

**„ЛУДИ МОМЕНТИ“, ЮНОШЕСКА КРИЗА ИЛИ НАЧАЛО
НА ПСИХОТИЧЕН ЕПИЗОД – КАК ПОДДЪРЖАМЕ ДИАЛОГА
С РОДИТЕЛИТЕ?**

доц. д-р Диана Циркова

Бургаски свободен университет

**„CRAZY MOMENTS“, ADOLESCENT CRISIS OR THE BEGINNING
OF A PSYCHOTIC EPISODE – HOW DO WE MAINTAIN
THE DIALOGUE WITH THE PARENTS?**

Assoc. Prof. PhD Diana Tsirkova

Burgas Free University

Резюме: Текстът очертава няколко акцента в консултативната и психотерапевтична работа с юноши и техните родители. В първата част фокусът е върху клиничните знаци, които биха помогнали на консултиращия да се ориентира дали юношеското поведение е съвкупност от „луди моменти“, предизвикани от трудностите на периода, дали това е юношеска криза – процес, съпътстващ нормалното юношество или е начало на психотичен епизод. В тази част е отделено място на връзката между психотичните състояния и употребата на психоактивни вещества. Представени са „маскираните“ депресивни състояния, които често остават неразпознати или интерпретирани само възпитателно, без да се отчитат психичните движения и рискове, които крият тези състояния. Разгледани са и теоретични възгледи, обясняващи аспекти на юношеската хомосексуалност и трансексуалност, както и мястото на невротичната форма на трансексуалност при юношите в нашето съвремие. Във втората част акцентът е върху поддържането на диалога с родителите, тяхното изслушване и съпътстване, което нерядко поставя въпроси от собственото им юношество и изисква деликатни интервенции по насочване за индивидуална психотерапевтична работа.

Ключови думи: *Юношеска криза, психотично състояние, трансексуализъм, родителски нарцисизъм*

Abstract: The text outlines several key points in the counselling and psychotherapeutic work with adolescents and their parents. In the first part, the focus is on the clinical signs that would help the counsellor understand whether the adolescent behaviour is a collection of „crazy moments“ caused by the difficulties of the period, whether it is an adolescent crisis – a process accompanying normal adolescence, or is the beginning of a psychotic episode. A section of this part is dedicated on the relationship between psychotic states and the use of psychoactive substances. The „masked“ depressive states are introduced, which often remain unrecognized or interpreted only educationally, without taking into account the mental movements and risks that these states hide. Also examined are some theoretical views explaining aspects of adolescent homosexuality and transsexuality, as well as the place of the neurotic form of transsexuality in the contemporary adolescents. In the second part, the emphasis is on maintaining the dialogue with the parents, listening and accompanying them, which

often raises questions from their own adolescence and requires tactful interventions in the direction of individual psychotherapeutic work.

Key words: *adolescent crisis, psychotic episode, „masked“ depressive states, transsexualism, parental narcissism*

В консултативната практика често ще чуем: „не приемам юноши, защото са трудни“, „не работя с юноши, защото трябва да приемам и родителите им“. Юношеството е периодът, в който структурата на психично функциониране кристализира и често е много трудно да се разграничи дали трудностите на юношата са част от обичайните проблеми на порастването или са начало на психично разстройство. Дългогодишна консултативна работа с юноши и техните родители и теоретична работа върху психоаналитични текстове, посветени на юношеската психопатология и клиника, очертаха няколко посоки, които могат да ориентират консултиращия в неговата работа с юноши и родители. Така този текст беше организиран около няколко акцента в консултативната и психотерапевтична работа с юноши.

В първата част фокусът е върху клиничните знаци, които биха помогнали на консултиращия да се ориентира дали юношеското поведение е съвкупност от „луди моменти“, предизвикани от трудностите на периода, дали това е юношеска криза – процес, съпътстващ нормалното юношество или е начало на психотичен епизод. В тази част е отделено място на връзката между психотичните състояния и употребата на психоактивни вещества. Представени са „маскираните“ депресивни състояния, които често остават неразпознати или интерпретирани само възпитателно, без да се отчитат психичните движения и рискове, които крият тези състояния. Разгледани са и теоретични възгледи, обясняващи аспекти на юношеската хомосексуалност и транссексуалност, както и мястото на невротичната форма на транссексуалност при юношите в нашето съвремие. Въпроси които са твърде актуални за училищните психолози, както и за всички, приемащи юноши в консултативната си практика. Изведени са много специфични теми, които могат да послужат за по-задълбочено събиране на анамнезни данни и ориентирание в психичното функциониране на юношата. Представен е случай на работа с юноша, който позволява дидактично да бъдат изведени знаци, очертаващи психотична структура на психично функциониране и сочещи към начало на юношеска психоза.

Във втората част акцентът е работа с родителите, тяхното изслушване и съпътстване, което нерядко поставя въпроси от собственото им юношество и изисква деликатни интервенции по насочване за индивидуална психотерапевтична работа. Начинът, по който родителите възприемат, интерпретират и търсят помощ за състоянията, през които преминава порастващото им дете, също трябва да бъде оценяван и мислен от консултиращия (Boykinova, 2019). Поддържането на диалога с родителите е важна част от консултативния процес.

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

„Луди моменти“ и тяхното място в процеса на юношество

Много от белезите, считани за предвестници на психотичните нарушения, могат да бъдат част от нормалните белези на юношеството. Такива са: магическото мислене (споделяне на окултни практики, теории за свръхестествени явления, свръхангажираност с астрология, обяснение на явления и процеси по магичен начин); нарушение на функционирането (промяна на режима, на дейностите, загуба на приоритети, дезинвестиране на дейности и поведения, типични за миналото на юношата); значителна загуба на инициативност (липсва инициатива за обичайните и за нови дейности, юношата трябва да бъде подканян и като че ли върши всичко по принуда); странни поведения (ритуали и натрапливости, страхове, част от които може и да са съществували в детството, но сега са доразвити и усложнени); емоционална нестабилност, с чести неуместни афекти (редуване на еуфория с тъга, несъответен смях или плач); социално оттегляне, изолация (съвременните форми за комуникация и пандемичната обстановка засилват тези прояви на нежелание за комуникация с връстници и възрастни); значително понижаване на хигиената (юношата не се къпе, не си мие зъбите и т.н. Необходимо е да се напомня многократно, но дори и в този случай той или тя се грижи за себе си с нежелание).

На фона на телесните промени, които са драматични, съществуващия социален натиск и влизането в сексуалните отношения, всеки „луд момент“, който юношата демонстрира може да бъде преходен (Marcelli, Brasconnier, 2018). Това, което ориентира консултиращия е еволюцията на състоянието. Едновременно с търпението, което е необходимо за разграничаване на различни знаци, тяхната тежест и динамика, съществува и риск от банализирането им, недостатъчно внимание към тях и свеждане до клишета. Те могат да бъдат интерпретирани като прояви на „оригиналност“ и „артистичност“ от юношата. Най-често семейното обкръжение играе роля за ранното идентифициране на проблемите, както и за negliжирането им. Това има отношение към способността на родителите да реагират по адекватен начин на трудностите на своя юноша. Многократно по време на консултация, родители са споделяли, че забавянето на срещата със специалист е било продиктувано от опасения синът или дъщеря им да не бъдат етикетирани като „шизофреници“.

Въпросите, които ще ни ориентират в интервюто и ще ни дадат материал за да преценим тежестта на състоянието са свързани със:

- семейната история (споделя ли семейството данни за психотични състояния или необясними странни поведения в предишни поколения);
- историята на юношата като дете;
- история с употреба и злоупотреба с вещества.

Най-баналните състояния на „луди моменти“ могат да се отнесат към инцидентни прояви, свързани с употреба на алкохол или вещества, преминаване на граници и експериментиране с различни рискови поведения, смяна на настроеността и емоциите и т.н. Водещото при ориентирането на консултира-

ция е контекста на състоянието, както и отношението на самия юноша, неговата критичност, както и отношението на родителите. Обичайно тези състояния са преходни.

Юношеска криза

Самият процес на юношество е зареден с психотичен потенциал. Това прави всички въпроси, присъщи на едно нормално протичащо юношество, способни да предизвикат криза и психична нестабилност. Ще припомним важното значение на въпроса за идентичността, както и въпроса за преразпределението на нарцистичните и обектни либидни инвестирации (Delarosh, 2018).

Психотични състояния

В юношеската психопатология са изведени някои рискови фактори, валидни за психотичната декомпенсация (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018):

- присъствие на психоза в семейната история;
- предразположение на личността;
- нарушено функциониране в психичното развитие преди юношеството;
- преходни мозъчни травми, нисък IQ;
- усложнения по време на бременността, травми по време на раждането или в ранна бебешка възраст;
- травматични житейски събития в историята на субекта;
- история на употреба и злоупотреба с вещества.

Ще разгледаме по-подробно острите психотични епизоди, познати още като „остър налуден пристъп“ и шизофренното разстройство, които се срещат в юношеството и трябва да бъдат разграничавани от юношеските кризи. Ранното разпознаване на тези състояния и еволюирането на психотичните състояния също е предмет на обсъждане в тази част.

А. Остри психотични епизоди

В съвременните класификатори за психични разстройства ще ги срещнем като „кратки психотични разстройства“, кодирани с 298.8 (ДСН-IV) или „остри и преходни психотични разстройства“ (F23.xx в МКБ-10), описани с продължителност по-малка от 1 месец, или като „шизофрениформно разстройство“ (295.40 в ДСН- IV) и „остро шизофреноподобно разстройство“ (F23.2 в МКБ-10) с продължителност на протичане между 1-6 месеца. Тези епизоди се характеризират с относително внезапно начало и бързо еволюиране – най-често те преминават до 2-3 месеца, при всички случаи се разгръщат за по-малко от 6 месеца, след което следва поне привидно връщане към състояние преди пристъпа.

Налудните теми, които най-често се срещат са свързани с телесни промени, хипохондрични опасения, мегаломанни идеи, налудности за родство и

произход, за сексуални нарушения и трансформации (Lebovici, Diatkine, Soulé, 2004). Като се има предвид, че различни философски въпроси вълнуват юношата, както и въпроса „Кой съм аз?“, сочещ към пренареждания в идентификациите и идентичността, не е трудно да си обясним защо понякога ескалацията на подобни идеи се приема като част от нормалното юношество. Често налудните идеи са свързани с желание или усещания за промяна на пола, както и с идеи за спасяване на света, появили се като прозрения. Афектът, придружаващ изказването на тези идеи е толкова силен, че води до агресивно поведение или привеждане на идеите в действие по един неприемлив начин. Само внимателният анализ на налудните теми не е достатъчен и не може да ни даде перспектива за бъдещата еволюция на състоянието. Изследването на контекста, в който се отключва пристъпа може да ни даде отговор на някои въпроси, свързани с разграничаването на състоянията.

Важни въпроси от интервюто са свързани с темата за възможни предходни трудности, останали незабелязани или пък трудности и странности толерирани от семейството. В тази връзка често родителите или самите юноши споделят за различни фобии и ритуализирани поведения в ранното детство, след това в латентния период, определяни като „странности“, които не пречат на функционирането на детето. С настъпването на пубертета те се усложняват и обвързват помежду си до степен на психично инвалидизиране – момчето или момичето не могат да живеят и функционират нормално. (М., на 16 г., е започнала да подрежда малките си плюшени играчки около решетките на детското си легло, още когато е била на 3 г. Не е можела да заспи, ако играчките не са подредени в специален ред. Натрапливи поведения я съпътстват по време на началната училищна възраст. На 16 години фобиите и натрапливите поведения са изплели истинска мрежа около нея, която изисква подчинение на ритуали, прави ежедневието ѝ изпълнено със страхове, не ѝ позволява да учи и да има социален живот.)

Друг вид трудности, които често се споменават, са трудностите в създаването и поддържането на отношения. Обикновено, в началното училище за тези деца се говори като за „по-чувствителни“, „срамежливи“, а понякога и като за надраснали връстниците си.

В други случаи не се открива никаква съзнателна конфликтна област – юношите са описвани като „кротки“ деца, които никога не са създавали проблеми. Ако изследваме внимателно етапите, които обикновено са съпроводени с разрешаване на психичен конфликт, ще открием едно безпроблемно преминаване през тях: не се съобщава за страх по време на 8-ия месец, без симптоми, свидетелстващи за Едипов конфликт – страхове, ритуали, прояви на ревност и агресивно поведение. Липсват организатори на психичния живот като преходния обект (Uinikut, 2008), например. Тези разкази за една привидна безконфликтност, сочат към организация на психичния живот от типа „Фалшив Аз“ (Winnicott, 1965). Този тип организация се отличава със своята

крехкост на защитните механизми, които не могат да удържат натиска на новите нагонни изисквания през пубертета.

„Каква е еволюцията на острите налудни пристъпи, какво протичане можем да очакваме, през какви състояния преминава юношата, какви ще бъдат последиците за него или нея?“ Това са въпроси, които родителите ни задават и ние трябва да се ориентираме, да имаме хипотези относно състоянието и изхода от него. Според данни, цитирани от Д.Марсели (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018), отнасящи се до острите психотични епизоди, без значение на възрастта, в която се появяват, при 25-40% има благоприятна еволюция със завръщане към началното състояние и с липса на рецидив (последващ пристъп); 30-50% еволюиране към биполярни разстройства; 15-30% еволюиране към шизофрено разстройство.

Острият налуден пристъп може да бъде разглеждан и като възстановяващ продължаването на юношеския процес. Поради дълбокото раздвижване на интрапсихичните процеси и нарушаването на едно привидно равновесие, острият налуден пристъп може да доведе до ново равнище, което да заобиколи блокаж или дезорганизиращ регрес в психичното функциониране. (Marcelli, Borie-Munier, 2002)

Б. Шизофрено разстройство

В практиката можем да срещнем двете крайности – поставяне на етикета „шизофреник“ (а не на медицинската диагноза „шизофрено разстройство“) само при наличие на един клиничен знак или пък обратното – отричане на съвкупност от знаци, които се наблюдават и могат да доведат до обсъждане на подобна диагноза. Тези широки граници в отношението към проявите на болестното състояние се дължат на няколко фактора: общоизвестна истина е, че началото на шизофренното разстройство най-често започва през юношеството; както вече няколко пъти бе споменато, друг фактор е трудността на неспециалистите да разграничават докъде стигат нормалните юношески „странности“ и къде е началото на психичната болест; като последен фактор ще добавим и психичния защитен механизъм на отричане, който също се включва за да омаловажи демонстрираните знаци и да овладее по своя патологичен начин несъзнаваната тревога.

Ще припомним шестте критерия, изведени в ДСН-IV за поставяне на диагнозата (Spravochnik za diagnostichtните kriterii na DSN-IV-TR, 2009):

1. Наличие най-малко на един от класическите симптоми на шизофрениа (налудни идеи, халюцинации, нарушения в хода на мислене, нарушения в хода на речта, симптоми на оттегляне).
2. Дисфункции в професионалната област, в социални отношения, в грижата за себе си.
3. Наличие на „активна фаза“ от поне 6 месеца.
4. Изключване на шизо-афективно или афективно разстройство.

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

5. Изключване на общо медицинско заболяване или състояние, дължащо се на вещество.
6. При необходимост да се уточни връзката с аутистично или друго нарушение, еволюиращо от детството

Акцентът при консултиране може да бъде поставен върху продължителността на периода /поне шест месеца/, в който клиничната картина трябва да е разгърната. Консултиращият трябва да изследва внимателно симптоматиката, като се опитва да изясни повече около факта на симптома и връзките, които юношата прави между отделните симптоми.

В. Ранно разпознаване на клиничните знаци и еволюиране на психотичното състояние

Разпознаване на предвестниците или „продромите“ на психотичните състояния при юношите са съществен фактор за успешното поемане на страданието и лечение. Съществува известна амбивалентност сред мненията на авторите относно продължителността на периода, предшестваш лекуването на психозата, когато се отнася до юношеството. Това е период, в който всички изброени симптоми присъстват, понякога са ясно изразени, но не е предприето лечение. В психиатричната практика има данни, че колкото по-дълъг е този период, толкова прогнозата е по-неблагоприятна (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018). Но авторите, изучаващи юношеската психопатология смятат, че този период съвпада с действието на защитния психичен механизъм „отрицание“, на съпротивата към започване на лечение, свързани с несъзнавани и предсъзнавани психични процеси (Lebovici, Diatkine, Soulé, 2004). Етиката на консултиращия изисква, когато има аргументи в полза на сериозно психично разстройство да работи за насочване на семейството към лечение. Да се идентифицират и посочват родителите като отговорни за състоянието и симптомите на юношата е неприемливо.

Могат да бъдат разграничени три фази на еволюиране в психотичното състояние (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018):

1) *Предморбидна фаза*, по време на която могат да бъдат идентифицирани рисковите субекти. Изведени са следните знаци, предполагащи потенциален риск от разгръщане на психотична клинична картина:

- понижение на концентрацията и вниманието като цяло;
- намаляване на жизнената енергия и на мотивацията за обичайните дейности;
- депресивно настроение;
- нарушения на съня;
- тревожност и общо неспокойствие, без конкретна причина;
- социално оттегляне – дезинвестиране на приятелски отношения и дейности, занемаряване на грижата за себе си и личната хигиена;
- подозрителност;

- нарушение на училищното и социално функциониране като цяло;
- раздрознителност, придружена с агресивни избухвания.

2) *Продромната фаза* се характеризира с явната поява на оплаквания от юношата, за състояния, които истински пречат на обичайното му функциониране. Юношата се оплаква, че:

- не може да ръководи мислите си: от доскорошната трудност да се концентрира до празнотата в мислите;
- не може да контролира действията си: от неприятна инерция до дезорганизирани възбудни състояния;
- не може да усеща емоции: от неуместна студенина до неконтролируеми избухвания;
- преживява често мъчително усещане, че е наблюдаван, следен, че се говори за него.

Изследванията показват, че продължителността на тази фаза може да продължи от 1 до 5 години.

3) *Изявена психотична фаза*, която включва следните елементи:

- психомоторна недостатъчност, която се изразява в изявено редуциране и прогресивно обедняване на вербалната, ментална и моторна афективност;
- дезорганизиране на мисленето, изразяващо се в поява и споделяне на странни мисли или поведения, демонстриране на несъответни на контекста афекти;
- изкривяване на реалността, което се съпровожда от постоянни проективни идеи, различни налудности, халюцинации, откази.

Посочени са три форми на начало на психотично състояние – чрез остър налуден пристъп; прогресиращо начало, което наподобява невротично състояние, но еволюцията е към ясно изразени психотични знаци; и скрити форми на начало, което е свързано с училищни провали, социално отгеляне, придружено от странни поведения, най-често обесивно-компулсивни. Третата форма е най-трудна за разпознаване, необходими са детайли от анамнезни данни, които ще подпомогнат консултиращия. И при трите форми общата черта, която ще се срещне е страхът – дифузен и нахлуващ, почти винаги присъства в дискурса на юношите.

Дебют на психоза или юношеска криза?

Дори най-тежките психични нарушения през юношеството са обратими и това винаги трябва да се помни, когато се прави оценка на състоянието на юношата по време на психологично консултиране. Благодарение на огромния си клиничен опит френските детски психиатри са извели оценяването на три елемента, което би могло да ни ориентира дали състоянието е по-скоро тежка

юношеска криза или дебют на шизофрено разстройство. Тези три елемента са (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018):

- Предходни събития в историята на субекта – в интервюто изследваме три серии елементи: предходни еквивалентни епизоди – особено внимателни трябва да бъдем към знаци, които сочат не само за детска психоза, но и за различни гранични състояния на функциониране и които са потенциал за психотична организация през юношеството; различни фактори, изведени статистически като характерни за популации с висок риск за шизофрения – наличие на един или двама родители с психоза, трудности по време на бременността и усложнения при раждането и след него, ниско тегло при раждане, изоставане в сензо-моторното развитие; шизоидни черти на личността.

- Клинична картина, разгърната в настоящия момент – непсихотичният юноша ще поддържа дори и през най-интензивния момент от своята криза адекватен контакт с реалността. При него, странността на поведението ще бъде ограничена до конкретна сфера в отношенията, най-вече до семейството и родителите, понякога до училището, но в другите отношения, преди всичко с приятелите, юношата ще бъде съвсем нормален. При непсихотичния юноша поведението ще остане разбираемо, дори и за тези, които нямат специализирани психологични познания; Не такъв е случаят на психотичния юноша, чието поведение бързо ще се представи като хаотично, без реална цел, неразбираемо и обезпокоително не само за родителите, но дори за най-близкия му приятелски кръг. В случаите където клиничното интервю не позволява да бъде диференцирано състоянието, личностовите тестове биха дали допълнителна информация, която да подпомогне стъпките за насочване към подходящо лечение.

- Детайлно оценяване на психичното функциониране. Автори като Нанси Макуилямс (Makuilyams, 2020) и Ж. Бержере (Berzhere, 2008) извеждат няколко критерия за оценка на психичното функциониране:

- връзка с реалността;
- степен на изграждане на преживяването за идентичност на Аз-а;
- репертоар от защитни механизми;
- инвестиране на нарцистичното и обектно либидо.

Тези критерии са добър ориентир в дискурса на юношата, който понякога е объркан, противоречив, с накъсан мисловен процес и трудност да формулира разказ за себе си.

От казаното дотук става ясно, че разграничаването между „юношеска криза“ и психотични разстройства е трудно и дори невъзможно ако се отчита само един специфичен биологичен елемент, едно поведение или дадено психологично състояние. Освен мястото на всеки знак в съвкупността от клинични изяви е необходима оценка на историята на субекта. Наличието на предходни събития, изследването на всички поведения и тяхното значение за мисловното функциониране, позволява да се уточни рискът от психотична еволю-

ция. Заедно с дискурса на юношата, важен е и дискурсът на обкръжението, в частност на родителите – тяхната способност или неспособност да приемат, да понасят, да мислят и да съпровождат различните по тежест трудности на юношата. От най-съществено значение остава възможността за дългосрочно проследяване, което ще позволи прогресивно да се уточни състоянието на юношата.

Необходимо е да добавим прогностичните белези, които сочат към благоприятна еволюция на състоянието:

- а) ясни отключващи фактори
- б) остро протичащо начало
- в) полиморфна клинична картина
- г) благоприятно обкръжение
- д) в историята на субекта не се откриват нарушения в развитието

Ще предложим описание на работа с психотичен случай, което ще позволи да се илюстрира психотичното състояние, неговата предистория и връзката му с историята на юношата, отношението на семейството и еволюцията на нарушението.

Случай на психотичен юноша

Това е случаят на Г., който е приеман в специализиран кабинет към Местна комисия за борба с противообществени прояви. Първото посещение на Г. е с баща му по препоръка на полицията и инспектора от детска педагогическа стая през ноември 2015 г.

Два дни след атентатите през ноември в Париж, на връщане от училище, Г., на 15 г., звъни на тел.112 и казва „Аллах акбар! Смърт на всички българи“, след което си изключва телефона, прибира се вкъщи и ляга да спи. Два часа след това обаждане, в апартамента нахлуват силите за борба с тероризма, с маски, с тежко въоръжение, събарят възрастната му баба (около 80г.), която живее със семейството, влизат в стаята му, събуждат го и го отвеждат в полицията. Паниката е голяма, защото Г. е с българско име, но с турска фамилия, а телефона е на името на баща му, който е от турски произход.

По време на първата среща, Г. обяснява, че се е пошегувал, както се шегува Алф от телевизионния сериал, който той обича да гледа. Отправи ругатни към полицията, че нямат никакво чувство за хумор, но беше много изненадан, че са се намесили и спрямо него има последствия – предстои възпитателно дело и вероятно глоба за родителите му. Бащата, който го придружава в тази първа среща, показва много медицинска документация, Г. си има лекар, който му е изписал лекарства, психолог и логопед, които посещава в Център за обществена подкрепа. До края на тази първа среща Г. нарисова рис.1 и разказа, че ще отиде във Френския легион. Там се плаща добре и се биеш в други страни, записал се е на курс по френски он-лайн. Сподели, че няма да ходи повече на психолог в ЦОП, защото в близост има кучета, от които го е страх,

*„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод –
как поддържа диалога с родителите?*

а и всъщност няма никакъв смисъл от психолози и психиатри. Когато го попитах защо ходи на логопед, ми отговори, че не може да произнесе „Ч“ и „Ч“. След известни усилия от моя страна да изясня за кои звуци става въпрос, разбрах, че става въпрос за Ч и Ц, но Г. приключи обсъждането с въпроса: „Каква е разликата? Няма разлика, вече не ходя там“.

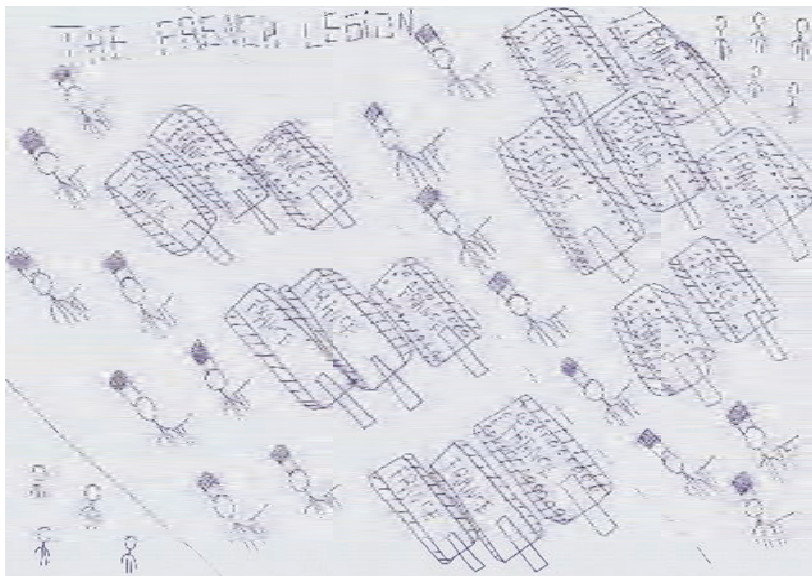


Рис.1

Г. е ученик в 9 клас, смесена форма на обучение – присъствена, по 3 часа на ден и индивидуална. Преди това две години е бил само на индивидуална, а в 8 клас – присъствена. Има ресурсен учител и е ученик със специална образователна подкрепа (СОП), но си преминава от клас в клас с нормални оценки, като не е ясно доколко те са адекватни на знанията му.

Според правилата на прием в консултативния кабинет, юношата трябва да направи 4 посещения, след което се дава мнение как да продължи работата. Г. е съгласен да посещава консултациите, най-вече защото от полицията са му казали, но не пропусна отново в края на първата среща да изрази мнение, че не вижда никакъв смисъл от психолози. Срещите с него продължиха до края на учебната година, както и през следващите три години, защото работата имаше стабилизиращ ефект за неговото състояние. През този първи период бяха направени и 3 срещи с майка му, една среща с баща му и една последна среща през юни с майка му и баща му.

Какво можем да резюмираме от срещите с майка му: тя е тази, която го води по лекари. През годината са викали два пъти полиция – единия път е наранил лекарка от Бърза помощ с нож, а другият път, съсед е извикал полиция заради кръсците на Г. „Убиват ме!“. Имат и още едно дете – момиче, на

13 години. Двамата много се карат, бият се, хапят се и се обиждат с нецензурни думи. Като дете бил много спокойно бебе, само че до три години пиел мляко от шише през нощта. На две години тръгнал на ясла, не боледувал, но много плачел. После в детската градина винаги си играел сам и според нея учителките не правели достатъчно за да го приобщят. Учителката му в началното училище е характеризирана като „змия“, която настройвала всички срещу него. Справял се с материала, но малко по-трудно. От 5 до 8 клас, учителката го обичала и много го защитавала, „борела“ се за него, но всички други са го нарочили, защото не се справял с обучителните изисквания, както и с правилата в училище. Това ги принуждава да направят консултация в детско-юношеска психиатрична клиника и оттогава момчето пие лекарства. В 6 и 7 клас минава на индивидуална форма на обучение, а в 8 е редовна форма, но прави много отсъствия, има конфликти със съучениците си и в 9 клас е с комбинирана форма. Според майката, в класа има много „по-ненормални“, но родителите им не са ги завели на лекар. „Той все пак не е луд“, казва майката в една от срещите, но признава, че Г. „не е добре с нервите, много се пали, много е настоятелен и обсебващ, когато иска нещо“. Тя е изморена да го слуша и да опровергава, да се противопоставя на нещата, които той говори. Не може да отделя внимание на другото си дете и според нея то също се нуждае от работа с психолог.

От срещите с баща му могат да бъдат изведени няколко акцента. Бащата е много изморен. Не знае какво ще правят. Не може да го слуша, когато започне да говори „неговите си глупости“. Притеснява се много какво ще работи сина му, когато порасне. Вижда, че има проблеми, но не разбира какви. Не е психична болест, а нещо с нервите. Не може нищо да му забрани, не може да го посъветва. Същото е и по отношение на дъщеря му. У тях е като „лудница“ и той не може да си почине след работа. Надява се като пие лекарства синът му да се излекува. Бащата работи като строителен техник и отсъства много, защото често обектите са извън София.

От срещите с Г.: Всяка седмица е с желание за ново професионално поприще – френски легион, IT специалист, тираджия – обединяващото е че не правят нищо и вземат много пари, следват джихадист, идил, военен и пак тираджия. В началото се забелязват много рани по пръстите, поради изгриване на кожата под ноктите. Репликата на едно момиче от училище „Г. ти да не си луд? Виж си ръцете“, го спира да си гризе пръстите, но раните се пренасят по кожата на ръцете до рамото – разчоплени, издраскани, винаги кървящи и възпалени. В училище не може да търпи голяма част от съучениците си: „дразнително-напрежение-действие“, така обяснява реакциите си на избухване. Има само един приятел. Като му писне си тръгва. Никога не учи в къщи. Въпросите му са „Има ли смисъл?“, „За какво ми е“, „Има ли разлика?“, като отговорът се предполага и той е: „Не“. Облича се неадекватно за температурите навън – в много студено и при много топло време винаги е с анцуг и с отговора „Какво значение има какво е времето“.

През месец юни, срещите прекратяват по решение на семейството, защото учебната година свършва, Г. преминава в 10 клас, нещата са под контрол и освен това „какъв е смисълът?“.

В края на октомври, след насочване от полицията, отново приемам Г. „На 17 октомври бях отишъл в полицията да отправям заплахи, че ще убия сестра си, защото ме ухапа. Казах им, че ще я изкормя като шаран. Искях да ме арестуват и да ме вкарат в затвора, за да свърши всичко. Но те не ме арестуваха, изпратиха ме при Вас.“ Оказа се, че е отправял заплахи и към едно момиче в училище, дори я е ударил, защото ги преследвала с неговия приятел навсякъде, дори в мъжката тоалетна. В училище е поставен въпроса да мине на индивидуална форма на обучение. На тази среща той заявява, че иска да идва за да ми говори за училище и защото една госпожа му е казала, че неговата диплома „ще е само на хартия“, той иска да изясни дали неговата диплома ще се признава, в противен случай няма да ходи на училище.

Последва среща с майката: Лекуващият психиатър на Г. е сменен. Новият лекар е сменил изцяло лекарствената терапия и е дал препоръка да продължи да ходи на училище. Ръководството на училището е направило среща с нея, бащата на момичето, класната и училищния психолог. Тя е занесла медицинските документи и е поискала момичето също да посети психиатър, защото и то е „мръднало“, както и баща му. Много от съучениците се изказват в защита на Г., а също и няколко учители. Този епизод показва трудностите на психотичните юноши да се впишат в училищната среда, необходимостта от гъвкавост на училищното ръководство, от съставяне на индивидуален план за обучение, като в същото време не се изключва контакта с връстници. Родителите изпитват много силна криза на лоялност към своите деца – от една страна те знаят проблемите им, от друга – се чувстват длъжни да ги защитят в ситуации, когато са провокирани от техни връстници.

От края на октомври Г. посещава консултациите редовно, не е пропускал среща, говори и всеки път поставя някаква уловка, с която казва, че „изпитва“ терапевта. Ето няколко акцента от неговия дискурс, начина, по който говори за своя живот, за това което му се случва в училище, това което планира за себе си, за отношенията си с връстници и възрастни.

- За три седмици се появи списък, който той пише вкъщи на компютъра. Този списък започна с имената на няколко съученици и за три седмици надхвърли 250 човека. Срещу всяко име се изписваха наказания, които този човек трябва да изтърпи – архаични, жестоки като разчленяване, обезкостяване, рязане на части от тялото, обезглавяване... (взема идеите от филма „Тексаско клане“) След последното наказание се изплашил, че отива твърде далеч. Освен това ставало все по-трудно да измисля нови наказания, защото те не трябва да се повтарят. Списъкът включил твърде много хора – политици, фолк звезди и други. Това също го изплашило и списъкът беше изтрит.

- В училище имат игра – да се удрят последователно по краката и който не издържа, отпада – той е спечелил, но краката му на другия ден били сини.

Ударили са го с чантата по главата и той не е мигнал. Викат му „железния“. Спечелил е 8 лв. срещу 30 дупки с химикал по кожата. Искал е да изпие кръвта, но се е въздържал, защото „по принцип не пие кръв“. „Все едно съм Бог. Знам ли, може да съм нещо като свръхчовек.“ „Когато искам някой да умре и той умира. Исках Фидел Кастро да умре и той умря“.

- Играе видеоиграта GTA – в ролята на крадец, обира банки, прави си мафия, казва, че е на първо място вече две седмици, взривил е съперника си, в играта има „сикстилион, (което е повече от милиард)“. Когато не е на училище играе игри. Само това. Не може да учи, защото не открива никакъв смисъл в ученето – по английски – „аз да не съм англичанин“, по биология – „учим за полова система – това е гнусно, за секс“, по математика – „мога събиране, изваждане, умножение и деление... повече за какво ми е?“

- В началото на януари започнаха серия от психологически изследвания и психиатрични прегледи в детско-юношеска психиатрична клиника, лекарствата му са сменени отново.

- В последната среща от този етап, той обявява: „Ще стана тираджия, ние сме потомствени тираджии – дядо ми, вуйчо ми и баща ми. Ще печеля по 1800 евро. (Смята на калкулатора колко ще спечели за 25 години: 600 000 лева. Приспада разходи за храна, за майка си и баща си) С тези пари ще си направя операция – да бъда като Майкъл Джексън. Като изляза на улицата всички ще викат: „Мъртвец, мъртвец – обадете се на 112!“

След прекъсване на срещите за два месеца, от полицията отново искат среща, свързана с поведението на Г. Отново е звънял на 112. Представил се за класен ръководител и казал, че в училището едно момче иска да убие друго момче, но директорът не предприема нищо. Преди това е имало спречкване между него и момче от ромски произход, което му е ударило шамар. С обаждането си е задвижил СДВР и РИ на МОН.

Теоретични препратки и възможности за еволюция на състоянието, свързани с психоаналитична психотерапия:

В случаят на Г. можем да проследим неговата история, която съдържа знаци за трудности в две посоки: в свързването с другия и в обучението. Тези знаци остават неразпознати, семейството отрича психичното страдание (въпреки че са направени консултации с лекари) до момента на юношеството, в който неговото психотично състояние го кара да премине към действие. Разбираме, че става въпрос не за остро състояние, а за скрити знаци, които датират още от латентния период и се разгръщат през юношеството. Въпреки медикаментозното лечение, Г. има нужда от паралелни срещи с психотерапевт за да преработва чрез словото деструктивните импулси, които са много интензивни и на моменти вземат връх, ескалират и го карат да премине към действие. В дискурса му откриваме частично запазена връзка с реалността, нарушено преживяване за идентичност, използване на архаични защитни механизми: разцепване, идеализация, проективна идентификация. Въпреки че

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

липсват халюцинации, откриваме налудни идеи свързани с мегаломанни преживявания, както и съответно оттегляне от социалния живот – невъзможност за инвестиране на връзки с връстниците и възрастните. Кога Г. преминава към действие? Когато се изправи пред себеподобния и не може да удържи двата образа – своя и на другия. Единият трябва да бъде елиминиран (убит). Причина за омразата може да бъде всичко и всеки може да се окаже на това място: „Б.Борисов – заради гласа, дразнеш е, а и строи само магистрали“, „Ц.Цачева – заради името, има много „ц“ и „ч“, дразни ме“, съученикът – ударил го е, момичето от училище – преследва го...

Защо е важно юношеските психотични състояния да бъдат разграничавани и подети в психотерапия? От представения случай става видно, че страданието на юношата е сериозно, а трудностите на родителите да съпровождат и да се грижат за сина си са големи. Психотичните състояния на юношите винаги изискват система от грижи, защото изолирането на юношата и затварянето на проблемите вътре в семейството утежнява симптомите и води до тяхната ескалация. Медикаментозното лечение с невролептици подобрява много състоянието на страдащия и по биологичен път подпомага овладяването на налудните механизми. В начина, по който Г. говори за себе си, в поведението му и в преминаванията му към действие преобладава поставянето на един въпрос под различна форма: „Какъв е смисълът?“. Този въпрос е адресиран към психотерапевтичното лечение, на този въпрос не може да бъде даден медикаментозен отговор.

Това търсене на смисъл по патологичен начин е ясна илюстрация за липсата на едно фундаментално означаващо, за което говори Жак Лакан и което нарича „Име на Бащата“. „Името на Бащата“ е назоваването на една липса, едно празно място, което е обозначено и което ще позволи на смисъла да се закотви и да оперира между веригата от означаващи. В Семинар 3, „Психозите“, Лакан представя своята концепция за психозите и тезата, че в психозата има провал във функционирането на Името на Бащата и от това следва провал в стадия на огледалото, не е формиран Идеал на Аз-а, кастрационния комплекс не се случва, което прави невъзможно йерархизирането на частичните нагони (Lacan, 2014). В дискутирания случай това е илюстрирано от отношението на Г. към тялото, което може да бъде пробивано, рязано, „разпарчатосвано“.

В психозата въображаемото продължава да доминира, а символичното в степента, в която е установено е под силното влияние на въображаемото. То е усвоено не като радикално нов символичен ред, реструктуриращ предишния, а като особена имитация на другите хора. В случая на Г., това е особено то „залепване“ за другия, било връстник или възрастен.

В семинар 8 „Трансферът“, Лакан свързва преминаването през стадия на огледалото с Фройдовия Идеал на Аз-а /*Ischideal*/ (Lacan, 2019). Стадият на огледалото се отнася към възрастта между 6-ия и 18 -ия месец, когато майката поднася детето пред огледалото и то разпознава собствения си образ. Това

е стадий на вътрешно пререструктуриране на психичния живот, когато детето интернализира начина, по който го възприемат родителите. Така в стадия на огледалото, регистъра на въображаемото, който съдържа визуални образи, слухови, обонятелни и други усещания, фантазии, се пререструктурира, презаписва се символично чрез тези думи и фрази, с които родителите описват възприемането на своето дете. Нов символичен, лингвистичен ред заменя въображаемия ред. За въображаемите отношения е характерна конкуренцията и агресивността. В невротичното функциониране тези отношения ще бъдат подчинени на символичните отношения, в които доминират закона, идеалите, вината.

Ако Идеала на Аз-а служи за да закрепва чувството за себе си, и да го свързва с одобрението и признаването на родителския Друг, неговото отсъствие води до неустойчиво чувство за себе си, води до образ за себе си, който е способен в определени моменти да изчезне. Ето какво пише Ж. Лакан в част XVI „Секретари на душевноболния“, на семинар 3: „Област на тази проблематика се явява пространството между образа на Аз-а и приповдигнатия, извисяващ се над него образ на Големия друг, това бащино *imago*, благодарение, на което вътре в субекта възниква двойна перспектива: собственото Аз от една страна, и Идеала на собственото Аз, за да не говорим в този случай за Свърхзаза, от друга. У нас се създава впечатление, че тъй като Другия или не е бил получен за ползване или е изгубен, субектът открива чисто въображаемия малък друг, сплескан и паднал, с който той не може да установи други отношения, освен фрустриращи: този друг го отрича, буквално го убива. Този друг представлява най-радикалното, което носи със себе си въображаемото отчуждение.“ (Lacan, 2014: 277-278)

Поради липсата на тази „двойна перспектива“ в психотичния субект няма пространство за колебание, за мислене върху последствията, за различни варианти, за вина, когато има импулс за действие. Вината предполага изтласкване. Човек чувства вина, когато знае, че тайно е искал да причини вреда или да се наслади на такова действие. В случая на Г., пациентът няма тайни, които да крие от себе си.

Лакан казва, че при психотика не може да се стигне до функциониране на Името на Бащата, но може да се стабилизира Въображаемото. Въображаемото ще „подпира“ структурния недостиг на символичното, получен от липсата на ключовия елемент: Името на Бащата. Какво означава да се стабилизира Въображаемото? Психотикът може да изработи една метафора на делира, която да му даде място в света, да му даде обяснение (метафората на делира в случая на П.Шребер, описан от З.Фройд (Freud, 2003) е свързана с произхода и създаването на нов свят, в който има място за него). В този смисъл кръстосването между налудните идеи и създаването на нова система от смисли, това е виждал Лакан като възможност за психоаналитичната работа с психотика. (Lacan, 1997)

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

В случая на Г. педагогическите и когнитивно-поведенческите методи имат силно ограничена възможност да повлияят на състоянието му. Защото от изложените теоретични съображения става ясно, че се отнася до реструктуриране на психичния живот, а не до външно наложени промени. Този юноша, на прага на младежката възраст е в търсене на място за себе си. Единственото, което изработва е мегаломанното място във виртуалния свят. Целта на терапевтичната работа е не да бъде „нормализиран“, а да бъде подкрепен да изработи „заместител на смисъла“, който ще му позволи да удържа налудния свят, изпълнен с агресивност и преследване. Във всички случаи става въпрос за едно продължително във времето придружаване и променлив успех.

Представянето на този типичен случай на юношеска психоза, в който може да се проследи зараждането и развитието на симптоматиката, нейната оценка в хода на консултативни срещи, както и една възможност за дългосрочна терапевтична работа в рамките на психоаналитичната перспектива, дава практическа представа за смисъла от сериозното професионално формиране на консултанта, приемащ деца и юноши.

Отново ще се върнем върху фокуса на настоящата първа част, а именно разграничаването на психичните състояния и тяхната тежест при юношите.

Въпроси, свързани с разграничаването на юношеските депресии и психотичните състояния

В края на юношеството типичната депресия започва и достига до 15-20% което е идентично и за депресията при възрастния индивид (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018).

Депресията при юношите има собствени специфични проявления и също е състояние, което трябва внимателно да се оцени по време на консултация. То е разположено между нормалната потиснатост, която всеки човек преживява и самоубийството, а освен това може да бъде прикрито зад депресивни еквиваленти: рисково поведение, противообществени прояви, тревожни състояния, психосоматична уязвимост или хипохондрични симптоми.

Според П. Деларош (Delarosh, 2004), трябва да се разграничи *депресивния афект* (най-често срещан под формата на „черни мисли“) от *депресивния синдром*. Той припомня задължителните симптоми, които оформят депресивния синдром:

- „*taedium vitae*, който представлява болезнено чувство на тъга;
- самообезценяването, достигащо понякога до самообвинения, породени от чувство за вина;
- безсънието, основен белег, който с появата си предизвиква истински порочен кръг и който налага задължително (като се отчетат противоположанията) изписването на лекарства;
- анорексията (безапетитието), която както знаем може понякога да излезе на преден план“ (Delarosh, 2004:65).

Ще предложим за кратко обсъждане, въпроси свързани с маскираните депресивни състояния, които не се характеризират с типичните за възрастния индивид депресивни знаци и в този смисъл депресивното състояние на юношата често може да остане неразпознато по време на консултация.

Според различни автори – Д. Марсели (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018), Д.Льору (Delaroche, Mouras 2004), П.Деларош (Delarosh, 2011) „маскираните“ форми се проявяват по различен начин, в зависимост от пола. Момчетата са повече загрижени за образа на тялото си, теглото, наблюдават се различно проявени дифузни болки, които на пръв поглед не тревожат родителите и специалистите, но юношите споделят за интензивност, устойчивост на болката. Ако няма органична или физиологична причина те могат да бъдат слушани и оценявани в измерението им на отправен зов за помощ, който не може да бъде изказан от субекта по друг начин. Момчетата изразяват по-често своето депресивно състояние в поведенческа форма: агресивност, рискови и антисоциални поведения. По този начин те облекчават маскираното нагонно напрежение чрез една привидна апатия към последиците или чрез други външни прояви.

В основата на тези депресии при юношите не трябва да се пренебрегват невробиологичните предразположения, но те не трябва и да се преекспонират, тъй като в тази възраст основни са факторите от обкръжаващата среда: негативни семейни събития (загуба и траур, депресивен родител, семейни конфликти, развод) или екзистенциални събития (любовно разочарование, училищен провал, физическо заболяване), или по-широко социални: в тази възраст, в която надеждата и идеализирането са естествени движения, съвременният културен и социален натиск тласка някои млади хора да преживяват света като разочароващ, твърде принуждаващ или тревожеш ги по отношение на бъдещето (Staneva, 2018).

Психодинамичната гледна точка, която се интересува от психичните механизми на адаптация или на защита, подчертава наличието на:

- нормална депресивна среда през юношеството, свързана именно с правенето на траур, наложен от пубертетното израстване; (Delarosh, 2011)
- преднамереното „маскиране“ на депресията през тази възраст. Говори се за истинска „маскирана депресия“, когато зад поведенческите симптоми, които се демонстрират на преден план се открият признаците на изразена депресия. Терминът „депресивен еквивалент“ бива предпочитан когато тези прояви са изолирани и когато отказаните депресивни афекти в по-голяма степен изразяват патогенната съпротива спрямо работата на траура. Клиничният опит сочи, че при проява на депресивни еквиваленти в юношеството, класическите депресивни симптоми се проявяват след време в рамките на дадена психотерапевтична работа. Това време може да е от няколко месеца до няколко години. (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018)

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

- изведени са специфични за тази възраст клинични картини: депресията с чувство за малоценност, депресия, свързана с преживявания за изоставяне, анаклитична и налудна депресия. (Braconnier, Golse, 2010)

А. Браконие (Braconnier, 2019) описва и едно друго състояние между депресивност и депресия, което традиционно е наричано „синдром на опасност от депресия“. Този синдром най-вече се появява под формата на внезапното появяване на интензивен страх от това да не бъдеш обхванат от тъга, от „кофти“ настроение и от суицидни мисли, които могат да се асоциират с няколко депресивни симптома. Когато липсва реакция на адаптиране, има риск състоянието да еволюира от силен страх към обща тревожност и да се стигне до депресивно срутване. Тази клинична картина на борба срещу депресивното състояние се асоциира със следния контекст: заплахата от раздяла с първия любовен обект и най-вече с прекият едипов обект-родителя от другия пол, за да бъде инвестиран нов любовен обект – „гаджето“. Юношата ще трябва да приеме риска да се освободи от едиповия любовен обект, който е познат и успокояващ, за да се влюби в нов обект, който е непознат и енигматичен. Той ще трябва да: а) понесе времето на чакане на обекта заместител; и б) да може да си представи, че новият обект ще бъде поне толкова задоволителен, колкото е бил детският любовен обект. Поради персонални и житейски фактори, които могат да настъпят, например: загуба на родител, развод, емоционално изоставяне вътре в семейството, субектът може да преживее усещане за депресивно движение, което да събуди интензивен страх. Най-често това състояние е кратко поради инвестирането на нови интереси и отношения. Тези реакции се случват през първата част от юношеството на субекти, които са проявявали фобични или натрапливи невротични черти през латентния период и пубертета, чиято интензивност надвишава картината на обичайното невротично развитие (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018). Тревожността ще бъде по-жива и депресивният риск по-голям, ако трансформацията провокира болезнени спомени за минали травматични раздели.

Психодинамичният подход набляга на депресията в юношеството, в нейното тройно измерение: обектно, нарцистично и анаклитично.

Обектно измерение: ако се опрем на Фройдовото разбиране, че депресията е състояние, свързано със загуба на обекта (Froyd, 2018), следва да имаме предвид, че за да може един субект да започне работа по отказване от обекта, трябва да има обект от който да е възможно да се откаже, без това да доведе до загуба на част от него самия. Субектът трябва да е направил достатъчно добро диференциране между инвестирането на себе си и инвестирането на другия, за да може временното отказване от другия да не представлява заплахата за нарцистичните устои и да не доведе до непоправима загуба на образа за себе си. Това диференциране между аз и другия е възможно само, ако първите нужди са били задоволени. Като отговаря на тези нужди, опорният, първичен обект позволява на субекта да изгради един образ за себе си, който

е достатъчно защитен. Това изграждане позволява в едно второ време субектът да се раздели със същия първичен обект без да се преживее заплахата за собствената цялост, интегрираност и идентичност.

Нарцистично измерение: Във възрастта на юношеството, когато нарцистично-обектното напрежение е особено изразено, всяка първична нарцистична недостатъчност рискува да се прояви през момента на юношеството под формата на риск от нарцистично срутване, което може да е с различна тежест. Депресията, поради страх от изоставяне (Braconnier, Golse, 2010) е типичен пример. Тези форми на депресия са доминирани от чувство за празнота, за изоставяне, от болезнени спомени за раздяла с риск от катастрофа. В тези случаи работата на изтласкването е претърпяла провал. Афективните преживявания са толкова болезнени и непоносими, рискът е огромен и никаква раздяла не може да бъде подета. Защитни психични механизми на разцепване, на идеализация, (всесилен обект), на девалоризация (обект-отпадък), на отказ, са преобладаващи и това което наблюдаваме са поведения на авто- и хетеродеструктивни преминавания в действие, рискови поведения, насилие, токсикомания, които често са обсъждани в специализираната литература като „депресивни еквиваленти“. Едва когато юношата е достатъчно удържан и когато преминаването в действие е възпрепятствано чрез хоспитализация или други форми на психично удържане, депресивните афекти могат да се появят по-отчетливо в клиничната картина.

Анаклитично измерение: Понятието „анаклитична депресия“, изведено от Рене Шпиц препраща към необходимостта от присъствието на отношения с обект във възрастта от раждането до третата година. Субектът ще се обляга на този „анаклитичен“ обект, за да може да се изгражда психично, да се диференцира, да открие обекта и връзката с него (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018). При юношите преживели ранни дефицити във времето между 6 месеца и 3 години от живота си, които са с изключително чуплив нарцисизъм и които функционират чрез психичния защитен механизъм разцепване, загубата през юношеството може да се окаже травматична. Тя ще бъде повод за срив, в който ще доминират психо-соматични нарушения, дезорганизиране, прекъсване на единното и продължаващо във времето усещане за себе си.

Тук, анаклитичното измерение се появява, застрашвайки не само способността да се инвестира обекта, но също и способността да инвестира самият процес на инвестиране, (Braconnier, Golse 2010)

Връзка между употребата на психоактивни вещества и психотичните състояния в юношеството

Ще се спрем на този въпрос, защото той е актуален за юношите и родителите, често е повод за търсене на консултация и също така е съпроводен с диагностични трудности. Приемането на психоактивни вещества е често срещан проблем в юношеството. Желанието на юношите да експериментират и

относителната лекота, с която веществата могат да бъдат достъпни, прави употребата нещо „обичайно“ за тази възраст. Това на което ще се спрем е връзката между отключване на психотични състояния и употребата на вещества. Д. Марсели, цитира изследвания, които показват, че 40 % от случайните пушачи на канабис отключват остри психотични състояния. Винаги в предварителните интервюта, когато изследваме въпроса за връзката между психотичното състояние на юношата и прием на дрога, трябва да отчитаме два типа ситуации (Marcelli, Braconnier, Tandonnet, 2018):

- Към първия тип спада разгръщането на реакционни, остри психотични състояния при приемане на психоактивни вещества. В този случай трудността е да се разграничи между самия ефект на веществото и психотичната декомпенсация. Това разграничение изисква поне едноседмично наблюдение, за да се изключи хипотезата за директния ефект на веществото и да се потвърди хипотезата за психотична дезорганизация, отключена от приема на вещество.

Особено важни за интервюто в този случай са въпросите:

- Защо юношата (момче или момиче) изпитва нуждата от това да приема дрога?

- Защо е избрал да има рисково поведение? Да се поставя в опасност?

Много автори (Lebovici, Diatkine, Soulé, 2004, Delarosh, 2011, Rassial, 2018) смятат, че когато прием на вещество отключи психотична дезорганизация, по-скоро трябва да мислим за психотична структура на психично функциониране, „разкрита“ от веществото. Най-вероятно анамнезата ще покаже една „чуплива“ личност, която в този момент декомпенсира. Независимо от еволюцията на нарушенията, е добре ако юношата бъде мотивиран и насочен да започне терапия, която би му позволила да си зададе въпроси за това, какво го е тласнало към употреба на дрога. Проследяването в психотерапия ще позволи да бъде изследвана подлежащата чупливост зад това поведение.

- Към втория тип спада ситуацията, при която се наблюдава продължително използване на психоактивни вещества на фона на протичаща психоза. Въпреки, че могат да бъдат употребявани различни вещества, най-често се касае за употреба на канабис. Тази употреба може да доведе до нарушения в хода на мислене, до поява и зачестяване на налудни идеи, до усещане за заплаха и заобикаляща враждебност, до халюцинации и други симптоми характерни за психозата. В този случай трябва да имаме предвид, че юношите могат да употребяват дрога по различни причини, свързани с техни преживявания отпреди времето на приемане:

- изживяването на психотични симптоми „поради“ вземането на дрога може да бъде преживяно от субекта като успокоително обяснение на неговите психични проблеми и нарушения. Обикновено това е успокоението: „аз не съм луд, продуктът ме кара да халюцинирам, да усещам света по странен начин, да съм емоционално неадекватен, да имам странни мисли и сензорни преживявания.“ Много често семействата съ-

що са обхванати от надеждата за токсикологично обяснение на разстройствата при детето им. Родителите вярват, че при спирането на дрогата, детето им ще се излекува окончателно;

- прибягването до дрога може да означава търсене на завръщането на психотична декомпенсация (вече проявена), с цел – бягство от реалността. Юношата бяга от реалността, която му причинява болка в една неореалност, която го защитава и отдалечава от страданието с цената на психотична декомпенсация;
- понякога приемът на дрога е несъзнаван опит за самолечение, тъй като психотични страхове (от телесно разпадане, от анихилиране/унищожение, от преследване и др.) заплашват да разрушат функционирането и интегритета на личността.

Добре събраните анамнезни данни, наблюдението и съвместната работа между детски психиатър, клиничен психолог и психотерапевт ще позволят да се оформи картината на основния проблем и да се предприеме лечение.

Транссексуалност и хомосексуалност през юношеството

Дали наистина има „епидемия“ от транс- и хомосексуални юноши? Или трябва да мислим всеки път, когато чуем, че юношата иска промяна на пола си за специфичното, индивидуално и субективно измерение на заявеното с думи от момчето или момичето? И то в контекста на неговата история, на актуалната житейска ситуация, на връзката с клинични знаци, които препращат към сериозни психопатологични процеси.

Ще припомним, че въпросът за пола може да бъде третиран по различен начин. От равнището на консултативната практика една добра перспектива ни дава разграничението, което прави П. Деларош (Delarosh, 2011) Той предлага да разсъждаваме и да вземаме под внимание винаги „трите“ пола: хромозомния, видимия и психологическия. Хромозомния пол е биологично детерминиран и той показва аномалии в много редки случаи. Видимият пол е този, който е отчетен при раждането на детето от служебното лице и е вписан в акта за раждане. Към тези два пола трябва да добавим и психологическия, който е определен от чувството за принадлежност към момчетата или момичетата и който не е толкова очевиден. Психологическият пол е това, което наричаме чувство за полова принадлежност. „Тъкмо това ни показва транссексуалността, която е чувството (или по-скоро убеждението), че природата е допуснала грешка.“ (Delarosh, 2011:29) В повечето случаи трите пола си съответстват, но това не е даденост, не се случва от само себе си и „не съществува органична връзка между психологическия и останалите два вида пол.“ (Delarosh, 2011:30)

При хомосексуализма биологичният пол съответства на психологическия. Онова, за което се претендира при хомосексуалността не е половата идентичност а сексуалното влечение, което е насочено към личност от същия пол. Хомосексуалният юноша или хомосексуалната девойка се идентифицират с

другия пол, но това не засяга чувството им за полова идентичност. Т.е., в случаите на хомосексуалност говорим за полова идентификация на момчетата с женския пол и на момичетата с мъжкия пол, която не винаги е задължителна и не засяга чувството за полова идентичност. Ето защо в консултативната практика е важно, когато слушаме юношата да правим разграничение между полова идентификация и полова идентичност, тъй като това ще ни даде ориентир за диференциране между клиниката на транс и хомосексуалния юноша. Още повече, че често юношите го наричат „идентичност“, но става въпрос за идентификация.

Често, когато изследваме желанието на юношата за смяна на пола откриваме, че в основата на това желание стои едно влюбване, което е хомосексуално по своята природа. Тъй като хомосексуалността предизвиква ужас у юношата, решението за смяна на пола се явява компромисно за психичния живот решение: „Аз обичам него, но не защото съм хомосексуален, а защото моят пол е объркан.“ Това се отнася до невротичните случаи и т. нар. „хистеричен транссексуализъм“. Както подчертава П.Деларош, говорейки върху клиниката на транссексуалните: „Хистерията винаги взема симптоми, които са на мода. Невротичният транссексуализъм е все по-често срещан.“⁴

Психотичният транссексуализъм е свързан с психотична структура на личността, която до този момент е функционирала компенсирано, без ярки прояви на психични проблеми и нарушения. Проблематизирането на образа на тялото през юношеството, преразглаждането на „първичната неедипова кастрация“ (Dolto, 2005) може да доведе до усилване на тревогата относно телесната интеграция, пола и половата идентичност и да предизвика психотична декомпенсация. В този случай искането на юношата най-често ще бъде придружено с различни по съдържание и форма налудни идеи.

В срещите с искане на юношата за смяна на пола, отново консултиращият е изправен пред въпроса за психичното функциониране. Важно е да не се отговаря на това искане. За съжаление медицината все по-често отговаря на искането на юношите под различна форма (предприемат се хормонални терапии, оперативна намеса). Психологичната работа дава възможност да се отвори поле за размисъл пред самия юноша: дали има и други проблеми; защо смята, че решаването на този проблем ще реши всички останали и по какъв начин?

Тъй като има все по-големи трудности на децата и юношите да се казва: „не!“, родителите в някои случаи са склонни да съдействат и да тласкат юношите към смяна на пола. Във Франция вече се появяват млади хора, които обвиняват своите родители, че са ги подтикнали към смяна на пола в юношеска възраст.

И родителите, и специалистите, приемащи юноши, не трябва да забравят, че юношеството по дефиниция се характеризира с несигурност в сексуалната идентификация. Тази несигурност може да продължи през цялото юношество и да има различна динамика и субективна изява.

⁴ Семинар „Трансферът във всички негови форми“, София, 11.06.2022, АБПП

Обобщение

Три основни въпроса характеризират интрапсихичното пренареждане, случващо се при всеки от юношите: телесното измерение; проблемът за идентичността; равновесието между нарцистичното и обектно инвестиране. Тези три области участват във всеки психотичен процес: страхът свързан с чувството за телесната трансформация може да стане страх от разпадане на парчета; трудностите в преживяването на собствената интегрираност може да породи истински нарушения на идентичността; и накрая това, което З. Фройд (Froyd, 1990) е нарекъл „нарцистична невроза“, при която нарцистичното инвестиране преобладава и „унищожава“ обектното инвестиране, естествено препраща към психозата. Затрудненията в реализирането на тези три измерения в процеса на юношество повдигат въпроса за проблема, свързан с психотичното дисфункциониране, което трябва да бъде разбрано като специфично се отчита тази възраст. По този начин могат да бъдат разграничавани трите форми на дисфункциониране:

- такива, при които тялото е под въпрос;
- такива, при които идентитета е под въпрос;
- такива, при които равновесието между нарцистично и обектно инвестиране е под въпрос.

Прием и работа с родители на юноши

Защо родителите търсят консултация за своите юноши? Симптомите, които юношите извеждат на сцената винаги са свързани с историята на юношата, с историята на родителите или на отношенията в семейната двойка. Интересно е да проследим какво, „прелива чашата“ на родителската толерантност и предизвиква посещение при психотерапевт.

Трудностите в оценката на клиничните знаци и комуникирането им с родителите, от които в повечето случаи зависи дали юношата ще продължи терапевтичната работа ме занимава, особено в случаите, които изискват по-продължителна предварителна работа.

Ето няколко такива случаи, в които родителите, заедно с юношата са решили да потърсят психоаналитик:

Момче на 16 г. Смята че става насън и прави различни неща – сгъва си дрехите, ходи из стаята говори с някого. Инсталирал си е камера, която записва през цялата нощ докато той спи. На записите, които гледа на следващия ден открива „присъствие“: едно джудже и нещо като фантом. Някой иска да влезе в контакт с него.

Момиче на 15 г., осиновено като бебе след смъртта на единственото дете в семейството на осиновителите – момче на 17 г. Един ден тя поставя въпроса: „Искам да знам коя е жената, която ме е родила?“ Родителите са смутени от въпроса и не знаят какво да отговорят, а момичето започва да прави разрези по ръцете си.

„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод – как поддържа диалога с родителите?

Момиче на 17 г. Задържана от полицията заедно с други момичета заради кражба на автомобилни части – капачки от джанти. От една година почти не говори с родителите си. Тази приятелска група, към която принадлежи ѝ помага да говори с връстниците. От две години е в нов клас – не говори с никого. Учителите я изпитват само писмено, защото не говори с тях.

Момиче на 12 г. Не ѝ е приятно „големите хора“ да я гледат и да ѝ говорят. „Големите хора“ са 14-15 годишните. Има една история, която създава в главата си и в която се оттегля винаги, когато е възможно – в часовете в училище, в градския транспорт, вкъщи. Това е „манга“ история, главният герой е момче, което има седем братя – седемте смъртни гряха. „Времето, когато бях по-малко дете беше по-хубаво“ – казва тя, веднага след като остава насаме с мен.

Момче на 15 г. – винаги е имал трудности с ученето и общуването. В края на 7-ми клас, когато предстоят изпити, става особено агресивен към баща си, който го „поправя“ непрекъснато и за всичко. Родителите се опасяват, че това е шизофреничен епизод.

Как родителите посрещат трудностите на своите юноши?

На първо място с огромно чувство за вина – че са направили грешки, че не са направили достатъчно, че са „провалени“ родители. Ако чувството за вина не се държи под внимание има риск родителите да прекъснат посещенията с мотива, че терапевтът подценява или надценява тежестта на проблема.

На второ място е въпросът: Какво му е на това дете? Нормално ли е това? Дали не е начало на тежка болест? Много често думите им са: „Идваме за да не изпуснем нещата...“ Но защо точно сега родителите се адресират? Нещо ги е накарало да реагират – нещо, което идва от юношата, но резонира в тях.

Работата с юноши изисква приемане на родителите, изслушването на членовете на различни семейни конфигурации – разведени родители, осиновители, партньори на родителя, които живеят заедно с юношата, баби и дядовци, които ги отглеждат. Работата изисква да се отдели въпроса на родителите от въпроса на юношата. Понякога за да може юношата да започне една психоанализа за себе си, са необходими срещи с родителите, „разплитане“ на семейната история и ориентиране към какво ни препраща първоначалната тревожност. Диагностицирането на психичната структура през юношеството е труден процес. Дори симптом, който има психотичен вид не позволява, понякога за дълго време, да се каже категорично как функционира юношата. Това означава, че аналитикът трябва да запази диалога с юношата, а много често и с неговите родители за дълго време в рамките на една предварителна работа. Защото връзката, която юношата ще изгради в трансферните отношения с терапевта ще ни дадат ориентир за неговата психична структура. В срещите си с родителите ние работим за да дадем шанс на тази връзка да се случи.

Поддържането на диалога с родителите изисква повишено внимание към един важен въпрос: Как проблемът на юношата засяга родителския нарцисизъм? Начинът, по който родителите се тревожат, съответства на начина, по

който е бил засегнат техният нарцисизъм. Както ни казва З. Фройд в статията си „Въвеждане в нарцисизма“ (Froyd, 1992), родителите искат за децата си по възможност да избегнат ударите на съдбата, да постигнат повече от тях, понякога като компенсация за собствените им неуспехи. В този смисъл проблемното юношество винаги е удар по нарцисизма на родителите.

Юношеството реорганизира отново всички конфликти на недостатъчно успелите символически кастрации. Те трябва да бъдат отново преразгледани и приети от субекта, казва Франсоаз Долто в „Несъзнаваният образ на тялото“ (Dolto, 2005). Ще изложи някои разсъждения върху преразглеждането на две от тези кастрации и как това засяга родителите. Това са „Стадият на огледалото“ и „Едиповата кастрация“.

Знаем, че юношеството отваря отново стадия на огледалото и отношението между несъзнавания образ и огледалния образ ще бъдат преразгледани. Драматично променящото се тяло прави така, че кожата вече не може да покрива скритият, изгласан образ на тялото. Какво гледа юношата, който с часове стои пред огледалото?

„Отношението на юношата към огледалото издава начинът, по който той приема новите си аспекти: нещата се случват така, като че ли той се отдава на съзерцаването на този свой нов образ, търсейки отвъд него това, което е загубил с края на детството си“ пише Патрик Деларош в „Юношеството“ (Delarosh, 2004:22).

Но какво търсят родителите гледайки променения образ на своето дете?

- Начинът, по който те ще реагират на неговите физически промени, ще повлияе погледа, който юношата има върху себе си. Променящото се тяло на детето може да върне родителя към трудности, които той самият е имал през юношеството. Други родители не могат да приемат трансформирането на детските черти, кардиналаната промяна на тялото, която заявява принадлежността към пола. Те ще продължат да „си искат“ детето с асексуално тяло, понякога изпадайки в пълно отричане на случващите се промени. В този променен образ, като в своеобразно огледало се оглежда родителя и с думите си, с поведението си, ще подпомогне или ще затрудни повторното преминаване през изпитанието на огледалото. Юношата трябва да намери нова „точка на харесване“, нов поглед, който го освобождава от инфантилния образ и от капана на инцестните отношения.

- Отново ще се проблематизира образа на имагинерното дете, който родителят за втори път след раждането трябва да съгласува с образа на реалното дете – вече юноша. Представата на родителите за детето, включва и представата за него като бъдещ възрастен. Този образ, много често не е съзнаван от родителите преди настъпването на пубертета. Ако родителят не успява да направи „обновяване“ това предизвиква пукнатина в отношенията родител-юноша.

В срещите с терапевта родителите трудно започват да говорят за своето разочарование, че детето не е такова каквото те са си представяли, че ще бъ-

де. А още по-трудно приемат, че то ще изглежда по-друг начин, ще има различен път, свои собствени трудности и провали. Всъщност става дума за загуба и траур. Въпросът за загубата, който на свой ред поставя въпроса за траура е не само от страна на юношата, който прави траур по детството, а и от страна на родителите. Но за какво става въпрос? Дали родителите говорят за една нарцистична или за една обектна загуба? Дали става въпрос за траур по детето отпреди пубертета – детето фетиш, детето Бог, детето фалос – асексуалното дете. Или за траур по отношенията? И тук се срещаме с работата по символичната загуба на детето, която родителите трябва да направят. През юношеството реалните родители ще присъстват, но те трябва да предложат един различен образ от този на родителите в детството. П. Деларош (Delarosh, 2011) казва, че траурът по детството при юношите до голяма степен е компенсиран от придобивките на еманципацията. Каква е компенсацията за родителите? Дали те ще се задоволят с нивото на автономност постигнато от тяхната дъщеря или син или компенсацията ще бъде невъзможна, така както и символичната загуба?

В „Траур и меланхолия“ З. Фройд (Froyd, 2018) развива идеята, че обектните инвестиции, които се изоставят се заменят с идентификации. Родителите, които имат трудности да направят символичната загуба на детето по време на юношеството, обикновено имат и трудност да се разпознаят във вече порасналото момче или момиче.

Как стои въпроса по отношение на юношеския Едип и родителите? Преди всичко родителите са обезпокоени от пробуждането на сексуалността. Тревогата им често оправдава тършуването в стаята на юношите и проследяващото приложение инсталирано в телефоните им. Родителите трябва да са наясно, че любовта, която изпитват въвежда някакъв вид реципрочност – децата също изпитват любов към тях. Тази реципрочност през юношеството се обагря със сексуалността, която носи чувство за вина, тъй като е забранена. Изправен пред този втори, вече опасен изблик на любов, юношата се нуждае от бариери, защото пубертетът му дава възможност да реализира своите изтласкани чувства. Първата бариера ще бъде родителят от същия пол, възприеман като съюзник, а не като опасен съперник.

Наследник на Едиповия комплекс през юношеството е Идеала на Аз-а пише Фройд в „Аз и то“ (Froyd, 1992b). Именно родителския Идеал на Аз-а ще засегне юношата, когато детето, което родителят е имал е загубено, а образът на юношата, в който си е представял, че ще се превърне това дете е круширал. За родителя също е необходима нова позиция, от която да се види като „добър родител“.

Вземайки предвид всички тези „засягания“, трябва да приемем, че не случайно юношата разиграва точно този сценарий, към който родителите са особено чувствителни. Защото юношата „работи“ за своите родители. В този смисъл е обяснимо, защо някои родители предприемат собствена психоанализа, когато децата им станат юноши.

И все пак как терапевтът да комуникира с родителите, това което чува от тях, но те самите не чуват, за да направи пространство за юношата?

Ще се спра върху един от случаите, посочен в началото:

Момиче на 15 г., К. е осиновена като бебе след смъртта на единственото дете в семейството на осиновителите – момче на 17 г. Един ден тя поставя въпроса: „Искам да знам коя е жената, която ме е родила?“ Родителите са смутени от въпроса и не знаят какво да отговорят, а момичето започва да прави разрези по ръцете.

Именно разрезите са накарали родителите да предприемат среща с терапевт. В тази първа среща те изложиха две хипотези за случилото се: генетични аномалии, които ще доведат до тежка психиатрична болест или хипотезата, че не са се справили с процеса на осиновяване и това поведение е последица от техния провал. Последва среща с момичето, в която чух разказ, потвърждаващ едно много успешно психично осиновяване и вписване в семейството и рода. Нарязването по ръцете се е случило след като родителите ѝ са изхвърлили нейни дрехи, които не харесват – черни, широки блузи с черепи и качулки, с които дъщеря им се е обличала през всички сезони. Като отговор на това поведение тя е задала въпроса за произхода си, „защото знаех, че ще ги шокирам. Исках да страдат така, както се шокирах аз, когато видях, че дрехите ми ги няма, затова се нарязвах“. Работата продължи със срещи в различен формат – с родителите поотделно и заедно, с момичето в индивидуални срещи. В тези срещи бащата успя да говори за загубата на своя син, за това, че се чувства стар да съпровожда тийнейджър, в „тези времена, когато всичко е толкова различно“. Заедно с жена си те се страхуват, че тя ще стане „гей“ или „транс“, черните дрехи с качулка ги ужасяват и агресират. Майката сподели, че непрекъснато ѝ се струва, че не прави достатъчно и въпреки че дъщеря им пораства като красиво и умно момиче, тя е под въздействието на един сън, в който „другата майка“ идва и я пита: „Ти какво направи за дъщеря ми?“ Тревожи се прекомерно за всеки знак на несъвършенство – миналото лято дъщеря ѝ наддала 6 кг., после отслабнала – дали това не е хранително разстройство? Веднъж е спала повече от 14 часа – дали не е взела дрога? Облича се с момчешки дрехи – може би е гей? Чувства се наблюдавана и осъждана от обществото и „другата жена“.

К. наистина харесва много родителите си, но понякога се чувства виновна, защото е попаднала в това семейство след смъртта на брат си. Сега приближава годините, в които той е починал, това я кара да мисли по-често за него и за смъртта. Трудно ѝ е с това тяло, не че не го иска, но има нужда да го скрие за малко, докато свикне с него. Казвам ѝ, че е като герой на Шекспир, който в част от пиесата трябва да бъде в мъжки дрехи. Това сравнение много ѝ харесва, споделя го на родителите си, които го приемат с облекчение /може би все пак не е гей, нито транс.../ Така постепенно родителите ще ме посещават все по-рядко, а К. може да говори по-свободно за любовта и времето, когато ще напусне дома.

При прием на юноши и родители, аналитикът заема позиция по „границата“. Защото юношата не иска да се среща с терапевт-„юноша“ или терапевт-

*„Луди моменти“, юношеска криза или начало на психотичен епизод –
как поддържа диалога с родителите?*

„родител“, а родителите се страхуват, че ще бъдат осъдени от един „по-добър родител“. От друга страна, родителите често искат един начин „на справяне“, който да прилагат в отношенията с юношата. Поради тази специфика психоаналитичната рамка често не може да бъде приложена в нейния класически вид. Запазването на конфиденциалност с такт към родителите и юношата, както и динамиката на трансфера са двата важни елемента, които ще позволят да се разгърне една психотерапевтична работа.

Заклучение

Психологичното консултиране на юноши изисква добро познаване на психопатологичните процеси, тяхната еволюция и клиничните знаци, които ориентират относно тежестта на психичното състояние. Поради спецификата на юношеския процес голяма част от поведението в този период, които могат да бъдат тълкувани като прояви на патология, могат да бъдат и част от нормалното юношество, което често има своите „луди моменти“ и кризи. Думите на юношата, начинът, по който той говори или не може да говори за живота си, за състоянието си, за себе си, имат най-голяма тежест за оценка на психичното му състояние и за адекватно насочване към лечение.

При децата, както и при юношите, демонстриращи различни форми на психично страдание, родителите са част от консултативния процес. Терапевтичният съюз, е идеята за обща работа с родителите, в която те могат да мислят както за своята отговорност, така и за своите лични неразрешени психични конфликти, без огромно чувство за вина, което пречи консултативната работа. Този работен алианс може да се случи само ако родителският нарцисизъм бъде пазен от срутване и консултиращият успява да чуе, както страданието на юношата, така и страданието на родителите.

От най-голямо значение за успешната консултативна работа с юноши и техните родители е формирането на консултация, неговите задълбочени теоретични познания върху психичните процеси в юношеството и неговата способност да предоставя, но и да разграничава собствената си субективност от преживяванията на консултираните. Психоаналитичните са доказали своя интерес към юношеството и са допринесли много за психиатричната теория и клиничната работа. А психоаналитичната практика и особено развитието на практики съответстващи на юношеските процеси и клиника като индивидуалната психоаналитична психодрама, различни форми на клинични ателиета, свързани с изкуствата, например, е достатъчно окуражаваща за тези, които искат да се развиват в това трудно, но и вдъхновяващо професионално поле.

Библиография

1. Berzhere, Zh. Patopsihologiya – psihoanaliticheskiy podhod. Moskva, Aspekt-press, 2008
2. Boykinova, Irina. Roditelska samoefikasnost I roditelski stress. Godishnik BSU, XX Konferentsiya SNT, Burgas, 2019

3. Braconnier, Alain, et Bernard Golse. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent. Érès, 2010
4. Braconnier, Alain. La menace dépressive à l'adolescence. Érès, 2019
5. Delaroché, Patrick, et Jean-Paul Mouras (éditeurs). Peut-on devenir fou? Érès, 2004
6. Delarosh, Patrik. Yunoshestvoto. Sofiya, TSOPSI, 2004
7. Delarosh, Patrik. Problemite na yunoshestvoto. Sofiya, TSPSP, BPP, 2011
8. Delarosh, Patrik. Ot lyubovta kum drugite do lyubovta kum sebe si. Sofiya, ABPP, 2018
9. Dolto, Fransuaz. Nesuznavaniyat obraz natyaloto. Sofiya, TSPSP, 2005
10. Froyd, Zigmund. Vvedenie v psihoanalizata, Lektsiya XXVI, Sofiya, Nauka I izkustvo, 1990
11. Froyd, Zigmund. Vyvezhdane v nartsisizma, v Otvyd prinstipa na udovolstvioto. Sofiya, Nauka I izkustvo, 1992
12. Froyd, Zigmund. Az I to, v Otvyd prinstipa na udovolstvioto. Sofiya, Nauka I izkustvo, 1992 (b)
13. Froyd, Z. Psihoanalitichni belezhki vurhu edin avtobiografichno predstaven sluchay na paranoya (dementia paranoides), v Psihoanaliza – teoriya i terapiya. Sofiya, Kritika I humanizum, 2003
14. Froyd, Zigmund. Traur i melancholiya, v 4 osnovni teksta, Sofiya, Kritika I humanizym, 2018
15. Lakan, Zhak. O voprose predvaryayushtem lyuboi podhod k lecheniyu psihoza, v Instantsiya bukvyi ili sudyba razuma posle Freyda. Moskva, Logos, 1997
16. Lakan, Zhak. Seminaryi 3, Psihozyi. Moskva, Gnozis/Logos, 2014
17. Lakan, Zhak. Seminaryi 8, Perenos. Moskva, Gnozis/Logos, 2019
18. Lebovici, Serge, René Diatkine, et Michel Soulé. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 4 volumes. Presses Universitaires de France, 2004
19. Makuilyams, Nansi. Psihoanalitichna diagnostika. Sofiya, Lege Artis, 2020
20. Marcelli, Daniel, Braconnier, Alain, et Tandonnet, Louis. Adolescence et psychopathologie, Elsevier Masson, Paris, 2018
21. Marcelli, Daniel et Guillemette de La Borie-Munier, Tracas d'ados, soucis de parents, Albin Michel, 2002
22. MKB-10. Psihichni I povedencheski razstroistva. Klinichni opisaniya i diagnostichni ukazanya., Sofiya, SZO, 1992
23. Rassial, Jean-Jacques. Le sujet en état limite. Érès, 2017
24. Spravochnik za diagnostichnite kriterii na DSN-IV-TR, Sofiya, Iztok-Zapad, 2009.
25. Staneva, Kamelia., Otsenka na riska ot deviantnoto povedenie (analiz na sluchai), BSU - Godishnik, Tom XXXVII, Burgas, 2018
26. Uinikut, Donald. Prehodni obekti I prehodni yavleniya, v Ot pediatriya kum psihoanaliza. TSPSP, BPP, Sofiya, 2008
27. Winnicott D. W. (1965) Ego Distortion in Terms of True and False Self in The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1960