

РОЗВИТОК ТЕОРІЇ ТРАВМИ В ПСИХОАНАЛІЗІ

Вернер Болебер, Ph.D., психоаналітик, тренінговий аналітик та супервізор
Німецька психоаналітична асоціація
м. Франкфурт-на-Майні, Німеччина

THE DEVELOPMENT OF TRAUMA THEORY IN PSYCHOANALYSIS

Werner Bohleber, Ph.D, psychoanalyst in private practice,
training and supervising psychoanalyst
German Psychoanalytical Association
Frankfurt am Main, Germany
<http://orcid.org/0000-0003-0940-3060>

Вступ. Катастрофи XX і XXI століть, війни, Голокост, расистські та етнічні переслідування, а також зростання соціального насильства і розвиток уважності до насильства у сім'ї, жорстокого поводження і сексуального зловживання дітьми визначили розробку теорії травматизації і техніки подолання її наслідків актуальним завданням психоаналізу.

З одного боку, перед нами стоїть завдання отримати якомога повніше розуміння деструкції та наслідків насильства і травматизації; з іншого боку, терапевтичні концепції психоаналізу мають бути переглянуті, щоб визначити, наскільки вони придатні для лікування травми.

Тривалий час травма та її наслідки, політичне і соціальне насильство не мали належного статусу в психоаналізі. Її клінічні та теоретичні оцінки часто характеризувалися певною амбівалентністю. Однією з головних причин цього є те, що клінічна теорія в психоаналізі дедалі більше зосереджувалася на «тут і тепер» стосунків перенесення-контрперенесення, а отже, на значеннях, які розгортаються під час психоаналітичної зустрічі в межах терапевтичної ситуації. Сучасні інтерсуб'єктивні, конструктивістські та нарративні теорії розглядають сприймання себе та зовнішнього світу як складні та невизначені. Їхнє значення твориться заново в інтерсуб'єктивних стосунках між аналітиком і пацієнтом. Таким чином, досвід розглядається як неперервний інтерсуб'єктивний та інтерпретаційний процес. Дитячі переживання і визначальна сила минулого здебільшого стають розпливчас-

тими. Зникає також тілесність усього людського досвіду, оскільки він не може бути ані повністю поглинутий моделлю соціального конструктивізму, ні повністю визначений у термінах соціальних та інтерсуб'єктивних категорій. Ця односторонність постмодерністських інтерсуб'єктивних теорій стає особливо помітною в лікуванні травми, адже травма проривається крізь захисний щит, утворений психічною текстурою. Вона незворотно записана в тілі і має безпосередній вплив на органічний субстрат психічного функціонування. Специфічна для травми риса, яку необхідно адекватно описати в психологічних термінах, полягає у структурі процесів сприймання та переживання афектів, а також у тому, що психічний простір прорвано, а символізація зруйнована. Травматичний досвід – це, по суті, досвід «надмірності».

Цей короткий огляд уже дає уявлення про те, на чому буде зроблено акцент у моєму викладі розвитку теорій про травму, а саме на поєднанні герменевтичної та психоекономічної концептуалізацій. Питання про те, що психологічно формує ядро травматичного досвіду є ще одним головним питанням цього тексту. Травма та її наслідки викликають усе більший науковий інтерес у психоаналізі останніми роками. Психоаналітична література про травму за цей час настільки зросла, що я не можу навіть спробувати дати повний огляд робіт з теорії травми. Мій вибір літератури зумовлений акцентом, який я вибрав для свого обговорення; я не зможу розгля-

нути роботи, які більш конкретно стосуються питань, пов'язаних з лікуванням травматичних пацієнтів.

Зигмунд Фройд і розробка психоекономічної моделі травми. У ранній період своєї практики, лікуючи пацієнок з істеричними симптомами, Фройд стикався з епізодами сексуального зваблення в постпубертатній фазі їхнього розвитку. Однак, за його оцінками, цих епізодів було не досить для пояснення появи хвороби. Розповіді його пацієнок про те, що їх сексуально зваблювали в дитинстві, наштовхнули Фрейда на припущення, що йдеться про допубертатну сексуальну травму – генітальну стимуляцію дитини дорослим, яку вона не могла пережити як сексуальну. Лише після повторного зваблення після завершення статевого дозрівання та досягнення сексуальної зрілості з можливістю пережити зваблення як таке, ранній досвід набуває сенсу у післядії (*nachträglich*). Саме через асоціацію з поточним досвідом і надмірну стимуляцію цей перший досвід розвиває свій травматичний ефект, який змушує людину захищатися від спогадів про нього і робити його несвідомим. Якщо цей захисний процес не спрацьовує, як вихід відкривається істеричне симптомоутворення.

За словами Blass & Simon (1994), Фройд завжди мав сумніви щодо своєї теорії зваблення. Вони стверджують, що те, що здавалося раптовою відмовою від його теорії, аж ніяк не було різким відкиданням і зміною поглядів. Теоретичне мислення Фрейда було більше схоже на сходження по серпантинній стежці, яку він долав із великими труднощами упродовж 20 років. Тривалий час Фройд продовжував мучитися проблемою, чи мало місце зваблення насправді. У своєму листі до Флісса від 21 вересня 1897 року (Freud 1985, с. 265 і далі) він згадує низку причин, які змусили його відмовитися від своєї теорії зваблення: по-перше, він не мав того успіху в аналізі, якого очікував від цього пояснення; по-друге, поширеність істеричних неврозів змусила б його озирнутися назад і дійти висновку, що у сім'ях відбувалося масове сексуальне насильство. Третя причина, яку згадує Фройд, полягає в природі самого матеріалу несвідомого. Оскільки в несвідомому немає жодних індикаторів реальності, каже

він, то немає і способу відрізнити правду від вигадки, катектованої афектом. Отже, він був змушений припустити, що розповіді його пацієнок були не реальними переживаннями, а фантазіями. Вважається, що цей поворот у його теорії стався внаслідок відкриття ним Едипового комплексу та несвідомих фантазій. Blass & Simon (1994) більш точно і справедливо стверджують, що всупереч цьому загальноприйнятому припущенню вирішальною причиною було не відкриття едипових фантазій, а усвідомлення того, що фантазія може сприйматися як реальність, і що фантазії можуть мати такий самий вплив на нас, як і реальні події. Внаслідок цього Фройд був змушений продовжити [пошук], виходячи з припущення про досить складну взаємодію фактів, теоретизування і фантазії, як у нього самого, так і у його пацієнтів.

Хоча Фройд характеризував зміну своєї теорії як «крах усього цінного» (Freud, 1985, с. 266), це твердження не відповідало клінічній реальності. Грубріх-Сімітіс (Grubrich-Simitis, 1987) говорить про це у термінах контркатексису проти цієї моделі травми: мовляв, Фройд «катапультигувався від неї». Насправді, однак, вона каже, що нововиндена модель потягів і модель травми були не антагоністичними, а взаємно доповнювали одна одну. Знову і знову у своїх працях Фройд повертається до травматичної генези, а також до сексуального насильства, від яких він ніколи не відмовлявся як від однієї з причин невротичних хвороб. Як підкреслює Грубріх-Сімітіс, Фройд завжди боявся, що модель травми, яка була порівняно більш прийнятною, може поставити під загрозу радикально нову, завжди неприємну і більш складну, більш неймовірну модель потягів.

Як тепер бачив Фройд, «...у світі неврозів вирішальною є психічна реальність» (1916–17а, с. 368). Він дійшов висновку, що травматизація може також походити з внутрішніх джерел. Він розглядав деякі прояви інфантильних потягів, тривог і конфліктів, притаманні фазам [розвитку], як прототипи внутрішніх умов, які за певних зовнішніх обставин можуть спричинити переживання із травматичними наслідками. Перша світова війна змусила Фрейда та його послідовни-

ків знову звернутися до теми травматичного неврозу та патогенного впливу факторів зовнішнього світу. На перший план вийшов психоекономічний вимір:

Це виглядає так, ніби ці пацієнти не покінчили з травматичною ситуацією, ніби вони все ще стикаються з нею як з невідкладним невіршеним завданням; і ми приймаємо цей погляд цілком серйозно. Він вказує нам шлях до того, що ми можемо назвати *економічним* поглядом на психічні процеси (Freud, 1916–17a, с. 275).

У роботі «*По той бік принципу втіхи*» (1920 г) він розвинув цей погляд далі, створивши модель щита від подразників (*Reizschutz*). Цей щит проривається в травматичному досвіді, в якому натиск кількості збудження занадто великий, щоб його можна було опанувати і психічно зв'язати. Психічний апарат регресує до більш примітивних способів реагування. Примус до повторення відроджує травматичні переживання, намагаючись у такий спосіб послабити збудження або психічно зв'язати його і, таким чином, знову активувати принцип втіхи. Але травма – це не просто порушення лібідної економіки, це радикальна загроза цілісності суб'єкта (Laplanche & Pontalis, 1973, с. 518). У роботі «*Гальмування, симптом, тривога*» (1926 d) Фройд описує его як абсолютно безпорадне перед нестерпним збудженням у травматичній ситуації. Его, яке зазвичай перед загрозою небезпеки розвиває сигнальну тривогу, тепер затоплене автоматичною тривоگوю. Травматична ситуація може виникнути через надмірні внутрішні інстинктивні вимоги, а також зовнішній, реальний досвід. Однак Фройд ніколи точно не визначав зв'язок між зовнішньою подією та внутрішніми процесами. Вирішальною була «надмірність», надзвичайна стимуляція і паралізоване его, яке не могло розрядити накопичене збудження або зв'язати його психічно.

Феніхель (Fenichel, 1937, 1945) також визначає травму як надмірну кількість збудження, яке не може бути зв'язаним, тож травматичний ефект події залежить від того, наскільки несподівано вона відбувається. Окрім розрядки та зв'язування, центральне місце в моделі травми Феніхеля займає три-

вога. Травматично надмірна тривога, реальна тривога і тривога совісті представляють послідовну генезу розвитку, і таким чином психоневрози є похідними від травматичного неврозу. Чим більше психічної енергії доводиться інвестувати в підтримку попереднього витискання, тим меншу кількість збудження его може зв'язати і тим більше воно схильне до травматизації. У стані безпорадності его регресує до більш примітивної пасивно-рецептивної форми опанування реальності. Феніхель створив суто психоекономічну модель розрядки для травми, в якій травматична ситуація концептуалізується лише як надмірна кількість збудження. Якщо в теорії Фрейда об'єкт принаймні все ще був присутній як той, якого бракувало в травматичному стані безпорадності его, то у Феніхеля є лише тривога і безпорадність, які він розглядає як [спроби] припинення приголомшливого потоку подразників.

У подальших теоретичних дискусіях про психоаналіз травма стала маргінальною стосовно конфліктів, пов'язаних із потягами, та фіксацій лібідо. Роботи, пов'язані з травмою, підтверджували формулювання Фрейда, але не виходили за їхні межі (Фурст (Furst, 1967) надає більш детальний огляд цих робіт). Лише дослідження раннього розвитку дитини, починаючи з 1950-х років, дозволили по-новому поглянути на концепцію травми.

Ференці та розробка моделі травми, базованої на об'єктних стосунках. Винятком у цьому розвитку подій був Шандор Ференці. Він був переконаний, що травматичним елементом у патогенезі неврозів знехтувано. Нехтування зовнішніми факторами, стверджував він, призводило до неправильних висновків і передчасних пояснень, заснованих на внутрішній диспозиції невротичних феноменів. Саме зміна терапевтичної позиції дозволила Ференці глибше зрозуміти травматичні розлади. Він відмовився від відстороненої аналітичної позиції, оскільки зрозумів, що з травмованими пацієнтами в певних ситуаціях терапевтично необхідно бути абсолютно чесним, визнавати помилки, а також розкривати власні почуття. Ференці усвідомлював вплив брехні та приховування або перекручування правди як чинників травматизації і небез-

пеку їх повторення в терапевтичній ситуації. Довіра, створена завдяки цій чесності, є тим, що відрізняє [сьогодення] від травматичного минулого і дозволяє працювати з ним терапевтично. Отже, для Ференці травматогенним є не лише стосунок з об'єктом, але й, зокрема, комунікація, яка в ньому закладена: розчарування, порушення довіри, заперечення або тривіалізація того, що сталося, створюють у дитини почуття невпевненості в тому, що вона сприйняла. Словам і мові об'єкта любові, який травматизує, тут відводиться значна роль як травматогенним чинникам. Ференці передбачив багато пізніших ідей, які були отримані в дослідженнях травми: руйнівний ефект травми, який залишає по собі мертвий фрагмент его і агонію; розігравання (enactment), за допомогою якого травма виражає себе в терапії; розщеплення его на спостерігача і полишене тіло; оніміння і блокування афектів, а особливо вплив мовчання агресора і неможливості говорити на травмовану дитину. Далі Ференці описав екстрену реакцію дитини, яка у своєму величезному страху, безпорадності та незахищеності змушена ідентифікуватися з агресором заради власного внутрішнього виживання. Насамперед його робота «Плутанина мов між дорослими і дитиною» (1933) – це аналіз травматичних розладів, який і досі є актуальним, але нашою вихню на нерозуміння і неприйняття в тогочасній психоаналітичній спільноті і довгий час ігнорувався. Дослідження Ференці про зовнішні травматичні умови та їхню інтерналізацію індивідом були надовго забуті.

Починаючи з 1950-х років психоаналітики досліджували несприятливі умови ранньої взаємодії матері та дитини та їхній травматичний вплив на дітей, для чого були введені різні поняття: «травма надриу» (Kris, 1956), «мовчазна травма» (Hoffer, 1952), «кумулятивна травма» (Khan, 1963), «травма депривації» (Bowlby, 1973). Всі ці дослідження помістили в центр уваги об'єкти дитини та її стосунки з ними. Однак це створювало ризик занадто широкого поняття травми, яке можна було б застосувати до всіх видів дефіциту у стосунках між матір'ю та дитиною, тим самим ставлячи під загрозу його специфічність.

З розвитком теорії об'єктних стосунків у дискусію вступили інші концепції моделей. Так звана психологія однієї людини і суто кількісні міркування про нестерпну кількість збудження, яка затоплює его, були відкинуті. Одиначна подія на кшталт нещасного випадку більше не розглядалась як засаднича парадигма; скоріше, об'єктні стосунки стають основою теорії травми. Балінт (Balint, 1969) був першим, хто пішов слідом за Ференці і описав її в тих же термінах. Чи матиме подія або ситуація травматичний ефект залежить від того, чи існував інтенсивний зв'язок між дитиною та травматогенним об'єктом. Таким чином, сам об'єктний стосунок набуває травматичного характеру. Цей погляд на те, як виникають дитячі травми, виявився дуже плідним. Як підтвердили пізніші дослідження (Steele, 1994), у випадках жорстокого поводження або насильства травматичний розлад спричиняється не стільки фізичним ушкодженням дитини, скільки тим, що вона зазнає жорстокого поводження або насильства з боку людини, від якої насправді потребує захисту і турботи. Більше того, цей підхід, базований на теорії об'єктних стосунків, також дозволив побачити, що у випадку важкої травматизації пошкоджуються або розпадаються не лише внутрішні об'єктні стосунки, але й внутрішній захисний зв'язок між Я-репрезентаціями та об'єктними репрезентаціями, який є джерелом безпеки. Це призводить до виникнення острівців інкапсульованого та/або відірваного від внутрішньої комунікації травматичного досвіду.

Від скотомізації сексуального насильства до дебатів про відновлену пам'ять. Хоча психоаналітики мали справу з патогенними наслідками розвиткових дефіцитів у дітей, травматична реальність сексуального насильства та інцесту переважно ігнорувалася. Причини провалу в приділенні достатньої уваги травматичним феноменам у психоаналітичному лікуванні можна пов'язати з науковою методологією та практикою. Аналітично виявилось важко відрізнити несвідомі фантазії від витиснених спогадів. Брак диференціації надалі ускладнював сприйняття дитячого досвіду як реального і визнання впливу травматизації. Ще однією причиною упереджень розглядати спогади як збережений життєвий

досвід було те, що психоаналіз, а також когнітивна психологія неодноразово показували, наскільки сприймання забарвлене фантазіями та бажаннями і як спогади завжди переробляються, частково залежачи від контексту, в якому вони з'являються у свідомості (Person & Klar, 1994). Ось чому увага більшості психоаналітиків була зосереджена на дослідженні несвідомих фантазій та лібідних бажань, що містяться в них, а також на тому, як вони організують клінічні феномени та розповідь пацієнта. Ці спостереження, однак, необхідно доповнити, щоб пояснити тривале і постійне теоретичне і клінічне ігнорування сексуального насильства. Серед психоаналітиків значною мірою переважало побоювання, що робота з реальним інцестом може поставити під сумнів центральну роль Едипового комплексу. Едипово орієнтовані припущення багатьох аналітиків означали, що у випадках пацієнтів, які пережили сексуальне насильство, увага тяжіла до більшого фокусування на звабливій поведінці самої дитини, ніж на тому, що дорослий зробив із нею. За підсумками кількох досліджень досвіду дітей, які пережили інцест, Фурст (Furst, 1967) зазначив, що вони потурали, провокували або навіть пропонували себе для сексуального контакту з дорослими. Більше того, вони рідко страждали від почуття провини або емоційних розладів через це. Подібний погляд можна знайти вже в роботах Карла Абрахама (Abraham, 1907a, b), який припускав у випадках пацієнтів, які страждають на істерію, що внаслідок травматофілії вони несвідомо спровокували сексуальну травму в дитинстві. За словами Гуда (Good, 1995), Абрахам хотів розвинути погляди Фрейда на інфантильну сексуальність і знайти пояснення тим випадкам, в яких сексуальна травма дійсно мала місце. Це стало причиною його конфлікту з Фрейдом. Пізніше Абрахам релятивізував свою позицію.

Починаючи з 1980-х років у психоаналітичній спільноті змінилося ставлення до питання сексуального насильства та терапії жертв інцесту. Клінічна практика зробила більший [внесок] у те, щоб мати справу з цим видом травматизації, його дослідженням, теоретичним формулюванням та терапевтичним лікуванням. У психоаналітичній літературі з'являється все

більше досліджень на цю тему (Hirsch, 1987; Kluff, 1990; Kramer & Akhtar, 1991; Levine, 1990; Shengold, 1989; Sugarman, 1994).

Останніми роками розгорнулися наукові та суспільно-політичні дебати, особливо у США, щодо достовірності спогадів про дитячу травму, особливо якщо вони з'являються в процесі психотерапії після того, як тривалий час були витиснені в дорослому віці. Наукова дискусія точиться, зокрема, навколо питання, чи існує особлива травматична пам'ять, в якій спогади зберігаються інакше, ніж в експліцитній автобіографічній пам'яті. Ця ідея була висунута, зокрема, ван дер Колком та його колегами в різних дослідженнях (van der Kolk, 1996). Згідно з цією теорією, травматичні переживання кодуються специфічно, причиною чого є гіперзбудження. Інтеграція та інтерпретація за допомогою семантичної пам'яті переривається, і досвід зберігається як стан афекту, як соматичні відчуття, як запахи, звуки і візуальні образи. Результатом є несимволічний, негнучкий і незмінний зміст травматичної пам'яті. Її повторний прояв залежить від виникнення певних стимулів, які асоціюються з початковою травматичною сценою. Один з аспектів гіпотези ван дер Колка, який залишається суперечливим, стосується того, наскільки ці травматичні спогади «закарбовуються у психіці» (van der Kolk, 1996, с. 297) і не можуть бути змінені через подальший досвід.

Незважаючи на те, що за цей час були проведені всебічні дослідження питання забування і пригадування, наукові проблеми в цій галузі надзвичайно складні, і наразі немає єдиної думки про те, як забутий або витиснений спогад може повернутися знову, і чи травматичні спогади обробляються по-іншому. Більш детальну критику гіпотези про особливу травматичну пам'ять можна знайти в Бреннейса (Brenneis, 1997) та Фонагі й Тарже (Fonagy & Target, 1997). Хоча загально визнано, що травматичні спогади можуть бути забуті, одним із головних аргументів проти припущення про особливу травматичну пам'ять є те, що основний зміст травматичних подій здебільшого, безумовно, запам'ятовується за допомогою автобіографічної пам'яті. Загалом, периферійні деталі забуваються і спотворюються

(Schacter, 1996). Це стосується і ранніх спогадів, які можуть сягати аж третього року життя. Також не здається дуже ймовірним, що сенсорні фрагменти, які зберігаються або кодуються в імпліцитній пам'яті, є точними копіями попереднього досвіду. Скоріше, слід припустити, що ці спогади не є незмінними і підлягають психічній обробці.

Реконструкція травматичного досвіду із таких повторно виниклих сенсорних вражень, образів, розігравань, афективних станів за допомогою терапевта, які потім реактивують спогади про забутий досвід сексуального насильства у пацієнта, тягне за собою багато припущень, які неможливо перевірити і підтвердити, якщо вони не підкріплені позатерапевтичними доказами:

1. Не може бути ідеальної відповідності між експліцитною автобіографічною пам'яттю та імпліцитною пам'яттю.

2. Пам'ять вразлива до сугестивних впливів, навіть якщо вони не були свідомими.

3. Досі залишаються дискусійними спостереження Бреннейса (Brenneis, 1997), а також Фонагі та Тарже (Fonagy & Target, 1997) про те, що у випадку всіх відновлених спогадів про сексуальне насильство, про які повідомляється в психоаналітичній літературі, немає жодних підтверджень, які б виходили за рамки цих спогадів або були принесені пацієнтом ззовні терапії (також див. Good, 1994). Клюфт (Kluft, 1999) категорично заперечує це, посилаючись, серед іншого, на власні опубліковані матеріали випадків, для яких існують зовнішні підтвердження.

4. Деякі психоаналітичні звіти про осіб, які повідомляють про насильство, також містять сумнівні припущення. У них травматичним спогадам приписується особлива якість, яка дозволяє визнати їхню історичну реальність. Ця особлива якість, на думку Девіс та Фроулі (Davies & Frawley, 1994), полягає в дисоціативних станах: «терапевт повинен приймати, працювати з ними і навіть заохочувати дисоціативні стани, в які впадає пацієнт під час лікування. Саме через ці стани розкривається істина...» (с. 94). Для Персон і Клар (Person & Klar, 1994) інтенсивна афективно заряджена забарвленість цих спогадів, їхня візуальна та чуттєва форма, а також їхня незмінність

є ознаками того, що вони є істинними. Такі припущення можуть привести до ілюзорних висновків, особливо якщо не розглядати альтернативні гіпотези. Тоді терапевт і пацієнт погоджуються, що певні спогади є автентичними, тоді як насправді йдеться про покривні спогади (див. Good, 1994, 1998). Той факт, що, ймовірно, не існує такого поняття, як «специфічний травматичний спогад», зміст якого наближається до історичної реальності, може привести до повної відмови від історичної реальності та до обмеження себе уявленням, що за відновленими спогадами можна знайти лише психічну реальність. Фонагі і Тарже (Fonagy & Target, 1997) пишуть: «За відновленою пам'яттю може знаходитися лише психічна реальність – чи міститься [в ній] історична правда та історична реальність, не є нашою справою як психоаналітиків і психотерапевтів» (с. 216). Іншими словами, вони впадають у протилежні крайнощі і класифікують відмінність між фантазією і реальністю, таку важлива для травми, як нерелевантну.

Воєнні неврози. На Міжнародному психоаналітичному конгресі в Будапешті в 1918 році відбувся симпозіум, присвячений психоаналізу воєнних неврозів, з доповідями Ференці, Абрахама, Зіммеля і Джонса. Вони були опубліковані в 1919 році і Фройд написав до них вступ, в якому говорить про его-конфлікт між старим «мирним его» і новим «воєнним его». Перше відчуває, що його життя загрожує ризикованість останнього. Через цю «форму, прийняту самим его», те, що викликає страх, і є зовнішньою силою у випадку травматичних неврозів, стає, тим не менше, «внутрішнім ворогом» (Freud, 1919d). Після початку Другої світової війни Кардінер переглянув свій досвід і спостереження в лікуванні ветеранів Першої світової війни і опублікував їх у 1941 році (Kardiner, 1941). Ядром травматичного неврозу, за його твердженням, є фізіологічним збудженням. Подальшими характеристиками є фіксація на травмі, зі змінним уявленням про себе стосовно світу, атипичний світ сновидінь (кошмари із загрозою знищення, сні з малим символічним змістом, з реакціями провини), звуження его, хронічна дратівливість, лякливість і схильність до вибухово-агресивних

реакції. Ернст Зіммель також уже накопичив багатий досвід роботи з військовими невротами під час Першої світової війни. Пізніше (Simmel, 1944) він інтерпретував їх у світлі нової еґо-психології. Тип травматичної ситуації, на його думку, є тим, що спричиняє травматизацію в конкретному випадку. Зіммель розрізняє травматичні невротизми в мирний час і під час війни. Вирішальна відмінність від інших травматичних невротизмів полягає в тому, що у солдата розвивається «військове еґо». Він повинен функціонувати як частина підрозділу і повинен замінити своє цивільне супер-еґо підпорядкуванням начальству. Таким чином, він психічно регресує до батьківсько-дитячих стосунків. Його начальство керує ним і тим самим забезпечує йому безпеку і захист від невідомої реальності. Якщо командир розчаровує цю ідентифікаційну тенденцію, солдат відчуває себе так, ніби його покинули батьки. Розчарування в довірі стає травмонезбезпечним чинником, оскільки командири втрачають свою функцію внутрішнього джерела захисту. Саме ця внутрішня ситуація спершу дозволяє зовнішній небезпечній ситуації стати травматичною. Таким чином, Зіммель визнає особливу роль об'єкта в травматичній ситуації.

Мозес (Moses, 1978) розвинув теоретичний підхід Балінта щодо теорії об'єктних стосунків у своєму дослідженні воєнних невротизмів. Він стверджував, що суто енергетичний погляд на травму як на подолання бар'єру стимулів спотворив погляди психоаналітиків і завадив їм шукати подальші механізми, які протидіють вразливості до психічного зламу. Мозес знаходить їх у розвитку самості, у реалістичному почутті самоцінності, яке не визначається несвідомою всемогутністю та запереченням власної вразливості, у здатності контролювати афекти та у відчутті приналежності до первинної групи. Ці чинники закладаються в ранньому дитинстві і є причиною різного ступеня вразливості до травматизації в дорослому віці.

Після Першої світової війни, а також після Другої світової війни про довготривалі наслідки воєнної травматизації знову забули. Лише після війни у В'єтнамі за вимогою ветеранських асоціацій у США були проведені широкомасштабні дослідження довготривалих психічних наслідків війни. У 1980 році це

привело до введення в офіційну психіатричну номенклатуру нової діагностичної категорії – «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) (див. Herman 1992; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth 1996). Це нововведення спричинило хвилю інтенсивних психіатричних, психологічних і нейробіологічних досліджень, результати яких також вплинули на психоаналітичне обговорення травматичних розладів.

Наслідки Голокосту та їх значення для теорії травми. Психічні наслідки Голокосту серед тих, хто вижив [у ньому], і серед наступних поколінь призвели до того, що ця екстремально травматична реальність обов'язково мала стати об'єктом психоаналітичної теорії. Однак після звільнення в'язнів з концтаборів пройшло відносно багато часу, перш ніж страждання жертв, за деякими винятками (Friedman, 1949), потрапили в поле зору психоаналітиків. Наприклад, у збірнику Фурста (Furst, 1967) ще немає жодної згадки про Голокост як про травму.

Однією з причин цього стало прийняття законів про відшкодування збитків жертвам націонал-соціалістичних переслідувань у Федеративній Республіці Німеччина (Західній Німеччині). Вони постановили, що зв'язок між переслідуванням і наявними симптомами має бути встановлений за допомогою медичної та психіатричної експертизи. Окрім психіатрів, до надання експертних висновків залучалися також психоаналітики, багато з яких або самі були жертвами переслідувань, або змогли вчасно емігрувати. Їхні новаторські роботи дали фундаментальне наукове розуміння психічних розладів тих, хто пережив Голокост (див. Bergmann & Jucovy, 1982; Grubrich-Simitis, 1979). Теорія травми, яка була поширена до того часу, виявилася непридатною для розуміння специфічних симптомів і переживань уцілілих. Цей вид травматизації, з його неосяжними людськими стражданнями, був чимось новим і не міг бути адекватно описаний звичними діагностичними категоріями. Йшлося не про одиничний інцидент, що прорвав бар'єр подразника, як, наприклад, у випадку шокової травми, а про екстремальний і постійний стрес. Місяці або роки постійного терору, фізична жорстокість, болісний голод, безпорадність і дегуманізація, втрата сім'ї, свідчення тортур

і вбивств – усе це значно перевищувало можливості психіки. Клінічний прояв травматичних наслідків цього виявив певну однорідність і значною мірою не залежав від претравматичної особистості та її конфліктів. Я можу зупинитися лише на деяких роботах, присвячених наслідкам Голокосту, кількість яких за цей час різко зросла.

Хоппе (Hорре, 1962, 1965, 1968) діагностував хронічну реактивну агресію на додачу до різноманітних психосоматичних реакцій і хвороб у тих, хто вижив. Масивна агресія, яка, на думку багатьох дослідників, лежить в основі синдрому уцілілих, була спрямована проти них самих і призводила до соматизації та часто описуваної хронічної реактивної депресії. Далекосяжна втрата самоповаги йшла пліч-о-пліч із відходом від зовнішнього світу й апатією. Глибина депресії визначалася ступенем нарцисичної регресії, яка могла привести до відходу від об'єктних стосунків і до дезінтеграції лібідних та агресивних потягів. Айслер (Eissler, 1968) охарактеризував це як прогресуюче «нарцисичне спорожніння».

На 25-му Міжнародному психоаналітичному конгресі в Копенгагені в 1967 році вперше відбувся симпозіум, присвячений психічним проблемам уцілілих. Нідерланд доповів на ньому про свій клінічний досвід діагностики та лікування людей, які пережили Голокост. Ним (Niederland, 1968, 1981) було введено поняття «синдром уцілілого» – типового психопатологічного стану, який виникав після тривалого перебування в концтаборі, незалежно від віку, статі, індивідуального та соціокультурного досвіду. Загалом [у ньому] домінував хронічний стан тривожної, м'якої депресії. На рівні симптомів спостерігалися численні скарги на фізичний стан, важкі розлади сну і нічні кошмари, в яких знову переживалося минуле, соціальна замкнутість і хронічна апатія, які чергувалися з короткочасними спалахами люті, афективним заціпенінням і нездатністю вербалізувати травматичний досвід. Однією з основних характеристик, описаних Нідерландом, є форма незавершеного горя і скорботи, а також почуття провини за власне виживання (провина уцілілого). Саме виживання стало конфліктом і переживалося як зрада своїх загиблих батьків, братів та сестер.

За оцінкою Кристала (Krystal, 1968, 1988), традиційний економічний погляд на травму – з його припущенням про надмірну кількість стимулів і пасивною моделлю бар'єру стимулів – також призводить до оманливих конструкцій про афекти і травму. Виникне чи не виникне психічна травма повністю залежить від того, чи наявна внутрішня або зовнішня небезпека суб'єктивно сприймається як неминуча. Якщо це так, то суб'єкт капітулює і піддається травматичному стану, визначеному як змінений стан свідомості. Кристал називає це «кататоноїдним станом», який діє як афективний і когнітивний фільтр. Парадокс травматичного стану полягає в тому, що оніміння і блокування афекту переживається як полегшення від болісного впливу тривоги. Різні автори вбачають у цьому адаптацію до нестерпної ситуації (Hорре, 1962; Grubrich-Simitis, 1979; Niederland, 1981). На думку Кристала, кататоноїдний стан запускає процес, який призводить до «стану робота». Підкорення передбачає певну форму капітуляції і розщеплення его на частину, яка спостерігає, і іншу частину – тіло, яке его приносить у жертву. За цим слідує параліч і оніміння, які блокують усі больові реакції і афективні прояви, а когнітивні процеси стають усе більш звуженими, поки не лишиться тільки частинка самоспостережливого его. Це може закінчитися психогенною смертю. Кристал описав перебіг загального травматичного процесу, який може заходити в глухий кут у певні моменти з різним ступенем інтенсивності. Навіть по закінченні травматичної ситуації травматичні реакції все одно зберігаються: продовжується когнітивно-афективне звуження; кататоноїдна реакція переходить у депресію; уникання стимулів, асоційованих із травматичним досвідом, призводить до псевдофобії. Подальшими наслідками є нічні кошмари, реактивна агресія та ангедонія. Кристал інтерпретує надзвичайно високий рівень психосоматичних захворювань серед уцілілих як регресивні явища вираження афекту і як посттравматичну алекситимію. Він описав посттравматичну алекситимію в той самий час, коли Марті та де М'юзан відкрили її у психосоматичних пацієнтів.

Кейлсон (Keilson, 1979) провів масштабне довгострокове дослідження за участю єврейських дітей-сиріт війни в Нідерландах, біль-

шість з яких пережили жах у схованках. Він досліджував вплив екстремальних стресових ситуацій на розвиток цих дітей і виявив, що одна й та сама травматична ситуація мала різні наслідки залежно від віку дітей. Для цього Кейлсон увів термін «послідовна травматизація». Тривала екстремальна стресова ситуація складається з різних фаз. Характер цих послідовностей у кожному випадку мав клінічно і статистично значущі відмінності з точки зору наслідків. Чим краще прийомні батьки розуміли дітей під час третього – повоєнного – періоду, тим більше можна було вплинути на наслідки несприятливої другої послідовності (власне травматизації) для розвитку дитини. Дефіцит здатності прийомних батьків вловити значення травми для постраждалої дитини та обходитися з нею із розумінням виявився травмогенним чинником. Таким чином, Кейлсон емпірично описує значення об'єктних стосунків і комунікативного аспекту для ефекту травматизації.

Мартін Бергман (Bergmann, 1996) зібрав деякі чинники, які змусили психоаналіз по-новому поглянути на сутність травми після Голокосту:

1. Питання про претравматичну особистість часто не відіграло жодної ролі у випадку з тими, хто пережив Голокост. Набагато важливішими були тривалість ув'язнення та звірства, свідками або учасниками яких вони були. Травматизація була настільки масивною, що не відбулося регресії до більш ранньої психосексуальної стадії; натомість була зруйнована сама психічна структура.

2. Потреба у скорботі перетворила нездатність її переживати на меланхолію.

3. Здатність говорити і діяти метафорично була втраченою. На відміну від пацієнтів з психозом, отриманий у результаті [цього] психічний конкретизм мав місце лише частково. Це привело до важливого відкриття, що вцілілі люди перебувають у подвійній реальності. У повсякденному житті вони поведуться відповідно до реальності. Але час від часу психічна реальність Голокосту проривається і порушує їхнє життя. У деяких сферах психіки травма зруйнувала здатність розрізняти фантазії та реальність.

4. У багатьох випадках між звільненням із концтабору і початком травматичного неврозу

минали роки і навіть десятиліття. Поки життя було важким і невизначеним, вплив таборів часто залишався латентним. Ця латентність виявилася однією з основних характеристик травматичних розладів.

5. Отримані травматизації перевищили здатність тих, хто вижив, опрацювати їх психічно, а також втрутилися в життя наступних поколінь. (Тут я не можу заглиблюватися в дослідження передавання травматичних наслідків Голокосту наступним поколінням через обсяг статті).

Наслідки Другої світової війни та обговорення травми у повоєнній Німеччині. Мільйони людей у Німеччині постраждали від психічних та емоційних наслідків Другої світової війни: солдати – від воєнного досвіду, цивільне населення, жінки та діти – від бомбардувань їхніх міст, переміщень тощо. Ці переживання мали бути присутніми в психоаналітичному психотерапевтичному лікуванні упродовж післявоєнних років, свідомо чи витиснено, заперечено і розщеплено, але представлено у симптомах і через їхні похідні у психіці. Цей факт не призвів до жодних масштабних досліджень чи рефлексій щодо травматичного досвіду та його наслідків. Хоча такі симптоми і наслідки були описані в окремих звітах про випадки, які час від часу публікувалися, вони не були визнані травматичними і не лікувалися як такі.

Наслідки війни для психіки окремих німців були змішані з їхньою причетністю до націонал-соціалізму та його злочинів, а також із витисненням провини та відповідальності. Це також вплинуло на пам'ять і процес визнання реальності й наслідків війни. Александер і Маргарет Мітчерліхи у своєму відомому дослідженні (Mitscherlich & Mitscherlich, 1967) проаналізували соціальні процеси витиснення і заперечення, які призвели до нездатності до скорботи, захисту проти пам'яті, дереалізації та емоційного оніміння, а також загальної іммобілізації. Мітчерліхи у своєму аналізі ґрунтуються на концепції скорботи Фрейда, не звертаючись до теорії травми. Сьогодні ми можемо припустити, що нездатність до скорботи, афективне оніміння та іммобілізація також можуть бути наслідками травматизації. Розгляд питання про те, чи мав місце

травматичний розлад, не означає підміни питання провини і відповідальності та необхідного розмежування між жертвою і злочинцем. Травма – це емпірично-клінічний термін, який може допомогти досягнути ситуацію, що склалася на той момент, у більш зрозумілий, диференційований спосіб (Я більш детально розглядаю це питання у своїй роботі «Травма, траур та історія», Bohleber, 2000).

Лише Альфред Лоренцер тоді взявся за теорію травми і розвивав її далі (Lorenzer & Thomä, 1965; Lorenzer, 1965, 1966, 1968). Лоренцер і Томе на початку свого дослідження також зазначали, що для опису клінічного синдрому травматичного неврозу ще не досить матеріалу спостережень, хоча він має велике соціальне і політичне значення, а дискусія щодо терміна травми є одним із основних завдань психоаналізу. Пацієнти, представлені авторами, були тяжко травмовані війною: втрата зору від фосфорної гранати під час бомбардування; втрата ноги або руки від вибуху гранати; відважний солдат, який зазнав різних поранень і був змушений переносити небезпечні для життя операції. У всіх цих випадках симптоми тривожного неврозу з'являлися у пацієнта через 15–20 років. Ретельне обстеження чітко показало, що цей тривалий безсимптомний проміжний період насправді виявився «мовчазною фазою хвороби», в якій ригідна захисна констеляція на поверхні підтримувала вигляд псевдо- або наднормальності. Травматична втрата частини тіла одночасно визнається і заперечується за допомогою розщеплення еґо. Це «неважливо». Лише після пізнішого зіткнення з легким травматичним стресом, внутрішньо пов'язаним із першою травматичною ситуацією «темою переживання», ця захисна організація розпадається, поступаючись місцем масивній травматичній реакції. Лоренцер (Lorenzer, 1966, 1968) використовує ці психодинамічні уявлення про двофазний захист і безсимптомний проміжок проти експертів-психіатрів, які не хотіли визнавати такий латентний період травматичної реакції у тих, хто пережив Голокост, і замість цього діагностували розлади, які з'явилися пізніше, як схильність, не пов'язану з травмою, а це означало, що претензії вцілілих на якусь форму

компенсації були відхилені. Ці роботи Лоренцера є відносно унікальними в німецькій психоаналітичній літературі 1960-х і навіть 1970-х років. Хоча багато міжнародних досліджень, особливо про наслідки ув'язнення в концтаборах, було опубліковано в німецькому періодичному виданні PSYCHE, тема травми майже не помічалася німецькими психоаналітиками. Наступними віхами стали роботи Грубріх-Сімітіс (Grubrich-Simitis, 1979) про екстремальну травматизацію та Сіменауер (Simenauer, 1978) і Розенкьоттер (Rosenkötter, 1979, 1981) про трансгенераційний вплив на друге покоління. Обсяг статті не дозволяє обговорювати новіші дослідження травматичного впливу націонал-соціалізму та Другої світової війни на наступне покоління (див. Bohleber, 1997).

Новіші підходи до теорії травми, базовані на об'єктних стосунках. Екстремальна травма переслідування під час Голокосту призвела до подальшого розвитку моделей у теорії травми, оскільки масштаб цієї травми не міг бути адекватно описаний за допомогою економічної моделі захисного щита, який було прорвано. Дорі Лауб у різних роботах (Laub & Auerhahn 1991; Laub & Podell 1995; Laub 1998) розвинув концепцію на основі теорії об'єктних стосунків з огляду на їхню комунікативну функцію в процесі травматизації. Центральне місце в досвіді Голокосту посідає колапс емпатійного процесу. Комунікативна діада між я та його хорошими внутрішніми об'єктами розпадається, наслідком чого є абсолютна внутрішня самотність і крайній ступінь безнадії. Травматична реальність руйнує емпатійний захисний щит, сформований інтерналізованим первинним об'єктом, і знищує довіру до неперервної присутності хороших об'єктів і міру емпатії, яку можна очікувати від інших людей, а саме: що інші [люди] розпізнають базові потреби і відреагують на них. У травмі внутрішній хороший об'єкт як емпатичний посередник між я та оточенням замовкає (Cohen, 1985; Kirshner, 1993). Втрата емпатійного внутрішнього іншого руйнує здатність співвідносити травму. Вона не може бути включена в наратив. Лише в присутності емпатійного слухача фрагменти можуть зростися в оповідь, а історія може отримати визнання. Дистанція створюється через нара-

тив. Травматична подія і переживання стають свідченням, а отже, певною мірою реекстерналізуються. Саме тому запис відеоінтерв'ю з жертвами має терапевтичний ефект (Laub, 1992).

Ці концепції травми, базовані на теорії об'єктних стосунків, містять різні плідні та перспективні аспекти. Є три аспекти, які я хотів би виділити у зв'язку з цим:

Внутрішня втрата якихось чи всіх об'єктів, які надають емпатійного значення в травматичній ситуації, призводить до проєкції потреби в емпатії на кривдника та до його зловмисної інтерналізації. Амати (Amati, 1990) описав цей процес у випадку з жертвами катувань: кат постійно займає внутрішній світ пацієнта. Зловмисний об'єкт переслідування посідає місце внутрішніх об'єктів і визначає внутрішній діалог. Травмована людина згодом намагається втекти від цього, щоб повернути на місце попередні претравматичні об'єкти (Ehlert & Lorke, 1987; Ehlert-Balzer, 1996).

Травматична ситуація та її наслідки руйнують здатність символізувати її та вловлювати її значення (Grubrich-Simitis, 1984). Травма стає «чорною дірою» у психічній структурі. Неінтегровані фрагменти травми згодом знову прориваються у свідомість і приголомшують его, яке, однак, не може структурувати та інтегрувати ці фрагменти. Вони не можуть бути включені в осмислений над-наратив без сторонньої допомоги. Оскільки травматичний досвід руйнує мережу значень для людини, його неможливо описати у спосіб, пов'язаний зі смислами. Підтримки, яку надають смисли, в цей момент більше не існує, травматичний досвід неможливо «сконтейнувати». Для того щоб описати це психологічно, ми мусимо вдаватися до метафор. Найчастіше для цього використовують такі метафори, як «чужорідне тіло», «діра» (Cohen, 1985; Kinston & Cohen, 1986), «розрив» (Caruth, 1995) у психічній текстурі, «склеп» (Abraham & Torok, 1979) або «порожнє коло» (Laub, 1998).

Так звані «антропогенні лиха», такі як Голокост, війна, етнічні переслідування, тортури, спрямовані на знищення історично-соціального існування людської істоти. Саме тому індивід не може інтегрувати травматичний досвід у над-наратив у вигляді індивідуаль-

ного акту; окрім емпатійного слухача, потрібен також суспільний дискурс про історичну правду травматичних подій, а також про те, що вона заперечувалась і відсторонялась. Жертви також є свідками особливої історичної реальності. Визнання причинно-наслідкового зв'язку і провини – це те, що насамперед відновлює міжособистісні рамки і, таким чином, можливість адекватного розуміння травми. Тільки таким чином можна відновити підірване розуміння себе і світу. Постраждалі часто перебувають під владою власних сумнівів і невпевненості щодо травматичної реальності, яку вони пережили. Якщо захисні тенденції домінують у тому, як суспільство примиряється з катастрофою, жертви часто відчують себе виключеними, заблокованими або залишеними наодинці зі своїм досвідом, що знову підриває їхнє почуття безпеки, робить їх вразливими до ретравматизації або прирікає їх на мовчання, оскільки вони ніколи не можуть розраховувати на порозуміння.

Баранже, Баранже і Мом (Baranger, Baranger & Mom, 1988) пропонують важливу критику та доповнення до цих новітніх підходів об'єктної та комунікаційної теорій. Вони визнають, що теорія об'єктних стосунків розширила розуміння патогенної ролі травми, але критикують той факт, що у підсумку концепція травми стала менш окресленою. Вони стверджують, що ці новіші теорії ризикують розмити зв'язок між травматичною ситуацією та тривою. Саме тому ці автори використовують економічний аспект тривоги як центральний факт травми. Тривога, як вони кажуть, є тим наріжним каменем, який допомагає нам відрізнити травматичне від просто патогенного. Вони повертаються до концепції Фрейда про «автоматичну тривогу». На відміну від сигнальної тривоги, в цьому випадку людина перебуває під владою безіменної нелокалізованої небезпеки, природа якої їй невідома. Ця тривога настільки примітивна, що її можна описати лише в економічних термінах. Стимульний бар'єр проривається і обсяг неопрацьованого збудження призводить до психічної дезорганізації і повної беспорядності. Таку ситуацію називають «чистою травмою». Травмована людина намагається приручити цю чисту травму і пом'якшити її, називаючи

її і вкладаючи в осяжну причинно-наслідкову систему дій. Парадоксальність ситуації полягає в тому, що травма насправді є випадковою і чужорідною, але поки вона залишається чужорідною, вона буде відроджуватися і відтворюватися у формі раптових повторень, залишаючись незрозумілою. Оскільки людина загалом не може жити без пояснень, вона намагається надати травмі індивідуального значення та історизувати її психічно. Ці історизації постфактум зазвичай є покривними спогадами. Завдання аналітичного процесу – розпізнати ці покривні спогади як такі та реконструювати автентичну історію, тоді як ця історизація залишатиметься у своїй основі відкритою, незавершеною. Баранже та співавтори застерігають щодо великої нічийної території цієї «безіменної травми», на яку аналітик не ступає без ризику. Одна з небезпек, на їхню думку, полягає в поспішних і помилкових історизаціях, які можуть завести аналіз у глухий кут, дозволяючи трансформації травми знову скотитися до повторюваного кругового патерну.

Інтеграція психоаналітичних моделей травми:

1. Згідно з Баранже, Баранже та Момом (Baranger, Baranger, & Mom 1988), ми зможемо достатньо зрозуміти ядро травматичного досвіду, лише узявши до уваги приголомшливу деструктивну тривогу. Цю тривогу можна описати тільки в психоекономічних термінах. Якщо автори теоретично постулюють ідею «чистої травми», то це, з іншого боку, означає, що однієї лише психоекономічної моделі не досить, адже не існує травми без залишків внутрішніх структур, які надають їй сенсу. Те, що переживається як неочікуване, початково відбувається на ґрунті того, чого можна було очікувати, що надає йому сенсу і від чого він відштовхується. Масивний травматичний досвід руйнує цю основу, знищуючи довіру до спільного символічно опосередкованого світу, який пов'язує нас передсвідомо і який ми сприймаємо як належне у всіх взаємодіях. У цьому сенсі травма є загадкою для всіх герменевтично-нарративних і конструктивістських теорій. Те, що вони більше не можуть вловити, особливо у випадках масивного травматичного досвіду, – це крах самого

конструктивного процесу, за допомогою якого ми створюємо значення. Мур (Moore, 1999) пропонує цікаву можливість вирішення цієї проблеми в рамках конструктивістських теорій. Деструктивний елемент, безпосереднє травматичне насильство, вислизає від надання значення. Залишається надмірність, ексцес, масивний надлишок, який проривається крізь психічну структуру і не може бути «сконтейнованим» смислом. Схоже, що Кристал описує майже те ж саме своїм терміном «капітуляція». Ось чому необхідна психоекономічна концептуалізація на додачу до концептуалізації теорії об'єктних стосунків.

2. Зокрема, тут також слід згадати відчуття приголомшеності на додачу до несподіваного вторгнення у систему психічного розуміння людської істоти. Повторюване вторгнення фрагментованих травматичних спогадів також може мати ретравматичний ефект, оскільки воно теж має властивість бути раптовим і миттєво приголомшливим. Але, зрештою, вирішальним є не часовий аспект, а той факт, що вторгнення повторного досвіду не може бути осмислене, а отже, людина знову безпорадно і пасивно потрапляє під владу цієї події. Лише згодом травмована людина намагається надати значення тому, що сталося, і таким чином встановити для себе зв'язок. Таке вторгнення має два обличчя в тому сенсі, що воно може слугувати процесу психічної інтеграції та віднайдення сенсу, але також може бути руйнівним і приголомшливим.

3. Травмовані пацієнти часто повідомляють про відчуття, що час застиг або що їхній внутрішній годинник зупинився в день, коли вони зазнали травми. Вони все ще мають відчуття об'єктивного часу, але не для власного розвитку і часу на життя, а особливо не для свого майбутнього. Таке порушення відчуття або почуття часу також притаманне примусу до повторення. Спогади, нічні кошмари та флешбеки характеризуються безпосередністю такої якості, що здається, ніби подія щойно відбулася. Вони демонструють постраждалій людині, що час не спливає. Травмовані люди очікують подальших катастроф і їхнє бачення майбутнього має обмежену перспективу. Дехто повідомляє, що просто живе від дня до дня. Базова довіра також впливає на їхнє відчуття часу, а через її руйну-

вання внаслідок травми час також виходить з-під контролю травмованої людини. Ці дисфункції у сприйманні та відчутті часу, з одного боку, можна описати в психоекономічних термінах як зміну функції сприймання внаслідок надмірної стимуляції, але, з іншого боку, викривлення сприймання та відчуття часу також слугує спробі досягти розуміння цілого через пошук «прикмет», які допоможуть їм отримати ретроспективний контроль над тим, що так раптово вторглося в їхнє життя.

4. Отже, з точки зору метапсихології, психоаналітична теорія травми потребує обох моделей: як герменевтичної теоретичної моделі об'єктних стосунків, так і психоекономічної. Психоекономічна модель, для якої основою є шокова травма, на психічному рівні переживання підкреслює відчуття приголомшеності та надмірності насильства, тривоги і стимуляції, які неможливо психічно зв'язати. Пасивність і безпорадність, які неминуче виникають у результаті цього, можуть призвести до внутрішньої капітуляції. Моделі теорії об'єктних стосунків, з фокусом на колапсі внутрішніх підтримуючих об'єктних стосунків, ставлять у центр уваги почуття цілковитої покинутості та розрив усіх афективних зв'язків і внутрішньої комунікації, внаслідок чого травма не може бути інтегрована за допомогою наративу.

Проблеми у визначенні поняття «травма»:

1. Як можна зрозуміти з попереднього обговорення, травма не є точно визначеним поняттям у психоаналізі. В ході його розвитку було описано багато різних форм травматизації, пов'язаних з різноманітними зовнішніми подіями, такими як: травма зваблення, сексуальне насильство, воєнна травма, екстремальна травма, травма депривації, мовчазна травма, стресова травма, кумулятивна травма тощо. Хоча б через таке розмаїття явищ неможливо було припустити, що ефекти та наслідки травми є однорідними. Більше того, цей термін більш-менш втратив свою специфічність і часто вже не міг бути адекватно відмежований від інших патогенних причин та важких фрустрацій або психічного стресу. У 1980-х роках робоча група з «Концептуальних досліджень» на базі Інституту Зигмунда Фрейда у Франкфурті під керівництвом Йозефа Сандлера дослідила діапазон значень, охоплених

поняттям «травма», і припустила, що з урахуванням його смислу його можна розглядати як прототип еластичного терміна (Sandler, Dreher & Drews 1991). Дослідження показало, що відмінності між різними вимірами травми та їхньою взаємодією в кращому випадку є нечіткими. Проте слід розрізнити процес травматизації, травматичний стан і патологічні зміни, які залишаються після нього. За винятком масивних або екстремальних травм, не кожна травматична ситуація має однаковий вплив на всіх людей. Це означає, що травму, з точки зору її впливу, як правило, можна визначити лише ретроспективно, виходячи з її наслідків для психіки. І необхідно також враховувати чинники схильності.

2. Травма – це поняття, яке пов'язує зовнішню подію з її специфічними наслідками для внутрішньої психічної реальності. У цьому сенсі вона є реляційним поняттям (Fischer & Riedesser, 1998). Ця подвійна пов'язаність терміна також робить його нечітким. Тому видається доцільним більш точно визначити зв'язок між цими двома детермінантами, щоб протидіяти розчиненню травми як концепту. Я погоджуюся з А. Фрейд, Фurstом, Кристалом, Купером, які, серед інших, виступають за вузьке визначення травми. Купер (Cooper, 1986) визначає травму, посиляючись на Фрейда, так:

«Психічна травма – це будь-яка психологічна подія, яка раптово перевершує здатність его забезпечувати мінімальне відчуття безпеки та інтегративної цілісності, що призводить до приголомшливої тривоги або безпорадності, або загрози цього, і спричиняє стійкі зміни в психічній організації» (с. 44).

Основним чинником у цьому визначенні є раптовий, руйнівний, неконтрольований аспект травматичної події та переживання «надмірності», що робить людину безпорадною. Травматичний досвід ставить его перед «завершеним фактом» (Furst 1978, с. 349). Реакції его запізнюються. Вони приходять не у відповідь на загрозу небезпеки, а лише після того, як ця небезпека стала реальністю і его пасивно опиняється під її владою. Для Кристала те, що в літературі часто характеризують як психічну травму, насправді, є лише травмоподібною ситуацією, яка не переростає в травматичну.

Щоб відрізнити це від власне травматичного процесу з конкретними патологічними наслідками, Кристал (Krystal, 1978) говорить про «катастрофічну травму». Для нього центральним чинником є *переживання* безпорадності. Не сама травматична ситуація викликає цю безпорадність, а її суб'єктивна оцінка. Точна вона чи ні, спочатку не має значення для психічної реакції. Якщо небезпека сприймається як неминуча, безпорадність перетворюється на внутрішнє відчуття зневіри у собі. Для Кристала цей досвід приголомшеності захисної та експресивної функції тривоги та її гальмування і є власне травматичною подією.

3. Для его неможливо інтегрувати травматичний досвід у психіку. Надання значень переривається, оскільки випадковий і несподіваний характер події не дозволяє наявним структурам значень включити її у себе. Одним із довготривалих наслідків, важливих для визначення травми, є руйнування базової довіри, що призводить до стійкого порушення розуміння себе і світу (Fischer & Riedesser 1998). Травма – це реляційний термін не просто тому, що він пов'язує внутрішнє і зовнішнє, але також тому, що у разі травми руйнуються фундаментальні підтримуючі стосунки з об'єктом.

Список літератури:

- Abraham, K. (1907a). Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. In K. Abraham, *Psychoanalytische Studien Vol. II* (pp. 125–131), Frankfurt, Fischer.
- Abraham, K. (1907b). Das Erleiden sexueller Traumen als Form der Sexualbetätigung. In K. Abraham, *Psychoanalytische Studien Vol. II*. (pp. 167–181), Frankfurt, Fischer.
- Abraham, N., & Torok, M. (1976). *Cryptomanie. Le verbier de l'homme aux loups*. Paris: Edititons Aubier Flammarion.
- Amati, S. (1990). Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 44: 724–740.
- Balint, M. (1969). Trauma and object relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 50: 429–436.
- Baranger, M., Baranger, W., & Mom, J. (1988). The infantile trauma from us to Freud. pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis*, 69: 113–128.
- Bergmann, M., & Jucovy, M. (1982). Introduction. In M. Bergmann & M. Jucovy (Eds.), *Generations of the Holocaust*. New York: Columbia Universities Press, 1990.
- Bergmann, M. (1996). Fünf Stadien in der Entwicklung der psychoanalytischen Trauma-Konzeption. *Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung*, 5, No. 2: 12–22.
- Blass, R., & Simon, B. (1994). The value of the historical perspective to contemporary psychoanalysis: Freud's "Seduction hypothesis". *International Journal of Psychoanalysis*, 75: 677–694.
- Bohleber, W. (1997). Trauma, Identifizierung und historischer Kontext. Über die Notwendigkeit, die NS-Vergangenheit in den psychoanalytischen Deutungsprozess einzubeziehen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 51: 958–995.
- Bohleber, W. (2001). Trauma, Trauer und Geschichte. In J. Rüsen & B. Liebsch (Eds.), *Trauer und Geschichte* (pp. 131–145). Köln: Böhlau.
- Bowlby, J. (1973). *Separation, Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- Brenneis, C.B. (1997). *Recovered Memories of Trauma: Transferring the Present to the Past*. Madison: International Universities Press.
- Caruth, C. (1995). Trauma als historische Erfahrung: Die Vergangenheit einholen. In: U. Baer (Ed.), "Niemand zeugt für den Zeugen". *Erinnerungskultur nach der Shoa* (pp. 84–98). Frankfurt: Suhrkamp, 2000.
- Cohen, J. (1985). Trauma and repression. *Psychoanalytic Inquiry*, 5: 163–189.
- Cooper, A. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. In A. Rothstein (Ed.), *The Reconstruction of Trauma. Its Significance in Clinical Work* (pp. 41–56). Madison: International Universities Press.
- Davies, J., & Frawley, M. (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: a Psychoanalytic Perspective*. New York: Basic Books.
- Dreher, A. (2000). *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis*. London: Karnac.
- Ehlert, M., & Lorke, B. (1988). Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 42: 502–532.
- Ehlert-Balzer, M. (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 12: 291–314.
- Eissler, K.R. (1968). Weitere Bemerkungen zum Problem der KZ-Psychologie. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 22: 452–463.
- Fenichel, O. (1937). Der Begriff "Trauma" in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. In *Aufsätze, Vol. II* (pp. 58–79), Olten: Walter, 1981.

- Fenichel, O. (1945). *Psychoanalytic Theory of Neurosis. Vol. I*. New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1931). Kinderanalysen mit Erwachsenen. In *Schriften zur Psychoanalyse*. Vol. II, Frankfurt, 1972, pp. 274–289.
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind [Confusion of Tongues between Adults and the Child]. In: *Schriften zur Psychoanalyse, Vol. II*, (pp. 303–313), Frankfurt, 1972.
- Ferenczi, S. (1988). *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi*. Edited by Judith Dupont. Cambridge MA (Harvard Universities Press).
- Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: E. Reinhardt.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Perspectives on the recovered memory debate. In: J. Sandler & P. Fonagy (Eds.). *Recovered Memories of Abuse: True or False?* (pp. 183–216), London: Karnac.
- Freud, S. (1887–1904). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess 1887–1904*, ed. and trans. J.M. Masson. Cambridge, MA: Harvard Universities Press, 1985.
- Freud, S. (1916–17a). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis* (Part III). *S.E.*, 16. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1919d). Introduction to *Psychoanalysis and the War Neuroses*. *S.E.*, 17: 207–210. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920g). *Beyond the Pleasure Principle*. *S.E.* 18: 7–64. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. *S.E.* 20: 87–172. London: Hogarth Press.
- Friedman, P. (1949). Some aspects of concentration camp psychology. *American Journal of Psychiatry*, 105: 601–605.
- Furst, S. (1967). Psychic trauma. A survey. In: S. Furst (Ed.), *Psychic trauma* (pp. 3–50). New York: Basic Books.
- Good, M. (1994). The reconstruction of early childhood trauma: fantasy, reality, and verification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42: 79–101.
- Good, M. (1995). Karl Abraham, Sigmund Freud and the fate of the seduction theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43: 1137–1167.
- Good, M. (1998). Screen reconstructions: traumatic memory, conviction, and the problem of verification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46: 149–183.
- Grubrich-Simitis, I. (1979). Extreme traumatization as cumulative trauma: study of survivors. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36: 1981, 415–450.
- Grubrich-Simitis, I. (1984). From concretism to metaphor: thoughts on some theoretical and technical aspects of the psychoanalytic work with children of Holocaust survivors. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39: 301–319.
- Grubrich-Simitis, I. (1987). Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma. Lektionen aus Sigmund Freuds phylogenetischer Phantasie von 1915. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 41: 992–1023.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Hirsch, M. (1987). *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie*. Berlin: Springer, 3rd edition, 1994.
- Hoffer, W. (1952). The mutual influences in the development of ego and id: earliest stages. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 31–41.
- Hoppe, K.D. (1962). Verfolgung, Aggression und Depression. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 16: 521–537.
- Hoppe, K.D. (1965). Psychotherapie bei Konzentrationslageropfern. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 19: 290–319.
- Hoppe, K.D. (1968). Psychosomatische Reaktionen und Erkrankungen bei überlebenden schwerer Verfolgung. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 22: 465–477.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York: Hoeber.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke. *Sequential traumatization in children: a clinical and statistical follow-up study on the fate of the Jewish war orphans in the Netherlands*. Jerusalem: Magnes Press, 1992.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 286–306.
- Kinston, W., & Cohen, J. (1986). Primal repression: clinical and theoretical aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67: 337–355.
- Kirshner, L. (1994). Trauma, the good object and the symbolic: a theoretical integration. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75: 235–242.
- Kluft, R. (1990). *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. (1999). Memory (book reviews). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47: 227–237.
- Kramer, S., & Akhtar, S. (1991). *The trauma of transgression: psychotherapy of incest victims*. Northvale: Jason Aronson.
- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11: 54–88.

- Krystal, H. (Ed.) (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal, H. (1988). *Integration and Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *The language of Psychoanalysis*, Vols.1 & 2. London: Karnac, 1988.
- Laub, D. (1992). Zeugnis ablegen oder Die Schwierigkeit des Zuhörens. In: U. Baer (Ed.) "Niemand zeugt für den Zeugen". *Erinnerungskultur nach der Shoa.*, (pp. 68–83). Frankfurt: Suhrkamp, 2000.
- Laub, D. (1998). The empty circle: children of survivors and the limits of reconstruction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46: 507–529.
- Laub, D., & Auerhahn, C. (1991). Zentrale Erfahrung des Überlebenden: Die Versagung von Mitmenschlichkeit. In: H. Stoffels (Ed.), *Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft* (pp. 254–276). Berlin: Springer.
- Laub, D., & Auerhahn, N. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74: 287–302.
- Laub, D., & Podell, D. (1995). Art and Trauma. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 991–1005.
- Levine, H. (1990). *Adult analysis and childhood sexual abuse*. Hillsdale: Analytic Press.
- Lorenzer, A., & Thomä, H. (1965). Über die zweiphasige Symptomentwicklung bei traumatischen Neurosen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 18, 674–684.
- Lorenzer, A. (1965). Ein Abwehrsyndrom bei traumatischen Verläufen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 18: 685–700.
- Lorenzer, A. (1966). Zum Begriff der "traumatischen Neurose". *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 20: 481–492.
- Lorenzer, A. (1968a). Methodologische Probleme der Untersuchung traumatischer Neurosen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 22: 861–874.
- Lorenzer, A. (1968b). Some Observations on the latency of symptoms in patients suffering from persecution sequelae. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 316–318.
- Mitscherlich, A., & Mitscherlich, M. (1967). *The Inability to Mourn. Principles of Collective Behavior*. Preface by Robert Jay Lifton. Translated by Beverley R. Placzek. Grove Press: New York, 1975.
- Moore, R. (1999). *The creation of reality in psychoanalysis. A view of the contributions of Donald Spence, Roy Schafer, Robert Stolorow, Irwin Z. Hoffman, and beyond*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Moses, R. (1978). Adult psychic trauma: the question of early predisposition and some detailed mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59: 353–363.
- Niederland, W. (1968). Clinical observations on the "Survivor Syndrome". *International Journal of Psycho-Analysis*, 49: 313–315.
- Niederland, W. (1981). The survivor syndrome: further observations and dimensions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29: 413–425.
- Person, E.S., & Klar, H. (1994). Establishing trauma: the difficulty distinguishing between memories and fantasies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42: 1055–1081.
- Rosenkötter, L. (1979). Schatten der Zeitgeschichte auf psychoanalytischen Behandlungen. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 33: 1024–1038.
- Rosenkötter, L. (1981). Die Idealbildung in der Generationenfolge. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 35: 593–599.
- Roth, S., & Friedman, M.J.(Eds.). "Childhood trauma remembered". *A Report on the current scientific knowledge base and its applications*. Northbrook (no year)
- Sandler, J. (1967). Trauma, strain, and development. In: Furst, S. (Ed.): *Psychic trauma*, (pp.154–174). New York: Basic Books.
- Sandler, J., Dreher, A.U., & Drews, S. (1991). An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychic trauma. *International Revue of Psycho-Analysis*, 18: 133–142.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory. The brain, the mind, and the past*. New York: Basic Books.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: the effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Simmel, E. (1944). Kriegsneurosen. In: *Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften* (pp. 204–226). Frankfurt: Fischer.
- Simenauer, E. (1978): A double helix: Some determinants of the self-perpetuation of Naziism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33: 411–425.
- Steele, B.F. (1994). Psychoanalysis and the maltreatment of children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42: 1001–1025.
- Sugarman, A. (Ed.) (1994). *Victims of abuse. The emotional impact of child and adult trauma*. Madison: International Universities Press.
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L., & Van der Hart, O. (1996). History of trauma in Psychiatry. In: B.van der Kolk, B., A. McFarlane & L. Weisath (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 47–74), New York: Guilford Press.
- Van Der Kolk, B. (1996). Trauma and memory. In: B.van der Kolk, B., A. McFarlane & L. Weisath (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 279–302). New York: Guilford Press.

Анотація. Ця стаття є перекладом з англійської мови розділу з однойменною назвою, який був опублікований у книзі Вернера Болебера «Деструктивність, інтерсуб'єктивність і травма. Криза ідентичності сучасного психоаналізу» (2010, Лондон, Карнак, с. 75–100). У цьому розділі автор робить ґрунтовний науковий огляд розвитку різних теоретичних моделей травми, починаючи з психоекономічної моделі травми З. Фрейда. Автор показує, як поступово у роботах О. Феніхеля та Ш. Ференці відбувається помітний перехід до моделі травми, побудованій на врахуванні об'єктних стосунків. У 50-х роках ХХ століття із розвитком теорії об'єктних стосунків розгляд травми поглиблює цю лінію. В наступних підрозділах автор розглядає внески окремих психоаналітичних розвідок у подальших розвиток розуміння травми, як-от: 1) оцінка наслідків сексуального насильства, особливо в дитячому віці; 2) особливості військових неврозів; 3) нове розуміння травматичного досвіду після Голокосту; 4) дослідження травматичних наслідків Другої світової війни. Автор також торкається проблеми концептуалізації поняття відновленої пам'яті про травматичну подію. Крім того, у статті наведено детальний огляд нових розробок у моделі травми, базованій на теорії об'єктних стосунків, а також окреслено спроби інтеграції різних підходів до травми. Загалом, автор показує, що травма потребує врахування як психоекономічних, так і об'єктно-стосункових аспектів. Психоекономічна модель на психічному рівні переживання підкреслює відчуття приголомшеності та надмірності насильства, тривоги і стимуляції, які неможливо психічно зв'язати, що може привести до внутрішньої капітуляції. Моделі теорії об'єктних стосунків, з фокусом на колапсі внутрішніх підтримуючих об'єктних стосунків, ставлять у центр уваги почуття цілковитої покинутості та розрив усіх афективних зв'язків і внутрішньої комунікації, внаслідок чого травма не може бути інтегрована за допомогою наративу.

Ключові слова: травма, модель травми, психоаналіз, психічна травма, час.

Abstract. This paper is a translated chapter of the same title published in Werner Bohleber's book "Destructiveness, intersubjectivity, and Trauma. The Identity Crisis of Modern Psychoanalysis" (2010, London, Carnac, pp. 75–100). In this chapter, the author provides a thorough scholar review of the development of various theoretical models of trauma, starting with Freud's psycho-economic model of trauma. The author shows how gradually in the works of O. Fenichel and S. Ferenczi there is a noticeable transition to a model of trauma that considered object relations. In the 1950s, with the development of the theory of object relations, the consideration of trauma deepened this line. In the following subsections, the author examines the contributions of specific psychoanalytic studies to the further development of the understanding of trauma, such as: 1) the consequences of sexual abuse, especially in childhood; 2) the specifics of war neuroses; 3) a new understanding of traumatic experiences after the Holocaust; 4) research on the traumatic consequences of World War II. The author also speculates on the issue of conceptualising the notion of restored memory of a traumatic event. In addition, the paper provides a detailed review of new developments in the trauma model based on object relations theory and outlines attempts to integrate different approaches to trauma. Overall, the author shows that trauma requires consideration of both psychoeconomic and object-relationship aspects. The psycho-economic model emphasises the experience of being overwhelmed and an excess of violence, anxiety and stimulation that cannot be bound mentally, which can lead to an internal surrender. Object-relations theory models, with the collapse of the internal supporting object relations, put the feeling of utter abandonment and the disruption of any and all affective bonds and internal communication at the center of attention, as a result of which the trauma cannot be integrated through narrative.

Key words: trauma, trauma model, psychoanalysis, psychic trauma, time.