях и сюжетами его «оперативных» сновидений. В этот период терапии выраженность симптомов вторжения [Каплан, Сэдок, 1998; МКБ-10, 1994], в том числе, травматических сновидений, стала постепенно снижаться, их проявления стали менее частыми и менее беспокоящими. Хотя травматические сновидения и сопровождались пробуждением, однако состояния спутанности и дезориентации прекратились, Виктор мог быстро засыпать после таких пробуждений и лучше функционировал днем. У нас также открылась возможность исследовать ранние отношения Виктора в его родительской семье и отношения в его первом браке. Становилось все более и более очевидно, что воспоминания о недавнем травматическом событии Виктора приобретают качество прошлого, а его мотив поиска смысла укреплялся.

Примерно на 50-й сессии (впервые за 6 месяцев с начала терапии) Виктор рассказал о первом сновидении «символического» характера: «Я работал в саду перед домом, ухаживал за розовым кустом. У меня на руках были перчатки из резины, но шипы роз прокалывали перчатки и ранили мои руки. Я снял перчатки, мои ладони были все в крови. Я вынул колышек, к которому был привязан розовый куст и розы упали вниз. По звуку я догадался, что цветы упали на что-то мягкое, что лежало на земле под кустом, однако я не смог рассмотреть, что это было, так как было очень темно. Я встал и пошел в дом. Я нашел электрический фонарик и вернулся к розовому кусту. Я включил фонарик и направил его луч вниз, на то место, куда упали розы. Я увидел в свете фонаря, что там лежит мертвое тело жены. Оно было покрыто розами.» Впервые за все время терапии его воспоминания о смерти жены появились в контексте символического. Поиски толкования этого сновидения строились по классическому алгоритму работы со свободными ассоциациями сновидца к отдельным аспектам сновидения с последующей интерпретацией и ее проверкой. Одним из смыслов сновидения было то, что он приступил к работе горевания, однако эта работа причиняет ему страдания, несмотря на используемые им защиты (перчатки). Ассоциации также позволили сформулировать и другие гипотезы, которые касались динамики переноса пациента в терапии, обсуждение которых, однако, выходит за рамки темы данной статьи.

Завершить эту часть мне хотелось бы описанием сновидения, отражающим, насколько далеко Виктор продвинулся в терапии в проработке своего травматического опыта. Это сновидение, которое ему приснилось примерно за четыре месяца до завершения терапии, также отражает его борьбу за восстановление связного чувства идентичности, нарушенного травматическим переживанием. Вот это сновидение: «Я сидел

на скамейке на кладбище перед могилой жены. Я увидел пожилую пару, мужчину и женщину, которая проходили мимо меня по дорожке. Мужчина остановился, придержал женщину за руку, и когда та, погруженная в свои мысли, тоже остановилась, он привлек ее внимание ко мне, указав рукой в мою сторону. Я услышал, как он говорит этой женщине: «Посмотри, какая замечательная скульптурная композиция!» Некоторое время они разглядывали меня, а потом повернулись и пошли прочь своей дорогой. Я захотел вскочить и сказать хоть что-нибудь, но я не смог этого сделать! Все мое тело с ног до головы будто бы каменело, и я утратил дар речи! Неожиданно подул сильный ветер, и под его напором сломалась ветка дерева, которое росло рядом со скамейкой. Ветка упала на меня, и я почувствовал ее удар по голове. Это чувство придало мне силы, я смог двигаться, я вскочил на ноги и закричал в направлении, в котором удалилась эта пара: «Я не скульптура! Я живой человек!! Я живой!!!»

4. Обсуждение и заключение

Фрейд считал, что травматические неврозы недоступны психоаналитическому методу в том виде, в котором он был предложен самим Фрейдом. Однако уже Отто Фенихель, младший соратник Фрейда, предлагал терапию травматических неврозов, основанную на модификации и дополнении психоаналитического метода. Как уже отмечалось выше, основной задачей, стоящей перед психическим аппаратом в посттравматический период, является связывание и разрядка поступившего через прорыв стимульного барьера избыточного возбуждения. Прорыв стимульного барьера также сопровождается нарушениями в эго индивида, пережившего травму. Можно выделить три аспекта посттравматических нарушений в эго после психической травмы. Во-первых, это временное снижение и блокирование некоторых функций эго, которое, впрочем, при неблагоприятном развитии обстоятельств может приобрести хронический характер. Во-вторых, так как переживание травмы напоминает ситуацию автоматической тревоги, это воспринимается как неудача защитных маневров эго и влечет переживание беспомощности. Другим аспектом нарушения эго, связанного с психической травмой, является регрессия на пассивно-рецептивный уровень функционирования, что выражается в поиске защиты и покровительства у «всемогущей» фигуры, потребности покоя и пассивности.

Таким образом, исходя из особенностей травматического невроза, Фенихель предлагает терапию, основанную на психоаналитическом методе, в которой можно выделить два направления, две тенденции. Первая тенденция состоит, используя формулировки современных концеп-

ций психической травмы, в регуляции уровня физиологического возбуждения пациента [Агарков, 2010]. Суть второй тенденции состоит в проработке травматического опыта. В каком-то смысле векторы, соответствующие этим направлениям в терапии, являются противоположно направленными. Если в первом случае это вектор отдаления, создания дистанции между центром субъективного переживания и травматическим опытом, то во втором — приближения и конфронтации с психотравмирующим переживанием. Терапия последствий психической травмы требует соблюдения разумного баланса между этими тенденциями. Пациент «...должен говорить о травме как можно больше, пересказывать свои переживания снова и снова...» [Фенихель, 2004, с. 172]. Вместе с тем, для успешного продвижения в терапии и поддержания терапевтического альянса терапевт должен быть внимательным к состоянию пациента, так как только в так называемом «коридоре устойчивости» возможна успешная проработка и интеграция травматических воспоминаний [Агарков, 2010]. Если состояние пациента смещается в зону гипо- или гиперактивности, работу с травматическими воспоминаниями следует прервать и предложить отдых и, возможно, некоторые мероприятия, которые помогут ему вернуться в «коридор устойчивости».

Кинстон и Кохен [Kinston, Cohen, 1988] писали, что повторное появление травматического состояния в анализе происходит через до-репрезентационные элементы опыта, в том числе сенсорные впечатления, стереотипные действия, физиологические реакции, изолированные фрагменты образов и аффекта. Обычно между этими элементами отсутствует понятная и прочная связь, поэтому у аналитика, как правило, не возникает ясного понимания, которое он мог бы передать анализанду через обратную связь интерпретации.

Конфронтация с травмой болезненно переживается и ведет к изменениям функционирования не только пациента, но и терапевта. Боулангер характеризует такую реакцию терапевта в контрпереносе как «остановку мышления» и считает ее необходимым элементом процесса исцеления. Она пишет: «Именно через преодоление этих состояний, возвращая себе нашу способность думать как профессионалы, мы можем справиться с нашей ролью свидетеля... в каждодневной работе с нашими пациентами. Благодаря работе контейнирующего присутствия аналитика пациент, страдающий от последствий психической травмы, перестает быть безмолвным наблюдателем своей утраты и постепенно вновь обретает свое мыслящее я...» [Boulangier, 2007, 114]. Боулангер рассматривает этот аспект динамики терапевтической работы с пациентами, перенесшими травму, как попытку пациента поместить в психику терапевта собствен-

ные невыносимые состояния, используя механизм проективной идентификации «в надежде, что они будут трансформированы в нечто более приемлемое и возвращены обратно» [Boulanger, 2007, 123].

Психическая травма нарушает связь между влечением и опытом [Kinston, Cohen, 1986, 1988] и, таким образом, препятствует достижению такой организации психического функционирования, которое описывается в психоаналитической теории в терминах принципа удовольствия. Психоаналитический/психотерапевтический процесс приводит к постепенному структурному преобразованию воспоминаний, влечений и аффектов, благодаря которому происходит обратный переход от принципа понуждения к повторению к принципу удовольствия. Как мы предполагаем, начало этому переходу открывает активация оперативного мышления.

Согласно Марти и М'Юзану индивид, в психическом функционировании которого доминирует оперативное мышление, защитно цепляется за внешнюю реальность и у него нет возможности отхода в область фантазии. Такой индивид скорее испытывает влияние, находится под «впечатлением» от внешней реальности, чем переживает ее, он взаимодействует с внешним миром на поверхностном уровне эмпиризма. Оперативное мышление не предоставляет достаточно пространства для создания дистанции между субъектом и объектом — есть только «контакт с поверхностью» субъекта [Анзё, 2011; Бик, 2011]. Как пишут Марти и М'Юзан, пациент здесь, но он пуст.

Активация оперативного мышления может проявляться в терапевтическом процессе трояко. Во-первых, присутствием в ассоциациях пациента «рабочих» тем, т. е. рассказов о выполнении тех или иных конкретных действий, решения практических вопросов. Во-вторых, упоминанием о фигурах первичного жесткого Суперэго и проекцией его требований на аналитика/терапевта. Одной из таких фигур в ассоциациях Виктора выступал его тренер по хоккею. Как отмечали Марти и М'Юзан, оперативное мышление «опосредовано» первичным несвязанным Суперэго. В-третьих, оперативное мышление может быть обнаружено в особых сновидениях, которые мы называем «оперативными» или «конкретными» сновидениями, и которым посвящена данная работа. В этих сновидениях также присутствует то, что Марти и М'Юзан обозначили как «подлог». «Подлог» в данном контексте выражается в том, что имя одной вещи используется для обозначения другой. Можно сказать, что в случае «оперативных» сновидений сновидение само по себе как таковое используется для обозначения проблемной ситуации настоящего в целом, актуальной ситуации, на решение которой направлены усилия сновидца в реальной жизни.

Для понимания описываемой в данной работе внутренней динамики, которая начинается с «типичных» травматических сновидений и через «оперативные» сновидения приходит к сновидениям, которые формируются под руководством принципа удовольствия и с участием функции символизации, представляется весьма уместной гипотеза М'Юзана о двух аспектах понуждения к повторению. М'Юзан говорит о двух формах, в которых проявляет себя понуждение: повторение *тождественного* и повторение *похожего*. Повторение *тождественного* в наибольшей степени соответствует сути понуждения повторения. Такие симптомы ПТСР, как вторжение идеаторных и аффективных элементов травматического опыта, травматические сновидения, флэшбэк эффекты, могут быть отнесены к сфере повторения *тождественного*. М'Юзан отмечает, что использование в данных терминах слов «*тождественное*» и «*похожее*» — не просто игра слов. Термин «повторение *похожего*» отражает тот факт, что в процесс воспроизведения привносится что-то новое, пусть и едва заметное, отличающее «новое издание» от исходной «матрицы». В монотонном воспроизведении бесчисленных копий появляется элемент нового, открывая тем самым путь переменам. Однако для начала этого процесса необходима успешная работа по связыванию некоторого количества избыточного возбуждения, которое, в случае психической травмы, затопляет психический аппарат через брешь в стимульном барьере.

В своей работе «Тождественное и похожее» М'Юзан дает четкое определение различиям между двумя видами постарения. Это определение основано не на субъективном выборе нюансов этого феномена, но, скорее, использует категорию прошлого как третий отдельный фактор, как, если можно так выразиться, внешний критерий валидности. М'Юзан полагает, что воспроизведение *похожего* требует структур, в которых представлена в полной мере категория прошлого. Что же касается повторения *тождественного*, то эти феномены, прежде всего, характеризуются неудачей в построении структуры, которая бы включала эту категорию [Scarfone, 2007].

Временное измерение присуще предсознательным процессам и фантазийной жизни. Формирование категории «прошлое» подразумевает «переписывание» индивидуальной истории, т. е. присутствие элемента «драматического», в котором происходит смешение факта и фантазии, создание субъектом своего нарратива, что, в свою очередь, является отличительной чертой невротического модуса функционирования. Повидимому, терапия помимо создания условий и содействия для работы

связывания и разрядки еще и помогает привнесению временного измерения в процесс посттравматического восстановления через поддерживание параметров сеттинга, а также присутствие терапевта и действие его рефлексивной функции.

Выражение признательности. Мне хотелось бы выразить мою признательность и горячую благодарность всем, благодаря кому стал возможен мой психоаналитический тренинг, кто поддерживал и поддерживает меня в моей работе с пациентами и в овладении психоаналитической теорией. Прежде всего, хотелось бы упомянуть проф. Фридеманна Пфэффлина (Ульм, Германия), моего тренинг-аналитика, проф. Хорста Кэхеле (Ульм, Германия), за его поддержку и супервизии, другого моего супервизора, д-ра Гари Голдсмита (Бостон, США), д-ра Антона Криса (Бостон, США), благодаря которому стали возможны моя поездка в Мехико и доклад на конгрессе. Я благодарю д-ра Жильбера Дяткина, д-ра Мишеля Винсана (Париж, Франция), д-ра Жана-Мишеля Кинодо (Женева, Швейцария) за их советы и поддержку в работе над текстом моего доклада в Мехико. Я также хотел выразить благодарность Немецкому психоаналитическому обществу (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung) за финансовую помощь, благодаря которой стало возможным прохождение моего тренинг-анализа и супервизии в Ульме. Я признателен моей коллеге Светлане Бронфман за помощь в работе над текстом этой статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А.* Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11—16.
- Агарков В.А.* Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Память после психотравмирующего переживания // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 3. С. 7—15.
- Анзье Д.* Я-кожа / пер. с фр. Ижевск: ERGO, 2011. 302 с.
- Бик Э.* Переживание кожи в ранних объектных отношениях // Сироткин С.Ф., Мельникова М.Л. (сост. и науч. ред.) Психология и психопатология кожи: тексты, Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. С. 128—133.
- Каплан Х.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия /пер. с англ. доп. гл. ред. проф. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 1998. 506 с.
- Лапаниш Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу /пер. с франц. М.: Высшая школа, 1996. 603 с.
- Макдугалл Д.* Театры тела. Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / пер. с франц. М.: Когито-Центр, 2005. 216 с.

- Марти М., М'Юзан М.* Оперативное мышление // Антология современного психоанализа / под ред. А.В. Россохина. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2000. С. 327—335.
- Международный классификатор болезней (10-й пересмотр) / СПб.: «Оверлайд», 1994. 304 с.
- Фенихель О.* Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. М.: Академический Проект, 2004. 848 с.
- Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд З. Психология бессознательного / пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2006. С. 227—289.
- Фрейд З.* Толкование сновидений / пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2005. 682 с.
- Фрейд З.* Торможение, симптом и тревога // Фрейд З. Истерия и страх / пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2006. С. 227—308.
- Agarkov V.* Operative thinking in traumatic dreams: A step in posttraumatic recovery of capacity to symbolize. *IPSO Journal*. 2011. 5: 54—60.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / (4th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- Bonomi Carlo.* Trauma and the Symbolic Function of the Mind. International Forum of Psychoanalysis. 2004. 13: 45—50.
- Boulanger Ghislaine.* Wounded by Reality. New Jersey: Analytic Press, 2007.
- Cohen Jonathan.* Structural Consequences of Psychic Trauma: A New Look at 'Beyond the Pleasure Principle'. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1980. 61: 421—432
- Cohen Jonathan.* Trauma and Repression. 1985. *Psychoanalytic Inquiry*. 5: 163—189.
- Des Pres Terrence.* The Survivor: An Anatomy of Live in the Death Camps. New York: Oxford University Press, 1976.
- Etchegoyen Horacio Ricardo.* Fundamentals of Psychoanalytic Technique. London, New York: Karnak Books, 1991.
- Inderbitzin Lawrence B., Levy Steven T.* Repetition Compulsion Revisited: Implications for Technique. *Psychoanalytic Quarterly*. 1998. 67: 32—53.
- Kardiner Abraham.* The Traumatic Neuroses of War. New York, London: Paul Hoeber, Inc., 1941.
- Kinston Warren, Cohen Jonathan.* 1986. Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*. 67: 337—353.
- Kinston Warren, Cohen Jonathan.* 1988 Primal Repression and Other States of Mind. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 11: 81—105.
- Krystal, Henry* 1988. Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithemia. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Kubie, Lawrence S.* 1939. A Critical Analysis of the Concept of a Repetition Compulsion. *International Journal of Psycho-Analysis*. 20: 390—402.
- Kurpinsky, Meureen.* 2006. The Psychosomatic Paradox by Claude Smadja Psychoanalytic Studies United Kingdom: Free Association, 2005; 233 pp. Fort Da. 12: 98—102.
- Lipin, Theodore.* 1963. The Repetition Compulsion and 'Maturational' Drive-Representatives. *International Journal of Psycho-Analysis*. 44: 389—406.

- Malev, Milton.* 1969. Use of the Repetition Compulsion by the Ego. *Psychoanalytic Quarterly*. 38: 52—71.
- Metkalfе, Janet .M., Jacobs, W.J.* 1996. A «Hot-System/Cool-System» View of Memory Under Stress. *PTSD Research Quarterly*. 7: 1—3.
- Phillips, Sidney H.* 1991. Trauma and War-A Fragment of an Analysis with a Vietnam Veteran. *Psychoanalytic Study of the Child*. 46: 147—180.
- Quinodoz, Jean-Michel.* 2004. Reading Freud. London, New York: Routledge.
- Scarfone, Dominique.* 2007. Introduction to «the Same and the Identical,» by Michel de M'Uzan. *Psychoanalytic Quarterly*. 76: 1195—1204.
- Schur, Max.* 1966. The Id and the Regulatory Principles of Mental Functioning. New York: Int. Univ. Press.

POSTTRAUMATIC RESTORE OF CAPACITY TO SYMBOLIZE: AN OPERATIVE THINKING IN TRAUMATIC DREAMS

V.A. AGARKOV

Psychoanalytic approach to sequelae of psychic trauma is considered in the article. There is a review of some psychoanalytic theories of psychic trauma. The hypothesis is suggested according to which the transient activation of the operational thinking (pensee operateire) might be considered as an element of a process due to which returning to pleasure principle as well as restore the capacity to symbolize is possible. Patterns of operative thinking might be found in both patients' dreams and associations. The role of operative thinking in restore dynamic after psychic trauma is demonstrated by the clinical vignette taken from the therapeutic work with the traumatized patient.

Keywords: psychoanalysis, psychoanalytic therapy, psychic trauma, operative thinking, symbolization, PTSD, traumatic dreams.

- Agarkov V.A.* Bazovye principy psihoterapii posledstviy psihicheskoy travmy. Narushenie reguljacji vobuzhdenija // *Voprosy psihologii jekstremal'nyh situacij*. 2010. № 1. S. 11—16.
- Agarkov V.A.* Bazovye principy psihoterapii posledstviy psihicheskoy travmy. Pamjat' posle psihotravmirujushhego perezhivaniya. // *Voprosy psihologii jekstremal'nyh situacij*. 2010. №3. S. 7—15.
- Anzjo D.* Ja-kozha / per. s fr. Izhevsk: ERGO. 2011. 302 s.
- Bik Je.* Perekhivanie kozhi v rannih ob#ektnyh otnoshenijah // Sirotkin S.F., Mel'nikova M.L. (Sost. i nauch. red.) *Psihologija i psihopatologija kozhi: teksty*, Izhevsk: ERGO; M.: Kogito-Centr. 2011. S. 128—133.

- Kaplan H.I.* Sjedok B.Dzh. Klinicheskaia psihiatrija /per. s angl. dop. gl. red. prof. Dmitrievoj T.B. M.: GOJeTAR MEDICINA. 1998. 506 s.
- Laplansh Zh., Pontalis Zh.* — B. Slovar' po psihoanalizu /per. s franc. M.: Vysshaja shkola. 1996. 603 s.
- Makdugall D.* Teatry tela. Psihoanaliticheskij podhod k lecheniju psihosomaticeskikh rasstrojstv. / per. s franc. M.: Kogito-Centr.. 2005, 216 s.
- Marti M., M'Juzan M.* "Operativnoe myshlenie" // Antologija sovremennogo psihoanaliza / pod red. A.V. Rossohina. M.: izd. "Institut psihologii RAN". 2000. S. 327—335.
- Mezhdunarodnyj klassifikator boleznej (10-j peresmotr) / Spb.: "Overlajd". 1994, 304 s.
- Fenihel' O.* Psihoanaliticheskaja teorija nevrozov / per. s angl. M.: Akademicheskij Proekt. 2004, 848 s.
- Frejd Z.* Po tu storonu principa udovol'stvija // Frejd Z. Psihologija bessoznatel'nogo / per. s nem. M.: OOO "Firma STD". 2006. S. 227—289
- Frejd Z.* Tolkovanie snovidenij / per. s nem. M.: OOO "Firma STD". 2005. 682 s.
- Frejd Z.* Tormozhenie, simptom i trevoga // Frejd Z. Isterija i strah / per. s nem. M.: OOO "Firma STD". 2006. S. 227—308
- Agarkov V.* Operative thinking in traumatic dreams: A step in posttraumatic recovery of capacity to symbolize. IPSO Journal. 2011. 5: 54—60.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / (4th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- Bonomi Carlo.* Trauma and the Symbolic Function of the Mind. International Forum of Psychoanalysis. 2004. 13: 45—50.
- Boulanger Ghislaine.* Wounded by Reality. New Jersey: Analytic Press, 2007.
- Cohen Jonathan.* Structural Consequences of Psychic Trauma: A New Look at 'Beyond the Pleasure Principle. International Journal of Psycho-Analysis. 1980. 61: 421—432
- Cohen Jonathan.* Trauma and Repression. 1985. Psychoanalytic Inquiry. 5: 163—189.
- Des Pres Terrence.* The Survivor: An Anatomy of Live in the Death Camps. New York: Oxford University Press, 1976.
- Etchegoyen Horacio Ricardo.* Fundamentals of Psychoanalytic Technique. London, New York: Karnak Books, 1991.
- Inderbitzin Lawrence B., Levy Steven T.* Repetition Compulsion Revisited: Implications for Technique. Psychoanalytic Quarterly. 1998. 67: 32—53.
- Kardiner Abraham.* The Traumatic Neuroses of War. New York, London: Paul Hoeber, Inc., 1941.
- Kinston Warren, Cohen Jonathan.* 1986. Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects. International Journal of Psycho-Analysis. 67: 337—353.
- Kinston Warren, Cohen Jonathan.* 1988 Primal Repression and Other States of Mind. Scandinavian Psychoanalytic Review 11: 81—105.
- Krystal, Henry* 1988. Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithemia. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Kubie, Lawrence S.* 1939. A Critical Analysis of the Concept of a Repetition Compulsion. International Journal of Psycho-Analysis. 20: 390—402.

- Kurpinsky, Meureen.* 2006. *The Psychosomatic Paradox* by Claude Smadja Psychoanalytic Studies United Kingdom: Free Association, 2005; 233 pp. Fort Da. 12: 98—102.
- Lipin, Theodore.* 1963. The Repetition Compulsion and 'Maturational' Drive-Representatives. *International Journal of Psycho-Analysis.* 44: 389—406.
- Malev, Milton.* 1969. Use of the Repetition Compulsion by the Ego. *Psychoanalytic Quarterly.* 38: 52—71.
- Metkalf, Janet .M., Jacobs, W.J.* 1996. A “Hot-System/Cool-System” View of Memory Under Stress. *PTSD Research Quarterly.* 7: 1—3.
- Phillips, Sidney H.* 1991. Trauma and War-A Fragment of an Analysis with a Vietnam Veteran. *Psychoanalytic Study of the Child.* 46: 147—180.
- Quinodoz, Jean-Michel.* 2004. *Reading Freud.* London, New York: Routledge.
- Scarfone, Dominique.* 2007. Introduction to “the Same and the Identical,” by Michel de M'Uzan. *Psychoanalytic Quarterly.* 76: 1195—1204.
- Schur, Max.* 1966. *The Id and the Regulatory Principles of Mental Functioning.* New York: Int. Univ. Press.