

## ПЪРВИ ПРИЕМ НА РОДИТЕЛИ ЗА ПСИХОЛОГИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ. ПОДХОДЪТ НА ФРАНСОАЗ ДОЛТО

доц. д-р Диана Андонова Циркова  
Бургаски свободен университет

## FIRST ADMISSION OF PARENTS FOR PSYCHOLOGICAL COUNSELLING. FRANÇOISE DOLTO'S APPROACH

Diana Andonova Tsirkova  
Burgas Free University

**Abstract:** *The first meeting of a child and its parents is always of great importance for the work that will follow. Allowing the parent and the child to speak separately, as well as the place from which each member of the family will speak in order to reconstruct the history of suffering, is something which Françoise Dolto has thought upon throughout her entire professional path. What can we use from the theoretical and practical experience of Dolto and her French psychoanalyst colleagues when listening to the family, when taking the anamnesis of the family and when expressing our opinion in the first admission?*

**Key words:** *meeting with psychotherapist, specific way of listening to parents, two types of parents' attitudes towards children's problems*

Първият прием на детето и неговите родители винаги е от голямо значение за работата, която ще последва. Даването на думата поотделно на родителя и на детето, както и мястото, от което всеки от семейството ще говори, за да реконструира историята на страданието, е нещо, върху което Франсоаз Долто е разсъждавала през целия си професионален път. Какво можем да използваме от теоретичния и практически опит на Долто и нейните френски колеги психоаналитици, когато слушаме семейството, когато снемаме анамнезата и когато излагаме своето мнение в първия прием.

Родителите ни посещават по собствено желание, по препоръка на детския лекар, детския психиатър, педагога. Те могат да ни посетят и по задължение – задължени от Местната комисия за борба с противообществените прояви, задължени от екипа за приобщаващо образование в училище или от отдел за закрила на детето.

През 30-те години Ф.Долто започва своята практика в консултация в детската болница на д-р Пишон, първият психоаналитик във Франция, оглавил детска болница. Опитът от своята работа, Долто описва в докторската си дисертация от 1939 г. и я публикува под името „Психоанализа и педиатрия“. Книгата съдържа 16 случая на деца и основните понятия от психоаналитичната работа с деца [2].

Каква е целта на приема на родители?

- Децата не могат да дойдат сами при психоаналитика
- Да се направи пространство за психоаналитична работа с детето
- Да се диагностицират отношенията между родителите, както и проблематика, свързана със собственото им детство.

Родителите водят детето, защото симптомите, които то има са неудобни за тях /агресивно поведение, намаляване на успеха, неволеви движения с крайниците, тикове и т.н./.

Когато неудобните за родителите симптоми изчезнат, те спират да водят детето на терапия, под предлог, че терапията му пречи да посещава други занимания, които са по-важни за него, или пък те са „много доволни” и повече няма нужда от психологическа работа.

Франсоаз Долто е приемала детето с неговите родители, ако е необходимо предварително е разговаряла майката, но никога след самостоятелен разговор с детето не е приемала родителите за да говори само с тях. За детето е имало лист и моливи и тя се е обръщала към него с думите: „Нарисувай една красива рисунка, каквато искаш“. Тази ситуация ѝ е давала възможност да наблюдава как се държи детето докато слуша разказа на своите родители. В този първи прием трябва да се даде на всеки, който е дошъл възможност да говори. Когато единият родител се превръща в „говорител“ на проблема, задължително трябва да се подкани и другия да говори. „Опитваме се да създадем доверие и да накараме родителите да доведат детето отново, в съответствие с това, което сме им предложили“. [2, с.138]

Защо е толкова важно родителите да говорят? На първия прием родителите говорят за преживяванията си свързани със симптома – може би се срамуват, страхуват, чувстват се виновни и т.н., говорят за историята на детето, по начин, който е специфичен за всеки от тях, говорят за опита си от предишни лечения и срещи със специалисти. Ние ще чуем тяхната „версия“ – така започва изследването на родителския фантазъм. Тези, които са чели случаи на Ф.Долто и Мод Манони ще забележат, че има много текст посветен на родителския фантазъм.

Ето един от случаите на Мод Манони, Албер, на 6 години, „Майката се представя по ригиден начин с пълна липса на емоционалност. Тя разказва историята на детето си, като че ли става дума за факт, който не я засяга. Това, което доминира е отказът ѝ да има деца. А е родила три. Най-голямото е починало на десет дни, най-малкото е на една година“. [3, с.112]

От думите, с които се описват случаите разбираме за този специфичен начин на слушане – без морализаторски съждения, без обвинение, но с един истински интерес към човешката съдба и житейските събития, които са сложили своя отпечатък и по уникален начин са довели до последици, част от които са симптомите на детето. Защо родителският фантазъм е свързан с тях? Идването на бял свят на едно дете дава начало на една изцяло нова връзка. Това напълно ново същество, раждащото се дете, разклаща отношенията между поколенията. То кара родителите да напуснат ролите си на деца спрямо техните собствени родители. Сега те трябва да се грижат за него, но едновременно с тази нова отговорност младите родители трябва да се справят с емоции, свързани с изтласкването на техните детски конфликти, които появяват на детето реактивира. Новото същество – детето – е различно от това, което всички са очаквали да посрещнат. Още повече, че то става много бързо активно в установяването на първите връзки. Спецификата на отношенията на родителите и детето се изразяват в разминаването между очакванията на родителите и собствените възможности на бебето. Родителските очаквания, от своя страна, са формирани от преминаването през различните житейски етапи на двамата съпрузи – майката е дъщеря и жена, а бащата е син и съпруг. Това разминаване в очакванията може да се окаже много ползотворно и за двамата родители и те да се почувстват като съвсем готови за нови преживявания. Но то може да ги потопи в големи тревоги и абнормни поведения, които ние

често срещаме в следродилната клиника. Появяването на детето събужда елементи от тяхното минало, които те са се надявали да превъзмогнат. Получава се така, че раждането на бебето осуетява техния план да забравят и дори напротив – засилва неприятните спомени или усещания. Заблуда и за двете страни, която сблъсква родителите с двойственият аспект на бебето и детето – то може да бъде имагинерно и реално.

Каква е предварителната нагласа на родителите, които посещават консултацията? Ф. Долто смята, че в повечето случаи при родителите, които посещават консултацията действат два типа нагласи:

Първият тип отношение е „детето е болно“. В този тип отношение отговорността за проблемите /симптомите, трудностите/ на детето се прехвърлят върху болестта. Това може да са дефектните гени, неврологични проблеми – ранна детска епилепсия, синдром на Уест, сензорни дефицити. /Например на дислексията, синдрома на Жил де ла Турет все повече се гледа като на изцяло неврологично нарушение/. Има няколко последици от такъв вид отношение:

Отговорността е изцяло снета от детето и от семейството. Психотерапевтичната работа може да бъде сведена до еквивалент на „научаване“. Родителите могат да отправят искане за подобряване на когнитивните умения, способността за четене, писане, смятане. Психичното-емоционалният живот на детето, неговата способност и специфика на мисловните процеси, начинът му да се свързва с връстниците и възрастните, отношенията, които изгражда с братя и сестри – често е дисквалифицирано, родителите са учудени, че питаме по тези теми. В тези случаи има много големи трудности да се реконструира историята на детето, обикновено информацията е на части, започва се от поставянето на диагнозата, ако детето е в училищна възраст родителите много трудно говорят за неговото бебешко детство, питат какъв е смисълът да се говори за това. Една част от родителите са уморени да разказват – те са посещавали различни специалисти, разказвали са, интервюирани са подробно многократно и да разказват отново – усилва чувството им за вина и безпомощност. „Защо да мислим за това? Какво значение има? Нека да говорим какво може да се направи?“

Психотерапевтът е в трудна ситуация. Натъкваме се на един предел на „мислимото“. Тогава какво искат родителите? Да прехвърлят върху нас да мислим „немислимото“? Да се съгласим на мораториум за „немислене“? Да ги подпомогнем и някаква част от немислимото да стане възможна за мислене?

В срещите с родителите целта е да се реконструира историята на това дете по отношение на конкретната семейна ситуация, с трудностите, които всеки родител има с дефицитите на двойката като цяло. В тези срещи ще се опитаме да разграничим кое идва от болестта и кое идва от прекомерно щадене, от предразсъдъка, че детето е толкова увредено, че не трябва да преминава през раздяла, не трябва да му се забранява и да се изисква.

Ще илюстрирам този тип отношение и трудностите при работата с родителите, със случая на Мартин, на 10г. Той е диагностициран със синдром на Жил де ла Турет в САЩ, Канада и България. Майката се обади и поиска среща няколко месеца преди да пристигнат в България за лятната ваканция, защото с „него трябва непрекъснато да се работи“. На първата среща видях една много изморена майка, която искаше просто да го остави в кабинета, защото според нея: „вие знаете какво се прави в такива случаи, знаете, че това е неврологично и не се лекува, той трябва да се научи да го контролира“. Въпреки огромната неохота, с която тя прие да остане за да ми разкаже за проблемите, разбрах, че и в САЩ и в България, детски психиатри са му изписали лекарства, които тя е решила да не му дава, защото смята, че тези лекарства са твърде

силни за едно дете. Разбрах още, че в диагнозата му присъства обсесивно-компулсивно разстройство и дислексия, че посещава специално училище за дислексици, където е започнал да напредва образователно.

Това беше първото противоречие, което си отбелязах наум, защото от една страна проблемът е неврологичен и медицински, от друга страна лекарствата са опасни. Проблемът е неврологичен, аз съм психотерапевт, а не невролог, но срещата е с мен.

На тази първа среща не можах да науча много за историята на детето. Разказът на майката акцентира върху неговите симптоми и нейната умора да се справя с натрапливостите му, върху нейната безпомощност. Появяваха се отделни факти от живота на Мартин, които са много интересни – той е с две имена, християнско и мюсюлманско, защото баща му е мюсюлманин от Африкански произход. Бащата не може да ме посети, защото пътува много и по време на ваканцията в България няма да е с тях. Мартин е боледувал като бебе и малко дете от респираторни заболявания, астма, имал е сериозни проблеми със съня. На тази първа среща успяваме да говорим повече само около съня. Отчасти заради „неврологичния“ характер на проблема, отчасти заради умората, която това причинява на майката.

Разбирам, че това което майката може да разкаже за Мартин е това, което я изморява и изтощава най-много в неговото поведение.

Осем срещи бяха необходими за да очертаем историята на Мартин най-общо, без да мога да изследвам някои моменти, които ми се струаха много важни. Още на първата среща майката постави въпроса: Какъв е вашият метод? Тя беше откровена, когато ми каза, че е чувала хубави неща за мен като специалист и лоши неща за психоанализата като метод, защото „психоанализата обвинява родителите“. „Не разбирам, казвате, че неговите ритуали означават нещо, но нали е неврологично, има нещо в структурата на нервната система, в мозъка, той е роден така. Искам от вас само да го научите да се контролира.“ Тя беше отговаряла на много въпроси, беше попълвала анкети и въпросници, беше обяснявала, разказвала, участвала в програми за родители на дислексици и сега беше загубила доверие в словото: „не искам да говоря, не ме карайте да разказвам повече“.

Това беше началото на работата с един труден и много интересен случай.

Вторият тип родителско отношение, което Долто описва е: „детето е лошо, злонамерено“. Това е отношение, при което детето е обявено за мързеливо, инатливо, манипулативно и изцяло е натоварено с отговорността за това, което се случва с него.

Всяка идея за страдание, всеки опит за интерпретиране на неудобното поведение или симптом като израз на вътрешен конфликт се възприема много резервирано.

Това отношение ще илюстрирам със случая на Стефан, на 9 г., който беше доведен от майка си в специализиран кабинет с безплатен прием към общината, заради проблеми с ученето. Стефан беше във втори клас и имаше големи трудности, стигащи до невъзможност да научи таблицата за умножение. Неговата неспособност да се справи с това, предизвикваше агресията на майката, която си призна, че понякога го удря, защото мисли, че той се преструва. „Вечер той казва цялата таблица с 3 и когато стане сутрин не знае нищо, това не е възможно, съгласете се. Прави го за да ме ядосва.“ Първите ми опити да ѝ обясня, че може би Стефан има трудности със символизиранието и той научава механично, но не може да свърже наученото и то изчезва, изобщо не я удовлетвориха. Тя беше доста разочарована от мен и каза, че сама би трябвало да разбере, че той е много интелигентен, но много мързелив.

Приемах Стефан в продължение на три години, като най-трудната част от работата бе през първите няколко месеца – тогава се срещях с баба му, дядо му и сестрата

на майка му, тъй като те се грижеха за него паралелно с майката. После с мъжа, с когото майката живееше. Всички идваха и бяха абсолютно убедени, че той ме лъже и манипулира, защото е „много хитър“, много мързелив и за да не научи таблицата е готов да „ходи по психолози“. Заедно с това непрекъснато имаше наказания – изгонен навън от къщи, оставен без храна, съблечен гол пред входната врата, наказан. Междувременно в училище също възникнаха проблеми, той се превърна в жертва на агресия, започна да се проваля в писането и четенето. Тези събития предизвикаха реакцията на социалните служби, които задължиха майката да посещава кабинета, тъй като тя смяташе, че е излишно Стефан да идва щом не мога да направя нещо за да го накарам да научи.

Трябваше да потърся съдействието на неговата учителка, на директора на училището и социалните служби за да бъде накарана майката да заведе Стефан на преглед в детско-юношеската психиатрична клиника, където той бе диагностициран и бе препоръчано ресурсно подпомагане в училище. Всъщност тази стъпка обратно на това, което очаквах, повиши доверието на майката към работата на Стефан с мен, тя започна да го води редовно и да разказва за неговото детство и неговия баща, с когото бе разделена. Отношението ѝ към проблемите на момчето отиде в другата крайност – сега той се превърна в „болен“. Един ден тя пристигна с току-що направено аудио-метрично изследване, което показваше много малък проблем със слуха на лявото ухо, към изследването имаше становище на лекар, който не препоръчваше лечение, но майката с известна гордост ми каза: „Но той е глух, затова не се справя“, последваха електроенцефалограма, която обясни проблемите му по математика, компютърна томография на глава, която показва една кухня с малко по-големи размери от нормата и за майката това обясни неговото често главоболие и неспособността му да общува със съучениците си.

В крайните си проявления тези два типа отношение водят до злоупотреба с дете – макар че „медицинската злоупотреба“ е социално приемлива, насърчава се и създава преживяване за загриженост и „добра майка“. Много пъти в практиката ние се натъкваме на отказ да се признаят проблемите на детето, които са от полето на психичното.

Първият прием на деца и родители за психологично консултиране в нашата страна се осъществява най-общо в две ситуации – държавни и общински институции, по-често образователни или социални – и по-рядко – здравни, и частен прием. Има разлика в предварителния трансфер на родителите и в организацията на приема. В срещите си с екипи на различни институции се срещам с различна организация на прием на родители. Въпросът, който си поставям е какъв е смисълът на тази конкретна организация, каква е концепцията на хората от екипа за този начин на организация. В някои институции се правят предварителни интервюта само с родителите, други изпращат въпросници за предварително попълване. При някои екипи разделянето на детето и родителите е задължително – терапевтът на детето не се среща с родителите му. Тези различни подходи имат свои основания, но все повече ми се струва, че ако екипът не обсъжда подхода, концепцията за избор на този подход, ако няма гъвкавост в една по-широка и стабилна рамка на прием, идеята „защо го правим по този начин“ за отделния терапевт се губи.

По друг начин е поставен този въпрос при частния прием. Според Мод Манони [3] изборът на консултант в частната практика не е случаен. Той много често зависи от защитите на семейството. Изборът на педиатър или общопрактикуващия лекар за консултиране при психогенни нарушения е поради повече или по-малко съзнаван от-

каз да се държи сметка за афективния компонент на симптома. Необходимо е доста време /3-4 години, според Мод Манони/ за да бъдат насочени към психоаналитик родителите. Когато те все пак се адресират към психотерапевт, много често в първата среща семейството се стреми да покаже, че „нещата не изглеждат много тежки“. Понякога са необходими допълнителни прегледи и оценки за да не се тръгне в погрешната перспектива зададена от родителите.

Когато се адресират към психиатър, обикновено се търси властта на лекаря, който знае и който може да изпише подходящите лекарства. Лекарят е противопоставен на психолога и психотерапевта, които понякога са поставени в групата на „шарлатаните“.

По време на първия прием, Мод Манони сравнява ситуацията с шахматна дъска с фигури, които са подредени по определен начин. Трябва да схванем как са подредени и какви са възможните ходове. Ето какви са обичайните теми на първата среща:

- Как родителите разбират генезиса на трудностите на детето? Тук можем да включим всички въпроси, с които изследваме хипотезите на родителите за симптомите и трудностите на детето /От кога датират тези трудности, с какво свързват тяхното начало/.
- Отчитат ли биологичното, емоционалното, правят ли връзка със своята история
- Къде поставят ударението на вината /кой е виновен, по-какъв начин. Дали това са лекарите, акушерките /идеята за „изпуснатото бебе“/, майката, бащата, учителката, която не може да му привлече вниманието/
- Ценността на родителите в ролята им на родители – тяхната история на родителстване – как са си представяли родителската си функция /една майка на две момчета на 5 и на 4 години сподели, че си е представяла как им чете приказки, а те седнали на килима слушат с интерес.../, как се съотнасят към своите родители – дали отричат методите на своите родители или ги идеализират. Как си представят порастването на детето, трудностите, които децата имат в определени периоди – например: тръгване на детска градина, тръгване на училище и т.н.
- Детето в неговото положение на субект – заема ли детето място на субект, по какъв начин се говори за неговите желания, способности, неуспехи.

Ето и някои задачи, които стоят пред терапевта в края на първия прием:

- Разполагане на трудностите по отношение на родителите без да се вмения вина – умение за слушане и приемане на думите като част от човешкото битие, без да осъждаме и без да съотнасяме към идеализирани модели. „Родителите са направили това, което са могли да направят в този момент“.
- Да можем да разграничим неврологичните, педагогическите и психологичните фактори.
  - Относно неврологичните: изискват се известни познания за често разпространените болести – например за епилепсията – най-общо: видове, разлика между ранно-детската епилепсия, синдром на Уест, протичане, лечение, последици от лечението върху физическото, когнитивното и емоционалното развитие, психопатологични рискове.
  - Относно педагогическите фактори: каква е системата за педагогическо подпомагане, някои алтернативни методики за обучение, системи, които се практикуват в страната /например методът Монтесори, картинната система за улесняване на комуникацията – Пекс, методът Тийч за обучение на деца от аутистичния спектър/.

- Психологическите фактори – как функционира емоционалният свят на детето, начинът му на мислене, какви са отношенията му с възрастни и връстници.
- Искането на родителите за рехабилитиране и нашето разбиране за симптомите като език. Тези симптоми губят стойността си на език, когато започне рехабилитация, проблемите най-вероятно ще намерят друга форма.
- Родителите, под натиска на своята тревожност се опитват да изискат от нас отговори, най-често под формата на съвети. Мод Манони [3] казва, че най-важното за терапевта е да се остави да бъде белязан от родителската тревожност и да не отговаря непосредствено и веднага. Да се оставиш да бъдеш белязан от родителската тревога означава да се оставиш в неясното, в липсата на категоричен отговор, да се замислиш какъв е въпросът на двойката или на родителя?

- Те все още не познават своя въпрос, това, което искат е отговор в един момент, когато тревожността им е станала непоносима. Работата с детето изисква да се поеме в терапия и двойката или родителя с техния въпрос. Да се изправят лице в лице с драмата си, като същевременно се дедрамотизира ситуацията дете-родител. „Никой не си избира родителите“ – детето се ражда в една конфигурация на отношения, понякога повлияна от личните драми на предишните поколения, то поема един товар, който не е негов, но с който то ще си служи за да заеме мястото си в тази конфигурация.

Доста често става дума за разкази, свързани с болезнени моменти от съществуването, които придобиват нов смисъл, нова яснота и изразителност от факта, че са свързани с болестта на детето или с обучителните му трудности. „Разказващият не познава функцията на разказа си, той му се отдава в даден момент под въздействието на вътрешен натиск, чиято цел му убягва, защото тя не отговаря на обмислено намерение.“ [1, с. 24] Удивително е, че симптомите на детето водят разказващия обратно към едно или друго събитие, което е белязало живота му, за което той се смята понякога за отговорен, понякога за жертва. Но как да приемем, че детето е участвало в него по някакъв начин? Как да си представим, че това, което е било държано настрана, се е вписало с тялото по такъв начин, че днес свидетелства чрез симптомите на детето? Тъй като разказът сам по себе си няма магическа стойност по отношение на симптома ще си позволя да цитирам Даниел Брьон, която казва: „... не означава, че слагането в разказ е надарено с магическа сила за излекуване. Това просто означава, че родителят, който разказва, най-често майката, се ангажира несъзнавано в един път към присвояване, преобразуване и несъмнено символизация.“ [1, с. 24]

### **Пример от консултативна работа с дете със синдром на Даун**

Независимо от превенцията, в България годишно се раждат около 100 деца със синдром на Даун по данни на „Сдружението на родители на деца със синдром на Даун“. Всички знаем, че няма един тип на монголоидност и че независимо от соматичната си патология, всяко дете остава продукт от срещата на едно базисно неврофизиологично екипиране и едно лично преживяване на живота, което може почти до безкрайност да изменя това първоначално екипиране. Това постоянно взаимодействие е отговорно за индивидуалните различия, при които се наблюдават дълбоко изоставаци деца, други, чието поведение се доближава до психотична организация и такива, които са мили, дружелюбни и имат умерен интелектуален дефицит.

Въпросът за психо-социалната рехабилитация на тези деца не е въпросът, който стои на първо място. Как родителите преживяват появата на такова дете, как го вписват в личната си история, как го съпровождат в неговото развитие и неговите трудности, това предхожда въпроса за рехабилитацията. Известно време работех с група родители на деца с увреждания и там имах възможност да консултирам две деца със

синдром на Даун на еднаква възраст – 7 години, в две различни семейства. Детето, което имаше повече трудности, свързани с опозиционно поведение, невъзможност да установи отношения с връстниците си и пълен неуспех в учебната дейност, беше записано в най-престижното начално училище в града, беше първото дете със СОП, което училището приема и родителите всеки ден се конфронтираха с нежеланието на учителката и директора, това дете да бъде част от техните ученици. То не можеше да се възползва от индивидуалните занимания с ресурсен учител и логопед. Всъщност то бе изгласано начело на битката на своите родители за „промяна на нагласите в обществото“. В това семейство имаше още едно дете, по-малко с една година, което беше създадено с идеята, че ще помага на братчето си с увреждане. В процеса на работа, родителите успяха най-напред да видят двете си деца поотделно и да започнат да изискват от детето със синдром спазването на същите правила и възпитателни норми. Включването на една подробна психолого-педагогическа оценка, която обективно показва възможностите и трудностите на детето, преместването в друго училище, в което педагогическият екип имаше повече опит и желание за работа доведоха до рязко подобряване на социалните отношения – връзките с връстниците и възрастните извън семейството. „Отлепването“ от другото дете даде пространство в консултативната работа да се субективизират преживяванията, да се търсят начини за изразяване на богатия емоционален свят, който притежаваше момчето.

Преди години се водеше спор, има ли нужда детето със синдром на Даун от срещи с психолог? Отговорът бе – по-скоро не. Логопедът и специалният педагог бяха идентифицирани като необходими специалисти. Сега махалото е в обратната страна – родителите настояват да се включи психолог. Сама по себе си позицията на психолога не е лечебна. Връзката, установена с детето и неговите родители е това, което ще доведе до промени във функционирането. В срещите си с деца със синдром на Даун, можем да наблюдаваме разнообразна психопатологична картина – натрапливи поведения и ритуали, хиперактивност, липса на концентрация на вниманието, много нисък коефициент на интелигентност или пък такъв, доближаващ се до нормалния, мутизъм, апрагматизъм, краен негативизъм. Дали това, което наблюдаваме и получаваме като резултат от прилагането на психологически тестове е отговора на детето към дресировъчните методи на средата, дали е психотична организация на функциониране или е резултат от неврологично екипиране? Не можем да търсим отговора без работа с родителите.

### **Заклучение**

И в края отново ще поставим акцент върху първия прием: да се даде възможност на всеки, който присъства да говори за проблема. Начинът, по който говори всеки от родителите ще постави основата, върху която ще формулираме нашите въпроси и хипотези, защото проблемите на детето са вплетени в историята на родителите – на всеки поотделно, на двойката, както и в историята на самото дете.

Необходимостта от сътрудничество и диалог с всички специалисти, свързани с детското здраве и благополучие излиза на преден план. Специалистите, включени в работата с едно дете трябва да могат да комуникират помежду си без да се дисквалифицират, със съзнанието за собствения си принос и желание в процеса на лечение.

### **Използвана литература:**

1. Бръон Д., Тялото, изд. ЦПСП, 2016.
2. Дольто Ф., Психоанализ и педиатрия, Издателски дом „ERGO“, 2008.
3. Манони М., Изоставашото дете и неговата майка, изд. ЦПСП, 2006.