



СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”

ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

**КАТЕДРА „СОЦИАЛНА, ОРГАНИЗАЦИОННА, КЛИНИЧНА И ПЕДАГОГИЧЕСКА
ПСИХОЛОГИЯ”**

Веселин Янков Веселинов

**Психоза в детско-юношеска възраст. Програма за диагностика, прогностика и
интегрирано обучение.**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

научно направление: 3.2 Психология

научен ръководител: проф. д.пс.н. Румяна Крумова-Пешева

София

2022

Дисертацията на тема „Психоза в детско-юношеска възраст. Програма за диагностика, прогностика и интегрирано обучение” се състои от 153 страници, от които 135 страници основен текст, 5 страници библиографска справка, 10 страници приложения, 3 страници заглавна страница и съдържание. Използвани са 9 фигури и 7 таблици. Библиографията включва 88 заглавия, сред които такива на български, руски, английски и немски език. По темата на дисертацията са направени 3 публикации в научни издания.

Научно жури

Проф. д.пс.н. Ваня Лукова Матанова – Председател (рецензент)

Проф. д.пс.н. Румяна Кирилова Крумова-Пешева

Проф. д.пс.н. Красимира Петрова Колева-Минева

Доц. д-р Павлина Петкова Петкова (рецензент)

Доц. д-р Красимир Кръстев Иванов

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 20.04.2022 от 14:30 в зала 63 на СУ „Св. Климент Охридски” на открито заседание на избраното научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в канцеларията на специалност „Психология”, Философски факултет, 60 кабинет, етаж 3, Южно крило, Ректорат, както и на сайта на университета <https://www.uni-sofia.bg/>

СЪДЪРЖАНИЕ

Актуалност на проблема	4
Структура и основни идеи на дисертационния труд	4
Понятиен конгломерат	7
Цели и задачи	7
Хипотези	8
Метод	8
Случай 1	8
Случай 2	12
Случай 3	18
Случай 4	24
Резултати	30
Програма за диагностика, прогностика и интегрирано обучение	30
Заключение	39
Ограничения и насоки за бъдещи изследвания	39
Приноси	40
Публикации по темата на дисертацията	40

АКТУАЛНОСТ НА ПРОБЛЕМА

Дисертационният труд съдържа важни от съвременен гледище проблеми, касаещи висококачествения подход при диагностиката, прогностиката и включващото обучение на деца, страдащи от психоза в контекстуалните условия на днешното масово училище. Успешната им адаптация в тази среда е свързана както с въпроса за подготовката на специалисти, които да я подпомогнат, така и с този за приемане на другостта в обществото ни като цяло. Необходимостта от усвояване на модели за толерантност е тема, която никак не се е тривиализирала (изхождайки от все още повсеместно съществуващите нагласи за изолация на хора с увреждания и липсата на поглед върху ситуацията с цялата ѝ комплексност).

Нюансираните в дисертацията основополагащи нозографични рамки – биомедицинска, аналитична и феноменологична са щателно проверени и синхронизирани в различията си и маркират непрекъсната изследователска линия, която постепенно ни отвежда до представянето на актуални случаи от консултативната практика в кабинета на училищния психолог, през трансформациите, които претърпяват и резултатите, които се отчитат, до ревизиране на идеята за разработване на методика, съобразена с физиологичните и най-вече психологични особености и потребности на подрастващите, но и с все още нерешените цели и задачи за осигуряване на адекватна институционална допълнителна подкрепа, а именно:

- 1) *ранно разпознаване и коректно диагностициране* на възникващите усложнения в психичния свят на детето;
- 2) *извеждане на адекватни и добре обосновани прогностични маркери*, служещи за правилен ориентир по посока незабавен избор на съответните компенсаторни интервенции;
- 3) *нарастване на практическите възможности за цялостна подкрепа* в тази сфера;
- 4) *изработване на единен психотерапевтичен план за работа с деца* с психични разстройства в кабинета на училищните психолози, който да удържа подобно многообразие в единство.

СТРУКТУРА И ОСНОВНИ ИДЕИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд е съставен от въвеждаща част, в която накратко са формулирани научните течения и постулати, изграждащи корпуса на разработката, онагледени са и оценъчните позиции и поляризираните посоки на мислене, засягащи психотичните пациенти. Изследователският момент е подчертан на няколко ясно регламентирани нива: търсене на теоретичните хибридни форми, възникващи в точките на пресичане на предложения категориално-понятиен апарат, дълбинен анализ на случаи на психотично страдание в детска и юношеска възраст и изведена въз основа на този дългогодишен опит и установени открития програма за диагностика, прогностика и интегрирано обучение, която да послужи в практиката на училищни мултидисциплинарни екипи.

Първата глава представлява теоретичен обзор, фокусиран върху закономерности в класическата и съвременна психиатрия, психодинамична психология и феноменология, стремящ се към оптики за осмисляне на различните проявления и регистри на заболяването. Пространно се изясняват *соматогенезата* с биологичен субстрат и *психогенезата* с биографичен смисъл на психотичните състояния в детска възраст, за да се разшири концептуалния спектър на разглежданата тема. Всяка от гледните точки има своя приносна роля към единната теория на познанието, необходима ни за точното обособяване на клиничните граници при патологията у най-малките. Тези граници и до ден днешен не се схващат съвсем еднакво – на места те са особено стеснени (особено що се касае до казуистичния материал, стоящ на своеобразни наследствено-биологични позиции), което се превръща в компликация за теоретици и практики.

Личният акцент на автора е върху тясната взаимосвързаност и многообразието на психодинамичната психология, психиатричната наука и нравствено-философските конструкции – широк спектър от предложения по проблема с психотичното страдание в ранна възраст. В рамките на тази първа глава са поместени прозренически отговори по въпроса за етиологията, патогенезата и лечението на страданието, някои от които диаметрално противоположни като идейна насоченост, но фокусът все пак е върху сплитането и концептуалното съседство, а не върху полемиката помежду им. Психоанализата дефинира психозата по-скоро в нейната социална обусловеност, феноменологията – в екзистенциалната, а класическата психиатрия – в огнищната. Благодарение на една такава амалгама от доктрини се сдобиваме с качествено друг (по-пълен и дълбочинен) поглед върху болестта – бихме могли да говорим за психоаналитична система от възгледи в разработката: теоретичните достижения и неотменни принципи за работа с деца на Melanie Klein, Anna Freud, Margaret Mahler, Jacques Lacan, Françoise Dolto, Darian Leader, Kathryn Vennie, Sigmund Freud, Karl Abraham, Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Frieda Fromm-Reichmann, Karen Horney и Erik Erikson са проследени успоредно с често поставяните в периферията на академизма феноменологични концепти на Ronald Laing, Thomas Szasz, Ludwig Binswanger, Harry Stack Sullivan, Alfred Lorenzer, Erwin Straus и Viktor Emil von Gebattel, за да се съпоставят с психиатричните постулати на Theodor Heller, Michael Rutter, William Goldfarb, Emil Kraepelin, Sante de Sanctis, Eugen Bleuler, Leo Kanner, Adolf Meyer, Stella Chess. Не са пропуснати и родните достижения в областта – тези на Меглена Ачкова, Георги Попов, Христо Христов и Стоян Стоянов. Хипотеза на база проучената литература е възможността за синхрония на различията, която да послужи за изграждане на стабилен понятиен конгломерат (фигура 1), залегнал в основата на следния изследователски замисъл: осигуряване на опорни точки за планиране и осъществяване на качествен процес по оценка на училищното функциониране при случаи на по-тежки психични страдания. Такъв своеобразен комплекс от закономерности, които да определят спецификата на диагностичния, прогностичен и консултативен процес при болестта в детска възраст, следва да бъде изцяло съобразен с

микросредата на учебното заведение с насоки за професионална намеса и предложение на съответните прийоми. Погледът е отправен към релационните обстоятелства за „покълване” на психозата, но и към казусите с прогнозата, лечението и превенцията. Доброто познаване на понятията позволява на специалистите, отговорни за адаптацията на учениците със специални образователни потребности, да насочват правилно усилията си, залагайки на точните акценти от концепциите по възможно най-ефективен начин. Предложението за творческо ползване на ценното от теоретичните постановки в практиката е подкрепено с примери за ранна психоза от работата на Sante de Sanctis (момиче на 3,5 години), Melanie Klein (малкият Дик) и Anna Freud (Ловецът на лъвовете).

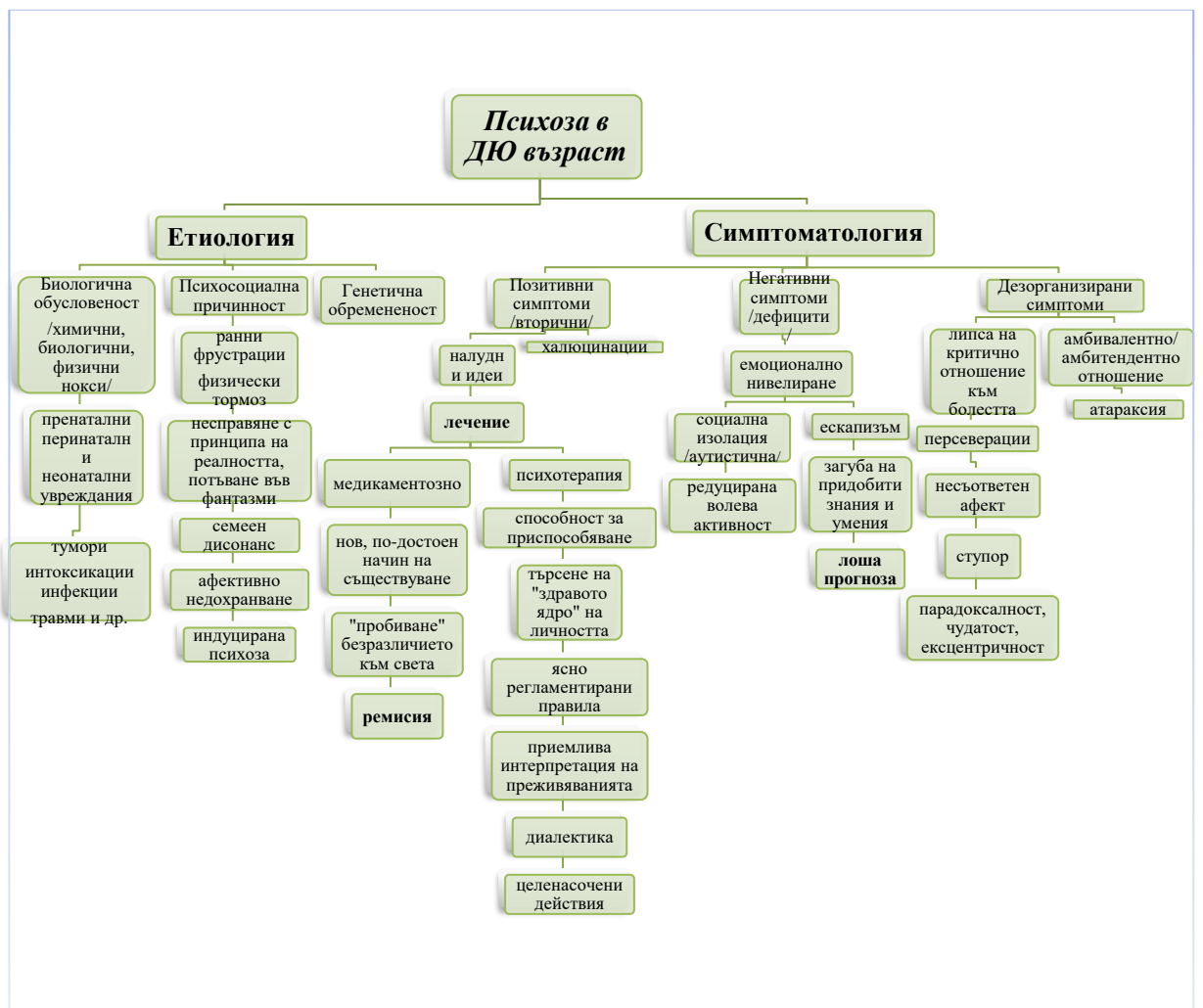
Казусът с все още недокрай изяснената етиология на психозата при възрастни и деца (водец по своята значимост), в разработката се разрешава със стремеж към *единен теоретичен континуум*. Задълбоченото познаване на причините за възникване на дадено заболяване има основно значение за профилактиката и интервенирането му (медикаментозно и/или психотерапевтично). Все пак, по-допустимо звучи схващането за *полиетиологична обусловеност на шизофренията*. Като цяло, психопатологията на детството в никакъв случай не е еднозначна. Тя е резултат от въздействието на сбор от био-психични феномени и разкрива богатата картина на болестта. Счита се, че биологичната предиспозиция е многозначителен фактор, който клиницистът следва да има предвид.

Прогнозата при ранно протичащите форми на шизофрения е сравнително по-неблагоприятна, сравнена с тази при късно начало на процеса (пубертета и нататък), което се дължи предимно на наситената със симптоми от негативен ранг клинична картина. В психодинамичното направление обаче, категоричните обобщения се отсъждат като некоректни, тъй като съществуват оптимистични примери за резултати от интензивна психотерапия, довели до задоволителна по-късна социализация (най-вече в клайнианската практика).

Във втора глава е изложена организацията на изследването с неговите цели и задачи, работни хипотези и методология.

Третата глава съдържа систематично подготвени случаи на психотично страдание в ранна възраст, проследени лонгитюдно за период от няколко години – изследвани са съществуващите силни страни на засегнатите ученици, специфичните способности за поддържане връзката им с училището, автономността и свободната активност в средата, както и развитието на болестния процес. Не са спестени практическите трудности във всеки един от тях, реструктурирани са идеи, които да са полезни за училищните екипи, почерпени от непосредствения опит.

На финала е разработена и внедрена програмата за работа с подрастващи, разширяваща възможностите за училищни интервенции и включваща техники като интерпретация на симптома, „закрепване на смисъла”, конституиране на поведението по определен образец и т.н.



Фиг. 1: Понятиен конгломерат

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Основна цел е проектирането на организационна рамка за водене на случай на детско-юношеска психоза в средното училище, която да послужи в практиката на психолози, специални психолози, логопеди и т.н. Изведени са и следните специфични подцели и задачи:

- прецизиране на понятийния апарат и вписването му в конкретни факти – затвърждаване значимостта на представения в теоретичната част модел и разбирането му в активен процес;
- взаимодействие между три широки научни области (психиатрия, психоанализа и феноменология) и вграждането им в един по-пълноценен практически опит, който да спомогне осмислянето на феноменологичното място в контекста на пълното разбиране и осветляване на проблема;
- предложение за дълбоко промислена концептуална рамка и нейното извайване;

- проследяване и изучаване на знания, подходи и техники;
- разширяване територията на научните търсения в училищен контекст;
- обогатяване на теорията чрез натрупване и обобщаване на практически опит с набор от умения до реконструиране на нови научни полета.

ХИПОТЕЗИ

- Допуснато е, че в резултат на продължителни интегративни усилия при случаи на психоза в средното училище („домогване” до психичния свят на децата), функционирането на засегнатите значително ще се оптимизира, независимо от тежестта на манифестираните симптоми.
- Предпола се, че добрите когнитивни умения на учениците, описани в случаи 3.1 и 3.2, установени чрез стандартизирано тестване в условията на училищното им пребиваване, ще обусловят едно приемливо и стабилно вписване в условията на слединституционалния период – функциониране на оптимално ниво.
- Вероятно е по случаите 3.3 и 3.4 да настъпят епизоди на влошаване, ако съдим по бедните интереси и загубата на придобити знания и умения, демонстрирана при извършените реоценки на състоянието им.

МЕТОД

Избран е качествен описателен метод на изследване – кейс-стадий (като стратегия и мека техника за дълбинно проучване на обекта в съответните контекстуални условия и специфики). Акцентът в разработката пада върху индивидуалната съдба на страдащия, с нейната неповторимост и уникалност. Не се търсят екстраполации и обобщения за цели общности от хора. Клиничните проблеми се разглеждат предимно в контекста на настоящата ситуация и взаимодействието на индивида със средата, търсят се причините, довели до заболяването, описва се работата по случая, както и наблюдаваните резултати. Разгледаните ученици са четири на брой:

Случай 1: В.

Казус, който касае *момче на 10 години* (в момента на първата професионална среща), обусловена от включването му в група за ресурсно подпомагане в училище, по повод притеснения на обгрижващите го възрастни. **Тяхната заявка е за поведенчески проблеми** у детето – „*палав е*”, необходим е почти постоянен контрол, тъй като той не спазва правила и норми (видът заявка е първата съставна част на разработената по-нататък програма). От малък трудно завързвал приятелства, обикновено бил пасивен в контакта с връстниците си. Според

класния ръководител са налице и известни колебания в справянето с учебния материал. За улеснение, ученикът е наричан накратко *В*.

Първоначално е **събирана информация** от различни медицински документи по случая, според които *В*. се ражда десет дни преди термина, чрез *SC*, поради индикации от страна на майката (първа патологична бременност) – болки и кървене в пети и осми месец и усукана около врата пъпна връв. В лека асфиксия е след раждането. Отглеждан е в куввюз в продължение на три дни (особеностите и значимостта на диагностичната дейност в училищна среда са втори изследователски момент в предложената програма).

На три месечна възраст при *В*. е установено бързо затваряне на фонтанелите и сагитална краниостеноза (*Craniosynostosis suture sagittalis*). Детето е с особена конфигурация на главата с издължен и тесен предно-заднен диаметър, а лекарите правят краниопластики двустранно. През следващата около шест месеца *В*. приема диазепам с антиконвулсивна цел. Прохожда на година и два месеца, гука интензивно, казва първите си думи на около година и половина, а елементарни фрази започва да съставя малко преди навършването на втората си година. По данни на бащата трудно проговоря. Когато е на около четири, има затруднения в производството на някои звукове и посещава логопед. Овладева тазовите резервоари на три годишна възраст, но малко преди това родителите се развеждат, а законовите права върху момчето получава бащата, тъй като майката е диагностицирана с биполарно афективно разстройство, с дромоманни прояви (безпричинно бяга от дома си), продава семейната кола, харчи парите в казина, употребява алкохол, плаче безпричинно с дни. Според бабата на нашия ученик, той е системно negliжиран като бебе и никога не е получавал ласки и грижи от майка си, **което ни позволява хипотеза за най-ранна травматизация от липса на майчината нежност, без да пренебрегваме възможността за една вродена уязвимост** (имайки предвид данните за вътреутробния живот на детето и специфичното психично състояние на биологичната му майка, водещи ни към третата област в модела за работа – прогностичните маркери). До четири годишна възраст е отглеждан у дома от бабата, дядото и бащата, след което тръгва на детска градина, където е „по-буен от останалите”. Сколаризиран е с неговия випуск. През последните няколко години (в които живее само с баба си и дядо си в отдалечен на училището квартал, тъй като бащата има втори брак и двегодишно дете от новата си съпруга) *В*. проявява силен и устойчив интерес към географски карти и маршрути, разстояния, световни столици, като демонстрира усвоени знания и терминология в тези области с енциклопедичен характер. Харесват му и занимания с всякаква техника, която обикновено разглобява до съставни части.

Спонтанната речева продукция е частично несъгласувана и неправилно структурирана. Понякога бърка думи с близко звучащи и ги употребява неуместно в комуникация. Като цяло е налице буквално разбиране на отправените послания и трудност в определяне на причинно-

следствената обвързаност от дадено поведение и постъпка. Некритичен е към проявите си в клас както спрямо учителя, така и към съучениците си.

В. чете на срички и не спазва пунктуацията. Много често пропуска цели фрази от предложен текст. Случва се да си доизмисля историята и да добавя от себе си герои и случки, впечатлява със заплетеността на сюжетите.

В продължение на месеци момчето демонстрира ниски възможности за разбиране на социалните ситуации (норми в училище), трудности в перцептивната организация, сравнително тежко нарушение на вниманието (на което отдаваме лекото му изоставане в усвояването на материала). Прави обаче впечатление високият коефициент на интелигентност (по прогресивни матрици на Дж. Рейвън) – IQ 117, както и задоволителният обем на кратковременната слухово-вербална памет (методика „Заучаване на 10 думи” на Александър Лурия). На база изброеното дотук е **предложена дългосрочна мултидисциплинарна допълнителна подкрепа**, която детето и близките му приемат (макар и с уговорки от страна на възрастните, че „проблемът не е чак толкова страшен” – достигане до четвърти елемент в програмата – значимостта на психологическото подпомагане в процеса на **интегрираното обучение**). В това отношение не се налага компромисно съобразяване, имайки предвид индивидуалните възможности на В., отбелязани от екипа в изготвения план за подкрепа – той категорично успява да покрие образователните стандарти и очакванията за възрастта си, най-вече поради незасегнатата познавателна сфера в този случай. Часовете, в които не успява да се съсредоточи и пропуснатия важен материал, компенсира в индивидуалната работа със специалистите, осигуряващи допълнителна подкрепа, за което е необходима постоянна координация с класен ръководител, който ги информира при възникване на подобни ситуации.

При скрининг на когнитивното функциониране на момчето, прави тревожно впечатление известен спад в интелектуално отношение. Той отново отчита добро постижение (IQ 91), но пък доста по-ниско, сравнено с това отпреди няколко месеца. За извършване на коректурна проба или решаване на задачи с лабиринти, на ученика му е необходимо все повече време за действие, а допуснатите грешки насочват към значителни разстройства в параметрите на вниманието. Непосредственото слухово запаметяване също е отслабено като процес – на графиката в теста на Лурия се наблюдават така наречените плата (в няколко поредни възпроизвеждания на набора от думи, изследваният съобщава равен брой такива), което се разглежда като индикатор за наличие на емоционална вялост и незаинтересованост на детето от крайните резултати, но и за възможно органично заболяване и настъпил шизофренен процес. В. е по-безразличен към упражненията в часовете за психологическа подкрепа, работи без усърдие, по-скоро драскайки върху листа, въпреки добрите си графични и творчески умения. Ангажирането на вниманието му се превръща във все по-голямо предизвикателство, но с необходимата сугестия, индивидуалните занятия с ученика се състоят в съответната адекватна рамка. Опасенията са за манифест на дефицитни фундаментални симптоми, които обаче не се

потвърждават по-нататък в динамиката на страданието. Значителен е единствено напредъкът му в сферата на конструктивните умения – изгражда цяла мащабна къща от пластилин (в самото начало на посещенията си среща затруднения да сглобява, по-скоро руши играчките и после събаря на пода частите, гневно тъпчейки ги с крак).

Междувременно В. вече приема оланзапин след посещение при препоръчан от екипа психиатър и супервизия по случая, все по-рядко се среща с баща си и неговото ново семейство и след училище се прибира заедно с баба си в семейна къща в покрайнините на града, в чийто двор успява да се добере до горелка и да запали лицевото си окосмение. После споделя, че огъня му харесва, отново се смее при връщане към тази история, като че ли изобщо не осъзнава последиците от действията си, не съумява да антиципира.

Основната задача в психологическата работа с В. е максималното задържане на детето в реалността, въпреки хипоманиакалното му присъствие. Настоявам той да измайстори собствения си подпис, с който да отбелязва всички рисунки, които подарява – като нещо, което да затвърди неговото присъствие, личност и идентичност тук и сега в настоящето със съответните му ангажименти.

Посещава часовете за психологическа подкрепа с желание, търси екипа от специалисти, към които обаче, продължава да е фамилиарен.

Последвалата работа с В. е по посока дейности за разгръщане на по-добри възможности за ежедневно нарастваща автономност чрез демонстриране на доверие към него, поставяне на задачи, изискващи самостоятелност, особено при намирането на приятели на неговата възраст и отделянето му от бабата. Сред наличните ресурси на детето са **възможността да мобилизира останалите, да предизвиква вниманието им към себе си** (в програмата са залегнали и индикатори за резултатност). Целите са краткосрочни, без мащабни програми: творчески обмен с другите (който да разреши невъзможността му да разделя пространството), насърчават се и упражнения за придобиване на странични интереси. Можем да заключим, че преди напускането на В. на съответната образователна институция (момчето кандидатства след завършване на осми клас в друго училище, по-удобно за самостоятелно придвижване до дома му, а и професионално ориентирано), е налице една доверителна връзка помежду ни, осъществена благодарение на екзистенциалната среща в терапевтичните отношения и фокусиране върху силните страни на индивида, а не върху патологията и травматичната окраска. Ако трябва да говорим за някакво терапевтично повлияване, то се дължи именно на тази стабилна връзка, възникнала в хода на дългогодишните практика и отношения. Тя продължава, макар и в друг, по-неформален вид, тъй като младежът (вече пълнолетен) периодично идва да ме посети в старото си училище, разказва за **бъдещите си амбиции и кариерни планове** (последен компонент в програмата е лонгитудиналното наблюдение) и се среща с няколко от децата, с които са били съученици, макар общуването им да се усеща по-скоро като хладно и сдържано.

Случай 2: Н.

Касае се за момче на шестнадесет години, преместено след системен тормоз от страна на връстници в предходно училище. Пристига в кабинета заедно със своята майка по нейно изрично настояване юношата да се срещне с психолог. Тя е медицинско лице и **нейната заявка е за двигателни и вербални тикове, които значително нарушават нормалното функциониране на ученика, както и за натрапливост и ритуали в поведението му, които обаче, тя определя като „мании“**. Наричаме момчето Н.

Н. е дете от първа, нормално протекла бременност. Роден по естествен механизъм, с ниско телесно тегло (някъде под 3000 гр.). Прохожда на година и два месеца, първите си думи казва почти по същото време, а месец преди навършването на втората си година започва да съставя комбинации от две и повече думи. Не играе с играчки, непрекъснато търси присъствие на възрастен, проплаква и не може да остава сам дори за кратко. Тазови резервоари овладява на около три години, но през определени периоди от по-късното му развитие, се появява енуреза с вероятен психогенен характер. Н. бил записан на детска градина, където среща сериозни затруднения в адаптацията. Самият той споделя: „Когато бях малък, не общувах с децата. Само мълчах. И в детската градина беше така, а после и в училище. Винаги си гледах в една точка.“

По думите на майката е „нарочен“ от група момчета там, които го насилват жестоко физически, поради което при Н. се появяват преходни тикове на клепачите. След побой от страна на няколко деца в градината Н. припада, когато е на шест години. На седем тръгва на училище, където демонстрира знания и умения, характерни за календарната възраст. Налице са и първите хронични страхове – най-вече от смъртта, но допълнени и с такива от храненето – смята, че ще се задави при дъвчене на храната и ще спре да диша завинаги, както и че може да се натрови от блюдата. Тиковете на детето имат флукуиращ характер – на моменти отслабват, след което видимо се засилват. От десетата година на Н. те са постоянни и обхващат лицевата мускулатура и крайниците (дистония), тогава се появяват и вокални тикове с характерно извикване. Малко след това е консултиран от психиатър, който **поставя диагноза „хронични тикове“** (диференциалната диагноза като неизменна част от диагностичния процес е включена в таблица 2 на програмата), провеждано е лечение с халоперидол в ниски дози, който „не повлиява добре“ на ученика и е сменен с флуанксол, а след това и с депакин. Детето се оплаква от всички медикаменти, споделя, че изпитва ужас и непоносимост към себе си и средата, щом ги приема, иска му се дори да „излезе от кожата си“. Така и не успява да си намери училище, сменя няколко различни поради затруднена адаптация, подигравателно отношение от съученици, конфликти и проблемно поведение. Майката отчита отслабване на тиковете през ваканциите и засилването им по време на учебен период. По нейни думи в началото на 2013 година у Н. се появяват страхове от замърсяване, заразяване и телесна увреда. Започва да мие

продължително ръцете си, настоява да му се направи отделна тоалетна в апартамента, в който живеят, драстично променя хранителните си навици, като отказва да консумира готвени ястия, както и да сяда да се храни заедно със семейството си. Изчаква ги сам в единия ъгъл на масата или се наяжда набързо, преди всички да се приготвят за обяд или вечеря. Купува си единствено пакетирана храна, като чинно проверява дали е добре запечатана за да я опита. Телесното тегло значително намалява. Малко преди появата на страховете е опериран от херния. По време на процедурата по преместване на ученика в училището, в което работя, медикаментозната терапия отново е променена, като Н. приема респолепт в умерени дози (1 мг. на вечер). Тиковете са комплексни, засягащи както лицевата мускулатура, така и ръцете и раменете. Н. често плюе наоколо си, извършвайки последователни движения с главата, въртейки я в кръг (сякаш с отделената слюнка „маркира“ територията около себе си), провиква се, гризе деколтетата на блузите си, както и ноктите на ръцете. Наблюдава се интензивно мигане, мръщение, гримасничене, силно покашляне и ръмжене (сякаш непрекъснато прочиства гърлото си от секрети). Към момента Н. живее с двамата си биологични родители и четиринадесет годишната си сестра.

Още при първото посещение в кабинета за психологическа подкрепа прави впечатление психомоторната напрегнатост на Н. Момчето кърши пръстите си, извършва множество движения с краката (клатене), сравнително трудно се застоява на стола и често се върти. Няколко пъти отскубва косми от веждите и главата си като на места космената покривка е значително оредяла, на границите с оплешивяването. Той е по-скоро втрещен, създавайки усещането, че ме изпитва и дори премерва с поглед. Останах с впечатление, че понякога гледа сякаш „през мен“, все едно забелязва нещо, случващо се зад гърба ми. **Ориентиран е пълноценно, спазва необходимите правила, с охота и дори детайлизирано споделя за затруднения си контрол върху тиковете и гневните чувства, които те предизвикват у него** (оптимистични индикации при прогностичната оценка). Разказва, че няма апетит и не желае да се храни, защото е сигурен, че ще бъде „замърсен отвътре“, а може би и заразен от нелечима болест чрез яденето. Когато говори по темата за храненето, не изглежда разстроен или страдащ, а по-скоро убеден в правотата си, изнася малка импровизирана лекция за вредата от днешните храни, на места звучи дори „професионално“ и уверено.

Проведени са изследвания на когнитивното му функциониране, като демонстрираните интелектуални възможности са в диапазона на високата средна норма. Вниманието е устойчиво и концентрирано, паметовите способности са добри. Формирано е категориално мислене, основните понятийни структури са изградени и затвърдени. Н. умее да анализира и синтезира постъпилата нова информация. Общата осведоменост за заобикалящия свят е сравнително добра, момчето се интересува от новини, следи политическото положение в страната и света, граждански ангажиран е, като на моменти това надхвърля общоприетите позиции по някои проблеми.

При встъпването в консултативен процес ученикът е резервиран, слабо информативен, леко подозрителен. Непрекъснато пита дали онова, което би могло да сподели пред мен, ще стане достояние и на друг. Веднъж вижда как си отбелязвам ангажимент в тефтера и притеснен предполага, че може би пиша нещо, свързано с него. Наблюдава се висок интензитет на емоциите в емоционално значимите за ученика области. Той става гневен, дори дисфоричен, щом заговори за насилниците в детската градина и в предишното училище. Тиковете видимо се засилват, ученикът стиска юмруци, крещи: „Ще ми се да им отворя главите на тия, заради които имам тикове. Нека им хвърчат мозъка и кръвта – не ми пука!“

Налице е хиперрефлексивно надзираване на тиковете – Н. се вълнува от тяхната честота, проява, както и от останалите симптоми в картината на страданието си. За да освободи тоничния гърч на лицевата мускулатура, юношата предприема комплекс от действия, превърнали се в нещо като ритуали – удря с юмрук устата си, плюе, стиска снопче цветни моливи в ръка, като ги върти ритмично и стереотипно между пръстите си (споделя, че моливите в ръцете му действат успокояващо). Frieda From-Reichmann смята, че „пациентът изиграва вътрешното си състояние“ чрез поредица от действия, като най-често „използваните“ са именно тикове, стереотипии, гневни изблици, деструктивни прояви и т.н. Задача на аналитика е да разчете символичното значение на всяка една от тези прояви. Ако следваме това твърдение, можем да заключим, че вътрешното състояние на нашия ученик е изключително напрегнато за самия него (може би дори ужасяващо и непоносимо).

В продължение на около два месеца аз разглеждах момчето като страдащо от обесивно-компулсивно разстройство, докато една конкретна случайност не ме накара да потърся супервизия по случая.

На проведена супервизия е обърнато внимание за твърде възможното наличие на психотично ядро в личността на Н., което стои някъде много надълбоко, зад манифестираните до момента тикове, обесии и компулсии. Хипохондричните страхове често се превръщат в нещо много повече от невротични феномени – а именно в доминиращо преживяване, включващо се впоследствие в съдържанието на налудни идеи.

Момчето е чувствително към нередности и често споделя възмущението си от различни обществени казуси, на моменти „философства“ по време на цялата сесия: за положението в страната, агресията, престъпленията, неуважението на днешните деца към възрастните хора, проблемите в училище и т.н. Макар по този начин Н. да избягва конкретно психичния проблем и неговите корени, аз се опитвам да изслушвам всички тези общи изказвания, насърчавайки го просто да разговаря с мен, както и отбелязвайки добрите съждения, до които понякога успява да достигне, поощрявайки го. Терапевтът не може да избегне въвличането в светогледен диалог със своите анализирани. Своеобразното „философстване“ на Н. не бива насочвано от мен, като във всеки такъв случай само се опитвам да намеря известна връзка между темите, които той разисква, и онова, което става в неговото семейство. Тръгвайки от макронивото на

обществените проблеми, стигаме до микросоциума на семейството, като така, постепенно Н. разкрива картина от състояния, които далеч надхвърлят рамката на натрапливата невроза.

Според ученика всички негови нервни клетки са „изхабени”, „закърнели” и „вече не работят.” Той къпе тялото си само с ледено студена вода, за да „активизира живота на органите си” отново, не може да спи на затворен прозорец дори и през зимата, предпочита да стои на минусови температури, „за да не се случи нещо с тялото” му. Това много напомня на нихилистичните и хипохондрични налудни идеи. Споделя, че е твърде убеден в своята уникалност. Запитан какво го различава дотолкова, той отвръща, че има различно ДНК от човешкото и името му означава в превод „безсмъртен”, поради което смята, че е обект на интерес и би могло да е и преследван от същества от други планети или цивилизации. Казва, че иска да загине „някак героично”, спасявайки човечеството от извънземни (разширяване границите на аза до смесването му с идеалния аз). Н. смята, че може да бъде отвлечен от тях („ударен в гръб”), за да предотвратят плановите му да разкаже за съществуването им. Твърди, че това отвлечане даже вече се е случило, но те просто са заличили тази част от живота му от паметта, като са го манипулирали и той не може да ми разкаже нищо повече. За него „извънземните са и богове, умеещи да се трансформират.” Споделя, шепнейки (все едно разкрива значима за обществото тайна), че и Клеопатра е била такава – всъщност котка, която се е преобразявала в жена. Като свой най-голям страх Н. определя „мистериозното”, „загадъчното”, „свръхинтелигентното”. Твърди, че е чувал стъпките на извънземните след него по всевъзможни улици. Вечер, когато останел сам в стаята, те почуквали по прозореца или се катерели по покрива (акоазми).

За страшен, по негови думи дори „кошмарен”, момент в живота си, Н. счита мига, в който „вижда” извънземно през нощта, в двора на къщата на свои роднини, която посещава през лятото. Описва съществото като „високо около два метра, облечено в бяла мантия, с черни дупки за очи и костеливи пръсти”, които сякаш го подканят да тръгне към него. Обяснява „появата” на извънземното в техния двор със самия себе си – то го търсело, за да го отвлече. Видимо се оживява по време на разказа, твърди, че може и да не му повярвам, но той е убеден, че не се е объркал и няма как да му се е „привидяло”. Н. споделя още, че сред свои връстници няколко пъти е опитвал марихуана и след всяка „проба” отново виждал извънземни, които обаче изглеждали „нереални, в моята си глава”. Отдава ги на ефект от наркотика, казва, че не би опитал пак (наличие на критичност), тъй като и „без друго му се явявали някакви странности”, но остава твърд по отношение на случката с извънземното в двора. За него то е напълно реално, тогава хукнал да бяга, крещейки, докато „извънземните”, появили се пред него след употребата на марихуаната, не го уплашили, бил почти сигурен, че си ги „измисля”.

Ученикът често и сънува извънземни – разказва в детайли скорошен свой сън, в който извънземно почукало на вратата на семейния дом, докато Н. бил сам. Той отворил и видял „човече с черни дупки за очи”, което му поискало пет лева за такси (любопитно е, че крайната

дестинация за съществуването е работното място на бащата на Н.). Опитал да затръшне вратата, да се скрие, но безуспешно. Бил като преследван от човечето, което настоявало да получи сумата, която му трябвала, за да се придвижи. Според момчето такива сънища са ужасяващи, той се събужда треперещ и потен, после му е много трудно да заспи отново. Казва, че предимно се върти в леглото, неспокоен е. В определени периоди от време е като обсебен от идеята за съществуването и на други живи същества извън нашата планета, може да прекарва часове наред, размишлявайки на глас за „знаци“, които извънземните оставят – „концентрични кръгове в ниви“, „святкащи сигнали в небето нощем“, „изобретения, които им трябва, за да ни изтребят“ и т.н.

Според Н., най-интересната тема за човечеството, „трябва да бъде“ именно онази за разделянето с живота и този свят. Смъртта често присъства в негови сънища, в които фигурират „изроди“, гонещи го в тъмни коридори (лайтмотив), за да го наръгат с нож, обезглавят, окървяват...

Макар и трудно приет в новия клас в самото начало, след осъществената от мен интензивна работа с колектива от връстници Н. се сближава до известна степен с трима свои съученици. Разхожда се с тях в междучасията, играят компютърни игри, среща тяхната подкрепа, когато изпитва някакви затруднения в класната стая. Това се оказва оптимистична индикация, особено що се отнася до неговите предходни „бягства“ в различни училища всяка година. Ученикът решава, че ще се обучава отново в същото учебно заведение през идната учебна, като заявява желанието си да продължим терапевтичната дейност отново от месец септември. Разделяме се с благодарности от негова страна, че е намерил къде да споделя тревогите и „истините за себе си“, без да бъде квалифициран като „луд“. Казва, че често е чувал това определение по свой адрес другаде, но не се счита за такъв и един ден ще докаже истинността на своите твърдения. Доверителната връзка с Н. като че ли вече е осъществена, от известно време той е започнал по-често да приема назначения медикамент (рисполепт), след като сме сключили „устен договор“ за това. Изготвил си е и планове за лятната почивка, като споделя, че няма желание да отиде на море със семейството си, а да гостува отново на баба си, както и на роднини в провинцията. Достигнал е до известна готовност да чува, което дава възможност за посочване на връзки (минало – настояще) и предложение на метафори от страна на психолога, съобразено с езика на младежа.

Психотичният процес при някои пациенти нерядко е белязан от неврозоподобно начало. Натрапливите действия, хипохондрични страхове и стереотипии постепенно се разгръщат и трансформират в симптоми от далеч по-дълбок, типично шизофреничен характер. При меко протичащи форми клиничната картина доста дълго е предимно невротична, но все пак у болния се откриват прояви от няколко регистъра, които насочват клинициста към реценка и проверка на диагнозата. Терминът „граничен случай“ се употребява най-често за шизофреници, проявени под привидно невротична симптоматология. Протичането на процеса при Н. е

псевдоневротично: на преден план са тиковете като соматична изява на страх и тревожност, следвани от натрапливости и хипохондрични изживявания, надълбоко под които обаче стоят систематизирани налудности за преследване, отношение, увреда, както и мегаломанни такива. Наблюдаваме и трихотиломания. През добрия си интелект Н. дълго време грижливо прикрива налудните идеи, но след около два месеца работа неусетно започва да разкрива всички свои преживявания и мисли (с тяхната странна символика), при това с готовност и видима убеденост. Имайки предвид тежката фамилна история на ученика, както и липсата на данни за органична, пренатална или постнатална увреда, можем да говорим за едно изцяло биографично обусловено страдание с неговата полиморфна картина. Оптимистични са все пак отделни детайли от ежедневието и резултати в актуалното състояние на Н. (налични ресурси) – влизането му в приятелска група от съученици, с които прекарва все повече време, доверието и привързаността към екипа на училището, добри училищни постижения, отсъствие на негативни симптоми и т.н. Агресията засега остава само на идеаторно равнище – ученикът назовава желанието си да нарани онези, които са го тормозили, но не предприема такива действия (те остават в мислите, фантазиите и изказванията му). Нашата задача е да нормализираме дефинициите, предлагайки му друг поглед върху околните, който да насочи афекта в една положителна посока. Прави впечатление дълбоката интрасубективна амбивалентност на юношата, както и емоционалната наситеност на разказите му.

Проведена е среща с бабата на Н., у която той остава често да нощува. Тя поема ангажимент да участва отговорно в живота на своя внук, да следи за приема на медикамента, да обръща внимание и на храненето му (напоследък той съвсем отказва да яде и е значително отслабнал), като му приготвя само любими ястия в малки количества, предназначени специално за него. Бабата доверява, особено разтревожена, че наскоро Н. заплашва всички у дома, че ще скочи през прозореца, ако не му бъде разрешено да пътува до провинцията през ваканцията.

Психологичната работа с Н. е насочена към неговото бъдеще – с една добра професионална ориентация, търсене на близки и по-далечни цели и поставяне на конкретни задачи за изпълнението им. Пълноценната социализация на юношата в обществото е съвсем реалистична и практически постижима, въпреки неговата свръхчувствителност, но за нея са необходими комплексни усилия от страна на семейството и училището, а и на самия Н. Той успява да завърши средното си образование с много добър успех, представя се на ниво на ДЗИ (държавни зрелостни изпити), избирайки като втори избираем предмет биология. Като дете със специални образователни потребности има право на консултант по време на изпитите, работим заедно, спокоен е до човек, с когото е изградил доверителна и топла връзка. Към момента е сменил няколко работни места, предимно големи хранителни вериги, където помага с подреждането на стоките по щандове. Поддържа контакт с приятелите си от училище и прекарва свободното си време с тях. Често ме търси за да споделя чувства и преживявания,

интересува се от духовни теми, посещава църкви и манастири. Фактологически точното проследяване на случая Н. в още по-дългосрочен план е научен стремеж на авторското бъдеще.

Случай 3: А.

Касае се за момче на петнадесет години, постъпило в групата за психологическа подкрепа през месец октомври на учебната 2013-2014 година. Наричаме го кратко А. **Заявката е от страна на майката на ученика**, която съобщава, че от две години (когато е на около тринадесет) А. „си говори сам”, затваря се в стаята си, където гледа всеки път една и съща серия от популярен български сериал, като дори превърта само няколко сцени, които повтаря „до безкрай” на компютъра си. Без видима причина спира да общува със своето семейство – двамата родители и шест годишната си сестра. Оценките по учебни предмети в предходното училище рязко се понижават и родителите преценят, че е удачна промяна. А. отказва да поддържа личната си хигиена и е умоляван да измие зъбите или ръцете си. Рядко се къпе. Непрекъснато се усамотява и изолира, като често си шепне нещо, според майката застива в „странна” усмивка, може да прекара така часове от деня си. Родителите са особено разтревожени, информативни и заявяват готовността си да помогнат, с каквото могат.

На двадесет годишна възраст майката на А. забременява за първи път от своя съпруг, като в средата на втория месец от бременността прави спонтанен аборт. Според лекарите плодът е „нежизнеспособен”. Година след това е заченат нашият ученик, като и втората бременност протича патологично, с кървене и „тежест” (по данни на майката) в четвърти и осми месец. Установен е „топъл” възел на щитовидната жлеза. Бебето е родено почти месец преди термина чрез SC, поради abruptio placentae и тежи само 2000 гр. Лекарите съобщават за интраутеринна хипотрофия. Поставен е в кувъз на мониторен контрол на жизнените показатели, като на втория ден прави тонично-клонични гърчове, овладени от медицинския екип с антиконвулсивна терапия. Установяват се генерализирана мускулна хипотония, арефлексия, ступор, клонуси на крайниците. По време на престоя си в клиниката детето дълго остава в тежко общо състояние, с доминираща патологична неврологична и очна симптоматика (страбизъм). Налице е прогресираща хидроцефалия. А. прекарва около месец и половина под наблюдение, с ниско телесно тегло е, като тежкото общо състояние не позволява никаква оперативна намеса. Постепенно то бива стабилизирано, гърчовата симптоматика изчезва, а А. е изписан и отглеждан „с голям страх” от своето семейство в техния дом.

Моторното развитие на детето е забавено – А. успява да задържи главата си изправена след петия месец, прохожда на година и седем месеца със замаяне на десен крак (прави го и към настоящия момент, въпреки многобройните рехабилитационни процедури, които са проведени с него), не употребява дясната си ръка, предмети хваща само с лява, а и с нея прописва. Дясната стои свита в юмрук и досега. Проговоря „много трудно”, на около четири годишна възраст, обучението впоследствие е „леко затруднено” по данни от семейството.

Съобщават и за първи братовчед по майчина линия с тежка форма на ДЦП. Макар и с неохота, родителите на А. все пак разказват, че дядото на детето по бащина линия се самоубива неотдавна пред жилищния блок, като месеци преди това ги предупреждава за намеренията си, но те не ги приемат насериозно. Майката и бащата на А. пристигат в училище с **експертно решение за състоянието на ученика, като отбелязаното общо заболяване е „спастична церебрална парализа” (средно тежка форма)**. Освен двигателната рехабилитация по-късно е извършена и оперативна корекция на дясно Ахилесово сухожилие. Към момента на включване в групата за ресурсно подпомагане майката не работи, грижи се за ученика и малката му сестра. Признава колко трудно са се решили да имат още едно дете след преживените травми (момичето е родено близо десет години след брат си). Запознавам се и със сестрата, която е видимо загрижена за своя батко, лесно установява контакт, социално желателна и приветлива е. Споделя колко е тъжна, че не получава никакво внимание от А., че го търси, за да разговарят или играят заедно, но той остава напълно безразличен към нея, „сякаш не съществува”. Малкото момиче се обучава в подготвителна група на друго училище с отличен успех, вече учи и чужд език. Детето се впечатлява от приложенияте и рисунките в кабинета и веднага заявява желанието си да ми изработи още.

А. обаче не съдейства особено при първичното интервю, не установява очен контакт, отговаря едностранно на въпроси, трудно разбира и изпълнява инструкции. Изглежда незаинтересован от случващото се около него, вял и апатичен. Според родителите тази промяна в поведението му е много рязка, видима и „стряскаща” за тях – станал особено негативен, интровертен, заради което бил подиграван и системно тормозен в предишните си класове, вече живеел в „собствен свят”. Установявам, че А. е все пак задоволително ало-и ауто-психично ориентиран. Придвижва се сам, но походката е изключително характерна (провлачва десен крак), движенията изглеждат некоординирани и някак незрели. Умее да чете и пише, като почеркът е нечетлив, буквите са огромни и разкривени. **Общата осведоменост за света е значително бедна, видимата възраст не отговаря на календарната – налице е инфантилно поведение, неадекватно спрямо социалната ситуация.** Проведени са изследвания на когнитивни, от които се установява интелектуално функциониране на ниво лека степен на интелектуална недостатъчност. Параметрите на вниманието са леко нарушени, особено що се касае до концентрацията. Възможностите за непосредствено слухово запаметяване са слаби. При четири от петте прочита на набора от думи (тест – Лурия) ученикът успява да възпроизведе всеки път по шест от тях. След петия възстановява осем думи, но му е необходимо много време за размисъл, през което изглежда напрегнат и объркан. След час така и не успява да се сети за някой от вербалните стимули, които са му били предложени. Тези показатели значително затрудняват обучението на момчето – кризисно следствие от когнитивното обедняване. Индивидуалните му занимания с ресурсен учител са съобразени с дефицитите, насочени са към минимално количество нова информация, в нейния най-обобщен

и значим вид. Добри резултати са отчитат при оказване на непосредствена помощ и консултиране при изпитвания, тестове и т.н.

В самото начало психологическата работа с А. е изключително затруднена – той не съумява да отличи никакви свои интереси, почти не говори, рисувателните умения са несъответни за възрастта. Ученикът рисува, макар и с не особено желание, но работите му са еднообразни (макар че всеки път му се предлагат различни теми), от тях личи неизградената представа за образа на тялото, обща инфантилност, липса на творческо въображение и схематизъм.

А. е зает предимно с „монолози“, които „провежда“ с тих глас, като погледът в същото време е насочен към пода, например:

„Какво ме занимава сега пък този?! Боже, боже, какво иска от мен, аз как да знам как да ги направя тези задачи... Боже, боже! Тъп е като галош, не знам, не знам, не знам какво иска... Нещастник!“

Този феномен, особено често срещан сред лица с психоза, е задълбочено разгледан от Jacques Lacan в научни разработки, посветени на болестта, като великият френски клиницист задава коректния въпрос: „Кой говори?“. За него при нормалния субект също има „говорене“ със себе си чрез аза, но то никога не е толкова експлицитно, както при психотика. При психотичните страдания чрез определени елементарни феномени (особено халюцинации) ясно проличава как субектът се идентифицира напълно със своя аз, с когото всъщност „разговаря“. В момента, в който вербалната халюцинация се появи в реалното (съпроводена от чувството за реалност), субектът буквално говори със своя аз, сякаш някой друг (трети), неговият двойник, изговаря и коментира действията.

При опит за прекъсване на такава словесна тирада, която при А. обикновено е с подчертано враждебен характер, той се сепва, сякаш събуден от дълбок сън, фокусира погледа си върху мен и учудено подчертава, че нищо не е казал до момента. В същото време А. започва да ме търси редовно, във всяко едно междучасие, въпреки че изрично е запознат с графика и индивидуалните си часове за работа (два пъти седмично). При успешен опит да ме намери не знае за какво съм му, продължава да гледа учудено, не спазва необходимата телесна дистанция.

А. все пак се съгласява да разкаже, че понякога взема решения да излезе сам, сменяйки безцелно различен градски транспорт. Случва се да се изгубва в града, но нарича „разходки“ лутанията си обратно до дома. Споделя, че изпитва удоволствие от пътуване с влак. Често ходи сам на ж.п. гарата, качва се на влак до следващи спирки – например Подуене, слиза там и сядна на пейка, където стои с часове, за да наблюдава релсите и локомотивите. След това търси обратно някакъв градски транспорт. Веднъж се случило да отиде с влак до гара Искър (без да предупреди никого), като по същото време трябвало да бъде у дома си, за да посрещне своята баба и братовчедка си, които да им гостуват. Тогава майката имала ангажимент навън и възложила задачата на А. Той обаче решил, че „роднините могат да почакаат“, като се наложило

неговата баба да стои пред вратата на апартамента им повече от четири часа, докато А. се върне да отвори. Не е критичен към действията и постъпките си, дори се възмушава от реакцията на баба си, която била „прекалено ядосана” тогава. Често повтаря: „А, не, не, какво толкова?!” Според ученика, най-същественото в пътуването с железниците е преминаването през тунели, което „носи кеф”. В продължение на три месеца продължава с монолози, които вече не са злобни и насочени директно към мен. Новата им тема е „гара Септември” и една бъдеща „екскурзия” на ученика до там (не успяваме да намерим обяснение за странния му избор на „дестинация”).

Речевата продукция на А. предоставя възможност да се наблюдават няколко интересни феномена, характерни за психотичното страдание: вербигерации – случва се А. да повтаря в края на свое изречение (отново съвсем тихо) „Да умреш, да умреш, да умреш, да умреш, умреш, умреш...”; „няма нищо, няма нищо, няма нищо, нищо...” и т.н. В свой агресивен изблик, мърмори „под носа си” сякаш само на себе си: „да пукнете дано, да пукнете – дано, дано, дано, дано...”, а в друга ситуация: „олеле, Боже, не знам! Олеле, не знам, не знам, не знам, знам, знам...” (с едно своеобразно постепенно затихване след всяко повторение, докато при последната изговорена дума се чува едва доловим шепот). Въпреки че обикновено ученикът изглежда незаинтересован от ставащото край него, сякаш изобщо не чува или забелязва хората, той все пак успява да възприеме с периферията на вниманието си дразнителите от заобикалящата среда и да ги възпроизведе по своеобразен начин, в съвсем друга контекстуална рамка. Това е така нареченият „фонографизъм” на Tramer. По време на сесия, докато се опитва да сглоби парчета от разрязани фигури (пъзел), А. продуцира фразата „светлина в тунела”, като след няколко срещи го прави отново – липсва връзка между казаното от него с провежданата дейност и настоящия разговор. При едно екипно обсъждане, след като аз коментирам тази негова проява, ресурсният учител се сеща, че е употребил фразата пред детето, когато то успяло веднъж да намери без чужда помощ верните отговори в тест. От този момент фразата „светлина в тунела” бива изричана от А. поне няколко пъти в седмицата, често дори и вместо поздрав при първа среща за деня.

Налице са значителни трудности в свързването с връстници – А. няма приятели, не успява да се впише в колектива на класа, случва се по време на учебен час да става от мястото си и да се върти в кръг, подскачайки на един крак. Понякога е върху чина си, смее се безпричинно, което първоначално шокира педагозите. С тях също провеждаме срещи, в които те биват запознати със състоянието на детето, получават и насоки за работа и за преработка на материала, спрямо индивидуалните обучителни възможности на А. През първата учебна година с ученика посещавах редовно часа на класния ръководител, където разговарях със съучениците на А. за проблемите и тревогите им по отношение на училището, израстването, вълненията, различията помежду им, толерантността и т.н. Лошото отношение на някои от тях към ученика

постепенно бе съвсем редуцирано, макар че и до днес А. е избягван и пренебрегван, въпреки че не е тормозен.

Макар и не толкова силно изявена, потребността на детето от някакъв контакт с негови връстници остава почти напълно неудовлетворена. Според английския аналитик Donald Winnicott неудовлетворяването на потребностите в детска и юношеска възраст води до фрустрация, която от своя страна „блокира процесите на развитието на собствената самоличност (Self) на пациента.” Предложена е терапевтичната идея за проиграване фрустриращите ситуации с пациента. Това води до размразяване на фрустрацията и движение към независимост на персоната от потискащите я фактори на средата. Заедно с А. успяваме да пресъздадем в часовете за психологическа подкрепа няколко такива ситуации, в които той търси свой съученик, към когото проявява интерес и твърди, че е много „забавен” (в случая – аз играя ролята на другото момче). В играта проличават наличните неадекватни механизми за влизане в контакт с връстник, от които произлиза и отблъскването от страна на съучениците на А. Успявам да му покажа по-адаптабилни методи на общуване, които той до известна степен „попива”. Сближава се с момиче, също включено в групата за ресурсно подпомагане (на осемнадесет години), като според майката това е първото му приятелство. Към момента заедно с ученичката А. излиза на разходки, екскурзии, гостува в нейния дом и т.н.

На една от срещите с родителите майка му съобщава, че напоследък нощем не спял и дълго си говорел сам. Дадени са препоръки за консултация с психиатър, която се състои няколко дни по-късно. Назначено е лечение с асентра, което продължава около шест месеца.

В края на учебната година състоянието на А. е все така тежко – преобладаващи са негативните симптоми: детето е лесно изтощено, със снижено ниво на енергетичния потенциал, личната хигиена е занемарена, липсват интереси и желание за учене. Разделяме се с обещание да продължим съвместната си работа отново след лятната ваканция, за която той така и не успява да направи никакви планове, остава безразличен и към нея.

През следващата учебна година А. е насочен от мен към друг лекар, който препоръчва лечение с респолепт. По данни на майката през лятото ученикът е започнал злобно да кълне и обижда както нея (при опит да му намери някакво занимание или отправена молба да прочете някой свой урок), така и сестра си, да им желае гласно смъртта. Тогава малкото момиче много се разстроило и се разплакало. А. не обърнал внимание. Видимо е охлаждането на афекта към най-близките. Обратно – спрямо екипа за ресурсно подпомагане А. е особено „привързан” (според майката), чакал с нетърпение да тръгне отново на училище, за да работи индивидуално в екип.

Проведена е реоценка на когнитивните умения, резултатите от която сочат настъпили регресионни процеси в сферата на вниманието (сравнително грубо нарушение) и интелект в гранични стойности. Непосредственото слухово запаметяване е сериозно възпрепятствано от нарушеното внимание, демонстрираните паметови способности са все така слаби.

След назначеното медикаментозно лечение се наблюдава известна положителна промяна у А. – най-вече в афективния регистър. Майката съобщава, че izolацията му в стаята и самотното гледане на един и същ епизод от сериал са намалели съвсем. Започнал да търси семейството си, понякога гледал телевизия с тях и задавал въпроси по отношение на излъчваното. Заспивал лесно вечер, но често е особено сънлив и през деня. Много харесва физиката, говори за нея, за учителя по физика, за електрическият ток и т.н. Знанията му по предмета обаче са незначителни, предполагаме, че предпочитанията му се дължат на преподавателя, който е строг и в учебните часове създава желязна дисциплина (според майката на А. ученикът най-лесно се привързва към строги възрастни, имал такъв рехабилитатор в миналото и винаги го търсел). Бихме могли да издигнем хипотеза, че момчето само търси някакви рамки, които да го удържат в действителността, тъй като такива определено са липсвали в неговото израстване.

Постепенно той става по-информативен, за моя изненада споделя: „знаеш ли, тресе ме параноята, щом си остана сам въщи.” Обяснява, че в такива моменти си мисли, че някой го следи от стените на апартамента, че го „гледа с очи” (персистираща безобектна тревожност). Учудващото е, че А. употребява донякъде удачния термин „параноя” за описаното състояние, както и че въобще успява да вербализира (прави го за първи път, за две учебни години) начина, по който се чувства в едни конкретни параметри.

В края на учебната година е плачлив, казва, че не желае ваканция, а иска да ходи постоянно на училище, защото се чувства „спокоен” при нас. До момента не бях наблюдавал топла емоционална проява от негова страна. Разплаква се, споделя, че иска да ме вижда и през почивните дни и че съм станал „част” от него. Това, от една страна може да се приеме като значително затопляне на афекта и положителна индикация по отношение на трансфера (който в началото на нашата работа е негативен), но от друга – не е изключено да става въпрос за интроециране. Този феномен, описан за първи път от Sandor Ferenczi, представлява „приемане в своя аз на неща извън личността” (Иванов, 2010: 99). Подобна хипотеза ще бъде потвърдена или отхвърлена в бъдеще, тъй като са необходими по-продължителни наблюдения върху поведението и отношението на ученика.

Семейната история на А. потвърждава някои биологични теории, според които в семейства с шизофрено дете, почти винаги исторически присъстват чести аборти, пренатални неблагоприятия или мъртворождания. Много от родителите прикриват тези факти, но в случая майката и бащата на момчето са откровени и разкриват всички необходими подробности. Предполагаме известна фамилна обремененост, имайки предвид разказите им за дядото на А., който „цял живот бил особняк” и демонстративно слага край на живота си неотдавна. Патологичната бременност и раждане, дългият престой в инкубатор на детето, настъпилите средно тежки физиологични увреди могат почти с пълна убеденост да се считат за етиологични фактори за заболяването. Преобладаващите в клиничната картина негативни симптоми с постепенното угасване на импулсите са лош прогностичен белег, въпреки че в случая на А.

(особено в последната година) може да се говори за наличие и на добавъчна симптоматика (халюцинации, частични параноидни идеи). Наред с регресионните процеси речта на А. е с типичната шизофренна окраска – асоциативният път, по който възникват въпросите му, е неразбираем и неочакван, дори задаването на въпроса прилича донякъде на безплодна стереотипия. Важен прогностичен критерий в случая е степента на речевото развитие и запазването на комуникативната цел на речта. За съжаление активният речник на ученика е осезаемо беден, но пък опитите му за влизане в контакт с другите са все по-чести, някои от които и успешни. Можем (макар и предпазливо) да кажем, че психотичният процес протича по-скоро неблагоприятно, като клиничната картина е променлива и противоречива. Очертават се пристъпни изострения (наречени „шубове“) в пристъпно-прогредиентен ход на заболяването. Понякога то се приближава до вялото протичане, а друг път – до непрекъснато злокачественото, придружено от копролалия. Интелектуалното функциониране е занижено, съзряването на ученика от самото раждане е забавено или възпрепятствано от определени органични дефекти. Тревожни са дромоманните прояви. Необходимо е още по-продължително наблюдение на А. в динамика, в надлъжен аспект, за да се прецени категорично степента на бъдещото му развитие и вписване в контекста на обществото.

Все пак, **позитив в полето на развитието на момчето е топлата семейна среда, в която то расте, загрижените родители, особено привързани към него, те не го омаловажават поради наличната патология и осигуряват необходимата обич и подкрепа.** Провеждани са системни консултации с тях, тъй като на моменти, майката и бащата споделят отчаянието и песимизма си по отношение на бъдещето на детето, разочарованието от досегашните специалисти, с които то е работило и т.н.

По всеобщо мнение (на педагози, родители, а и на самият А.) училищното консултиране се отразява благоприятно на неговото състояние и му е повече от необходимо. Юношата, който вече приближава седемнадесетата си година, споделя, че ще му е „ужасно трудно“ без екипа за ресурсно подпомагане през лятото. Приема препоръките ни да си състави план-график със задачи, които да го ангажират – ще посещава кинезитерапевт, обещава да прочете задължителните литературни произведения за обучението си в единадесети клас, както и да посети други градове заедно със своята баба, тъй като много обича пътуванията.

Случай 4: С.

Касае се за момиче на дванадесет години, **насочено за оценка от класен ръководител в началото на учебната година.** Предварителните данни са за сериозни училищни затруднения както по отношение на усвояване на нови знания и умения, така и в общуването със съученици. Наричаме ученичката С.

По това време С. се обучава в шести клас, няма братя и сестри, живее заедно със своите баба и дядо, както и с баща си. Според дядото, който е неотлъчно до нея, майката изоставя

бебето почти веднага след раждането и грижите за С. поемат той и неговата съпруга, тъй като „бащата трябва да работи.” Възрастният човек твърди, че биологичната майка на ученичката е „луда”, харчи безразборно пари, проституира, има антисоциални прояви, заради които и прекарва известно време в затвора. Иска да „отмъкне апартамента им”, впоследствие и да „открадне детето.”

Момичето изобщо не общува със свои връстници, няма приятели, почти не излиза навън в свободното си време, а ако това все пак се случи – настоява да бъде придружена от някого от домашните. „Залепена е за полите” на баба си. Нарича я „мама”, с убеденост твърди, че това е нейната майка, че бабата я е родила. **В семейната структура сякаш липсват ясно обособени граници, отношенията са крайно симбиотични.** С. не остава никога сама, винаги е неотменно до баба си и дядо си (дори спи с тях), а те всеки ден носят закуска за нея в голямото междучасие, държат тя да се нахрани веднага и се прибират обратно в дома си, а понякога чинно изчакват смяната да приключи, седейки на някоя училищна пейка с часове. Въпреки че живеят съвсем близо до училището и от прозореца на апартамента им се вижда дворът, те твърдят, че С. няма как да идва за часове сама, още по-малко – да се прибира по този начин. Водят я сутрин и я прибират следобед, макар детето да приближава тринадесетата си година. Това е една от причините ученичката да бъде подигравана от останалите деца, на което семейството силно се гневи, стига се и до саморазправи между тях и учениците, някои от които – изключително тежки и продължителни.

При шизофрения (особено в така наречените „психозогенни семейства”) често се среща една прекалена близост между повечето членове на семейството (в теоретичната част на разработката вече разгледахме концепциите на Ana Freud и Jacques Lacan за лудостта за двама). „Един човек се бърка с друг от семейството”, липсват индивидуалности, не се зачитат потребностите и желанията на отделния индивид. Всичко е сякаш слято, което води до почти непреодолими трудности у детето в изграждане на собствена идентичност и умения за пълноценно контактуване и личностово развитие. Семейните роли грубо се нарушават, понякога чрез смесване – в случая на С. бабата застава на мястото на майката, непротивопоставяйки се на обръщението „мама”, дори настоявайки за него. Случва се и за починал член на семейството детето да дълго говори, все едно той още е жив (ще стане дума за това нататък в хронологията по случая).

Веднага прави впечатление враждебното отношение на дядото (пенсиониран полицай) към екипа за ресурсно подпомагане, той е силно възмутен от предложението на класния ръководител С. да посещава психолог, твърди, че „се опитваме да я изкараме луда”, да „търсим проблем там, където такъв не съществува”. Често се разплаква, докато говори на висок тон, изтъква как са отгледали детето от „едно парче месо” и няма да допусне да си „правим каквото искаме.” Бащата сякаш липсва в картината на семейното функциониране, дълго време той не се

появява, въпреки че бива канен нееднократно по телефона за среща в кабинета за психологическа подкрепа.

Дядото на С. се затруднява при **регламентираното сваляне на анамнеза**: според документацията раждането се случва двадесет дни преди термина, но той твърди, че бременността е нормално протекла (приемаме с известно съмнение), момичето се ражда с тегло около 2500 грама, хранело се добре и бързо наддавало на тегло. Проходила на година и половина, но късно проговорила – след три годишна възраст. Посещавала детска ясла и градина, където лесно се адаптирала, спазвала правилата и участвала в ежегодни тържества (отново не можем да бъдем съвсем сигурни в достоверността на данните, имайки предвид установените значителни адаптационни трудности на С. в колектив с други деца). Момичето работило дълго време с логопед, тъй като заеквало на седем години след преживяна травма. Тогава, според прародителите, майката на С. дошла в училище, за да я „вземе”, дърпала детето, „за да го нарани” (според педагозите в училище обаче това не е съвсем така, биологичната майка на С. търсела контакт с нея, искала поне да разговарят). Споменатият вече аналитик – Donald Winnicott, счита, че при едни рано затормозени или дори изцяло блокирани (както е в случая на С.) отношения с майката, „у детето се развиват асоциални тенденции, депресия, фрустрации и др. Започват да се търсят компенсаторни и свръхкомпенсаторни механизми”.

При първата среща със С. детето е психомоторно напрегнато и тревожно, емоционално лабилно, лесно се разплаква и натъжава. Ало - и ауто - сравнително ориентирана, отговаря на въпроси с „да” и „не”, установява, но не задържа очен контакт. Говори за себе си в трето лице, назовавайки се с галено име. Реакцията при запознанството ни насочва към идеята за липса на каквато и да е социална компетентност у С. Придружена е от дядо си, който първоначално не се съгласява да изчака извършването на оценката навън. Нахлуващото му поведение е на път да осуети работата, но все пак изследването се провежда насаме с детето.

Демонстрираните от С. знания и умения са доста под очакваните за възрастта, интелектуалното функциониране е на ниво лека степен на изоставане. Вниманието обаче е устойчиво (особено по отношение на концентрацията), но възможностите за запаметяване са слаби. Ученичката доста бързо се изморява, не проявява инициатива при никое от следващите предложени занимания, конструктивните умения са незатвърдени. С. разполага с беден речников фонд, затруднява се при разбирането на инструкции и е несигурна в разпознаването и използването на прости аритметични действия. Умее да групира правилно, категориалното мислене е формирано и затвърдено. Необходими са непрекъснатата подкрепа и контрол при извършване на каквато и да е дейност от нейна страна. Ученичката не може да поема никакви отговорности, дори не борави с дребни пари сама, тъй като дядото носи храна за нея в училище.

Видът на детето е необичаен – лицевото изражение е съвсем детско, дори бебешко, ученичката изглежда много по-малка, спрямо действителната си календарна възраст, но пък телесната структура е свръхразвита, детето е с наднормено тегло. Като цяло е емоционално и

социално незряло. Общата осведоменост и информираност за света е много под очакваната за годините. Споделя, че учениците не я харесват, дори отбягват, че често е обект на подигравки. Не съумява да разкаже за интересите си, което би могло да се дължи и на общата несигурност, особено сред непознати. С. не си дава сметка за затрудненията, които има при овладяването на учебния материал по общообразователните предмети. У дома разчита на помощта на баба си и дядо си, които съдействат за изпълнение на домашните работи. Налице са сравнително тежки когнитивни дефицити, към които семейството не е особено критично.

Общите ми впечатления, които остават все така силни и след първичната работа с детето (много след нашата среща), са за вяло, безинициативно, емоционално-хладно, дистантно, дори на места аутистично поведение. Експресията в случая, е най-силното потвърждение за така придобитите впечатления.

Ученичката започва да посещава кабинета за психологическа подкрепа периодично, без видимо желание. Предпочита да рисува, вместо да разговаря, една от илюстрациите е озаглавена „Моето семейство”, като са очевидни са бедните рисувателни възможности на С., но по-интересното в нейната работа е разположението на фигурите в рисунката. Детето е поставило себе си плътно до своите баба („мама”) и дядо – сякаш хванати заедно на хоро. Симбиотичната връзка между С. и нейните прародители, елементи от която непосредствено могат да бъдат наблюдавани и в училище, е видима и на рисунката. Любопитно е сепарирането на бащата, който е доста отдалечен от родителите си и своето дете, „поставен” в къща, от чийто комин пуши дим, самотен. Бихме могли да предположим, че той напълно е абдикирал от ролята си на родител и отговорник за състоянието и живота на детето си, прехвърляйки отговорността за грижите върху бабата и дядото. Възможно е тази роля и да му е била отнета от тях самите. С., помолена за кратък описателен коментар на рисунката си, обяснява, че се „разхожда” с „мама” и дядо, докато „тати си почива у дома.”

През тази първа учебна година С. често боледува и отсъства от училище. Не са проведени кой знае колко сесии с нея, тя самата заявява, че няма желание да посещава кабинета (може би автоматично повтаряйки реплики на хората от дома си). Изглежда все по-апатична, мудна, резервирана. Споделя, че има и „друга майка”, която искала да я отвлече, да я продаде и направи проститутка като себе си. Искала да бъде „дебела” (допускаме известна рационализация в случая), за да се защитава от тази жена. Твърдо убедена е, че майката цели да я нарани грубо и жестоко.

Новата учебна година стартира със среща с бащата на С., за която изрично настоявам. Той пристига в кабинета с видимо нежелание, гневно запитва защо го занимаваме и ангажираме, „след като бабата и дядото са винаги до детето и можем да се обръщаме за въпроси към тях.” Негативно настроен е спрямо психологическата работа с момичето. Смята, че дъщеря му има само обучителни затруднения и би трябвало да се среща с ресурсен учител. Не желае да коментира бившата си съпруга и биологична майка на С. – вмята само, че тя „не е добре.”

Визуално доста прилича на дъщеря си, движенията му са някак забавени, вяли, мудни. Съобщава, че С. понякога помага в домакинството, но „това е работа предимно на бабата.” Не е критичен спрямо факта, че детето я нарича „мама”, оправдава го с добрите грижи, които възрастните му родители полагат за нея. Работи като охрана на частен обект, рядко се застоява у дома си. Оставам с впечатлението, че е употребил алкохол още по обяд (тогава се състои нашата среща), съдейки по миризмата. Давам на родителя съвети в насока повишаване на автономността на С., като той се съгласява единствено с идеята детето да бъде записано на някакъв спорт. Малко след това ученичката е включена в извънучилищни занимания по волейбол.

Работата със С. продължава, но детето е все така недостъпно за метода на свободните асоциации. Често изглежда отегчено, сякаш че дори не присъства в стаята към този момент. Понякога си говори сама, но толкова тихо, че е невъзможно да се долови смисловото съдържание на казаното. Една от новите задачи за С. е да нарисува своето минало, настояще и бъдеще, като и трите времеви дименсии биват предварително дискутирани и обяснени. С. разграфява белия лист на три и с малко по-сериозна ангажираност изработва следната илюстрация:

След дълги колебания все пак успява да заяви, че желае да става художничка занаят, но не може да състави цялостен разказ по картините. Забелязва се, че собствения си образ С. рисува по абсолютно един и същ начин в миналото, настоящето и бъдещето, като единствената малка разлика по отношение на прогрес е в ръста. Сякаш липсва желание за промяна и развитие – както се наблюдава и в реалността, тя остава на нивото на дете в детската градина. Според един от най-верните последователи на Sigmund Freud – австрийският аналитик Otto Rank, точно такива представни желания са често срещани в психопатологията, по-специално в психозата. Ранк твърди, че „сред нас имаме тип хора, които страхливо се отвърщат от живота и се опитват по всякакъв начин да намерят пътя към майката (към глезенето, към едно не-трябва-да-си-ти-самият). Можем да предположим наличието на значителна инхибиция в психичното развитие на ученичката (подобно на описания вече малък пациент Дик, когото Melanie Klein успява да „изведе” от психотичното страдание). В частта с настоящето С. не е сама – нейната баба и тяхна съседка я „изчакват” да си поиграе.

Малко след коледната ваканция С. загубва своята баба, която страдала от тежко заболяване, за което детето и екипът нямат представа. За С. Смъртта на близък човек е внезапна, тя не е била подготвяна предварително за това, въпреки че всички у дома са знаели за здравословното състояние на възрастната жена. Ученичката съобщава лаконично за случилото се: „Мама почина.” Разплаква се за кратко, но на всички ни изглежда така, сякаш изобщо не осъзнава случилото се. Диапазонът на афективния резонанс е все по-стеснен. С. със сигурност е доста уплашена от обичаите по погребването, в които останалите от семейството настояват тя да участва. И до днес обаче детето говори за „мама”, сякаш тя е жива, включва я във всички свои

разкази в сегашно време, не се наблюдава тъга, не плаче повече. Липсва период на емоционален траур. Дядото на С. преживява много тежко смъртта на съпругата си, но говори предимно за опасения по отношение отглеждането на детето, което тепърва очаква само него. Става още по-ангажиран, свръхпротективен, вкопчен във внучката си, твърди, че трябва да полага непрестанни грижи за нея сега.

Резултатите от извършената реоценка на когнитивното развитие на С. показват подобрене на паметовите способности, макар и с наличието на някои персеверации при теста на Лурия. Кривата на запаметяване е възходяща. Резултатите от IQ теста обаче са още по-занижени, а вниманието е с леко стеснен обем и разпределение.

Ученичката вече е навършила тринадесет години, когато се появява тенденция за свързване с по-малки деца. Наблюдавам, че докато кара колело в училищния двор, до нея притичва ученичка от четвърти клас. С. е поканена и на рожден ден на въпросното дете, на който отива, въпреки първоначалното нежелание на дядото да я пусне, защото „са в траур.” И макар вече да не е съвсем сама, тя не осъществява конкретни интеракции дори с малкото дете, върши нещо отделно, а другото момиченце се суети край нея. Лицевото изражение на С. остава все така апатично, тя е дезангажирана дори в нечия компания, встрани от доскорошната самота. За Harry Stack Sullivan, поведението, което клиницистът наблюдава у детето, може да бъде описано като своеобразен „сбор от маневри за сигурност и опити за освобождаване от напрежението”. Апатията като средство за бягство от недружелюбния свят, оттеглянето от връзката с другите Съливан смята за невротични или дори психотични движения на отстъпление.

До края на учебната година С. остава резервирана, на моменти дори враждебна. Тя е единственото дете в групата за ресурсно подпомагане, което така и не успява да приеме екипа, преносните и контрапреносните процеси са изключително негативни. А през следваща учебна година дядото на С. подава писмено заявление до директора, че не желае внучката му да посещава часове за психологическа подкрепа, под претекст, че е много заета с частни уроци по математика и чужд език и не бива да я натоварва с допълнителни занятия. Въпреки това аз успявам периодично да наблюдавам ученичката (която вече е на четиринадесет години и се обучава в осми клас). С. осъществява приятелска връзка с ново момиче в класа си, на нейната възраст. Двете са неразделни, често притичват по коридорите на училището, когато се разминаваме не осъществяват очен контакт с мен, не поздравяват. Пред други ученици в групата за ресурсно подпомагане, които впоследствие ми предават, С. казва, че с нейната приятелка ще започнат да ме преследват, за да открият „какви нередности върша.”

Случаят С. ни разкрива един по-скоро вяло протичащ болестен процес, най-вероятно с биографична обусловеност на страданието. Можем да предположим и генетична предиспозиция, имайки предвид оскъдните данни за състоянието и проявите на майката на детето. Безспорна е психозогенната функция на семейството (специфична коалиция), което

отглежда С. В клиничната картина преобладават прояви от хебоидния ред – емоционална изравненост с асоциални тенденции в поведението (враждебност и вербална агресия). Налице е инфантилизъм, характеризиращ се с продължително задържане на психофизична незрялост, която променя, понякога дори гротескно, цялостното поведение на детето. Описаното състояние много напомня симбиотичната психоза, обособена от Margaret Mahler.

Регистрират се известни параноидни нагласи, но негативните симптоми са значително повече. Детето осезаемо е занемарило съвсем и личната си хигиена, особено през последната учебна година.

Прогнозата за развитие е по-скоро песимистична, имайки предвид степента на интелектуалното равнище към момента, която значително регресира. Липсата на инсайт у детето и семейството по отношение на страданието също не спомага по никакъв начин терапевтичния процес, който бива рязко прекъснат от дядото на ученичката.

РЕЗУЛТАТИ

Представените планомерно случаи доказват хипотезата за позитивно повлияване на психотичното състояние при търсене на хуманистични и ефективни стратегии в училищната подкрепа, които да са достатъчно продължителни. Проследените ученици със съхранен интелект успяват да се интегрират по-успешно в средата след завършване на образованието си, за разлика от случаите с отпадане на когнитивни умения. Това води към необходимостта от стройно изграждане на стъпки и етапи в съпровождането на страдащите деца и юноши в училищна и следучилищната среда, които да са детайлизирани и обединени в програма от философски тип, базирана на солидна теоретическа култура, изградена като строгологична система, синтезираща практическата и теоретическата дейност. В нея са ясно експлицирани разбирането за етичския проблем при досега с шизофренната феноменология и широката панорама парадигмални стратегии за „пробив” в характерното за болестта безразличие.

ПРОГРАМА ЗА ДИАГНОСТИКА, ПРОГНОСТИКА И ИНТЕГРИРАНО ОБУЧЕНИЕ

Таблица 1

Встъпителна част – насоки за планиране на психологическа оценка според вида на заявката

Заявка	Процесни характеристики	Примерни бележки на специалиста (уникален личен опит)
От класен ръководител	Вникване в дълбочина и с търпение в споделените наблюдения и снижаване	Наблюдавах ученика в следните социални ситуации:

Заявка	Процесни характеристики	Примерни бележки на специалиста (уникален личен опит)
	тревожността на учителя; уговорено посещение на психолога в часа на класния ръководител (компилативен подход) с цел разбиране на проблема и емпатийно анализиране на ситуацията, последвано от навременен контакт с родител на наблюдаваното дете. в период от, ръководен от определен набор от правила:
От родител / настойник	Събиране на колкото се може повече достоверни сведения, целящо информативна наситеност (налична документация и общи данни по случая); индикиране на необходимост от извършване на оценка, грижливото ѝ съвместно планиране и представяне на методиките.	Родителите / настойниците поставиха следните дискуссионни проблеми: Приложиха следните документи: Договорени са междинните цели:
От ученика	Положителна индикация за наличие на автономност; предварително уговаряне параметрите на еднократната консултация, съобразена с родителите и средата.	Насърчаване на поетата от ученика инициатива като малка, но полезна стъпка към ангажиране със случая: Идентифицирани са следните индивидуални потребности:
От препоръки в медицинска документация (аморфна заявка)	Връзка с детето и обгрижващите го възрастни в общността; индивидуализирано планиране	Открих в документите следните специфични фактори: и уведомих
Заявка от разстояние в електронна	Електронното устройство опосредства процеса и дава възможност за реструктуриране на	Сътрудничих си с за осъществяване на онлайн среща и

Заявка	Процесни характеристики	Примерни бележки на специалиста (уникален личен опит)
среда	идеи (перформативен ефект)	предложих хронологично проследяване до възможност за непосредствен контакт в училище.

Таблица 2

Диагностична дейност

Област за оценка	Методи	Значимост
Наследствена верига Диференциалнодиагностичен процес	Анализ на данни, получени директно от близките чрез дълбинно интервю или медицинска документация за общото соматично състояние; Установяване на водещия синдром, сравняване на наличните патологични симптоми и обосноваване на заболяването с отчитане на сходствата и различията с други заболявания.	Факторите, обуславящи страданието, следва да бъдат регистрирани, за да се елиминира или потвърди възможността за вродена уязвимост (оценка за риска). Биха могли да се включат консултации с външни специалисти; Стига се до по-правилно разбиране на симптомите и тяхната роля в живота на детето.
Специфични форми, причиняващи страданието (фрустрации в ранния период на развитие; обкръжение, стрес в училище, бързо отегчение, бедност на персонални и интерперсонални умения, алиенация, нарушения в моторно-двигателната сфера.	Обхватна анамнеза с разнородни данни; целенасочено наблюдение на спонтанното и провокирано поведение в училище; психиатрични документи.	Оценката на нарушените области на функционирането е ключова при встъпване в обучение и насочва специалиста към степента на приспособимост към социалната среда.
Общуване, адаптация, афективни и мотивационни способности	Първично интервю; стандартизирани психометрични тестове;	Себеопределянето и възприемането от другите в училищния контекст спомагат

	активно наблюдение в междучасията.	откриването на собственото жизнено пространство на детето.
Широк кръг индивидуални потребности на детето	Проучвателна работа; интеракции с ученика; индивидуализиран подход; планомерно изследване със съобразени средства.	Флексибилността в реакциите на психолога е тясно свързана с интересите, силните страни и специфичните когнитивни умения на реципиента.

Таблица 3

Прогностична дейност

Критерии за добра прогноза (изгледи за успех)	Критерии за лоша прогноза (утежняващи процеса обстоятелства)
Високо интелектуално ниво и способност за организация на интелектуалната енергия.	Липса на експресивна реч до навършване на пет годишна възраст; бедни знания, умения и компетентности.
Поддържане на личното пространство в дома и училището, добри умения за самообслужване, планиране и организиране на свободното време; автономия.	Снижение на енергетичен потенциал; занемаряване на външен вид и загуба на придобити умения за поддържане на лична хигиена; волево изравняване.
Кооперативност.	Маниерност в експресията.
Извличане на поука от опита и поставяне на постижими житейски цели.	Свърхрефлексивно наблюдение и самонаблюдение, вътрешно напрежение и страх.
Стабилни и сравнително постоянни когнитивни параметри.	Постоянно повтарящи се травматични преживявания.

Таблица 4

Психологическо подпомагане на интегрираното обучение – интервенциално равнище

Развитие на умения	Методи и прийоми	Изисквания към психолога	Изисквания към екипа за допълнителна подкрепа
Развитие на чувство	Подчертаване	Минимално	Отсъствие на

Развитие на умения	Методи и прийоми	Изисквания към психолога	Изисквания към екипа за допълнителна подкрепа
за собствена ценност и участие в обществото (положително осъзнаване на самото себе си и своето обкръжение)	уникалността на отсрещния чрез активно слушане; обучение в умения и кариерно ориентиране; детето свободно да избира дейностите си – снижаване на тревожността.	рестриктивни условия без вторачване в патологията; събуждане и окуражаване на социалния интерес чрез ясни и практически примери – добиване на свързаност и цялостност; гъвкаво изграждане на атмосферата и невербалната комуникация в консултацията.	предубеденост и съобразяване с чувствителността на детето; валидизация на усещането за значимостта на ученика чрез съзнаване смисъла на съпровождането (до класната стая, до вратата и т.н.).
Развитие на социални умения, интереси и дейности за свободното време	Участие в развлекателни занимания, екскурзии, спортни мероприятия, възлагане на задачи за пазаруване, готвене и др. (заучаване в битовото обживяване на света и преодоляване на ригидността).	Контакт с детето и в общността и упражняване на контрол спрямо някои страни от неговото училищно пребиваване; използване на всички налични ресурси, които училището предлага; употреба на визуални средства; проучване продуктите от дейността на ученика.	Използване на съществуващите силни страни и поощряване на партньорството с другия; третиране на реалността в играта – формиране на допълнителни сили и разгръщането им.

Развитие на умения	Методи и прийоми	Изисквания към психолога	Изисквания към екипа за допълнителна подкрепа
Развитие на умения за споделяне на опит, интелектуална мобилизация и креативно усвояване	Изграждане на доверителна връзка в регламентирани срещи; емпатия, интерпретация на симптомите, основана на безпогрешни индикации в детските асоциации; повишаване на интроспекцията; назоваване на неизказаното и неназовимото в процеса (напр. напирани въпроси)	Преформулиране на езика, съобразено с възрастта и потребностите, с цел обяснения на затрудненията; голяма готовност за отговаряне на въпроси; хронологично училищно проследяване на случая през трансформациите, които той претърпява; формулиране на зрели хипотези и набавяне на доказателствен материал по тях.	Ефективно участие на всички членове от екипа в училищния живот; обезпечаване и усвояване на пространство, в което детето да намери своето амплоа и призвание; колаборативен творчески процес (активен обмен на мнения); въвеждане на идеята за продължението – ваканциите не са край, а регламентирана почивка, завършването на училище не означава раздяла на юношата със специалистите.
Удържане на детето в реалността и „закрепване на смисъла”	Конституиране на поведението по образец на съученици и връстници; внедряване в практическия живот; развиване, коригиране или отстраняване на	Да открива сложния и противоречив характер на явленията чрез компилативен подход – глобални, мощни и гъвкави хипотези; констатира обективно измененията в	Насочено към проблемите документиране (адаптиране на планирането и документацията); усилия за нейното подреждане и видимост;

Развитие на умения	Методи и прийоми	Изисквания към психолога	Изисквания към екипа за допълнителна подкрепа
	<p>конкретни качества и свойства на личността; удържане на подтици.</p>	<p>състоянието и патогенните събития; при криза не се поставят цели, а се удържа ситуацията; търси се най-устойчивата част у детето (трудно податлива на болестните изменения); постепенна репарация на тежките фрустрации.</p>	<p>необходимост от периодични събрания; избягване на разпокъсани действия при управление на случаи (всеки запазва професионалния си идентитет, но критериите за успех са общи); научно сътрудничество, основано на доверие; правилно разпределение на задачите при екипна работа; съобразяване с институционалната култура.</p>
<p>Приемане на другостта</p>	<p>Запознаване на останалите с проблема и социално сътрудничество; мониторинг; навигиране на чувствата и емоциите на класовете към заболялото дете.</p>	<p>Координиране на специфичните приноси на останалите подкрепящи специалисти; надлежно разпределение на задачите (действия се синергично).</p>	<p>Модификация на средата, съобразена с актуални етически изисквания; абстрахиране на специалистите от собствените им чувства по конкретния казус за направата на най-добрите преценки.</p>

Таблица 5

Модифициращи процеса фактори

Благоприятстващи подкрепата обстоятелства	Утежняващи подкрепата обстоятелства (обективни трудности)
Спокойна работна атмосфера.	Дефицит на данни.
Пиетет на специалистите към търсенията и експериментите; супервизия по случаите и минимизиране на различията в интерпретативните стратегии.	Отказ от зачитане и приемане на екипа от специалисти.
Обучено в умения семейство, отчитащо необходимостта от подкрепа и готово за активно включване и подпомагане.	Израстване в условия на дефицити.
Положителен трансфер.	По-скрито протичане на болестния процес.
Широко инициационно ученическо поле.	Актуални травматизиращи жизнени събития.
Бавни, но стабилни трансформации – прогресия.	Разпокъсани хаотични действия.

Таблица 6

Индикатори за резултатност

Социални	Емоционално-волеви	Когнитивни
Възможност за споделимост с другите: легитимиране в средата; осигуряване на собствено пространство с ясни граници; самосиндикално посещение на регламентирани срещи с подкрепящите специалисти.	Преобладаване на радост от социалното общуване и умение за адекватното ѝ изразяване: детето да предпочита включването в мероприятията на класа и да го прави с ентузиазъм (вместо да се потопи в собствения си свят).	Смислова последователност при решението на поставена задача (обработката на данни да се характеризира с повишаваща се логика и рационалност).
По време на прекъсването за ваканции детето писмено да информира специалистите за	Емоционална интелигентност: по-успешно овладяване на	Повишаване на общата компетентност (базови познания за заобикалящия

Социални	Емоционално-волеви	Когнитивни
състоянието си	чувствата, решаване на вътрешни конфликти чрез морално-волева мобилизация	свят).
Функциониране на оптимално ниво: автономия, ангажиране с учебния процес (пълноценно и концентрирано участие); свободна активност (спорт, извънучилищни мероприятия), отдаденост и съпричастност към терапията.	Съобразени със средата реакции при успех и неуспех.	Възприемане и обработка на все по-голямо количество постъпила от учителите и останалите специалисти информация
Увеличаване на приспособимостта към психосоциалната среда в училище: формиране на приятелства, зачитане на авторитета на учителя и т.н.	По-пълноценен емоционален контакт със семейството, изразен с демонстрация на доверителни отношения.	Антиципация (способност за проектиране на крайния резултат от собствените действия, преди да се предприеме нещо).
Идентифициране на тропизми (растеж).	Топъл афект при комуникация с познати и непознати.	Задържане на придобити умения и рационалното им използване в бита; повишаване на концентрацията на вниманието; съхранени способности за непосредствено слухово възприемане.

Таблица 7

Лонгитудинално наблюдение

Отправни точки	Цели и задачи	Роля на екипа
Виждане на историята в цялост.	Формулиране на измерими показатели за качеството на извършените в училище	Обективно регистриране на данните и интерпретация на получените дългосрочни

	професионални интервенции.	резултати.
Приспособяване на придобитите в училище умения за адекватно поведение в обществото.	Реоценка на постигнатото на определени периоди.	Персонална размяна на идеи между специалистите.
Обогатяване на теоретичния капитал, с който се борави в сферата на институционалната грижа и формулиране на общи каузи на микро и макро ниво.	Проследяване на медикаментозната терапия – осъществяване на тясно интердисциплинарно сътрудничество между лекуващ психиатър и училищен психолог (ефективни взаимодействия).	Реферативно представяне на развитието на децата (с нанесени обозначения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осъществено е известно преосмисляне на педагогическите и възпитателни подходи до момента поради евристичността на разработката – осветлени са нови факти и връзките помежду им. Изяснени са редица моменти от психичното развитие на учениците и връзката между тяхната социална среда и съдържанието на болестните им изживявания. Така предложената програма за диагностика, прогностика и интегрирано обучение при психоза в детско-юношеска възраст изяснява функцията на психолога и останалите тесни специалисти в образователната институция, при възникване на казус, подобен на описаните.

ОГРАНИЧЕНИЯ И НАСОКИ ЗА БЪДЕЩИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

1. Представеният казуистичен материал е недостатъчен като брой на учениците, което предполага бъдещи по-подробни изследвания по темата, дообогатяване на индивидуалните случаи и понятийния апарат.
2. Необходима е по-глобална философска промяна към оптимизъм по отношение на психотичното страдание.
3. Би могло да се постигне извеждане на критична преценка и уточняване на развитието по случаите в слединституционални условия.

ПРИНОСИ

Изведени са следните теоретични и научно-приложни приноси:

1. Преосмисляне на педагогическите и възпитателни подходи до момента, достигане до прозрения от теоретичен и практически характер.
2. Откриване на концептуално съседство в предложените теории (конвергенции) – доразвиване и обновяване на темата; приложение на съществуващи понятия и теории в нови области.
3. Описаните случаи идентифицират дериватите на несъзнаваното (симптоми, асоциации, фантазми) и тяхното интегриране в психичното функциониране на децата (отчитане на личното).
4. Определяне на нови насоки, факти и връзките между тях в полето на мултидисциплинарната допълнителна подкрепа в образователната институция – това поле на действие в работата с психотици се разширява.
5. Създаване на метод за диагностика, прогностика и интегрирано обучение на полето на психозата.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Веселинов, В. (2020). Теоретичен обзор: Среща между фундаментални психиатрични (нозологични) открития и психодинамични концепции в сферата на детско-юношеската психоза. В: Харизанова, О. (съст.), *Докторантски четения*, 3/2019, с. 109-130. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски”. ISSN: 2603-3453 (Online): https://research.uni-sofia.bg/bitstream/10506/2414/1/DOKTORANTSKI_CHETENIQ_2019.pdf
2. Веселинов, В. (2020). Лонгитудинално проследяване на случай в училищното пространство – хипотеза за висок риск от развитие на парафреничен синдром. В: Кабаков, И., Зиновиева, И., Георгиева, В., Танева, А., Гънгов, А., Славова, П., Пиргова, М., Мавродиева, И., Стойчева, М. (ред.), *Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски”. Философски факултет. Книга Докторанти*, 4, 2019, с. 169-193. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски”. ISSN: 2534-935X (Online): https://research.uni-sofia.bg/bitstream/10506/2413/1/GSU_%20FF_DOKTORANTI_T_4_2019.pdf
3. Веселинов, В. (2021). Визия за лудостта в корпус от български литературни текстове в периода 1894 – 1990 година. Сборник научни доклади от Епископ-Константинови четения, Факултет по хуманитарни науки, ШУ „Еп. Константин Преславски”, прието за печат. (Online): <https://www.shu.bg/wp-content/uploads/file-manager-advanced/users/faculties/fhn/conference/2021/EPKCH-programa.pdf>