

АСПЕКТИ НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ПОДХОД НА АНАЛИТИЧНАТА ПСИХОЛОГИЯ НА К. Г. ЮНГ

Добрин Добрев

ASPECTS OF THE THERAPEUTIC APPROACH OF ANALYTICAL PSYCHOLOGY OF C.G. JUNG

Dobrin Dobrev

Abstract. The study contains a critical analysis of the more important moments of Jung's approach in the psychotherapy. Here are presented the Jungians and the post-Jungians concepts for mental disorders, the nature and stage of the analysis, the role and place of Jungian therapy techniques. Special attention is given to the modern perspectives for the development of Jungian analysis.

Keywords: C.G. Jung, mental disorders, Jungian analysis.

Многообразни и трудно поддаващи се на строга класификация и дефиниране са идеите и приносите на аналитичната психология на К. Г. Юнг в процеса на осъществяване на психотерапевтично взаимодействие. Настоящото изложение има за цел открой и акцентира на по-важните моменти, позволяващи да бъде идентифицирано едно терапевтично взаимодействие като юнгианско.

1. Интерпретация на психичните разстройства

Юнг никога не е давал ясно определение за психичните разстройства и в частност за неврозата. Негови допускания по проблема могат да бъдат открити на различни места при интерпретацията на частни аспекти от теоретичния му подход. При анализа на психичния динамизъм Юнг очертава неврозата като един „... временен неуспех на саморегулаторната функция на психиката.” (Самюелз, 1993, с.109).

Психичните разстройства се разглеждат като естествен процес и възможен резултат от компенсаторната активност на несъзнаваното по отношение на съзнанието. Фактът, че психиката се стреми към равновесно (хомеостазно) енергетично състояние, не означава, че идеалния психически баланс е постижим или даже желателен. Бидейки диалектичен процес, психичното функциониране се задвижва от противопоставянето на двойки противоположности, които дори след успешна трансформация и синтез, формират нови опозиции на следващи нива от развитието. Балансът и хармонията са възможни само в два случая – преди диференциране на съзнанието и след смъртта. В този контекст изразите „психично здрав” и „вечна любов” губят смисъла си, доколкото говорим за процеси, а не за крайни, устойчиви състояния.

Неврозата бива разглеждана от Юнг и като „... продукт на едностранчиво или небалансирано развитие.” (Юнг, 1996, с.390). Дисбалансът отново е в релацията съзнание – несъзнавано и е свързан с активност на съзнанието, която не е съобразена с несъзнаваната ѝ опозиционна тенденция. Спектърът на тези едностранчивости е голям – от социални атитюди до вътрешни морални позиции. В тази светлина, отказът на Юнг да даде ясна дефиниция на психичните разстройства може да се интерпретира като отказ да се изпадне в съзнавана едностранчивост – описанието с понятия (изцяло продукти на съзнанието) на процеси, включващи и несъзнавани елементи, би било белег за едностранчивост. Формулирано на аналитичен език: опитите за ясна, съзнавана дефиниция на неврозата са вече невротични по своята природа.

На друго място, Юнг описва елементите на невротичното състояние: „... всяка невроза се характеризира с дисоциация и конфликти, съдържа комплекси, и проявява белези на регресия и на *abaissement du niveau mental* (понижаване на менталното ниво).” (CW 17, para. 204). По отношение на динамиката на психичната енергия Юнг приема комплексите от личното несъзнавано като опозиция на съзнанието. Засилването на съзнаваната едностранчивост води до дисоциация, при която комплексите поемат контрола върху поведението и емоциите. „Колкото повече съзнанието бива повлияно от предразсъдъци, грешки, фантазии и инфантилни желания, толкова

повече пропастта се разширява до невротична дисоциация и води до един повече или по-малко изкуствен живот, откъснат от здравите инстинкти, природата и истината.” (Юнг, 2002, с. 50). Освен при невротичното функциониране този ефект може да се наблюдава и при силните нахлувания, когато човек е обзет от неконтролируеми гняв, страх, влюбване или религиозно преживяване. Или както отбелязва Юнг: „... възниква усещането, че в пациента се борят помежду си двама души.” (CW 11, пара. 522).

Разбира се, при аналитичната интерпретация на невротичните състояния посочената по-горе рецепта не трябва да се абсолютизира и всички разстройства да се разглеждат единствено като дисоциация вследствие едностранчивост на съзнанието или регрес. При някои случаи се наблюдава „откъсване” на елементи от личността вследствие на силно травматично преживяване, като травмите от военни действия или от преживяна катастрофа. Както и при някои хора, неврозата е в по-голямата си част индивидуален личностен проблем (затруднения с адаптацията към вътрешния свят), докато други имат проблем с адаптацията към колективното (затруднения с приспособяването към обществените правила и норми).

Холистичният подход на Юнг към човешката личност можем да открием и при интерпретациите му на психичните разстройства. Авторът смята, че човек с невроза заслужава повече внимание от самата невроза. Неврозата не бива да се разглежда като нещо, изолирано от останалата личност. По тази причина, „... в анализата същественото е съдържанието на комплексите, а не прецизната клинична оценка.” (Самюелз, 1993, с. 108–109). Неврозата „... ни принуждава да разширим понятието “болест” отвъд представата за едно индивидуално тяло, увредено в своите функции, и да разглеждаме невротичния човек като болна социална система от отношения.” (Юнг, 2011, с. 44).

Според Юнг психичните нарушения не са отделни клинични „единици”, а въздействат на човека в своята и в неговата цялостност. Авторът отбелязва: „... не трябва да пренебрегваме трудоемката, но обстойна работа със скритата индивидуалност, макар целта, към която се стремим, да изглежда недостижима. Целта, която можем да постигнем е да развиваме и доведем до зрелост отделните личности...”

По тази причина смятам за първостепенна задача на съвременната психотерапия целеустременото следване на пътя на индивидуалното развитие... само в отделния човек животът може да въплъти своя смисъл.” (CW 16, para. 229).

Важен аспект от юнговото разбиране на психичните нарушения е обвързването им с търсенето на смисъла на човешкия живот. Неврозата може да се разбира като: „... страдание на душата, която не е достигнала своя смисъл.” (CW 11, para. 497). А също и: „Една психоневроза трябва да се разбира като страдание на човешкото същество, което не е открило какво означава животът за него.” (Юнг, 2002, с. 198). Смисълът може да придобива много и различни личностни измерения, но той винаги е обвързан със стремежа към цялостност и синтеза на противоположностите в процеса на индивидуацията.

Често клиничната картина на неврозата съдържа чувство за безсмислие. Това кара Юнг да се отнася метафорично към някои типове невроза като към религиозен проблем: „Човек има определен светоглед и той има своите основания в определени духовни предпоставки, например в това, което наричаме “духът на времето”, или в дадени религиозни или нерелигиозни възгледи. Последните, например, играя решаваща роля в моралните конфликти. Когато анализът на психичната ситуация на един пациент докосне неговите духовни предпоставки, навлизаме в царството на общите идеи. Фактът, че огромен брой нормални хора не подлагат на критика своите духовни предпоставки – дори просто защото са несъзнавани, – не доказва, че те са валидни за всички хора или даже че са несъзнавани, още по-малко означава, че не могат да станат източници на най-тежки конфликти на съвестта. Напротив, по-дълбоките причини за масови нарушения на душевното равновесие често се крият, от една страна, в наследени общи предразсъдъци и, от друга, в светогледната и нравствена дезориентираност именно в епохата.” (Юнг, 2011, с. 35).

Макар Юнг да е с протестантски възгледи, призова му за откриване на религиозността, не трябва да се разбира като призив за обвързване с конкретна религия или религиозна система. Идеята му е свързана с възможността човек да интегрира ирационалните тенденции в рационално функциониращото съзнание. Това не означава да

приемем и да се примирим с факта, че Бог съществува и направлява съдбата ни, или да приемем, че хороскопите наистина предсказват бъдещето ни. По-скоро означава да приемем, че голяма част от нещата, които се случват с нас, са извън съзнания контрол и планиране, т.е. невъзможно е човек изцяло сам да направлява живота си. Това се отнася както по отношение на външната, социална реалност, така и по отношение на събитията от вътрешния живот и контакта с несъзнаваното.

Юнг постоянно е подчертавал потенциално положителния аспект на неврозата: „Неврозата никога не е нещо изцяло негативно, тя има и положителен аспект. Само бездушния рационализъм, заедно с крайния материализъм, могат да пренебрегнат този факт. В действително неврозата съдържа душата на пациента или, в краен случай, значителна част от нея” (CW 10, para. 355). Според Юнг, невротичните симптоми могат да се разглеждат като нещо повече от израз на дадено разстройство или дисбаланс. Те могат да се приемат като опит за самоизцеление, защото обръщат внимание на човек, че се е разболял, че е излязъл от равновесие, като в същото време очертават и възможностите за изход от това състояние. Така симптомата се оказва третиран не само като индикатор за болест, а и като възможност и път да се преодолее тази болест. В този контекст, може би, не случайно китайският йероглиф за „криза” съдържа два компонента – първия означава „затруднение”, а втория „възможност”.

Юнг не прави класификация на неврозите, както и не определя границата между невроза и психоза. Също така не свързва описанието на симптомите с етимологията на психичното разстройство. Съществуват множество спекулации сред постюнгианските автори за причините за този отказ от класифициране, като най-вероятната е, че Юнг не е искал да работи в сфера, която вече достатъчно добре е била развита от Фройд.

Все пак, могат да бъдат открити няколко юнгови допускания в тази насока. Определено Юнг демонстрира много по-либерални възгледи от психоанализата при различаването на нормата от патологията: “Бих казал, че човекът не е душевно болен дотогава, докато по някакъв начин е в състояние да ми обясни, че аз контактувам с него.” (Юнг, 1995, с. 42–43). По отношение на класифицирането на

психичните разстройства можем да открием едно най-общо разграничение: „Сега съществува възможност индивидът да не спазва канона на колективните идеи поради отклоняваща се лична диспозиция и в резултат на това изпада в конфликт не само със своята общност, но и в противоречие със самия себе си, защото Сврѣх-Азът е още една психична система вътре в него. В такъв случай той става невротичен, т.е. настъпва дисоциация на личността, която със съответна психопатична основа може да доведе до раздвоение на сънищата, т.е. до шизоидност, респективно до шизофрения. Този абстрактен случай представлява модел на личностна невроза.“, (Юнг, 2011, с. 174).

На друго място откриваме наченки на възрастова класификация на неврозите: „Основните душевни факти в хода на живота силно се променят, дотолкова че би могло да се говори за “утринна” и “вечерна” психология на човешкият живот. По правило животът на младите хора е под знака на една обща експанзия със стремеж към видими цели, а на неврозата на по-възрастният изглежда се основава главно на колебанието или отдръпването от тази посока. За разлика от това, животът на възрастния човек е под знака на свиването, утвърждаването, на постигнатото и избягване на разпространето. Неврозата му по същество се основава на едно неестествено застиване в младежка нагласа. Както младият невротик се плаши от живота, така стария се отдръпва пред смъртта.” (Юнг, 2011, с. 64).

2. Изкуството на юнгианската анализа

2.1. Същност на анализата

Юнг възприема анализата като „... дълготрайна диалектическа връзка между двама души, аналитик и пациент, която е насочена към изследването на несъзнаваното на пациента, неговото съдържание и процеси, за да бъде облекчено някакво психично състояние, което не може повече да се понася поради намесата му в съзнавания живот.” (Самюелз, 1993, с. 28). Това определение очертава няколко главни аспекта в юнговия терапевтичен подход. На първо място, Юнг продължава и допълва психоаналитичния подход, като централно място в терапевтичния процес заема работата с несъзнаван материал. За разлика от фройдизма, несъзнаваното се възприема като възможен

лечебен потенциал, с който е необходимо чрез синтез и трансформация да се установи пълноценна връзка. Вторият важен момент е, че анализата не се възприема единствено като специализиран лечебен процес, а като диалектическа връзка, т.е. анализът може да протича и в рамките на нормална комуникация, която е част от личностното развитие, а не само в случаите на психична дисфункция и разстройство. Разликата между анализ и психотерапия се очертава едва по-късно от постюнгианците. На трето място, използването на понятията „аналитик” и „пациент” не е свързано с очертаването на доминиращото, менторско състояние на първия и подчиненото, болестно състояние на втория. Термините се използват за очертаването на първоначалните позиции в аналитичния процес, които предполагат бъдещото развитие чрез активиране на метафората за ранения лечител. Успешната анализа изисква активирането и взаимодействието на архетиповия потенциал на „несъзнавания болен (ранения лечител)” у аналитика с архетиповия потенциал на „несъзнавания лечител” у пациента.

Важна за разбирането на процеса е позицията на Юнг, че: „Анализата е изкуство, а не техническа или научна процедура... всеки случай е нещо изключително индивидуално и не може да протича по някаква програма или предварителен план.” (CW 16, para. 237). Тази позиция акцентира на няколко аспекта. На първо място, Юнг е против създаването и използването на строга терапевтична процедура, която да е приложима при всички случаи на анализ. Това не означава, че не могат да бъдат дефинирани отделни етапи при процеса, както ще видим по-нататък, а че всеки случай на анализа се изисква индивидуален подход, който може да предполага промени в обичайната процедура и последователността ѝ. Юнг смята, че е необходимо аналитикът да се приспособява към индивидуалността на всеки отделен пациент. Теоретичната рамка и предварителния план на сесиите не трябва да се натрапват на клиента, а трябва да се действат според конкретната ситуация. В това отношение също не трябва да се стига до едностранчивост: „Това не означава, че аналитикът трябва да забрави всички теории, а по-скоро, че за всеки отделен случай теоретичната рамка трябва да се използва само като хипотеза за възможно обяснение” (CW 16, para. 163). Вторият акцент е свързан

с факта, че не всеки пациент е подходящ за юнгианска анализа. Без да е необходимо да дефинираме конкретна рамка, може да обобщим, че юнговият подход е за хора търсещи смисъла. Аналитикът не е длъжен да работи със всички постъпили заявки. Самият Юнг е предпочитал да работи с възрастни пациенти или такива, на които останалите терапии не са помогнали. Третият аспект в дефиницията е свързан с развитието на идеята за психотерапия след Юнг. Осъзнато или не, авторът е предусетил развитието на съвременните психотерапевтични практики до настоящият момент, в който придържането към строга теоретична или техническа рамка е по-скоро изключение. Повечето съвременни терапевти използват еkleктични техники, като правилото е: „Щом работи, теоретичната обосновка не е толкова важна”.

Допускането на Юнг, че анализата представлява диалектически процес, е свързано с още три характерни идеи: в анализата участват двама души; между тях има двупосочни взаимодействия; и те трябва да се разглеждат като равнопоставени участници в процеса. „Тези допускания са естествени за съвременната терапевтична позиция, но за времето си (1951) са били революционни и новаторски.” (Самуелс, 1997, с. 278).

Идеята, че участват двама души означава, че работи несъзнаваното на всеки един от тях, както и че се активират проекцията, интоекцията и защитните механизми както на аналитика, така и на пациента, т.е. това е идеята за контрапреноса на аналитика. Приемането на идеята за двупосочни взаимодействия, означава, че Юнг разбира анализа като отворена, а не като затворена система, т.е. взаимодействието между двамата става основа за общо внимание и интерес с всички последствия от това. „Закритата система с методите на диагностиката, прогностиката и лечението неизменно разглежда пациента като човек задължително отделен от терапевта.” (Самуелс, 1997, с. 278).

Под равнопоставеност на участниците в процеса не се има предвид равенство в смисъл на идентичност: аналитика и клиента имат различна психология, история на живота, пол, убеждения и т.н. Не са равни и по отношение на функциите, които изпълняват, защото на терапевта се плаща, а той определя кога и къде ще се срещат. На

принципа на негативната дефиниция (или на дефинирането на противоположното): „... анализата не е: пациента да изпълнява заповеди, да пие хапчета и да се отнася с уважение към висшестоящите.” (Samuels, 1997). Доколкото в центъра на анализа е животът на пациента, само той може най-точно да определи какво чувства, преживява, или да определя скоростта и ритъма на работата. В този смисъл равенството се изразява в съпреживяването, емоционалното присъединяване, емпатията, подкрепата и умението за поставянето на мястото на пациента от страна на терапевта. Или, както отбелязва Юнг: „... ако лекарят иска да ръководи другия или да го съпровожда по част от пътя, той е длъжен да чувства заедно с душата на този човек.” (CW 11, para. 519).

Равенството може да се разбира и като равенство „пред Бог”, т.е. духовно и морално равенство. Аналитикът не е по-добър човек от клиента, защото е получил специална подготовка или е минал през анализа. Контактът с клиента променя и самия аналитик: има случаи аналитици да достигат до по-добро личностно саморазбиране и изцеление на базата на работа с клиента, като последната служи на процеса на индивидуацията им. Възможно е и аналитикът да експлоатира връзката си с пациента, като например да задоволява потребността си от власт (Самуелс, 1997, с. 280).

2.2. Етапи на анализата

Въпреки позицията срещу стриктната процедура, Юнг разработва модел, публикуван през 1929 г., в който представя обобщена картина на етапите на анализа. Авторът маркира четири етапа: катарзис, разясняване, формиране и трансформация. Етапите се преливат един в друг, но смисълът от разграничаването им се състои в това, че по-скоро обрисуват какво Юнг смята за характерни особености на аналитичния процес, отколкото да дават описание на прогреса на анализа или схема за протичане на сеансите.

Първият етап – катарзис (пречистване) – предполага разказ от страна на пациента на това, което той смята за важно в историята си. Разговор за проблемите му така, както той ги вижда. За много хора този разказ носи огромно облекчение, защото: „... често пъти, нещо, което е таено дълго време, действа на човека като психоло-

гическа отрова.” (CW 16, para. 124). На този етап е възможно да отслабне чувството за вина, като пациента може да провери как аналитика реагира на него и на разказа за живота му. Тези събития сами по себе си осигуряват разширяване на перспективата. Често Юнг сравнява ефекта на първия етап с „... приложението на изповедта и го свързва с ритуалите и процедурите на инициацията.” (Самюелз, 1993, с.29).

Вторият етап е обозначаван като разясняване или просветление. Юнг сравнява този етап на анализа с интерпретативния подход на Фройд и особено с развитието на отношенията на пренос, предполагащи редуktivно обяснение. Юнг е скептичен относно ефекта на разясняването, което само по себе си не води до дълбоки промени. През този етап се разкриват връзките с несъзнаваните процеси и това знание води до „... забележима промяна на нагласата, подбуждаща индивида към пожертване на върховната воля на неговия съзнаващ интелект.” (Самюелз, 1993, с. 29).

През третият етап – обучение (формиране) – настъпват дълбоките промени. Според Юнг, тази идея е заимствана от Алфред Адлер и предполага разпространение (прехвърляне) на разбирането, постигнато при етапа на разясняване, върху социалната и поведенческата област на клиента. Дори след етапа на разяснението „... пациента още има нужда да „бъде издърпан” на друг път... и да „бъде доведен” до способността да отговаря на нови изисквания.” (Самуелс, 1997, с. 280).

Според Юнг, в четвъртият етап – трансформация – решаващо значение има личността на аналитика. Вторият и третият етап се отнасят съответно към нормалността (разясняване) и социалната адаптация (възпитание и обучение). За някои хора само това е недостатъчно – спирането до третия етап ги ограничава или даже вреди. Промените, които могат да се случат на етапа на трансформация са свързани с това „... човек да стане сам себе си, а не нормален или адаптиран – по тази причина етапа на трансформация е най-силно свързан с индивидуацията.” (Самуелс, 1997, с. 280). Според Юнг ако по време на анализа не настъпват промени и с личността на аналитика, то анализът се е провалил. Аналитикът може да работи с пациента до момента, до който той самият се променя психоло-

гически. „Типична пречка за анализа е блокировка в личността на самият аналитик.” (CW 16, para. 400). Оттук следва и задълженото изискване бъдещите аналитици да минават през анализа.

Постюнгианските автори формулират редица критични бележки по отношение на дефинираните от Юнг етапи на анализата. Синтезирани можем да ги открием при Ламбърт (Lambert, K., 1981). Първото основно възражение е свързано с констатацията, че Юнг почти не отделя внимание на описанието на проективните или интропективните отношения при анализата, както и не разглежда подробно как материалът на пациента се абсорбира от аналитика, като по този начин се изяснява. Това се отдава на факта, че Юнг е писал за етапите на анализа през 1929 г. – преди теорията на обектните отношения да повлияе на методиката на психоанализата. Второто възражение е, че Юнг не споменава достатъчно за влиянието на анализа върху самия аналитик, макар да има изискване това да се случва. На трето място, според Ламбърт, Юнг вероятно се е заблудил, като прави такова рязко разграничение между това, което нарича нормалност и етапа на трансформация – това разграничаване приравнява нормалността с лъжливото усещане за комфорт (Lambert, 1981, p. 33).

Обобщението на юнгианската формулировка на етапите на анализата позволява следните по-важни изводи: Идеята за необходимостта от последния, четвърти етап от анализата не съществува и понастоящем в нито една друга терапевтична парадигма или практика. Уникалността се подчертава от изискването за промени в самия терапевт при всяка анализа. Както процесът на индивидуация не може да има фиксиран край, така и завършването на обучението на терапевта не трябва и не може да приключва развитието му като личност. Това, което постюнгианските автори пропускат е, че промяната в терапевта не трябва да е в случайна посока, а това поставя няколко недискутирани в литературата проблема.

Първият е свързан с идеята за ранения лечител. В процеса на анализа е необходимо да се активира несъзнаваният образ на „несъзнавания болен” в аналитика. Според мен това не може да стане просто случайно и е свързано с личния преживелищен опит на аналитика, преди да стане такъв. С други думи, терапевтът трябва да е пре-

живял проблем, метафорично близък до този на настоящия му пациент, който проблем е претърпял положително развитие, но в контекста на юнгианството – няма как да е изчезнал напълно. Това означава, че хора с бивша алкохолна зависимост например, могат успешно да терапевтират хора с настояща такава. Аналогично, терапевти без минали аналогични проблеми на тези на пациента няма да могат да влязат в успешно взаимодействие. Успешното взаимодействие изисква както извеждането на пациента на следващо ниво на интерпретация на проблема, така и аналогична трансформация при аналитика. Тази констатация ограничава юнгианската анализа от гледната точка на количество анализирани пациенти, но повишава възможностите за ефективна терапия.

Втора пропусната линия на развитие при постюнгианците е идеята, че попадането на определен пациент на точно определен аналитик не е чиста случайност. Възможността за обективното съществуване на принципа на синхроничността, предположена от Юнг, също загатва възможност за „съвпадения“ в тази насока.

На трето, но не на последно място, идеята за необходимостта от трансформации и у аналитика може да се разглежда в контекста на използваните метафори в процеса на амплификация. Според Самюелз, използването на амплификации изисква „...позоваването на архетипови метафори.“ (Самуелз, 1997, с. 314). С промяната на епохите конкретните метафори на архетиповото се променят, доколкото архетипово е заложена само идеята и емоционалното преживяване, но не и конкретната образност. В този ред на мисли, трансформацията на аналитика може да бъде мислена по посока на откриването на съвременни метафори при аналитичния процес с пациента.

2.3. Регрес и пренос в анализата

Юнг проявява търпимост и положително отношение към регреса за разлика от Фройд, който описва регреса като деструктивно явление, свързано с фиксация. Юнг разглежда регреса като потенциално позитивна и творческа психологическа дейност. По отношение на регреса в анализата авторът отбелязва: „терапията трябва да поддържа регреса и да прави това до момента, до който не бъде достигнат „преднаталният“ стадий.“ (CW 5, para. 508). Тази гледна точка

се базира на допускането, че „... регресът трябва да се разглежда като форма на адаптация към вътрешния свят (CW 8, параг. 75). Юнг приема регреса като част от нормалното функциониране и необходимост за ефективното саморегулиране на психиката в процеса на развитието ѝ. Доколкото анализа се намесва и нарушава вътрешния свят на пациента, то той трябва да съдържа регресия от страна на пациента и в крайна сметка да облекчи излаза на енергия, необходима за психологическото развитие. Идеите на Юнг за регреса са извънредно съвременни. Авторът се застъпва за творческия регрес в рамките на ситуацията на пренос, а точно такова схващане започват да споделят по-късните психоаналитици.

Според Самюелс (Самуелс, 1997) за аналитичния процес е без значение дали регресът ще се описва като инфантилно състояние или като адаптация към вътрешния свят, доколкото външните прояви на регреса си остават едни и същи. Например инфантилните потребности и безпокойството на възрастния човек при сблъсъка му с несъзнаваното неизбежно го водят към състояние на зависимост от аналитика. А механизмът на проекцията вкарва аналитика в някакъв символически образ (на майка, на психопомп или на проводник на душата) (Самуелс, 1997, с. 280).

Юнг заема противоречива позиция по отношението на появата и използването на преноса в анализата. През 1935 г. авторът говори за преноса преди всичко като нещо еротично или като „препятствие“: „Преносът „никога не дава нещо положително“ и може да се осъществява лечение въпреки преноса, но не и с негова помощ.” (Юнг, 1995, с.69). От друга страна, когато в личен разговор от 1907 г. Фройд пита Юнг какво мисли за преноса, Юнг отговорил „със силна убеденост“, че преноса е „алфата и омегата на аналитичния метод“. На което Фройд отвърнал: „Значи Вие сте разбрали главната идея“ (Самуелс, 1997, с. 290) т.е. Юнг оправдава използването на преноса в анализата. По друго време (1921г.), Юнг отбелязва: „Феноменът пренос е неотменна черта на всеки дълбинен анализ, доколкото лекарят неизбежно влиза в много тесен контакт с линията на психологическото развитие на пациента... Преносът... се състои от редица проекции, които стават заместители на реалните психологически отношения. Проекциите създават видими отношения, което е много

важно, защото това се случва в момент, в който обичайната неспособност на пациента да се адаптира бива изкуствено задълбочена от неговия аналитически пренос в миналото” (Самуэлс, 1997, с. 290–291).

Тази променлива позиция на Юнг води до много спекулации сред постюнгианците. Критичният им анализ позволява обособяването на няколко извода. На първо място, фактът, че толкова рано (1921 г.) Юнг подчертава терапевтичната роля на преноса е особен негов принос, доколкото по това време психоанализата е ценила повече изваждането на несъзнаваните съдържания на съзнавано ниво, отколкото анализа на преноса (Samuels, 1997). На второ място, Юнг предусеща идеята за лечебен (или работен) съюз между аналитик и пациент, която се появява много по-късно в психоанализата (Samuels, 1997). Най-сетне, със сигурност можем да твърдим, че съвременните постюнгианци, използващи преноса и контрапреноса в анализата, са привърженици на съвместното използване на редуktivния и синтезиращия подходи.

Фордхам (Fordham, M., цитиран по Самуэлс, 1997), дава друга интерпретация на проблема. Според него Юнг разграничава два вида пренос – архетипов и личен. Разликата е в степента, в която преносът се състои от вътрешни архетипови модели или от материал, произхождащ от личния опит на човека. Фордхам счита, че през 1935 г. Юнг изоставя анализата на преноса и се ориентира към анализа на сънищата, за да защити идеята си за колективното несъзнавано, т.е. Юнг се е опасявал, че ще се дискредитира концепцията за архетиповия материал, ако последния се разглежда в контекста на личния пренос. В същото време (1935 г.) Юнг започва да се интересува от това, което Фордхам описва като вътрешна диалектика между Аз-а и архетиповете. По тази причина Юнг започва да разглежда анализата от тази гледна точка, а не от перспективата на преноса. Това обяснява защо Юнг преимуществено се е занимавал с материали от сънищата и с активното въображение (Самуэлс, 1997, с. 291).

3. Методика на юнгианската анализа

Прекалено широкото определение на Юнг: „Анализът е изкуство, а не техническа или научна процедура... всеки случай е нещо

изключително индивидуално и не може да протича по някаква програма или предварителен план.” (CW 16, para. 237) оставя твърде много спорни моменти при идентифицирането на специфичния юнгиански подход към анализата. Споровете относно задължителните процедури и методи при анализата се засилват след смъртта на Юнг. В това отношение постюнгианската аналитична психология се дели на два лагера. Единият лагер бива обозначаван като „метод на диалектическо взаимодействие” – това са аналитиците, които се концентрират върху взаимодействието между аналитик и пациент и върху клиничното използване на контрапреноса. Другият лагер бива обозначаван като „класически-символично-синтетичен подход” – тук се акцентира на архетиповата символика, метафората за ранения лечител и приложението ѝ в терапията. И двете течения считат за уместно използването на класическите елементи от договарянето при анализата – уточняване на регулярност на сеансите, подходящата обстановка и съгласуваната такса, както и необходимостта от употребата на класическите техники на активното въображение, тълкуването на сънища и амплификацията. Различия се проявяват при интерпретациите на разположението на аналитика и пациента в пространството, честотата на сеансите и ролята на аналитика в аналитичния процес (Самуелс, 1997, с. 307–308).

3.1.Разположение на аналитика и пациента в пространството

Юнг пръв въвежда идеята за необходимостта сеанса между аналитик и пациент да протича равноправно, което означава да са разположени лице в лице, седнали на столове. От една страна, тази идея е възражение срещу метода на Фройд, предполагащ пациента задължително да е легнал на кушетка, а терапевтът да се намира зад главата му и извън ползрението му. От друга страна, разположението лице в лице показва колко Юнг е държал на равноправието и взаимността с пациента.

Основно изискване при класически-символично-синтетичен подход, който е най-близо до юнговата традиция, е аналитикът и пациентът да стоят непосредствено лице в лице. Например Адлер (Adler, G.) е против пациента да се слага на кушетка по ред причини (освен

ако пациентът не е прекалено изнервен и напрегнат – което изисква релаксиране). Адлер смята, че кушетката подчертава пасивността на пациента – създава се впечатление, че сякаш ще бъде опериран. Кушетката позволява на пациента да говори за себе си „по изкуствен начин”. Кушетката според автора пречи на пациента да изгради мост над пропастта, която го дели от аналитика. Най-важното – кушетката позволява на пациента да разглежда своите преживявания по време на анализа като нещо откъснато от ежедневието му живот. Ако хората стоят лице в лице, се създава по-жизнена ситуация и „на пациента му е по-трудно да използва аналитика като фигура, върху която да проектира, без значение колко са реални проекциите” (Самуелс, 1997, с. 309). Привържениците на метода на диалектическо взаимодействие се застъпват за кушетката. Според Фордхам (Fordham, M.), Юнг твърде буквално е разбирал значението на общуването лице в лице. Фордхам смята, че фактът, че по-рано кушетката се е ползвала само от лекари за прегледи, не означава, че тя трябва понастоящем да се ползва по същия начин. Кушетката трябва да подчертава факта, че пациентът е пациент и му е необходимо лечение, по-важното – анализът не е повод за светско общуване, имащо отношение само към междуличностното. От гледна точка на аналитика не е необходимо да си дава вид, че поддържа абсолютно равенство с пациента, като в същото време демонстрира и професионални отношения. Според Фордхам е вярно, че кушетката не е „естествен” фактор, но в този случай и самият процес на анализа не е естествено явление. При анализа е забранено сексуалното и агресивното поведение и този факт, сам по себе си, променя усещането за „естественост”. По тази причина да се притесняваме, че кушетката ще развали нещо „естествено и човешко”, означава да раздуваме вече решен въпрос. Според Фордхам, невинаги е желателно пациентът да вижда аналитика – понякога той има нужда да се усамоти или да изследва нещо без външна намеса. Или пациентът може да поиска да се еманципира от контрола на терапевта. Разбира се, легналият пациент по всяко време може да извърне глава и да види аналитика, или, в крайна сметка, пациентът вижда аналитика, когато идва и си отива от сеанс. Според Фордхам нямаме основания да твърдим, че се губи контактът с пациента, когато е легнал на кушетката. Авторът смята, че е по-лесно да

се следят реакциите на пациента (което е оперативна част от контра преноса и което свързва аналитика с пациента), когато той е легнал на кушетка (Samuels, 1997).

В своята практика Самюелз също използва кушетка, но слага своя стол не зад главата на пациента, а пред него. Така легналият пациент може да го вижда или да гледа встрани. Позицията позволява на аналитика да гледа пред себе си (не директно в пациента), да среща погледа си с този на пациента или просто да наблюдава. Кушетката не е задължителна и авторът не я прилага при пациенти, които не идват често. Самюелз смята, че стереотипът на мълчаливия, хладен аналитик, седящ зад кушетката – извън полезрението на пациента, е вече исторически анахронизъм – дори за психоанализата (Samuels, 1997).

Представените аргументи позволяват няколко обобщения: Аналитичите, които работят сериозно с преноса на инфантилен материал и с регресията, използват кушетка. Това се отнася както за съвременния психоаналитичен подход, така и за съвременните юнгианци, които приемат за възможно комбинирането на редуktivния и синтезиращия подход. Повечето други съвременни психотерапевтични подходи предпочитат връзката лице в лице. Последното отново подчертава далновидността на Юнг и забележителната му интуиция по отношение на бъдещото развитие на психотерапията.

3.2. Честотата на сеансите

Проблемът с честотата на сеансите може да бъде формулиран така: Ако определяме анализа като нещо, което подразбира или изисква определена интензивност и продължителност, то тогава лечение, което не отговаря на тези изисквания – не може да бъде анализ. Често при опитите да се дефинира честотата се стига до тавтология: ако анализът се дефинира като четири или пет сеанса в седмица, то тогава само лечение с такава честота представлява анализ (Самуелс, 1997, с. 311).

Юнг заема гъвкава позиция по проблема: „... срещите с пациента трябва да се случват колкото се може по-често. Мен ме удовлетворяват максимум четири консултации в седмица. В началото на синтетичното лечение е добре да се увеличат броят на консултациите.

Впоследствие постепенно ги съкращавам до 2 часа седмично, доколкото пациентът трябва да се научи да живее самостоятелно.” (CW 16, para. 26). От този цитат се подразбира, че през първите три от четирите стадия на анализа Юнг изисква по-чести срещи с пациента, но впоследствие, когато се достигне етапът на трансформацията (синтеза), техният брой може да бъде намален. Често Юнг е правил и „вакации” по време на анализа.

При постюнгианските автори се разгаря бурен дебат относно честотата на сеансите. Мненията варират от „честотата на юнгианските сеанси е веднъж или два пъти седмично” до допускането, че „честота под пет сеанса седмично не позволява дефинирането на лечението като юнгианска анализа” (Самуелс, 1997, с.312). Както и при психоанализата, бива приета компромисна формула и сега се говори „аналитична психотерапия”, когато се описва лечение, чиято интензивност е по-малка, отколкото аналитичната, но чийто методология и цели са аналитични. Възприема се и допускането, че дефинирането на анализата не е задължително свързано с честотата на сеансите. Дори да се приеме определението, че анализът е „демонстриране и дефрагментиране на сложни структури и образи на съставлящите ги компоненти, т.е. архитиповите форми и модели на взаимодействието между Аз-а и архетипа” (протокол от дискусия на Обществото по аналитична психология, 1966, цитирано по Самуелс, 1997) пак ще се наложи да се обмисля дали това може да се постигне с частични сеанси, като два пъти седмично, например. Визираното определение може да се използва и по друг начин. Вместо да използваме определението, за да дефинираме цялостния процес на анализа, може да го използваме, за да определим тези, отделни части от психотерапията, които имат аналитичен характер. По този начин, можем да говорим за анализа в определен момент от сеанса или за определен период от продължителното лечение. От казаното следва, че при повечето случаи, но не при всички, колкото повече сеанси са възможни, толкова повече място за чист анализ има. „Необходимо е да се направи тази уговорка, защото анализът, във вида в който го определихме, може да се случи по време на еднократно събеседване (сесия), като дългото и интензивно лечение може да бъде поддържащо, а не аналитическо.” (Самуелс, 1997, с. 312–313).

Предходната дискусия позволява следните изводи и обобщения: Както и в случая с кушетката, проблемът за честотата на сеансите отразява по-скоро идеологически различия, отколкото чисто технически проблем. Постюнгианците, приемащи успоредното използване на редуktivния и синтезиращия подход, изискват по-голяма честота на сеансите. Идеята, че анализата може да се случва и само в отделен сеанс, позволява еkleктичното използване на юнгианските техники и в други психотерапевтични подходи. Много модерно напоследък в страната ни е успешното ползването на тълкуването на сънищата и други юнгиански техники в когнитивно-поведенческата и психодраматичната парадигми. Настъпващата реалност на глобалното общество, характеризираща се с интензивното увеличаване на виртуалната комуникация за сметка на реалната, е аргумент в полза на по-малкия брой сесии. Хората са все по-малко склонни да отделят от времето и физическото си пространство (а и материален ресурс) за аналитичен процес.

Важни за разбирането на юнговата идея за честотата на сеансите са личностните особености на самите му пациенти. Юнг признава, че практиката му е била необичайна: „... новите ми случаи са малцинство. Болшинството от пациентите ми са хора, които вече имат зад гърба си някаква форма на психотерапевтично лечение с частични или отрицателни резултати. Около една трета от случаите ми не страдат от никакви клинично определими неврози – те страдат от безсмислеността и безцелността на своя живот. Не бих имал нещо против да наречем това състояние обща невроза на нашето време. Останалите две трети от моите пациенти са хора в напреднала възраст.” (CW 16, пара. 83). Тук откриваме особености на общия подход на Юнг – анализът е творчество, а не техническа процедура, и проблема за откриването на смисъла е много по-централен от справянето с конфликти от детството или с моментна дисфункция. Ситуацията в съвременното ни общество потвърждава тази теза. Ако анализът се ограничава само до разясняване и формиране, то той става абсолютно излишен и дори вреден в невротично общество с постоянно променящи се или липсващи ценности и правила, липса на ясна перспектива за развитие, маргинализиране на човешката личност и уникалност, болезнен акцент на материалното и инстинктивното.

Адекватното приспособяване към невротично общество не е признак за нормалност.

3.3. Ролята на аналитика

Хората, работили с Юнг, често го описват като аналитически фокусник: майстор на предположенията, проникновенията, мъдростта, интуицията и човек, който не се притеснява да убеждава, поучава или съветва. Описанията го представят като активен, намесващ се терапевт. Несъмнено това отчасти се дължи на „особения състав” на случаите, с които работи Юнг – това са хора вече преминали „редуктивен” анализ и такъв подход е по-подходящ за тях (Самуелс, 1997, с.)

Активният подход на Юнг проличава най-добре при използването на амплификацията. Амплификацията или разширяването, е част от метода на Юнг за тълкуване на несъзнаван материал. „Разширяването позволява свързването на конкретното съдържание (най-често елементи сън) с универсалната архетипова образност, посредством митични, исторически и културни сравнения и метафори.” (Самуелс, 1993, с.26-27). Както отбелязва Юнг: „Необходимо е на фантастичните образи, които възникват пред очите на съзнанието, колкото странни и заплашващи да са, да се дава някакъв контекст, за да станат те по-разбираеми. Опитът показва, че най-добрият начин да се направи това е да се използва сравнителен митологичен материал.” (CW 12, para. 38).

Основният проблем при използването на амплификацията в юнгианския анализ е свързан с отговора на въпроса: Доколко активен трябва да е аналитикът при подаването на собствен митологичен и метафоричен материал на пациента по време на анализа? Юнг не е дефинирал правила или ограничения в това отношение и доста често и активно е предлагал собствена метафорична интерпретация на пациентите си. Постюнгианските автори се опитват да очертаят по-конкретни рамки на амплифицирането.

Така Адлер (Adler, G., цитирано по Samuels, 1997) отбелязва, че понякога трябва „да се разшири асоциацията на пациента с мощта на собствените знания на аналитика”. Според автора това е възможно само ако сънуващият е съгласен с тази процедура. Именно

съгласието с такава интерпретация позволява избягването на неправилното упражняване на авторитет и власт от страна на аналитика. Но може да бъде вярно и обратното: бързото съгласяване с предложението на аналитика може да е признак за завишена податливост на пациента. Адлер подчертава: „вмешателство, базирано на нашето познание за колективния символизъм е уместно само когато асоциациите пресъхнат” (Samuels, 1997).

Според Самюелз, при прилагането на метода на амплификацията няма категорично изискване пациентът насилствено да бъде хранен с образи. Аналитикът може да амплифицира, мълчейки само за себе си. В същото време аналитикът може да даде възможност на амплифициращото си познание да го води при вмешателството му свързано с избор на тема за фокусиране например. Понякога познаването на митологемите може да позволи на аналитика да усети накъде вървят асоциациите и амплифицирането при пациента. Понякога пациентът може да сподели, че нещо му напомня за Хензел и Гретел или да асоциира съвременна версия на древен мит – Супермен, например. Всички тези препратки и асоциации са признаци за самостоятелна амплификация от страна на пациента, т.е. има пациенти, при които има познание за колективния символизъм и не е необходимо аналитикът да се меси и насилствено да подава образи за амплификацията. По същия начин работата с инфантилен материал на възрастен човек и използването на модели на психологическото развитие през детството също могат да се разглеждат като форма на амплификация. Самюелз акцентира на последното, защото както в случая с редуktivните интерпретации, амплификацията зависи силно от начина по който функционира личността на аналитика – атмосферата, която той създава е също толкова важна, колкото и използваните технически процедури (Samuels, 1997).

В същото време Самюелз предупреждава: Ако аналитичните психолози се стремят да търсят постоянно впечатляващ, архетипов, значим материал, то у тях възниква съблазънта да бъдат прекалено активни и прекалено натрапчиви. Проявите на несъзнаваното са непредсказуеми и образната му система се променя с времето. Можем да се опитваме да възприемаме архетиповата образна система с помощта на запас от амплификации или даже със „запас от интерпре-

тации”, но не можем да сме сигурни какво ще последва в резултат от това. Оттук следва, че както прекомерно доброто познаване на теорията за развитието може прекомерно да организира материала на пациента (ако се ползва неправилно), така може да навреди и прекомерното шаблонизиране на теорията за митовете (Самуелс, 1997, с. 316).

Можем да обобщим, че активността на аналитика зависи от особеностите на пациента и ситуацията му. Продължавайки идеята на Самуелс, че образната система на несъзнаваното се променя с времето, е уместно да изискваме и метафорите на аналитика да се променят с него. Вярно е, че механизмите на функциониране на несъзнаваното не са се променяли от милиони години, но също така е вярно, че формите на проявление и механизмите на комуникация са се променили много от времето на Юнг. Съвременния аналитик трябва да е в крак с времето, ако иска метафорите му да постигат желанния ефект. Понякога използването на символиката на съвременен филм би било по-полезно от амплифицирането със символиката на *Rosarium Philosophorum* от 16-ти век.

4. Крайни цели на анализа

Доколкото индивидуацията не е процес с крайна, финална точка – не можем да говорим за край на аналитичния процес. Съвременните юнгианци използват много удачна формулировка: „... под край на анализата се разбира взаимно изразеното желание за край на сеансите от страна на пациента и аналитика, за разлика от едностранното прекъсване на процеса.” (Самуелс, 1997, с. 326). В този контекст, по-добрият въпрос е: Кое прави анализа успешен и какви са целите на анализа?

Гордън (Gordon, R.) прави разлика между лечението и излекуването при анализа. Лечението е свързано с развитието на Аз-а и интегрирането в него на склонности и архетипове. Излекуването е „процес работещ за цялата личност, насочен към все по-голяма и по-пълна цялостност”. Този акцент върху индивидуацията ни води към парадокса, отбелязан от Фордхам (Fordham, M.) при разглеждането на критериите за края на анализата. Според Фордхам, при нормалния си живот (функциониране) е възможно пациентът да

преживява периоди, през които не е в състояние да носи отговорност за нещата, които му се случват. „По тази причина, всяка фантазия, че анализа ще позволи на пациента изцяло да контролира това, което му се случва, трябва да се отхвърли, като подчертаем относителната завършеност на отделните стадии на анализа.” (Самуелс, 1997, с. 326).

В контекста на предходната относителност остава открит въпросът за ролята, която играят при анализа решенията, свързани с избора на пациент и установената диагноза. Доколкото аналитичната психология акцентира на „химията” и емпатията между аналитика и пациента, тя ограничава по този начин диапазона с пациенти, с които би могла да работи: има тенденция да се работи с модели на развитието, а не с модели за лечение. Така при избора на пациенти при аналитичните психолози попадат хора, които не биха били приети от класическата психоанализа (защото са прекалено възрастни или се считат за прекалено болни за повлияване) или ангажирането с други терапевтични подходи не е дало резултат. В последно време при избора на пациенти се налагат критерии като: сила на Его-то, дълбочина на нарушенията, мотивация и благоприятното или не въздействие на обкръжението на пациента.

В основата остава търсенето на смисъла – въпреки всичко и заедно със всичко. Както отбелязва Юнг: „Човек със сигурност се нуждае от общи идеи и убеждения, които да дават смисъл на живота му и да му помогнат да си намери мястото в света. Той може да устои на невероятни трудности, когато е убеден, че има смисъл, и да бъде сразен, когато, като капак на всичките му нещастия, трябва да приеме, че участва в „приказка, разказана от идиоти.” (Юнг, 2002, с. 96).

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Самуелс, А., колектив. Критически речник на аналитичната психология на К. Г. Юнг. Плевен, 1993.
2. Юнг, К. Г. За основите на аналитичната психология (Тавистокски лекции – 1935). Плевен, 1995.
3. Юнг, К. Г. Психологическите типове. София, 1996.
4. Юнг, К. Г. Съвременният човек в търсене на душата. Плевен, 2002.

5. **Юнг, К. Г.** Практическа психотерапия. Плевен, 2011.
6. **Самуэлс, Э.** Юнг и постъюнгианцы. Курс юнгианского психоанализа. Москва, 1997.
7. **Jung, C. G.** References are to the Collected Work (CW) and by volume and paragraph number, except as below, edited by Read, H., Fordham, M., Adler, G., McGuire, W., translated in the main by Hull, R., Routledge & Kegan Paul. London; Princeton University Press.
8. **Lambert, K.** Analysis, Repair and Individuation, London, 1981.
9. **Samuels, A.** Introduction: Jung and the post-Jungians, 1997.
<http://www.iaap.org/articles/ccjandrew.html>