

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефи́ро Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

Юлия Николаевна

ГИЛЕК

Психолог, практикующий в модальности транзактного анализа;
Москва, Россия; ugilek@mail.ru;
SPIN-код: 9131-5887; ORCID: 0000-0001-6986-4788;
ResearcherID: GOH-1337-2022



Yulia Nikolaevna

GILEK

Psychologist practicing in Transactional Analysis modality;
Moscow, Russia; ugilek@mail.ru;
SPIN code: 9131-5887; ORCID: 0000-0001-6986-4788;
ResearcherID: GOH-1337-2022

Нина Александровна

КОБЗАРЬ

Психолог, практикующий в модальностях транзактного анализа и EMDR (ДПДГ); Москва, Россия; Kobzar-n-a@yandex.ru;
ORCID: 0009-0004-9057-141X; ResearcherID: MTA-2074-2025



Nina Alexandrovna

KOBZAR

Psychologist, practicing in Transactional Analysis modality and EMDR; Moscow, Russia; Kobzar-n-a@yandex.ru;
ORCID: 0009-0004-9057-141X; ResearcherID: MTA-2074-2025

«The Other Comes First»: the idea of relational trauma and other concepts by Zefiro Mellacqua for the treatment of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders

Аннотация. В данной статье авторы провели обзор концепций и моделей сертифицированного транзактного аналитика в области психотерапии, психиатра, доктора Меллакуа Зефира, который много лет исследует способы облегчения шизофренических страданий. Доктор Меллакуа получил в 2024 году премию Эрика Берна за вклад в развитие теории и практики транзактного анализа. Авторы вынесли в эту статью три ключевые идеи д-ра Меллакуа: реляционная травма, двойное расщепление и тело как театр бессознательного в анализе переносов/контрпереносов. Реляционная травма в контексте данной статьи рассматривается как один из важных предикторов фрагментации самости и дезорганизации эго в раннем возрасте, способствующих развитию психопатологии и страданиям эго человека с расстройствами шизофренического спектра. Двойное расщепление (вертикальное и горизонтальное) доктор Меллакуа предлагает как объяснение сути фрагментации и дезорганизации структуры личности; данная концепция дает больше возможностей в терапии клиентов с расстройствами шизофренического спектра. Анализ переносов и контрпереносов предоставляет возможность «видеть» клиента через театр его телесных проявлений, а также через телесные проявления самого терапевта и строить терапевтический процесс с учетом этих проявлений.

Ключевые слова: шизофрения, реляционная травма, исключение эго-состояния, перенос, контрперенос, терапия расстройств шизофренического спектра, соматический ребенок

Abstract. In the present article the authors reviewed the concepts and models proposed by a certified transactional analyst in psychotherapy, psychiatrist, Dr. Mellacqua Zefiro, who has spent many years researching ways to alleviate schizophrenic sufferings. In 2024, Dr. Mellacqua was awarded the Eric Berne Memorial Award for his contribution to the theory and practice of Transactional Analysis. The authors of the article highlight three key ideas of Dr. Mellacqua: relational trauma, double splitting and the body as a theatre of the unconscious in transference/countertransference analysis. In this article relational trauma is considered to be one of the important predictors of early self-fragmentation and ego disorganisation, contributing to the development of psychopathology and ego sufferings of individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. Dr. Mellacqua's concept of double splitting (vertical and horizontal) offers an explanation for personality structure fragmentation and disorganization. This concept gives greater therapeutic opportunities for working with clients with Schizophrenia Spectrum Disorders. Transference and countertransference analysis provides a chance to «see» the client through the theater of his (the client's) and yours (the therapist's) bodily expressions, and build the therapeutic process taking into account these representations.

Key words: schizophrenia, relational trauma, ego-state exclusion, transference, countertransference, therapy of Schizophrenia Spectrum Disorders, somatic child.

Введение

Шизофрения, шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства и различные острые и преходящие психотические расстройства в МКБ-10 объединены в единую группу психических расстройств и расстройств поведения (МКБ 10 — Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства [F20-F29], n.d.).

На данный момент научные знания о причинах расстройств шизофренического спектра отражены в концепции сочетания полигенной генетической предрасположенности человека к таким расстройствам и психосоциальных факторов, которые выступают триггерами для манифестации заболевания. Эта концепция получила название биопсихосоциальной модели, которая широко используется в настоящее время при изучении психических расстройств (Engel G., 1977; Wade, Halligan, 2017; van Os and others, 2008). Согласно этой модели, генетические и наследственные пред-

посылки вступают во взаимодействие с окружающей средой, ранним опытом отношений и стрессоров, что в комплексе провоцирует манифестацию расстройства и его обострение.

Различными исследователями выявлены негенетические факторы, влияющие на развитие психических заболеваний:

- внутриутробные, родовые или послеродовые осложнения;
- вирусные инфекции центральной нервной системы;
- детские травмы и пренебрежение потребностями ребенка;
- стрессовые воздействия биологического характера (употребление психоактивных веществ) и социального характера: потеря работы, утрата близкого человека, отношений и пр. (Tamminga, 2022);

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефино Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

- окружающая городская среда во время взросления: уровень плотности населения или размер города, миграция (van Os and others, 2008).

К психологическим аспектам, выступавшим триггерами манифестации заболевания в различные периоды развития психотерапии, относили: понятие «шизофренического родителя», теорию двойной связи, «расколотой семьи» (семьи с враждебными лагерями), доминирования одного родителя, идеи величия у родителя на основе чувства неполноценности, конкуренцию внутри семьи (Холмогорова, 2002).

Исследования причин возникновения и динамики протекания расстройств шизофренического спектра активно продолжаются. В настоящее время не подтверждено, что расстройства шизофренического спектра однозначно прогрессируют; отмечаются частые случаи полного или почти полного восстановления психоэмоциональных и когнитивных функций (Психиатрия..., 2006). Тем не менее в связи с неоднозначностью проявления и динамики психопатологических симптомов, остаются сложными вопросы дифференциальной диагностики, а также психотерапии клиентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Тенденция к гуманизации помощи людям с расстройствами личности предполагает комплексный подход, при котором повышается автономность, что соответствует принципам транзактного анализа. Деинституализация психиатрии, реализуемая в настоящее время в России (Sanz-Osorio and others, 2022), также подразумевает все большую адаптацию к жизни человека с недугом, что будет более эффективно при сотрудничестве с психотерапевтом. Такое сопровождение может стать важным вкладом в предотвращение психотических эпизодов или снижение их остроты, снижение числа госпитализаций, большую интеграцию в общество, повышение качества и продолжительности жизни лиц с расстройствами шизофренического спектра.

Клиент с расстройством шизофренического спектра может прийти в психотерапию на разных стадиях развития заболевания, в том числе до его манифестации. Мы считаем, что обязательными условиями для работы с такими клиентами являются: сотрудничество с психиатром и клиническим психологом, нахождение психотерапевта в личной терапии, а также работа под супервизией специалиста, имеющего соответствующий опыт с подобными клиентами.

В настоящее время эта тема вновь обретает актуальность благодаря работам доктора Зефино Меллакуа (PhD, СТА-Р), который получил премию Берна в 2024 году. Д-р Меллакуа решительно выступает за возвращение к ранним работам Берна о бессознательных процессах. По мнению З. Меллакуа, столпами, на которых психотерапевты, практикующие в транзактно-аналитическом подходе, смогут построить прочный свод знаний и техник для понимания и терапии шизофре-

нических страданий, являются: идея о реляционной травме, влияющей на расщепление эго-состояний; идея об отчуждении, а не только о конфликте эго-состояния; идея о большом вкладе телесного опыта в анализ переносов/контрпереносов.

В данной статье мы сделали обзор основных идей, представленных в научных трудах Зефино Меллакуа: *Transactional Analysis of Schizophrenia The Naked Self* (Mellacqua, 2020a) и *«When a Mind Breaks Down: A Brief History of Efforts to Understand Schizophrenia»* (Mellacqua, 2020b).

1. «Другой приходит первым». Реляционная (отношенческая) и травматическая модель шизофрении

Реляционная (отношенческая) сущность шизофрении, по мнению З. Меллакуа, заключается в исторической патологии опыта Ребенка, называемой фрагментацией самости, то есть дезорганизацией и отсутствием связности в опыте самости в результате ранних и длительных отношенческих травм.

Наше первое чувство эго — это телесное эго, или Соматический Ребенок (Д1). Телесное эго неизбежно несет следы Другого: «Другой приходит первым». Ребенок не может быть воспринят как отдельный от его различных отношений с его или ее значимыми другими (Winnicott, 1960). Становление человеком с самого начала нашей внутриутробной жизни является актом Другого; мы рождаемся из-за и для Другого. Позже, что бы ни чувствовало и ни переживало наше тело (Д0) в раннем возрасте, это никогда не может быть осмысленно отделено от ответов, которые неонатальное и инфантильное эго Ребенка вызовет у Другого (Р0). Это, в свою очередь, сформирует у ребенка самое раннее чувство формирующейся идентичности (В0) (Mellacqua, 2020a).

В различных трудах авторов, исследующих личные и психиатрические истории лиц с шизофренией и шизофреноподобными психозами, можно выделить две особые группы фундаментальных стрессовых переживаний, которые характеризовали их детство и подростковый возраст:

1. опыт раннего и длительного насилия (физического, словесного, эмоционального и/или сексуального);
2. опыт раннего и длительного пренебрежения: отказ от контакта, домашнее пренебрежение, игнорирование потребностей; наличие серьезных психических и поведенческих проблем у родителей; разлука и/или крайне враждебный развод родителей; частая смена места жительства; сложная приемная семья и т. д. (Mellacqua, 2020a).

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефира Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

В практике работы с клиентами, имевшими опыт шизофреноподобного психоза, мы сталкиваемся с историями и воспоминаниями, отмеченными травмами в отношениях в раннем детском возрасте (отсутствие, холодность, отвержение близким взрослым, а также насилие и агрессия). В более позднем возрасте их истории наполнены экзистенциальной неустойчивостью, частыми драмами в отношениях, размытием или недостаточностью границ. Эти клиенты запутаны, подавлены собственными идеями и мыслями, как будто выброшены из условного пространства и времени, но с ними остаются их «говорящие» тела, которыми они тянутся к Другому.

Шизофрения показывает нам, как неожиданные экзистенциальные травмы — особенно в периоды, когда разум человека еще не готов справиться с уровнем психической, а иногда и физической боли, связанной с ними, — могут привести к ситуациям, которые нарушают у человека все еще размытое восприятие Другого.

Страдание эго при шизофрении — это страдание, которое всегда происходит в отношениях с Другим, независимо от материального присутствия этого Другого в реальной жизни клиента.

З. Меллакуа опирается в своих исследованиях на идею Эрика Берна о кумулятивной травме, способной породить психопатологию. Чтобы проиллюстрировать эту идею, Берн (1961) в книге «Транзактный анализ в психотерапии» предложил метафору о стопке монет. Берн сравнивал психическое равновесие человека со стопкой монет, в которой каждая монета — это продукт целого спектра повседневного опыта, например: мыслей, эмоций, поведения, соматических ощущений и т.д., которые соответствуют эго-состояниям. Из этой метафоры следует, что накопление травматического опыта — это накопление деформированных монет и, следовательно, дисфункциональных эго-состояний.

Подобно неровной, перекошенной, колеблющейся стопке монет, которая в результате опрокидывается, психоз случается там, где стабильность зависит от удержания в своем сознании и теле пережитых травм. «Чем ниже находится деформированная монета, тем больше ее эффект на конечную стабильность. Одна гнутая копейка может в конечном счете вызвать хаотичное падение тысяч крупных монет» (Берн, 1961, р. 54).

Метафора монет Э. Берна (1977) подчеркивает многофакторное влияние травмы на психическое здоровье, а также ее отсроченное феноменологическое проявление по сравнению с периодом первого реального травматического опыта. Стопка монет, которая увеличивается за счет все более ценных монет, разрушается, когда достигает определенной высоты. Аналогично личность клиента имеет уже ослабленное

фрагментированное эго, расщепление которого приобретает характер катастрофы во время первого психотического эпизода.

Хотя эта идея не нова, важно понимать, что психотическое эго расщепляется, но не является безнадежно разрушенным или глубоко регрессированным, недоступным «Я»; то есть представляет собой «Я», которое все еще развивается, несмотря на то, что личность вступает в разрушающие и небезопасные отношения, которые продолжают влиять на фрагментацию и распад эго.

Таким образом, при терапии клиентов с расстройством шизофренического спектра З. Меллакуа вслед за Э. Берном ставит во главу угла идею о возможности развития и интеграции эго клиента.

2. Метапсихология шизофренических психозов (дополнения З. Меллакуа): родительские исключения и двойное расщепление

Метапсихология Берна включает теоретические элементы, относящиеся как к интрапсихическому конфликту, так и к моделям дефицита человеческой психики и человеческой психопатологии. Берн вдохновлялся греческой и латинской культурой, а также, как показывают его неоднократные отсылки, опирался на классическую мифологию и экзистенциализм таких его представителей, как Сартр и Кьеркегор, от которых Берн заимствовал свое видение трагического Человека, который не является единственным творцом своей судьбы (Berne, 1977). С самого начала своего существования Человек Берна оказывается активно вовлеченным в непрерывный нарратив человеческих отношений, глубоко поглощенным в своей биологии жадой Другого; его идентичность формируется кишачей множественностью, которая приводит к тому, что он не может интегрировать и определить себя без признания Другого, Другим и в Другом.

Обширная теория и методология контаминации и исключения как интрапсихического конфликта были разработаны Берном. После Берна конфликтная модель психопатологии в транзактном анализе была дополнена теорией тупиков Гулдингов (1979) и теорией симбиоза и пассивности Шиффов (1975).

Согласно теории тупиков, шизофреноподобная психотическая структура может быть понята в терминах интрапсихического конфликта между эго-состояниями внутри археопсихики или эго-состояния Ребенка (Д2).

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефира Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

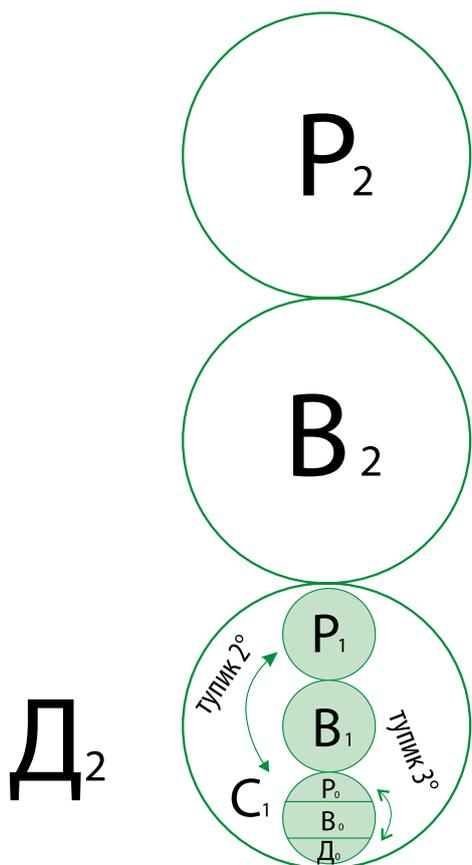


Рисунок 1. Интрапсихический конфликт между эго-состояниями [Mellacqua, 2020a]

Зефира Меллакуа говорит, что не всегда для выхода из тупика требуется повторное принятие решения, поскольку, по его мнению, активность, опыт и конфронтационный подход терапевта в его помощи клиенту могут ограничивать возможности работы с переносом и контрпереносом в терапевтических отношениях.

Основные тезисы подхода Шиффов: 1) Симбиоз как архаичная неразрешенная структурная и функциональная зависимость от значимых других. 2) Пассивность как поведенческое проявление этой зависимости от отношений и ее увековечивание посредством обесценивания. 3) Фильтр с внешней реальностью при отсутствии реальных границ. Структурная модель психоза по Шиффам была разработана в рамках конфликтной теории личности. Фокус ее теории был на диктаторской роли Родителя (P2) и гипердаптациях Ребенка (D2), что приводит к всепроникающему дисфункциональному тестированию реальности Взрослым (B2) психотического клиента (через игнорирование и переопределение).

Теория психоза Шиффов, по-видимому, имеет ограничения, поскольку не признает и не описывает адекватно специфические характеристики шизофренической патологии, включая:

1. Взаимодействие между прошлой травмой отношений и первичными исключениями.

2. Более распространенные экзистенциальные аспекты фрагментации и отчуждения эго-самости (например, неопределенность бытия, субъективное чувство потерянности, потери себя, эмоциональная отстраненность и т. д.).
3. Нарушение личного повествования, проявляющееся в тяжелых нарушениях мышления (например, ослабление ассоциаций, вставка мыслей, отстранение мыслей, трансляция мыслей, неологизмы и т. д.).
4. Отсутствие границ эго, приводящее к чрезмерной подверженности воздействию других и мира (навязчивость и телесная адгезия (приклеивание) к другим).
5. Более сложные переносные и контрпереносные разыгрывания, которые происходят, помимо симбиоза, в отношениях «здесь и сейчас» с людьми с шизофренией.

Акцент на родительские исключения

Отношенческую и травматическую модели психопатологии шизофрении З. Меллакуа видит в том, чтобы, не игнорируя родительско-детские контаминации, делать больший акцент на родительских исключениях на разных стадиях развития эго. В частности, исключение Родителя подразумевает представление расширенного и крайне изнурительного дефицита в психотической структуре, возникающего в результате ранних, доэгоических, ненастроенных и разнообразно травматических отношений между развивающимся ребенком и опекающей персоной (Mellacqua, 2020a).

Ранняя и хроническая травма отношений нарушает способность шизофренического клиента формировать собственные рассказы, тем самым создавая жесткие разделения и трещины в собственном опыте, которые приводят к фрагментации психики человека. При этом Внутренний Родитель становится источником глубокой экзистенциальной боли.

Двойное расщепление

По мнению Берна, расщепление как структурная особенность шизофренической патологии является не просто теоретической конструкцией, а относится к реальным событиям прошлой жизни и опытам отношений развивающегося индивида с историческими другими.

Вертикальное расщепление довольно полно представлено в работах транзактных аналитиков. Оно напрямую связано с расщеплением в понимании Кляйн (1997) биполярности (хорошо-плохо) и в понимании Берна (1975: 1972, с. 134) противоположных эго-состояний (крестная фея и мать-ведьма).

Психопатология шизофрении характеризуется присутствием другой формы расщепления, которую можно назвать горизонтальным расщеплением, похожим на понятие вытеснения при шизоидном процессе (РЭр-

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефира Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

скин, 1993, 2001; Литтл, 2001; O'&apost;Рейли-Напп, 2001). При горизонтальном расщеплении некоторая опытная информация недоступна для осознания состояния эго Взрослого (В1 или В2), причем расщепление удерживает бессознательные мысли, эмоции и телесные переживания вне осознания, чтобы поддерживать сплоченность ядерного эго-Я. «Я» (Д1) использует это формирующееся расщепление, чтобы справиться с ранним, сохраняющимся травматическим объектом, частично-объектным и/или доэдиповым отношением, которое человек не может сформулировать или разрешить.

Структурно ярко выраженное острое психотическое состояние может быть представлено (рисунок 2) исключаящим, фрагментированным Ребенком (Д2), где присутствует исключение Родительского эго-состояния на разных стадиях психоразвития (Р2 и Р1), а соматико-аффективный материал, исходящий от Ребенка внутри Ребенка (Д1), едва доступен зарождающему рефлексивному Взрослому (В1 и В2), который, в свою очередь, стал преждевременно неинтегрированным как структурно, так и функционально из-за реляционной ретравматизации.

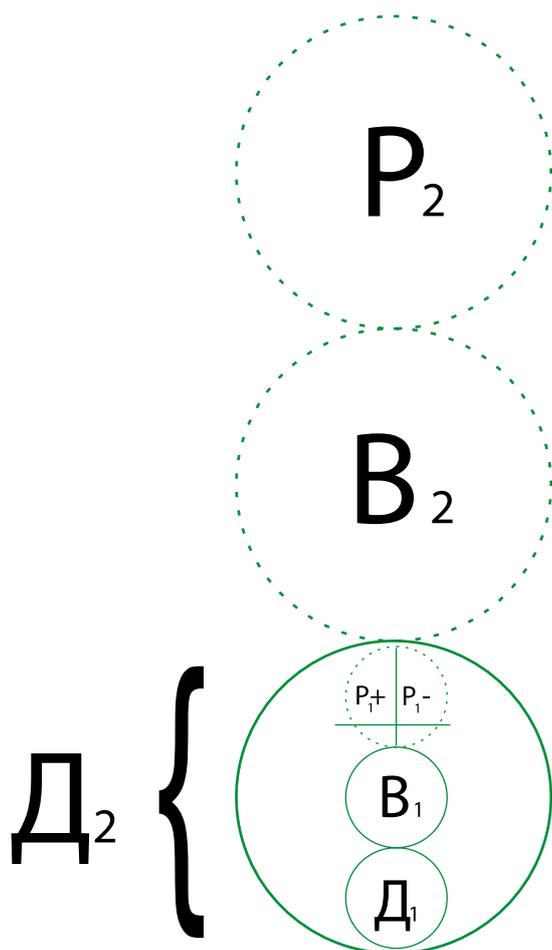


Рисунок 2. Фундаментальная структура эго-состояний при шизофреноподобном психозе [Mellacqua, 2020a]

Более конкретно исключаящий Ребенок представлен на рисунке 2 непрерывной и более темной круговой линией (по сравнению с другими), что можно описать как жесткие защиты, установленные Детским эго-состоянием.

Эта ригидность затем подвергает Ребенка психотического человека множественным внутренним склерозам, представленным на рисунке вертикальными непрерывными линиями, такими как та, которая разделяет Р1+ и Р1-, и горизонтальными линиями, такими как те, которые разделяют Р1 от В1 и В1 от Д1. С психодинамической точки зрения внутренние склерозы эго-состояния Ребенка соответствуют процессам вертикального и горизонтального расщепления.

Кроме того, конкретная ломаная линия вокруг буквы «В» иллюстрирует отсутствие развития и интеграции рефлексивного эго-состояния Взрослого с ранних стадий жизни (т. е. В1, а также В2) из-за прямого воздействия реляционных и нереляционных травматических переживаний на психику развивающегося индивида.

Действительно, исключение Родителя при шизофрении рассматривается здесь как конечная точка очень ранних множественных процессов расщепления, влияющих на развивающееся эго в детстве и подростковом возрасте в результате травматических нарушений и разрывов в сфере ранних объектных отношений между зарождающимся «Я» и референтными другими (Р1).

Перед лицом ранних проблем в отношениях с другими то, что развивающийся ребенок не может сформулировать ни словами, ни образами, преждевременно вытесняется из символической сферы и посредством горизонтального расщепления может оставаться в состоянии покоя на телесно-эмоциональном уровне опыта. Психотический срыв выносит на поверхность тела то, что было горизонтально отщеплено от сознания еще на тех фазах психологического и нейробиологического развития (от зачатия до 3–4 лет), когда никакая эпизодическая (автобиографическая) память еще не доступна развивающемуся «Я». Следовательно, травматический отношенческий объект представляет собой бессознательный субсимволический материал, нуждающийся в более символической организации.

Люди с параноидной шизофренией, склонные к вертикальному расщеплению, как правило, страдают от формы «нечистой совести», посредством которой усиленно сохраняют чувство невиновности собственного «Я» вместе с непреклонной подозрительностью к другим, которых неизменно воспринимают как преследующих. С другой стороны, люди с шизоидным расщеплением, пережившие психотические эпизоды, обычно остаются в результате горизонтального расщепления либо с бесчувственным телом, которое легко переполняется почти невыразимыми и тревожными сенсорно-аффективными переживаниями, либо с

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефира Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

бестелесным разумом, который имеет тенденцию дистанцироваться от своего чувственного тела. При этом взрослое эго-состояние (или центральное эго), являющееся нестабильным и неинтегрированным в результате повторяющихся отношенческих травм, может пытаться увековечить эти психозы или их остатки в тело.

Ломбарди (2016) описал похожий процесс в работе с психотическими клиентами, используя термин «перенос на собственное тело» (с. 49). Отсюда происходит производство телесных переживаний и неизлечимых соматических жалоб, которые одновременно и постоянно направлены на то, чтобы вернуть внимание и любовь Другого, которые еще не были полностью утрачены. Это отчуждение эго в собственном теле, по сути, является прелюдией к феноменологическому опыту глубокого одиночества и изоляции личности от мира внешних отношений. Телесная интроверсия, как ни парадоксально, кажется единственным способом избежать депрессии (распространенного опыта после психотического срыва) и не умереть от травматического отсутствия Другого. Это можно считать воплощенным требованием отношений с (новым) Другим.

3. Тело — фактический театр бессознательного. Ипохондрический коллапс и тканевые переживания себя

Когда Маленький Профессор (В1) в присутствии неинтегрированного В2 терпит неудачу в своей попытке реорганизовать опыт себя, одновременно осмысливая реальность и сдерживая тревожного Ребенка (Д1) путем построения более или менее систематизированных заблуждений и/или галлюцинаций, скорее всего, последует структурный коллапс всего эго-состояния Ребенка (Д2). Меллакуа (2014) называет этот внутренний процесс в Ребенке ипохондрическим коллапсом Ребенка/я из-за его особой психосоматической природы. Он выражается в непоколебимой тревоге, которую испытывают психотические клиенты по поводу серьезного физического заболевания, которое влияет на их тело с угрожающими жизни или идентичности последствиями.

Раннее развитие речи у младенца, когда он использует звук собственного голоса для самоуспокоения, или мышечное напряжение, которое приводит к тому, что тело **спазмируется** в периоды стресса, являются примерами защитных моделей. Все это происходит так, как будто Маленький Профессор (В1), который преждевременно заблудился в вербальных транзакциях, должен был позволить Соматическому Ребенку (Д1) заново изобрести телесный рассказ о собственном опыте.

Психотические личности часто чрезмерно используют сенсорно-аффективный опыт и физические

ощущения как способ справиться со своей дефектной способностью к реальным объектным отношениям (исключениями являются Р1 и Р0). Психотическая абстиненция, сопровождаемая повышенной озабоченностью телесными функциями, парадоксальным образом представляет собой форму лечения для формирующегося эго, которое было повреждено ранней травмой отношений и которое неспособно работать с реальными репаративными процессами.

Эти примеры защитных реакций Меллакуа называет, основываясь на работах других авторов (Бик, 2002; Блум, 2006), второй кожей, которая проявляется психотическим индивидом в форме соматических (тело-тело) транзакций с терапевтом.

В некоторых случаях эти давно удерживаемые и глубоко укоренившиеся процессы второй кожи представляют собой бессознательный рассказ о себе, который идет параллельно психоаналитическому исследованию ментальных мыслей и образов (Блум, с.69).

Вводя идею протокола, Берн говорил о «записи на теле» неосознаваемых (включая творческие и интуитивные), а также бессознательных (т.е. травматических) реляционных (но симбиотических) переживаний, которые происходят в жизни очень рано. Берн настоятельно подчеркивал терапевтическую ценность психотических переживаний и их связь с личной историей и жизненными событиями своих клиентов (Berne, 1961).

Клиенты с расстройством личности, так же как и другие люди, не могут избежать субсимволического тканевого опыта Другого, поскольку он записан в теле, хотя и не осознают этот опыт рефлексивно. Чтобы продолжать избегать этого опыта, такие клиенты могут отказываться от символической коммуникации, но при этом тело остается в коммуникации субсимволически (неосознанно, тканевым путем).

Определение протокола, данное Корнеллом и Ландайш (2006), звучит так: «Протокол — это ядро невербального, соматического опыта, которое может быть затронуто или вызвано в интимных отношениях. Такие моменты часто пропитаны как надеждой, так и страхом. <...> Протокол не существует отдельно от чувства себя человека, но является той самой матрицей, из которой мы организуем свои отношения. Она неразрывна с нашими телами и собой» (р. 204).

Вместе с понятием первичного протокола, предусмотренного Берном (1975, 1961, 1977), Меллакуа изначально нашел идею «немыслимого известного», разработанную Болласом (1987), чрезвычайно проясняющей концепцией, которая будет помогать терапевтам, в том числе методологически, удерживать фокус на гораздо более глубоком уровне взаимности. По мнению Болласа, «немыслимое известное» относится к тому, что мы «знаем» на каком-то уровне, но не можем выразить, по крайней мере на первых порах, словами.

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефира Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

Таким образом, тканевые или телесные переживания себя, которые мы можем наблюдать у шизофренического клиента (реакции первичного протокола, ипохондрический коллапс, «вторая кожа»), а также идея «немыслимого известного» представляют собой материал для аналитической работы психотерапевта, оказывающего помощь клиентам, испытывающим шизофренические страдания.

4. Анализ протокола переноса/ контрпереноса

3. Меллакуа делает вывод, что антипсихотические препараты сами по себе не являются «достаточными» для монотерапии шизофрении. Они помогают уменьшить психотические страдания (от паранойи до телесной диссоциации) Ребенка клиента и снизить бредовые и галлюцинаторные переживания, но они, безусловно, не дают личности нового Родителя. Ответственность терапевта, других специалистов по психическому здоровью, а также семьи и в более широком смысле общества заключается в том, чтобы быть этим Другим из плоти и крови для клиента. Вместе они должны быть и воплощать того первичного Родителя, в котором люди с психозом все еще нуждаются, чтобы получить доступ к своей обнаженной сущности.

В соответствии с отношенческим подходом в транзактном анализе (Fowlie & Sills, 2011; Hargaden & Sills, 2002; Moiso, 1985), терапевтическая встреча с шизофреническими индивидуумами обеспечивает критический момент, в течение которого их историческая травма может вновь проявиться в форме переносных и контрпереносных реакций.

Меллакуа подчеркивает важность и возможность использовать в работе анаклитический перенос со стороны клиентов с шизофренией по отношению к своим значимым другим, в первую очередь к терапевту. Независимо от более или менее травматического прошлого этих клиентов, анаклитический перенос, сформированный транзакциями тоски по Родителю, основан на убеждении Детского эго-состояния этих людей в том, что однажды они встретят нового Другого, который сможет помочь им осмыслить их собственный опыт замешательства, экзистенциальной потери или, что еще хуже, субъективного отчуждения и фрагментации. Размышления Кристофера Болласа (2013) перекликаются с этим: «Существует не только бессознательная вера в прибытие этого другого, но также будет поиск такого человека, в чьем присутствии эти замороженные состояния «Я» могут быть освобождены, затем концептуализированы и, наконец, поняты» (р. 71).

Признание того, что есть часть «Я», которая, несмотря на психотический шторм, жаждет новых объективных и объектных отношений «здесь и сейчас» с Другим (включая терапевта), делает лечение шизофренических страданий фактически возможным.

Быть достаточно хорошим в работе с клиентами с расстройствами шизофренического спектра, по мнению 3. Меллакуа, означает поощрять их самые аутентичные стремления до тех пор, пока они не смогут адаптировать, как и все остальные, свои собственные внутренние образы к внешней реальности, включая психологическую реальность Другого как иного, чем Я.

В работе с психотическими людьми терапевт немедленно вводится в арену отношений, которая плотно заполнена символизмом, образами, намеками, метафорами, телесно-эмоциональным и, следовательно, протоментальным повествованием, в котором мысли и эмоции являются как конкретными, так и хрупкими и лабильными.

Современная карта, с помощью которой, по мнению Меллакуа, можно рассматривать мир шизофрении, должна не только учитывать субъективные особенности шизофренического опыта, но и использовать новые линзы, через которые терапевт сможет, наконец, встретиться с человеком, страдающим шизофренией, от первого лица. Это анализ протоколов переноса и контрпереноса.

При описании опыта работы с психотическими клиентами Меллакуа делится особенностями переноса и контрпереноса. Такую работу сопровождают примитивные защиты клиента: проекция, проективная идентификация и интроекция. Со стороны терапевта нередко наблюдается рационализация, которая может привести к дистанцированию от клиента, к попыткам занять позицию эксперта как способу позаботиться о собственной и клиентской безопасности. Это, в свою очередь, может повлечь за собой разрушение терапевтических отношений.

Зефира Меллакуа выделил две модальности переноса в терапевтических отношениях с такими клиентами: проективная идентификация, основанная на параноидном разрешении страданий фрагментации, и шизоидный перенос, основанный на идее желания и страха близких телесных отношений с Другим.

Проективная идентификация проявляется в переносе на терапевта идеализированного или преследующего Родителя. Вертикальное расщепление Родителя внутри Ребенка (P1) между Хорошим Другим и Плохим Другим и одновременное исключение P1 из ядерного эго человека является основным решением для противостояния клиента тоске расщепления, поскольку клиент бессознательно стремится сохранить иллюзию структурной «целостности» своего эго. Бережный анализ позитивных и негативных проекций дает богатую информацию о внутреннем мире клиентов.

Стоит отметить, что клиенты, страдающие шизофренией, могут не воспринимать терапевта как отдельного субъекта. Тогда терапевт может почувствовать, что он погружен во внутренний мир клиента. На таком

Юлия Николаевна ГИЛЕК, Нина Александровна КОБЗАРЬ

«Другой приходит первым»: идея реляционной травмы и другие концепции Зефино Меллакуа для терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра

уровне вербальные коммуникации не будут приносить результата. Несмотря на внешнюю изоляцию, у клиентов даже в остром состоянии сохраняется инфантильное эго-состояние (Д1 и Д0), которое ищет признания и отношений с Другим — прежде всего с терапевтом. Клиенты демонстрируют свое доверие, показывая обнаженность психики, которая становится более проявленной благодаря интроекции. При таком контакте клиент остро нуждается в Родителе (Р1).

Для работы с процессами проекций, интроекций и проективной идентификации Зефино Меллакуа предлагает идеи телесно-эмоциональной проводимости и телесно-эмоционального отклонения. При этом телесно-эмоциональная проводимость не только дает клиенту ощущение «тепла» Другого, но и предоставляет самому терапевту возможность быть «датчиком» уровня переживания клиента. Телесно-эмоциональное отклонение от проекций клиента — более сложно регулируемый процесс контрпереноса, который может угрожать разрывом альянса с клиентом. В случаях, когда отклонение возможно и оно удается, это позволяет клиенту увидеть и признать отдельность терапевта, что становится началом признания отношений с реальным Другим и началом принятия клиентом ответственности за свою жизнь.

Для эффективной работы следует обращать пристальное внимание на телесные и эмоциональные процессы, не стремясь преодолеть растущий дискомфорт. Именно тело может использоваться клиентами для выражения связи с Другим. Иногда может показаться, что у клиента нет шизоидного переноса, но это может быть феноменологическим маркером исторического дефицита отношений. Здесь разыгрывание переноса проявляется, когда растет озабоченность пациента телесными ощущениями (ипохондрический коллапс). Ипохондрический коллапс представляет собой интрофлексию эго Ребенка в его собственное тело с целью организации защитного отчуждения от Другого и реального мира. Затем это нагруженное страхом соматико-аффективное довербальное состояние в Ребенке клиента стремится перенести свой телесный дискомфорт на терапевта как на другое тело или объект. Вместе с телесным дискомфортом терапевт может замечать все большее воздействие бессознательного, проявляющееся в снах, фантазиях, образах.

В целом терапевту важно уметь обращаться с теми внутренними переживаниями, которые могут возникнуть в ходе терапевтического взаимодействия с психотическим клиентом: ненависть и любовь, жестокость и апатия, конфликт и уединение, текущая нестабильность и неуверенность в будущем, а также вся неопределенность человеческого существования. Необходимо тщательно анализировать данные процессы, работать под супервизией и находиться в непрерывной личной терапии. Подобный терапевтический процесс принесет

больше информации и изменений, чем методы осознанной сонастройки, расспроса и эмпатии.

Клиент и психотерапевт посредством своих протоколов воспроизводят из прошлого и транслируют в настоящем бессознательную динамику межтелесной взаимности. Таким образом, анализ протокола становится терапией от шизофренических путаниц и затруднений.

Заключение

Проведенный обзор позволил сделать следующие выводы.

1. Наше первое чувство эго — это телесное эго, или Соматический Ребенок (С1). Телесное эго неизбежно несет следы Другого: «Другой приходит первым». Ранняя и хроническая травма отношений с Другим нарушает способность шизофренического клиента формировать собственные рассказы, тем самым создавая жесткие разделения и трещины в собственном опыте, которые приводят к фрагментации психики человека.
2. Отношенческую и травматическую модели психопатологии шизофрении Меллакуа Зефино видит в том, чтобы, не игнорируя родительско-детские контаминации, делать больший акцент на родительских исключениях на разных стадиях развития эго.
3. Хотя психотическое эго расщепляется, оно не является безнадежно разрушенным или глубоко регрессированным, недоступным «Я», а представляет собой «Я», которое все еще развивается. Таким образом, при терапии клиентов с расстройством шизофренического спектра 3. Меллакуа вслед за Э. Берном ставит во главу угла идею о возможности развития и интеграции эго клиента.
4. Психотерапевты, практикующие в транзактно-аналитическом подходе, имеют возможность облегчить страдания клиентов, имеющих расстройства шизофренического спектра, создавая особое терапевтическое взаимодействие на основе информации бессознательных процессов клиента, получаемых в протоколах переноса/контрпереноса.
5. Клиент и психотерапевт посредством своих протоколов воспроизводят из прошлого и транслируют в настоящем бессознательную динамику межтелесной взаимности. Таким образом, анализ протокола становится терапией от шизофренических путаниц и затруднений.
6. Подобный терапевтический процесс принесет больше информации и изменений, чем методы осознанной сонастройки, расспроса и эмпатии.

Список литературы

1. Гантрип, Г. (2016) Шизоидные явления, объектные отношения и самость. Институт общегуманитарных исследований.
2. Коркина, М. В., Лакосина, Н. Д., Личко, А. Е., Сергеев, И. И. (2006) Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. МЕДпресс-информ.
3. Костюк, Г.П., Масыкин, А.В. (2018) Модернизация психиатрической службы г. Москвы: от гуманизации помощи к развитию общественно ориентированной психиатрии // Психиатрия. 79. P. 23-29.
4. МКБ 10 — Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства (F20-F29). (n.d.). МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Retrieved February 9, 2025, from <https://mkb-10.com/index.php?pid=4160>
5. Мруг, Е. Ф. (2015) Динамика позитивных и негативных симптомов у больных параноидной шизофренией при комбинации атипических антипсихотиков и транзактного анализа // Современные инновации. 1. С. 45-50.
6. Скрипов, В.С., Есина, К.М., Антипина, О.Ю., Семенова, Н.В. (2021) Бригадные формы оказания психиатрической помощи населению Российской Федерации в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи. Анализ современного состояния // Национальное здравоохранение. 2 (4). С. 20-25. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.4.20-25>
7. Холмогорова, А. Б. (2002) Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Консультативная Психология И Психотерапия. 10(1). P. 122-138.
8. Шитов, Е. А., Ховрачев, А. П. (2002) Теория пассивности Шиффов: обзор // Вопросы ментальной медицины и экологии. VIII(2). С. 53-58.
9. Berne, E. (1961) Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry. In Grove Press eBooks. <https://doi.org/10.1037/11495-000>
10. Berne, E. (1977) Principles of group treatment. New York, NY: Grove Press. (Original work published 1966).
11. Berne, E. (1975) What do you say after you say hello? The psychology of human destiny. London: Corgi. (Original work published 1972).
12. Bick, E. (2002) Further considerations on the function of the skin in early object relations. In A. Briggs (Ed.), *Surviving space: Papers on infant observation* (pp. 60- 71). London: Karnac Books. (Original work published 1986).
13. Bloom, K. (2006) *The embodied self: Movement and psychoanalysis*. London: Karnac Books.
14. Bollas, C. (1987) *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York, NY: Columbia University Press.
15. Bollas, C. (2013) *Catch them before they fall: The psychoanalysis of breakdown*. London: Routledge.
16. Cornell, W. F., & Landaiche, N. M., III. (2006) *Impasse and intimacy: Applying Berne's concept of script protocol*. *Transactional Analysis Journal*, 36, 196-213.
17. Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science*. 196(4286). P. 129-136. doi:10.1126/science.847460
18. Erskine, R. G. (1993) Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23, p.184-190.
19. Erskine, R. G. (2001) The schizoid process. *Transactional Analysis Journal*, 31, p.4-6.
20. Fowlie, H., & Sills, C. (2011) *Relational transactional analysis: Principles in practice*. London: Karnac Books.
21. Goulding, M. M., Goulding, R. L. (1979) *Changing lives through redecision therapy*. New York, NY: Grove Press.
22. Hargaden, H., & Sills, C. (2002) *Transactional analysis: A relational perspective*. Hove: Brunner-Routledge.
23. Klein, M. (1997). Some theoretical conclusion regarding the emotional life of the infant. In M. Klein, *Envy and gratitude and other works, 1946-1963* (pp. 61-93). London: Vintage. (Original work published 1952).
24. Little, R. (2001) Schizoid processes: Working with the defenses of the withdrawn child ego state. *Transactional Analysis Journal*, 31, p.33-43.
25. Lombardi, R. (2016) *Metà prigioniero, metà alato: La dissociazione corpo-mente in psicoanalisi*. Turin: Bollati Boringheri. [Translated into English (trans. unknown): *Body-mind dissociation in psychoanalysis: Development after Bion*. London: Routledge].
26. Mellacqua, Z. (2014) Beyond symbiosis: The role of primal exclusions in schizophrenic psychosis // *Transactional Analysis Journal*, 44(1), 1-23.
27. Mellacqua, Z. (2020a) *Transactional Analysis of Schizophrenia: The Naked Self*. Routledge.
28. Mellacqua, Z. (2020b) When a Mind Breaks Down: A Brief History of Efforts to Understand Schizophrenia // *Transactional Analysis Journal*. 50(2). P. 117-129. DOI: 10.1080/03621537.2020.1726657
29. McWilliams, N. (2006) Some Thoughts about Schizoid Dynamics // *The Psychoanalytic Review*, Vol.93 (1), pp.1-24.
30. Moiso, C. (1985) Ego states and transference. *Transactional Analysis Journal*, 15, 194-201.

31. O'Reilly-Knapp, M. (2001) Between two worlds: The encapsulated self. *Transactional Analysis Journal*, 31, 44-54.
32. Sanz-Osorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Criado, M. P., Vallès, V., Escobar Bravo, M. A. (2022) Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 30(2). P. 162-181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>.
33. Sanz-Osorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2023) Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review // *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 30(2). P. 162-181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
34. Schiff, J. L. (with Schiff, A. W., Mellor, K., Schiff, E., Schiff, S., Richman, D., Fishman, J., & Momb, D.) (1975) *Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis*. New York, NY: Harper & Row.
35. Тамминга, С. (2022, October 8) Шизофрения. Справочник MSD Профессиональная версия. URL: <https://www.msdmanuals.com/ru-ru/professional> (дата обращения: 10.02.2025).
36. Thompson, P. M., Vidal, C., Giedd, J. N., Gochman, P., Blumenthal, J., Nicolson, R., Toga, A. W., Rapoport, J. L. (2001) Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 98(20). P. 11650-11655.
37. Uranova, N. A., Vikhрева, O. V., Rakhmanova, V. I. (2024) Ultrastructural disturbances in microglia-neuron interactions in the head of the caudate nucleus in schizophrenia// *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 275. P. 823-838.
38. van Os, J., Rutten, B. P., Poulton, R. (2008) Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions // *Schizophrenia bulletin*. 34(6). P. 1066-1082.
39. Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come // *Clinical rehabilitation*. 31(8). P. 995-1004.
40. White, T. (1999) Heroin use as a passive behavior // *Transactional Analysis Journal*. 29(4). P. 273-277. <https://doi.org/10.1177/036215379902900406>
41. Winnicott, D. W. (1960) The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, p.585-595.