

Психоаналитичният подход в консултантската практика

Моника Богданова

Резюме: В статията се разглеждат особеностите на консултантската практика през психоаналитичния подход, защитавайки тезата за необходимост от единна подготовка на екипа, която да води до еднакво разбиране за психичното и страданието. Изведени са основните параметри при провеждане на първично диагностично интервю.

Ключови думи: психоаналитичен подход, психоанализа, несъзнавано, консултантска практика, пациент.

Psychoanalytic approach to consulting practice

Monika Bogdanova

Abstract: The article discusses the characteristics of the consultancy practice in psychoanalytic approach, stand up for the need of overall and common training of the team which leads to a common understanding for the mental and the suffering. Fundamental parameters for conducting primary diagnostic interview are described.

Key words: psychoanalytic approach, psychoanalysis, unconscious, consulting practice, patient.

Обичайно консултантската практика е насочена към различни групи в обществото, най-често наричани *рискови*. Това са:

- безработни;
- хора с увреждания, хронично, психично болни и др.;
- етнически групи;
- (трайно) бедни;
- лица в конфликт със закона (антисоциално, девиантно поведение и криминални прояви);
- деца и семейства в риск (непълни, многодетни и т.н.).

Особеностите на консултирането в тези полета предполага неговото поставяне на добра теоретична основа – бихме могли да систематизираме най-общо два основни подхода: когнитивно-поведенчески и психоаналитичен.

И двете парадигми имат различен понятиен апарат – например дали човекът, нуждаещ се от подкрепа, е *пациент* (patient – търпеливо понасящ страдание), *клиент* (човек, когото обслужват – купувач, посетител) или *потребител* на (социални) услуги. Назоваването „клиент“ по-скоро свежда личността до консуматор, някой, който се обслужва от позицията на купувач, потребител.

Психоаналитичната парадигма влага в понятието пациент хуманно отношение към страдащ, субект, който притежава несъзнавано, а не обект на въздействие, на когото може да бъде предписана рецепта за... Тя използва метапсихологически подход, който разглежда едновременно вътрешните преживявания и външното поведение на човека, едновременно неговото настояще и минало, неговите житейски ситуации и социални обстоятелства.

Съществуват различни школи в психотерапията и пациентът е този, който избира¹. В България психоанализата има своята история, но психоаналитиците все още са малко – има такива, които се формират, преминавайки през лична анализа². Психоаналитичното консултиране се основава на идеите на психоанализата за несъзнаваното, за симптома като страдание, което трябва да бъде разбрано, а не премахнато.

В психодинамичната консултантска практика реалността има особен статут – всичко казано (вярно или не) всъщност е вярно за пациента, тъй като е изречено, то е част от неговата психична реалност. Но изказаното в сесия не означава, че то трябва се случва в реалността (тя да се променя) – важното е да се разбере какво се казва и защо, какви са механизмите, как самият пациент съдейства в/за ситуацията.

Консултантът (и други специалисти) определя нормите, а психоаналитикът иска да знае какво означава да не се спазват. Ето защо те трябва да се оставят да не бъдат спазвани.

¹ Виж: Българска асоциация по психотерапия: <http://www.psychotherapy-bg.org/>.

² Виж: Тодоров, О. Съвременна психоанализа: срещи в България и отвъд. С., 2009.

Консултантът не предлага абсолютно нищо – той присъства. Може да каже на детето, независимо от неговата възраст: „Родителите ти казват такова нещо, като мислят, че ти страдаш. Аз съм психоаналитик. Това означава, че се занимавам с някой, който идва при мен, и с това, което той иска да каже, за да страда по-малко. Ако ти имаш нещо да ми казваш, аз съм тук, на твое разположение, за да те изслушам.“ Аналитикът не знае нищо за това, което се случва в действителност, само детето казва това, което има да каже – то изживява в трансфера към психоаналитика минали преживявания. Що се отнася до настоящето – често консултантът е този, който се занимава с реалността (със или без родителите, а често и въпреки тях). В работата на аналитично ориентираната консултантска практика винаги става въпрос и за миналото.

Всичко има значение – това е, което пациентът постепенно разбира. Всичко „говори“, всичко е обмен на информация, но която не се отнася за днес (или понякога се отнася): това е едно повторение на миналото.

Идеите на *З. Фройд* (теория, изведена от практиката през клиничното наблюдение) намират отражение в съвременните теории за развитието (*Ж. Лакан, Д. Уиникът, Ф. Долто, Мод Манони, М. Клайн, М. Сежер и др.*). Основно за тях е знанието за несъзнаваното и процеси като пренос³, контрапренос⁴, защити, съпротиви, както и специфичните роли на родителите, на грижата, погледа, езика, ролята на пренаталния период и т.н. – подход, който не се основава на статистиката и чиито резултати не се измерват чрез рейтинг-скали и въпросници. Подходът е клиничен.

Психичният детерминизъм и несъзнаваното

Психоанализата е най-голямата революция на ХХ век, която осигурява основа за изследване на човека в цялостното му психо-социално функциониране.

³ „...основен процес от психоаналитичното лечение, чрез който несъзнаваните, засягащи външни обекти, желания на анализирания се отразяват, в рамките на аналитичното отношение, върху аналитика, разположен спрямо тези различни обекти» (Рудинеско, Е., Плон, М. Речник на психоанализата. С., 2000, с. 687).

⁴ „свкупност от проявите на несъзнаваното на аналитика, свързани с проявите на пренос на пациента му“ (пак там, с. 395).

Един от основните ѝ постулати е принципът за психичния детерминизъм, според който в психичното функциониране нищо не става случайно – всичко, което човек чувства, мисли, фантазира, за което мечтае и което прави, има психичен, несъзнаван мотив (каква работа предпочита, за кого избира да се омъжи, как обича и как получава любов, как общува и от какво изпитва удоволствие).

Докато външните фактори винаги въздействат на човека, възгледът за психичния детерминизъм и несъзнаваното помага на консултанта да разбере, че поведението, диадата (двойката), групата или организацията е не само реакция на ситуационни променливи като семейство, приятели, съседи, но също така е резултат и от несъзнавани желания, фантазии, защиты и етични императиви.

Възгледът за несъзнаваното помага на консултанта да разбере по-добре проблема на клиента отвъд думите, през механизми като „ползи от болестта“, „идентифициран пациент“, формиране на симптоми и т.н. Когато той познава идеята за несъзнаваното (през личностно и професионално развитие), развивайки една специфична сензитивност, става възможно (дълбинното) разбиране както на междуличностните отношения и определените периоди от развитието (юношество например), така и на други социално-психологически механизми (като безработицата).

Една от важните ориентации, които психоаналитичната теория може да даде на консултанта, е за взаимодействието (и взаимозависимостта) между Реално, Въображаемо и Символично като психични регистри, както и знанието за топиките То, Аз и Свръх-аз⁵.

Проследявайки взаимодействието между телесно и психично, отчитайки същността на нагони, защиты и етични императиви, следва да се анализира как те

⁵ То, най-примитивната част от психиката, е несъзнавана и е хранилището на човешките нагони, свързва се с принципа на удоволствието. Аз-ът, който се развива от преживяванията и мисленето, е изпълнителят на личността; той медира между вътрешния свят на нагоните, идващи от То, заповедите на Свръх-аза и изискванията на външния свят. Свръх-азът е „съдията или цензора“ на психиката и в същността си е продукт на междуличностните преживявания. То се състои от две части – съвест и идеал на Аз-а. Съвестта е тази част от Свръх-аза, която забранява и поучава „Това не бива!“, докато идеалът на Аз-а е хранилището на ценностите, етичните императиви и морала. Неговата повеля е „Така да бъде!“.

се противопоставят едни на други и как си взаимодействат. Ако консултантът може да си позволи да бъде един добър Сврџх-аз в „лечебната ситуация“ и да окуражи клиента да изследва и вербализира желанията на То (за поглџцане, за едипово съревнование например), тревожността се редуцира и Аз-ът става по-силен.

Психоаналитичната парадигма се характеризира и с изследване на съпротивите, техния механизъм и действие. Обикновено целта на съпротивата е избягването на болезнени емоции като вина или срам, които често се появяват заради неприемлив импулс на То. За разлика от други форми на консултиране (които избягват съпротивата или се опитват да я преодолеят чрез решения, награди, наказания, лекарства или убеждаване), психоаналитично ориентираната консултантска практика разкрива причината, целта, вида и историята на съпротивите. Това въвежда необходимостта от работа със защитите и съпротивите, а не тяхното „разбиване“ – именно чрез тях пациентът е цялостен и ни поверява своите симптоми.

Съпротива (за която често консултантът не си дава сметка) е, когато пациентът използва дадено затруднение (ситуация) като съпротива – хората често търсят консултант, защото имат някакъв проблем (неудовлетворителен брак, конфликтни отношения родител–дете, незадоволителна работа и т.н.), вярвайки, че нещастията им се дължат на причини отвџд тях самите. Независимо че съпругата, родителят, работодателят или учителят на пациента може невинно да са „психично зрели хора“, следва да се има предвид, че когато той се фокусира продължително върху проблемите, които значимите други му налагат, това обикновено е знак за съпротива. Често пациентите се надяват и понякога изискват консултантът да се намеси, да интервенира и да промени брачния им партньор, началника или учителя, да съдейства за финансова помощ например. Важно е той да разбере личността (без да се идентифицира), несъзнаваните процеси, начините, по които пациентът определя собствената си съдба и пише своя

сценарий, анализирайки как той съдейства и участва в събитията, които определя като проблем.

Клиничният, психоаналитичен подход е свързан с описанието на симптомите (които не биха могли да се универсализират) и ролята на несъзнаваното в тяхното формиране. Понятието клиника е водещо и поради факта, че е свързано с познаването на психологическите закони – законите на несъзнаваното. Когато една система се занимава със социалната клиника (лични истории), затрудненията трудно могат да бъдат решени с педагогически средства, особено ако специалистите приемат позицията на „всезнаещи“⁶. Реализиране на диагностика от психиатри, психолози, които не са запознати с особеностите на конкретната група, с която работят отвъд собствените си (личностни) преживявания, прави много лесно поставянето на диагноза – много често, например, ниските резултати от тестове за ниво на интелигентност са следствие от педагогическа занемареност или неадекватни методи на обучение, липса на индивидуална програма⁷.

Когато един клиент влиза в „лечебно“ взаимодействие, част от него несъзнавано работи срещу прогреса, страхувайки се от промяна. Така според идеите на психоанализата със съпротивите и несъзнаваните причини за уникалното им изразяване се работи, а не се разрушават⁸.

Друг основен момент в психоанализата е въпросът за преноса, който съществува във всички човешки отношения – ние пренасяме върху другите интроекции на родители и сиблинги, неприемливи желания. Няма такова нещо като клиент, който „няма пренос“ или у когото преносът да не може да се развие. Преносните реакции са несъзнавани опити от страна на пациента да „прехвърли“ определени междуличностни взаимоотношения, сходни на преживените със значими хора в миналото – той се възприема не само в термините на това какъв е

⁶ Въпреки че Не-психологът трудно може да различи психозата зад конкретно поведение. Тук основният въпрос е свързан с методическото ръководство по отношение на работата с тези деца – допитване с психотерапевт, супервизор (практика в Германия, Франция).

⁷ Сами по себе си тестовите методики не носят никаква информация – те са част от цялостната работа свързана с детето.

⁸ Тук работата на специалиста консултант се свързва с танц, в който клиентът има свои тон и ритъм.

той/тя обективно, но и такъв, какъвто би желал да бъде, какъвто се страхува, че може да бъде или какъвто другите иска да бъде („фалшив self“ – по Д. Уиникът⁹).

Много консултанти са „изкушени“ да изпитват (силни) чувства на обич, съжаление, гняв, яд към хората, с които работят, което затруднява обективното възприемане – в своята идентификация социалните работници често подкрепят клиентите си срещу техните реални или фантазмени опоненти (повече, отколкото им помагат да разберат техните междуличностни конфликти)¹⁰. Често това е свързано и с влизане в позицията не на „достатъчно добрата майка“, която осигурява подкрепяща среда („holding environment“ по Уиникът) и фрустрация, а в обгрижваща (обсебваща) и спираща възможностите за прозрение¹¹.

Известният най-вече в американската практика „case management“ („водене на случай“)¹² следва да обединява специалисти, които имат еднакво разбиране за психичното и „говорят на един език в професионалната си

⁹ Речник по психоанализа. Под рък. на Р. Шеама. Пл., 1998, с. 316-317.

¹⁰ Често пъти предписани лекарства, назначена шокова терапия и „препоръчана“ изолация са свързани и с неразпознат негативен контрапренос.

¹¹ Прозрението е измерение на психотерапията, което в голяма степен е било неправилно разбирано. Много книги, филми и пиеси се опитват да внушат, че едно прозрение може да излекува неврозата. Това **никога** не се случва. Прозрението трябва да бъде „преработено“ (отработено, преразгледано и преосмислено), преди да може да има реален ефект върху цялостното функциониране на клиента. За да бъде ефективно и да промени функционирането, прозрението изисква припомняне на съдържаното, разкриване на изгубените спомени, изживяване на афектите, които са били потиснати, и включва ново схващане на значението, връзките между събитията и емоцията, свързана с тях. Спомените приемат смисъл, който клиентът не им е придавал до момента. В последната връзка той ще каже, както посочва Фройд: „Всъщност винаги съм знаел това, просто никога не съм мислил за него“ (Фройд, 1939, цит. по Stream, H. Psychoanalytic theory and Social Work treatment. – In: Social Work Treatment. Interlocking theoretical Approaches. NY, 1996.). Прозрението, за да бъде ефективно, трябва да е съпроводено с афекти и усещане у клиента за това как той изкривява своите възприятия – обикновено клиентът вербализира прозрения, а във функционирането му няма промяна; той се защитава срещу припомнянето на даден спомен, като съдържа дадена фантазия или идея, или като отказва да изживее определени чувства. Грийнсън (1967, цит. по: пак там) е описал преработването като отнасянето главно към повторяеми, прогресивни и обстойни изследвания на съпротивите, които пречат на прозрението да доведе до промяна... „различни кръгообразни процеси се привеждат в движение от преработването, в което прозрението, спомнянето и поведенческата промяна взаимно си влияят“.

¹² Най-често консултантът в полето на социалната работа изгражда система за преодоляване фрагментарността на услугите. Той следва да притежава специфични умения за всеки един етап (за водене на интервю, диагностика, планиране, прогнозиране, избор на техники, методи и т.н.), носейки отговорност за развитието и решението на случая. Идеята е доразвита в: Борисова, М. Водене на случай в социалната работа с приемни семейства. – *Организация и управление на училището и детската градина*, 4/2007.

практика“. Когато екипът се развива през психоаналитичната перспектива, изискванията са стандарт за професионализъм.

Симптомът

Симптомът е страданието, маската, която нещо скрива, но и показва. Той не се влияе от забрани, а напротив – флукутира, става по-силен, мощен (грисането на ноктите се заменя с енуреза например). От особена важност е той да се разпознае и приеме не от позицията на морализаторството¹³.

Детето е симптом, който отразява случващото се в семейството – то е т.нар. идентифициран пациент. За да се дешифрира симптомът, е необходимо да се открият конфликтът и неговите несъзнавани механизми, какви са защитите, съпротивите – през психоаналитична психотерапия.

Липсата на думи и скриването на истината водят до описаното от Никола Абраам и Мария Тьорок, които правят изследване върху „криптите“ и „призраците“ (близък човек, „излязъл от гроба“ в резултат на някакво срамно събитие; тайният гроб се предава от несъзнаваното на даден родител към несъзнаваното на бъдещите поколения¹⁴). Нерядко най-обикновена семейна тайна крие друга, по-тежка, от предишните поколения. Според Серж Тисон¹⁵ *неизразимата тайна* става *неназовима* за следващото поколение и се превръща в *немислима* при третото. При второто поколение могат да се появят специфични смущения без особено тежки последици в процеса на личностно развитие. Едва при третото или четвърто поколение е възможно да се появи по-тежка патология (параноя, психоза и др.).

Така, чрез симптома, пациентът ни поставя своите въпроси, а за консултанта той е един, въпреки спецификите: „*Как да разберем ситуацията?*“

¹³ Продължителната психотерапия може да стигне до същността му и да разкрие този проблем, на който симптомът е израз.

¹⁴ Abraham, N., Maria Torok. *L'ecorce et le Noyau*. P, 1999.

¹⁵ Tisseron, S. *Secrets de famille. Mode d'emploi*. P., 1996.

Консултирането

Консултирането, разбирано (най-общо) като процес на взаимодействие между консултант и консултиран с цел постигане на неговото благосъстояние (самоосъществяване), се реализира в съответствие с принципите за конфиденциалност¹⁶, доверителност, безпристрастност, информираност, признаване на професионалните възможности¹⁷, зачитане на различията, запазване достойнството на човека, уважение към неговата личност, свобода за отказ от продължаване на консултативния процес и др.¹⁸

Консултант може да бъде всеки специалист, който е обучен да провежда консултиране „като част от занаята“¹⁹. Консултирането е част от работата на педагога, социалния работник, специалния педагог, логопеда и т.н. Като консултант всеки специалист следва да е избрал своята парадигма на развитие и да следва професионалните стандарти. Другото го свежда до изпълнител на различни нормативни актове, рецепти, до администратор, за когото клиентът е папка номер 3 например.

Именно подготовката през психоаналитичната парадигма предполага дълбинно разбиране на ситуацията, за която е потърсена помощ и обговаря заявката – *мотивите на консултацията*, които често са маловажни и крият в себе си други, по-дълбоки, те могат да бъдат „скрити“ или рационализирани. По време на консултативния процес думите: „Това ще премине с възрастта!“ трябва да се поставят под въпрос – възрастта сама по себе си никога не лекува.

¹⁶ Изключение се допуска само в случаите, когато: са налице данни за извършено престъпление или намерение то да бъде извършено; се установи, че клиентът е извършител на насилствени действия или е жертва на насилие; поведението на клиента застрашава собствения му живот или живота на други лица; животът или здравето на малолетно или непълнолетно лице – участник в психологичната консултация, са застрашени.

¹⁷ В случаите, когато консултантът няма достатъчна компетентност за разрешаване на заявен проблем, той трябва да насочи към друг професионалист.

¹⁸ Консултант от лат. Consultans, -antis „съветващ“ означава: 1. Опитно в своята професия лице, което е назначено да дава съвети“ (Речник на чуждите думи в българския език. 1978).

¹⁹ Консултантската практика следва стъпките на усвояване на занаят – чирак, калфа и най-накрая – майстор.

Първично диагностично интервю

Интервюто е обичайна практика за специалисти като психиатър, психолог, социален работник, педагог²⁰. То се провежда в няколко случая: в „медицинската практика“ (до медицинското изследване, за да подготви пациента, или след изследването, за да го допълни) или в „социалната практика“ (извън всякакви медицински изследвания, в случаи на училищни проблеми, семейно консултиране, зависимости, професионално ориентиране и т.н.), когато могат да се открият патологични трудности, довеждайки тогава и до пренасочване.

През 50-те години на XX век психодинамично ориентираните стратегии за провеждане на интервю се променят – чисто психиатричния подход претърпява трансформация, заговаря се за психоанализа, систематични техники и т.н.

Още през 1955 година Deutsch & Murphy описват „метод на асоциативната анамнеза“, който отчита не само *какво*, но и *как* го е казал интервюираният – „важно е пациентът не само да сподели оплакванията си, а и да се установи в каква фаза на интервюто той прави това и в каква връзка поставя своите представи, оплаквания и спомени за физическите и душевните си страдания“²¹.

Тъй като опитът на психоанализата се свързва с проекция на психични процеси в обектно отношение (външно), през което могат да бъдат възприети и преживени, Argelander (1967) допълва: „...още при първото интервю даваме възможност на пациента да изгради наченките на едно обектно отношение и го оставяме да му предаде форма, съдържание и динамика в съответствие със спецификата на своята личност. При това неговата спонтанност напълно се запазва. Нашият външен вид, пол, характер и темперамент, нашата възраст действат като конкретни ситуативни стимули, които подтикват изследвания да пренася наличните вътрешни чувства, очаквания, конфликти, представи и фантазии върху изследвания“²².

²⁰ Няма да говорим за провежданите от специалиста (психолог, психотерапевт, социален работник) специфични изследвания (проективни тестове или измерване на IQ), а ще се обърнем към срещата с психологическия дискурс.

²¹ Цит. по: Томе, Х., Х. Кехеле. Учебник по психоаналитична терапия. С., 2009, с. 219.

²² Пак там, с. 229.

При първите срещи е необходим баланс между задаването на въпроси (тъй като е важно да има повече информация) и създаването на „пространство за думите“ на интервюирания, който си задава въпроса: „Какво ме очаква в бъдеще? С какво този разговор (ще) ми помага?“²³.

Динамичното интервю има следните *цели*:

1. Да се създаде *отношение* между двама непознати, от които единият е професионалист, а другият – човек, изпитващ страдание, търсещ помощ.

2. Да се установи връзката между „преди и сега“, връзката на проблема с миналото, миналият опит.

3. *Оценка* на психосоциалната ситуация на пациента.

4. Поемане за лечение или *насочване на пациента* към друг специалист (психотерапевт, лекар и т.н.). При продължаване на срещите се въвежда работната рамка: време, честота на срещите и т.н.

5. Косвено, изграждане на позитивна представа за консултиране, реализирано професионално, което поддържа доверието в професията, нейния престиж.

По своята форма и цел интервюто не трябва да се разглежда единствено като вид „изследване“, но и не трябва да се превръща в (съблазнителен) повод за специалиста да избегне отговорност.

В рамките на сесията, консултантът не се интересува от симптомите сами по себе си, а от тяхната проява, манифестация, това, което прикриват и за което говорят от името на пациента.

Интервюто не може да бъде дълбинна психотерапия – ако понякога придобива аспект на неотложна психотерапия и нарцистична поддръжка, то това е само като страничен ефект, без дълготрайни последици. То най-често заема мястото на „встъпление, увод“ за интервюирания (и екипа), води към размисъл и

²³ Първичното интервю е едно от най-сложните и изисква специална подготовка, обучение – във Франция, в т.нар. социално-педагогически центрове, то се провежда от най-опитния специалист, тъй като се смята, че от първата среща зависи „развитието на случая“. От друга страна, интервюто постига и терапевтичен ефект.

решения за избор на „лечение“, възможна подкрепа, предприета в случай на необходимост, и като изменения в живота на пациента (смяна на професия, начин на живот или хоспитализация).

Интервюирането не е разпитване, а слушане – пациентът трябва да бъде разположен адекватно в материалните (време, място, дистанция, заплащане и т.н.) и афективните (срамежливост, искреност, емпатия и т.н.) условия. Продължителността може да бъде от няколко минути (с риск от повтаряне на срещата в случаи на твърде явен или привиден непреодолим страх и съпротиви) до час, но не повече. Предварително трябва да бъде ясно платено ли е интервюто (пряко или не) или е безплатно.

Интервюираният трябва да разполага със свободна, спонтанна организация на своя начин на изразяване на взаимоотношенията (сливане, анаклицизъм, триангуларност), своя тип страх (разпад, загуба на обекта), които не трябва да се смесват. Следва да се отделят основните варианти на защитата, които могат да са от изтласкване (основен тип защита при невротичната структура) до раздвоение на Аз-а (при психотична структура). Трябва да се има предвид дали става дума за отказ (от какво всъщност) или проекции (в преходните състояния), както и механизми, съпътстващи изтласкването (такива като изместване, отрицание и др.).

За разгадаването на симптома е по-добре да бъде оставен да говори пациентът, когато и както поиска. „На лов за информация“ от страна на консултанта е стил, който вероятно би довел до получаване на повече данни, но би изместил фокуса – пациентът. И напротив, не следва да се забравя колко е важно да се оцени точно стилът на изразяване, нивото на емоционално развитие, степента на адаптация към реалността, „плътността на дискурса“, гъвкавостта или ригидността на поведението, еротизираната атмосфера на диалога (степен), мимиката. Начинът, по който тези забележки се събират и се преживяват от специалиста, се нуждае от лична вътрешна повторна проверка на втори етап, който включва определена дистанция, необходима за по-добро вслушване към

собствените чувства по отношение на другия, т.е. към собствения контратрансфер. При тези условия се отбелязват: началото на речта на пациента, тонът, установяването на дистанцията в дискурса (мълчание, пауза, неприемане, спиране на диалога), необходимостта от изолация (изключване) на слушателя, контролът, неутрализацията (някои пациенти говорят без спиране, за да избегнат диалога), начинът на обсъждане на страх или агресивност, възможност за идентификация, потискане (интелектуално или афективно), адаптивни или защитни способности в нова и непредвидена ситуация, лекота в припомнянето, детайлизиране на спомените, стил на психична дейност (фантазии, сънища, поведение, премълчаване, проекции), конфликти и защити в техните взаимодействия.

По време на интервюто се изяснява как се установява начинът на „разединяване“ между съзнаваните, несъзнаваните и фантазмените репрезентации, извежда се мястото на симптома на психично ниво, на поведенческо или соматично. Различава се „действие“ на разреждане (насочено към избягване на етапа на желанието или неговата репрезентация) и „действие“ като начало на вербално изследване (преработка). То включва „неизказаното спонтанно“, което трябва обаче да се изясни, без да се дава възможност на интервюирания да се усъмни в техниката. Следва да се уточни, че интервюто се отнася към съвкупността от психологически (психосоциални) изследвания чрез пряк диалог (в най-широкия смисъл на това понятие) и не се ограничава задължително с *единствена* сесия лице в лице (желателно без посредничеството на други фактори – човек, стол, бюро). Понякога е желателно, ако е необходимо (особено що се отнася до втората част на интервюто), да се увеличи броят на сесиите, без да се превръща в психотерапия (стеснявайки с тази цел зоната на актуалност до определени моменти, а не като се разширява до общото: „Разкажете ми за Вашия живот“)²⁴.

²⁴ Понякога се налага да се прояви настойчивост, предоставяйки им след това, доколкото е възможно, да говорят сами. Често помага произнасянето на колебливото „хъм-хъм“ или въпросителната мимика. Става дума да се попълнят основните пропуски на дискурса (при това без

По време на първичното диагностично интервю следва да се избягват интерпретации²⁵ до пълното разбиране на *цялостната организация* на дискурса – подвеждащо би било консултантът предварително „да дава“ (мнение, съвет, нещо, което е поискано като неотложно²⁶, и т.н.). Едва в по-късен етап (често и като последица) то води до т.нар. оценка на случая.

Проблемът за мълчанието: споменава се рядко, но трябва да се умее да се удържа (без нетърпение, но и без манкиране). Интервюираният има право да мълчи, но целта на интервюто предполага, че той идва, за да говори. „Слушането на мълчанието“ не трябва да предизвиква гняв в интервюиращия, нито желание за подпомагане (съучастие) в говоренето, вменияването на думи. Трудността на интервюирането често се свежда до избора на това дали въпросите да се зададат веднага (неудържайки пред лицето на „мълчанието“), в интервала между паузите или да се изчака следващата среща. Важно е консултантът да няма опасения за задаването на преки въпроси, тъй като притеснението и безпокойството в постановката на самите въпроси се възприема като непрофесионализъм. Важно е да се запази простотата и „устойчивостта“ на стила, използван в слушането на субекта – без излишна срамежливост, но без излишно „разголване“. Нужен е баланс между търпение и любопитство.

Необходимо е да споменем и за опасността от прекалена „любезност“ или подкрепа към пациента – често това се приема болезнено и води до враждебна напрегнатост и реакция на протест или до привидно съгласителство, разрушавайки професионалната дистанция. Необходимо е консултантът (внимателно) да избягва да отговаря на провокациите, да си дава сметка за

излишно усърдие и перфекционизъм, бързо превръщащи се в безполезни), старайки се да се изяснят от (и до) къде водят „липсите“ от първата част.

²⁵ Особено в началото и особено в термините на „Едип“, тъй като по-често става дума за защитен „псевдо-Едип“.

²⁶ Понякога децата искат стотинки за храна например. Ако това искане се задоволи – трансферът се разпада.

съблазнителното доминиране над пациента (като желанието „да знае всичко“ за него например)²⁷.

Всеки, който работи с психичното, следва да знае как да не провокира пациента към агресивни, любовни или хомосексуални чувства – говорим за видовете трансфер и acting-и.

Осмисляне – това, което произтича по време на интервюто, не е нито случайност, нито изпитание, нито обвинение, то е *срез на живота*, относително типичен и често повтарящ се опит на пациента, който се отнася до неговите конфликти, неуспехи, желания, недостатъци, адаптация или защиты. По време на интервюто (или няколкото последователни) настъпва момент, когато субектът не може повече да разиграва ситуацията така, че да скрива своята (несъзнавана, дълбинна) личност. Ако специалистът отстои професионалната рамка и професионалните правила, субектът скоро последователно ще привнесе своя *жив* начин на отношение със своите страхове и фрустрации, гняв и привързаности. За дълбинната личностова структура не остава нищо друго освен бавно да се п(р)ояви пред този, който умее да чува, да слуша, непринуждавайки към нищо и приемайки всичко, неправейки избор. Специалистът не трябва да проявява нито страх, нито раздражение, а да намери естествен и спокоен стил, даже малко „студен“, но реално и дълбоко *афективно искрен*, което веднага и добре се усеща от интервюирания. Не трябва да бъде и твърде амбициозен, бърз или твърде „пресиращ“, следва да се избягва често срещаната се „корида“ от интервюта, провеждани с усърдието на следовател, в стремеж за бързо достигане на целта (сякаш става дума за бърза процедура). По този начин слушането става непълно, фрагментарно, с тенденция за продължение във времето – специалистът следва да контролира времето (30–50 минути) в зависимост от

²⁷ Другата класическа клопка е свързана с това, че всеки път, когато интервюираният твърде явно подчертава генитални и едипови компоненти, то това е, за да замаскира скрити пре-генитални конфликти. И всеки път, когато пациентът демонстративно подчертава пре-генитални елементи (орални и анални), то това е, за да скрие архаични едипови и генитални конфликти. Това е обикновена клопка, но даже най-добрите специалисти могат да попаднат в нея, особено тези, които работят с деца или възрастни, изоставащи в развитието си.

особеностите на заявката, но преди момента на поява на досадно чувство за опустошеност.

Чрез диагностичното интервю се сменя биографична „анамнеза“, която е в основата на „историята на проблема“ и дава отговор на въпросите: Какво се е случило? Защо точно сега възниква проблем и каква е връзката с миналото?, Какви са механизмите?

Първоначалното отделяне на детето при първата сесия е необходимо – то създава зона на „тайна“, на „забранено“, което така или иначе ще бъде необходимо за по-нататъшна работа.

В някои случаи детето знае какво се случва – то казва, че се нуждае от помощ и разбира необходимостта да говори²⁸. Понякога детето е готово да работи в консултантски (и терапевтичен) процес, но поради различни причини родителите не са – работата по изследването с тях трябва да се продължи, а истината – да се назове.

По време на първото интервю (или следващи) е необходимо да се изведат определени моменти:

Демографски данни: име, възраст, пол, етническа и расова принадлежност, религиозна ориентация, състояние на отношенията, родители, образование, професия, предшестваш опит в работа с различни специалисти (психотерапевт, психолог, социален работник и т.н.), кой го е насочил, други (освен клиента) източници на информация.

- *Родители* – обективни данни (живи ли са, причина на смъртта, кога е настъпил екзитус; произход, възраст, здравословно състояние, професия, живеят ли заедно) и субективни данни (личност, характер, как се разбират помежду си, кой „управлява“ в семейството, предишен и настоящ стил и особености на отношения, на кого прилича повече според пациента). Психологически проблеми

²⁸ Необходимостта от психотерапия е безспорна – детето, както възрастен пациент, понякога знае по изненадващ начин от кого да потърси помощ. Да се колебае, ще означава да отрича тази необходимост и може да доведе до някои сериозни смущения. Понякога индикацията не е ясна и трябва да се отиде по-далеч в разговора с детето – или то не знае защо идва, или не разбира как можем да му помогнем.

в семейството (диагностицирана психопатология и други обстоятелства, например алкохолизъм).

- *Раждане* – свързано с първите физически и психологически нарушения, не-сбъдващите се думи на акушер-гинеколога, акушерката. Важно е кога и как е настъпило (в рамките на термина или не, естествено или по друг начин), къде се е родил, израснал, брой деца в семейството и поредност²⁹, основни промени в местожителството, желали ли са родителите раждането на детето, условия в семейството след раждането, нетипичност в критичните периоди на развитието, шеги. *Семеен роман*³⁰ – фантазии по отношение на раждането, родителите и принудителна раздяла.

- *Перинатален период* (последните седмици от бременността и 7 дни след раждането) – чувствителен период за майката и въпросът за следродилната депресия. Тогава се раждат фантазмите за аномалия („Лъжат ме, че всичко е наред!“), за замяна („Това не е моето дете“) и др.

- *Поведението на хранене* – кърмене и неговата продължителност, нарушенията в храносмилането могат да отразяват скрито неразположение, защото кърмачето има само своето тяло, за да реагира на трудност от връзката майка-бебе. *Анорексията* (или отказа от хранене), свързана понякога с ранното развитие, може да отразява например несъзнавано отхвърляне на депресивна майка. *Коликите* от първите три месеца са свързани с тревогата, напрежението на майката, които „преминават“ в детето. *Регургитация* (*връщане на храната в устата*), *повръщане*, *повторно предъвкване* и други смущения, които могат да въздействат на храносмилателната сфера. За недоносените бебета е важен престоят им в кувъз и храненето със сонда, спринцовка, което поставя въпроси за отношението им към храната впоследствие. *Предгениталност* – оралност (хранителен и „чувствен“ апетит, потребности, желания, съпротива към фрустрации) и аналност (физическо и „морално“ храносмилане, чистота,

²⁹ Понякога раждането на по-малък брат или сестра прави детето радостно.

³⁰ Термин, въведен от Фройд за обозначаване на фантазии (основани на едиповия комплекс), в които субектът въображаемо променя връзките със своите родители, представяйки си, че е подхвърлено, осиновено дете например.

педантичност, прилепчивост, отношение към парите, стил на храносмилателно-отделителен режим, афективна експресия).

- *Сън* – нормалният денонощен ритъм (последователността на бодърстване – през деня, и сън – през нощта) се установява между един и три месеца. Повечето родители обикновено си спомнят, когато детето ги е оставило да спят цяла нощ. За ранните нарушения на съня е необходима консултация с педиатър: привидно банални състояния може да са сигнал за нарушения. *Безсънието* в детска възраст има своите механизми – пренатоварване от свръхзакрила и безпокойство на родителите. Изследва се наличието на кошмари, начин на заспиване, гризане на ноктите и други особености на съня.

- *Здравословно състояние* – минали медицински и хирургически състояния несъмнено дават сведения от медицинска страна, но също и за преждевременното отделяне от майката, евентуалните травми и начина, по който е обяснено на детето какво се случва. Операциите могат да разкрият ранни психосоматични нарушения. Тук са важни и: *психомоторното развитие* (ранни физически нарушения или тежко увреждане), *енуреза*³¹ (поставя диагностични проблеми – какви действия са предприети и с какъв резултат. Има няколко аспекта: поведенчески (събуждане в определено време, ограничаване на течностите след определен час), медицински (антидиуретичен хормон) или психотерапевтичен) и *енкопреза* (невъзможността да се сдържат изпражненията след дълъг период на задържане. Може да отразява ограничения, наложени несъзнателно на едно дете, което реагира по този начин. Понякога задържането може да вземе такива размери, че трябва да се действа оперативно, за да се изхвърли фекаломът (натрупаните изпражнения). Това отразява тежко психическо страдание).

³¹ Възрастта, на която детето се слага на гърне, е когато то вече ходи, може да изкачи 4–5 стъпала. Владеенето на сфинктерите и на набраздените мускули (които могат да се движат с усилие на волята) трябва да са заедно – иначе се насърчава пасивността на детето.

- *Изборът на име* – изключително напомня инвестицията³², вложена в детето от страна на родителите. Децата и дори тийнейджърите откриват в този момент много от това, което е преобладавало при тяхното раждане.
- *Сиблинги*: поредност и численост на децата в семейството (живи, аборт, починали (от какво, възраст), пол, възраст, професия, здраве, семейно положение, с кого, успешен ли е техният брак, имат ли деца, минали и настоящи отношения помежду им.
- *Разширеното семейство* – баби и дядовци, чичовци и лели, които са фамилното ядро в по-широкия контекст на поколенията. Това позволява да се оцени социалната, семейната, културната, религиозната среда на детето, което разбира се има голямо значение.
- *Първият ден на детска градина* – отразява страха от раздяла или напротив – удоволствието от първата социализация. Понякога децата са подготвени за това от детегледачките или от детските ясли. Реакция на правила и забрани (връзка с тези в семейството).
- *Училище* – учение и затруднения, възможна военна или гражданска служба (доброволчество). За много от смущенията във възприемането и усвояването на правописа може да се използва психотерапия, трудностите в научаването на смятането (dyscalculie) също: „математическата задача поставя също и най-вече, в условието на задачата, един проблем на френския език, на схващане, чиито корени често са психологически“³³.
- *Латентен период*: проблеми на раздялата, социални проблеми, проблеми в ученето, в поведението, жестокост към животни, болести, промяна в местожителството или семейни кризи, сексуално или физическо насилие, отношение към парите.
- *Юношество*: възраст на съзряване, физически проблеми, свързани със съзряването, семейна подготовка за сексуалността, първи сексуален опит, мастурбационна фантазия, училищен опит, успеваемост и социализация,

³² Психоаналитична дума за обозначаване на желанията, които тежат върху детето.

³³ Baruk, S. Echev et maths. P., 1973, с. 53.

самодеструктивни механизми (нарушения на храненето, използване на лекарства, съмнения за сексуалност, рискови поведения, суицидни импулси, антисоциални патерни), болести, загуби, смяна на местоживеене или семейни кризи по това време.

При консултиране на възрастни, интервюто се разширява с полета като:

- *Зрялост*: история на професионалната реализация, отношения, адекватност на интимните отношения, отношение към децата, хоби, таланти, гордост и/или удовлетворение.

- *Социални връзки*: професионални проблеми (перспективи, удовлетвореност, желаност, избори), отношение с висшестоящи, колеги, подчинени, има ли приятели („истински“ или само „приятели“), много или малко, по-рано, сега, как се забавлява (почивни дни, отпуски, ваканции), хоби (спорт, изкуство), внимателният и фиксиран точно, но с такт важен въпрос: „Предпочитате ли да живеете *сам* или в *група*?“

- *Зависимост*: от вещества (алкохол например), храна, хора или дейности (хазарт например).

- *Семейно положение*: брак или съвместно съжителство. *Партньор* – възраст, професия, здравословно състояние, характер, възраст при сватбата, продължителност и обстоятелства около годежа (брака) – събития, свързани с този период: „любов от пръв поглед“, „брак по принуда“, семейни драми и необикновени обстоятелства и т.н., как е протекло запознаването, какво е било разбирателството в началото на брака, впоследствие, кой е бил инициатор за брака (съпруг, родител, друг човек), очакване на дете, как е бил направен избора, напомнят ли тези взаимоотношения с някои на родителите, било ли е това наистина по любов, или зад това е скрита съпротива, доминиране над другия („слаб“ съпруг, болен, безперспективен).

- *Сексуалност* – последователни сексуални влечения (към мъже, жени, бисексуални), полови връзки (възраст на първата, как е преживяна, как са

протичали последствията), случайни връзки (цел – запълване на „липса“, избягване на самота или напротив – контакт).

- *Изменения в ситуацията на семейния живот* – физически, социални или емоционални; възможни извънбрачни връзки от едната или другата страна. *Собствени деца*: численост, възраст, пол, здраве, учение, професия, били ли са желани или не, проблеми на взаимоотношенията с (или между) тях, как се възпитават (нехайно, принудително, либерално). *Здравословно състояние*: съотношение тегло–ръст, общ вид. Морфологията също трябва да се има предвид, както и реакциите на симпатия или дистанция към събеседника. Заболявания, нещастни случаи, хирургически намеси. Особености на хранене, сън, апетит, поведение относно тютюнопушене, алкохол, кафе и т.н. – проучва се по естествен начин, в процеса на сесията. Тази част от срещата не трябва да се отделя от останалия диалог. *Сънища*: запомнят ли се, повторения, актуални. Без да се тълкуват *сънищата*, следва все пак да се изясни ситуацията по отношение на съня и неговата преработка (винаги ли сънува, какъв тип са типични за нощта, преди време и в настоящето).

*Важни са текущите проблеми и тяхното състояние*³⁴, но това се изследва по време на цялата сесия, както и *психичният статус* (общ статус, състояние на афектите, настроение, качество на речта, наличие на критично отношение към света, интелектуално ниво, памет, оценка надеждността на информацията (склонност към хиперболизиране). Изследване възможностите за по-нататъшно развиване в областта на предполагаемите проблеми (при депресия – възможност за суицид например).

В заключение: дава се пространство за нещо друго важно, за което интервюираният не е попитан – може да се попита дали иска да каже още нещо. Могат да се зададат въпроси като: „Има ли нещо, което остана неизяснено?“, „Какво очаквате от мен?“, „Какво смятате, че не е наред всъщност?“

³⁴ Основни трудности и разбиране за причините, история на проблемите, предприето „лечение“, защо именно сега търси подкрепа (консултиране, терапия).

Заклучителният етап на интервюто не отразява начина на отделяне на двамата събеседници: психологическото интервю в крайна сметка няма „завършване“ (край, заключителен етап) – даже и ако специалистът не е длъжен да се среща отново с пациента, интервюто може да остане *отворено*. Неговата цел е да постави пред интервюирания проблемите по-истински и дълбоки, отколкото тези, с които е дошъл, без да *имитира* незабавното им (*тук и сега*) разрешаване. В края на интервюто следва да се изясни и кое е водещото, кой симптом.

Като *изводи* следва да се опишат и анализират: основни текущи теми, области на фиксации и конфликти, основни защити, несъзнавани фантазии, желаниа и страхове, централни идентификации, негативни идентификации, непреживени загуби, структуриране на Аз-а и самооценка. Що се отнася до *обобщаването и материализирането на интервюто*, то обеът и стилът зависят съществено от личността на специалиста и вида на затруднението. Най-добрата практика, позволяваща да се избегне излишният страх на интервюирания и осигуряваща на специалиста синтез на проблемите, е свързана с воденето на минимум записки по време на интервюто и максимум след неговото приключване.

Вероятно идеята за връзка между психоаналитичната парадигма и консултантската практика изглежда трудна и дори непосилна за разбиране и реализиране в конкретната среда – следването на подобна структура в работата е сложно и се научава с времето и опита, изисква професионално (и лично) развитие, което води до формиране на една специфична сензитивност към света и хората³⁵. Началото е свързано с това да се поставят въпроси (свързани с професионализма, личните преживявания), през които с придобиване на опита и през механизмите за лично развитие (супервизия, лична анализа) всеки специалист би могъл да изобрети свой собствен стил на работа.

³⁵ Особено за работещите в отдели „Закрила на детето“, където натоварването е прекомерно, а организацията на работа много често сведена до администриране на случай.

Използвана литература

- Речник на чуждите думи в българския език. 1978.
- Речник по психоанализа. Под рък. на Р. Шемама. Пл., 1998.
- Рудинеско, Е., М. Плон. Речник на психоанализата. С., 2000.
- Томе, Х., Х. Кехеле. Учебник по психоаналитична терапия. С., 2009.
- Abraham, N., Maria Torok. L'ecorce et le Noyau. P, 1999.
- Stream, H. Psychoanalytic theory and Social Work treatment. – In: Social Work Treatment. Interlocking theoretical Approaches. NY, 1996.
- Tisseron, S. Secrets de famille. Mode d'emploi. P., 1996.

За автора

Моника Богданова е доцент в катедра „Социална работа“,
Факултет по педагогика на Софийски университет „Св. Климент Охридски“
Контакти: monikab@abv.bg