**Современный психоанализ «бесперспективного» пациента**

**с диагнозом шизофрения в амбулаторных условиях**

Иванова А.А.,¹ Федоров Я.О.,¹ˈ² Шиканова Е.А.¹ ˈ²

Городской психоневрологический диспансер №7 ¹

Восточно-Европейский институт психоанализа²

Санкт-Петербург

Обилие психотерапевтических подходов не соответствует понятным практическим инструментам, позволяющим психотерапевту успешно взаимодействовать с пациентом. Специалистам требуются эффективные инструменты и тактики: как вовлечь пациента в терапию, как его «удержать» в психотерапевтических отношениях, как справиться с его поведением в кабинете (молчание, эротический интерес, агрессия, суицидальный шантаж и т.д.) и вне его. Авторы статьи описывают тактику вовлечения «безнадежного» пациента в продуктивные терапевтические отношения, используя современный психоанализ Хаймона Спотница [1]. Этот подход – «надстройка» к классическому психоанализу, позволяющая помогать широкому кругу доэдипальных пациентов (пограничных и психотических).

**Клинический случай**

Пациент – мужчина 27 лет, второй ребенок в семье. Указаний на отягощенную наследственность нет. Раннее развитие без особенностей. Детские сад посещал, адаптировался нормально. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, учился неохотно, часто прогуливал уроки. Затем поступил в ПТУ. В этот период проживал в квартире со старшей сестрой и ее мужем. Отношения были конфликтные. Начал алкоголизироваться, курить гашиш. В училище успевал плохо, большую часть времени проводил в компании друзей, употребляющих наркотические вещества. В 16 лет в состоянии наркотического опьянения на мотоцикле попал в аварию, получил сотрясение головного мозга, и перелом бедренной кости. Лечился в травматологии в течение нескольких месяцев. После выписки из больницы стал ощущать «упадок сил, внутреннее изменение». Чтобы «улучшить самочувствие» начал употреблять амфетамины. ПТУ закончил, получил специальность, по которой никогда не работал. Некоторое время трудился на неквалифицированных работах, однако, подолгу нигде не удерживался, т.к. конфликтовал с коллегами, с работой справлялся плохо. В армии не служил, получил отсрочку из-за низкого веса.

Воспитывался в основном матерью, отец в воспитании сына участия практически не принимал. Около 10 лет назад отец стал жить отдельно от семьи, но периодически поддерживал связь с сыном по телефону. Мать властная, вспыльчивая, длительное время занималась устройством личной жизни, была эмоционально отстранена от сына. Несколько лет назад сошлась с другим мужчиной. Отношения с отчимом «не сложились».

Со слов матери, на фоне приема алкоголя и амфетаминов стал меняться в поведении: дома стал неаккуратным, устраивал беспорядок, конфликтовал с мужем сестры. Отношения приобрели крайне напряженный характер, из-за чего вернулся в квартиру к матери, где также конфликтовал. Часто был в состоянии алкогольного опьянения, в котором становился расторможенным, агрессивным к матери, вел себя неадекватно. В июне 2009 г. бросил камень в окно соседнего дома, разбил стекло, вызывали милицию. С середины июня ухудшился сон, бывал тревожным. Матери в опьянении стал говорить, что «я – это не я», «мать – не мать», заявлял, что имеет жену и ребенка. Мать вызвала скорую психиатрическую помощь (СПП). Впервые был госпитализирован в психиатрическую больницу (ПБ). Дежурному врачу сообщил, что было ощущение, будто «мать – чужая женщина, т.к. всю жизнь придиралась». Обращали на себя внимание инфантилизм, ограниченность больного, психопатоподобный рисунок поведения, отмечались эпизоды нелепости, вычурности.

С этого времени многократно проходил лечение в ПБ – 20 раз за 5 лет, при этом многократно госпитализировался по СПП. Был установлен диагноз – шизофрения, простая форма с гебоидными включениями, определена 2 группа инвалидности бессрочно. В клинической картине в большей степени присутствовали нарушения поведения и монотематический бред «чужих родителей», а также агрессивное поведение. Периодически появлялась расторможенность, дурашливость, в состоянии наркотического опьянения быстро утрачивал возможность контроля. В психопатологической симптоматике на первый план стали выходить апатоабулические расстройства, эмоциональная холодность, парадоксальность. Критики к употреблению наркотических препаратов не имел. Перед одной из госпитализаций, как следует из медсведений, «стал создавать и экспериментировать с новыми лекарствами», «создал лекарство от слабости для хорошего самочувствия». Относился к наркотическим препаратам как «к лекарству», был погружен в идеи «изобретения нового наркотика».Наркотизация носила выраженный характер. В 2011 г. на фоне амфетаминового опьянения развивалось коматозное состояние, был госпитализирован в НИИ скорой помощи в токсикологическое отделение. Однако и в дальнейшем продолжал употребление амфетаминов.

Состояние между поступлениями в стационар быстро ухудшалось на фоне самостоятельного прекращения приема лекарств и возобновления употребления алкоголя и амфетаминов. После одной из госпитализации по настоянию матери поехал в реабилитационный лагерь для наркозависимых, однако, оттуда быстро сбежал, по приезду домой снова был отправлен в ПБ. К госпитализациям относился равнодушно, «уже привык». Быстро адаптировался на отделении, «заводил знакомства», «мыл полы за сигареты». Промежуток между госпитализациями был коротким - от двух недель до двух месяцев.

Медикаментозная терапия многократно корректировалась, в последние пару лет был переведен на пролонгированную форму нейролептика (модитен-депо 2,5%2 мл 1 раз в две недели) и пероральный прием азалептина по 100 мг 3 раза в сутки. Препараты переносил плохо, жаловался на «скованность в теле», «закатывания глаз». Были добавлены корректоры, однако, пациент всё равно считал, что «лекарства убивают ферменты и отравляют организм». По этой причине часто прекращал прием. Со слов матери и самого пациента, медперсонал в больнице относился к нему как к «безнадежному», что было понятно в силу многократных госпитализаций, низкой комплаентности, коротких ремиссий. Мать считала сына «обузой» и начала оформлять документы для определения его в интернат.

Перед последней госпитализацией не принимал лекарств; как следует из выписки, «вновь стал злобен, конфликтен, ругался с матерью, требовал деньги на алкоголь и стимуляторы», требовал «немедленно отдать паспорт», «надоело быть овощем, хотел энергии». Поведение носило дурашливый и ситуационно неадекватный характер. Набросился на отчима, сломал ему руку, угрожал убить. В отделении адаптировался быстро, первые дни проявлял недовольство «высокими дозами лекарств». Был заторможен, много спал. Во время посещений матери бранился, угрожал, нецензурно выражался, проявлял демонстративность. На фоне лечения состояние стабилизировалось, купировалась дурашливость, расторможенность, гебоидный рисунок поведения. Во время посещений матери оставался эмоционально отгрожен, однообразен, избирательно общался с пациентами. После выписки снова бросил принимать лекарства, стал конфликтовать с матерью. Был направлен участковым психиатром на лечение в ДС №1. Однако родственники скептически отнеслись к возможности удержаться в режиме амбулаторного отделения. Учитывая анамнез, динамику и психический статус, подобный скепсис был и у лечащего врача дневного стационара.

Психический статус при поступлении в ДС: внешне неопрятен, в поведении развязен, дистанция снижена, хватал предметы со стола врача, требовал отмены препаратов, нецензурно выражался. Галлюцинаторно-параноидной симптоматики не обнаруживал. Критики к состоянию не имел, но высказывал формальное желание «полечиться». При этом был способен на коррекцию поведения – на некоторые замечания реагировал.

Учитывая вышеупомянутые неблагоприятные факторы, а также молодой возраст пациента, команда ДС рекомендовала лечащему психиатру сочетать фармакотерапию и психотерапию (современный американский психоанализ Хаймана Спотница). Вся коррекция фармакологических назначений шла в непосредственной взаимосвязи с психотерапевтической динамикой. В течение года терапии в условиях ДС удалось вдвое снизить дозировку нейролептиков. По нашему мнению, если увеличивается возможность следовать психотерапевтическим «назначениям», то увеличивается и комплаетность в отношении лекарств, что наблюдалось в данном случае. Динамика позитивных изменений рассматривается ниже.

**Психотерапевтическая тактика – практические аспекты**

В течение года работы с пациентом первые два месяца больше имели отношение к системе психиатр-пациент (что не исключала использование техник современного психоанализа для формирования доверительного контакта), а последующие 10 – аналитик-клиент. Проводимую работу можно условно разделить на 3 этапа.

**Первый этап. У**становление контакта**:** работа с преаналитическим сопротивлением (сознательными и бессознательными силами, направленными против взаимодействия с аналитиком еще до терапевтических отношений). Длительность – 2 месяца.

Понятна трудность установления доверительного контакта с пациентами подобного типа в силу психопатологических причин (продуктивных расстройств, отсутствия критики, эмоционального снижения и др.). В соответствии с концепцией Спотница, пациент шизофренического спектра имеет большой запас подавленной агрессии, который проявляется разрушением отношений с врачом. В самом начале работы с ним, пациент проверял «устойчивость» врача. В современном психоанализе сопротивление (все тенденции пациента, противостоящие прогрессу терапии) рассматривается как бессознательный запрос к терапевту – «я прошу со мной взаимодействовать так». Для пациента была важна устойчивость объекта, который способен выдерживать любые разрушительные эмоции и оставаться целым. В символическом смысле ему была нужна мать, способная к безмерному контейнированию. Его поведение было таково, что врачу приходилось удерживать себя от разрушительного для терапевтических отношений желания – немедленно госпитализировать пациента. Во многом этому помогала командная форма организации отделения и возможность обсудить постоянно возникающие сложности с этим пациентом в рамках интервизионной группы отделения, разных супервизорских групп и личного контакта с опытными специалистами. Вот лишь некоторые проявления такого разрушительного поведения: приходил на отделение в состоянии алкогольного опьянения; не принимал лекарства и требовал отмены инъекций; угрожал «выпить растворитель»; матерился, раздражался, хлопал дверью и т.д.

Врачу удалось выдержать это разрушенный напор за счет использования техник современного психоанализа, призванных усилить ранние защиты, чтобы хрупкое Эго не регрессировало в психоз. Использование этих техник возможно в рамках отношений психиатр-пациент и выполняет те же самые задачи, что в отношениях аналитик-клиент: трансляция пациенту – «я такой же, как ты, я тебя понимаю». Психиатр использовала **такие техники современного психоанализа как «присоединение» и «отзеркаливание», и старалась сохранять нейтральность. Например, когда пациент отказывался принимать лекарства, и говорил, что и так «все сосуды забиты гадостью», психиатр с ним «соглашалась» – «да, это очень вредно», и предлагала «капельницы для чистки сосудов». На его угрозы выпить растворитель (пациент полагал, что пролонгированный укол на масляной основе можно нейтрализовать обезжиривающем средством), врач предлагала альтернативу – «безопасные противомасляные уколы». На его требования отмены препаратов – врач немного снижала дозировки, говоря при этом: «уменьшаю лекарства насколько могу, иначе меня уволят». Когда он ругал психиатров и всё начальство, врач соглашалась с ним – «в психиатрии все ужасно». Но при этом просила пациента помочь врачу: приходить каждый день, чтобы лучше понять, как «прочистить сосуды от всех этих лекарств и отследить реакцию на растворитель». Как видно на указанных примерах – присоединение к сопротивлению в виде небольших «уступок» хорошо «окупалось» комплаентностью, соблюдением режима отделения, формированием доверительного контакта, но что еще важнее, впервые за пять лет** удалось достичь резкого снижения приема наркотических препаратов и алкоголя.

**Второй этап:** переход от взаимодействия «врач-пациент» к альянсу «аналитик-клиент». Этот период длился 2,5 месяца.

После месячного перерыва в июле (коллективный отпуск в отделении) с пациентом стала обсуждаться возможность индивидуальных психотерапевтических встреч, четко обозначенных по времени. Пациент пассивно согласился, не имея четкой мотивации и представления об этом как о психотерапевтическом процессе. Сложность состояла в том, что психиатр имеет одни функции (контроль приема препаратов и стабильности состояния, соблюдение режима отделения), а психоаналитик другие (в самом упрощенном варианте – помочь пациенту говорить обо всем). Необходимо было обеспечить плавный переход из директивного взаимодействия «врач-пациент» к психотерапевтическому альянсу «аналитик-клиент». Здесь опять же помог командный фактор организации работы отделения и обсуждение подходящей тактики с коллегами. Было необходимо сформировать мотивацию на дальнейшую психотерапевтическую работу, чтобы передать психиатрические функции другому специалисту, а психоаналитические функции оставить за лечащим врачом. Для этого взаимодействие с пациентом было разделено на два вида. Первый вид – «психиатрический»: пять раз в неделю минут по десять с пациентом обсуждались его психопатологические проблемы: жалобы, динамика состояния, медикаментозная терапия. Второй – «аналитический»: раз в неделю проходили индивидуальные сессии по 30 минут. Это были так называемые установочные сессии, чтобы клиент и аналитик могли понять, получается ли у них создать психотерапевтическое взаимодействие.

**Начало данного этапа было осложнено внешними обстоятельствами – пациент взял на себя вину за хранение наркотических веществ. Было возбуждено уголовное дело и пациенту стало грозить принудительное лечение в стационаре, и, конечно, прекращение психотерапии. Эту ситуацию можно расценивать как сопротивление, разрушающее терапию (по Спотницу) в сочетании с сопротивлением переноса (по Фрейду). Для пациента это был «смелый поступок», возможность произвести позитивное впечатление на врача (явление эротического переноса). После совершения правонарушения первое время пациент с гордостью рассказывал о том, как «взял вину на себя, спасал друга», пытаясь отследить реакцию терапевта. Данное сопротивление было разрешено с помощью техник присоединения. Аналитик с одной стороны признавала его «подвиг», с другой предлагала иную стратегию. Интервенции были такого типа: «как повезло вашим знакомым иметь такого смелого друга, но правоохранительная система не справедлива, могли бы мы вместе подумать, как в другой раз помочь вашим друзьям более приемлемым способом»; «могли бы вы в подобной ситуации сначала позвонить мне, чтобы мы вместе подумали, как поступить»; «мне так повезло, что такой надежный человек является моим пациентом, мне бы очень не хотелось, чтобы эта ситуация помешала вам приходить ко мне».**

**В середине второго этапа стал актуальным вопрос оплаты, которая важна как терапевтический инструмент в нескольких аспектах. Во-первых, оплачивая свою работу, пациент имеет основания выражать свою критику. А в работе с доэдипальными расстройствами работа с агрессией – ключевой момент. Во-вторых, особенности оплаты или неоплаты (пропусков оплаты, уменьшения, обсуждения и т.д.) – это «лакмусовая бумажка» сопротивлений. Когда есть негативные чувства к терапевту, например, когда пациент забывает оплату, он транслирует – «ваша работа ничего не стоит», но при этом ничего не говорит о своей злости. Для аналитика это возможность исследовать вопрос, какие чувства мешают оплатить вовремя, что, в конечном итоге, служит профилактикой сопротивления разрушающего терапию. В-третьих, чувство вины со стороны пациента, так как они «получают психотерапию ни за что». В-четвертых, у параноидных пациентов усиливается страх: «какие цели преследует психотерапевт»? В-пятых, отсутствие оплаты не формирует** мотивации к развитию, например, устройству на работу, а также решению других сторон сопротивления к сотрудничеству. Т.к. в условиях бесплатной психиатрической помощи брать плату невозможно, перед терапевтом стояла непростая задача. Однако благодаря супервизии ее удалось решить символическим образом – брать яблоками, которых на даче пациента было достаточно (как раз стояла ранняя осень). Это предложение обсуждалось с пациентом, и он охотно согласился. «Договорились» о следующей «цене»: одно яблоко за сессию.

**В конце второго этапа стал обсуждаться вопрос о передаче его другому психиатру, что было первоначально воспринято как отвержение и «бросание». После этого он пропустил одну сессию (чего ранее не наблюдалось). Так как вербальные стратегии для преодоления сопротивлений доэдипальных пациентов малоэффективны, используются эмоциональные коммуникации, которые могут иметь совершенно «неаналитический» вид. Терапевт предложила идею с наклейками: в конце каждой сессии пациент приклеивает в тетрадь одну наклейку машинки. В книге было 400 наклеек. С пациентом было заключено соглашение, что раньше, чем закончатся наклейки, терапия не закончится, и что он должен поправиться, когда приклеит все наклейки. Таким образом, пациенту транслировалось – «наши отношения продлятся долго, сколько тебе будет нужно, пока ты не выздоровеешь, я верю в твои ресурсы». Это успокоило пациента, и он продолжил работу.**

Также на втором этапе возникла очередная угроза прерывания терапии: мать пациента стала забирать его на дачу или поликлинику именно в дни сессий. Возникающая ревность, нередко бессознательное чувство, приводит к отреагированию переживаний в виде сопротивления разрушающее терапию. Т.к. мать сознательно была заинтересована в прогрессе терапии, то это препятствие удалось разрешить с помощью рационального обсуждения. Для профилактики дальнейшего отреагирования различных чувств с ней была достигнута договоренность о регулярных встречах с аналитиком (раз в 2-3 недели). Она охотно согласилась, чтобы «рассказывать о ситуации дома», также она могла в любой момент позвонить и задать интересующие вопросы. Терапевт транслировал матери, что ее роль в жизни и лечении сына огромна, подчеркивалась значимость ее фигуры. Свою же роль терапевт обозначала как вспомогательную, чисто профессиональную («инструмент для необходимых изменений»). Чтобы снизить чувство вины матери за правонарушение, аналитик присоединялась к ней, «разделяя» ответственность – «если бы я лучше контролировала посещаемость пациента, он бы, конечно, не совершил подобное правонарушение». Такая стратегия помогла матери лояльно относиться к терапии сына и лучше сотрудничать с аналитиком («профилактика ревности»). В течение второго этапа за неполных два месяца было проведено 7 установочных сессий, в результате которых было решено продолжить психотерапевтические отношения в аналитическом ключе, а функции психиатра передать коллеге по отделению.

**Третий этап:** развитие позитивного переноса, который длится 7 месяцев; к настоящему времени прошло около полусотни сессий. Сеттинг: частота сессий по 30 минут 2 раза в неделю, пациент лежит на кушетке, «оплата яблочной валютой» – одно яблоко за сессию.

С началом регулярных встреч дважды в неделю пациент стал достаточно свободно обсуждать разные темы. За это время отношения пациента к пребыванию в ПБ изменилось на отрицательное. Он перестал рассматривать госпитализацию как «прикольное приключение», стали формироваться планы на будущее. Однако, вскоре, когда возникла угроза госпитализации (по решению суда) у пациента стали возникать идеи виновности и аутоагрессивные тенденции в виде желания покончить с собой. Контрпереносные чувства в тот момент были очень сильные, что «парализовывало» аналитика и мешало работать. Здесь следует говорить об объективном согласующимся контрпереносе, когда чувства аналитика и пациента идентичны друг другу. Аналитик чувствовала то же самое, что и пациент – только в его жизни стали появляться элементы стабильности и перспективы к нормализации жизни, как под силой обстоятельств все разрушается. Групповая супервизия помогла терапевту разделить свои чувства и чувства пациента, а также выработать стратегию работы в данной ситуации.

В качестве ведущей стратегии использовался перевод агрессии на себя (аналитика). Терапевт совершала типичные интервенции типа «если б я лучше работала, не было бы таких проблем». Однако такие вмешательства не помогали. Пациент стал говорить о безнадежности и негативном отношении к терапевту: «вы же мне сказали, что вылечите меня, а мне снова в больницу!» На помощь снова пришла супервизия, в ходе которой терапевту посоветовали следующее. Пациенту было сказано, что возможная госпитализация не связана с психотерапевтическим лечением, а происходит из-за «прошлых» причин. Поэтому это не следующая «госпитализация №21», а «госпитализация 20А». Также пациенту было сказано, что вне зависимости от внешних причин, терапия продолжится. Более подробно обсуждался вопрос о возможности посещения терапевтом пациента в стационаре, если будет госпитализация. Ему рекомендовалось «изнутри изучать всю обстановку», чтобы потом написать вместе научную статью. Одним из мотивов продолжения сотрудничества стала возможность влиять на «беспредел врачей и судей» и помогать другим через свой опыт. Все эти идеи были восприняты пациентом положительно, и он перестал высказывать суицидные мысли, изменил отношение к самому факту возможной госпитализации.

Здесь следует сделать небольшую ремарку. Современный психоанализ Спотница иногда рассматривают как систему манипуляций, что неверно, т.к. за предлагаемыми интервенциями стоит не обман, а возможная реальность, которая сторонним наблюдателям может показаться несбыточной. Как Вы видите, предложение о сотрудничестве в виде совместной статьи осуществилось. Пациент не только дал свое согласие на публикацию в специальной литературе, но и оказывал непосредственное содействие в этом.

Параллельно с «судебным сопротивлением» наблюдалось «обострение» внешнего сопротивления матери. Она стала говорить, что лечение не дало быстрого результата, что «все разрушилось из-за суда», что «сын безнадежен» и требует слишком много усилий, «а сил уже нет». Указанное сопротивление удалось преодолеть интервенциями о том, что терапия может сделать из ее сына не «обузу», а «помощника»; что потраченные сейчас усилия будут вознаграждены в будущем, когда сын станет ее опорой; что сейчас мать не одна – на ее стороне команда профессионалов отделения и есть ощутимые результаты от терапии. Эти вмешательства оказались эффективными, и мать стала активно помогать терапевту, «спасая сына»: активно включилась в судебный процесс и наняла адвоката.

Родственникам пациентов шизофренического спектра не следует обещать быстрого и хорошего прогресса. Это терапевтически вредно, т.к. делает аналитиков «заложниками» собственных обещаний и маскирует актуальные сопротивления. Семейная система, которая годами жила проблемами идентифицированного пациента, не может быстро перестроиться и начинает всячески препятствовать терапии. Резкий прогресс пациента, часто бессознательно, воспринимается родителем как утрата необходимости в них, выход из-под их контроля. Поэтому предпочтительнее постепенная работа – в медленном темпе у семейной системы больше шансов «безболезненно» перестроиться.

**Динамика состояния пациента**

Динамику состояния можно наблюдать в трех направлениях: клиническом, психоаналитическом и социальном. По традиции начнем с клиники. Уже год пациент не поступает в психиатрический стационар (ранее – три раза в год) и не употребляет наркотические препараты. Не только сформировалась вербальная критика к предшествующей наркотизации, но изменилось и поведение – не просит у матери деньги «на дозу», не пытается варить дома наркотические смеси, избегает прошлой компании наркоманов. Пациент комплаентен, регулярно посещает дневной стационар и вежливо общается с медперсоналом. Следит за внешним видом, одевается опрятно, причесывается перед кабинетом врача. Психический статус через год после выписки из стационара: опрятен, вежлив, речь по существу, мимика живая, фон настроения ближе к ровному, галлюцинаторно-параноидной симптоматики не обнаруживает, критичен к наркотизациям и агрессивному поведению в прошлом.

С точки зрения психоаналитического процесса, прогресс тоже очевиден: кабинет аналитика стал для него безопасным местом, где можно «говорить обо всем». Конечно, еще существуют темы, на которые ему говорить не просто (отношения с аналитиком, агрессия и секс), но аналитическая ситуация принципиально отличается от первых месяцев терапии (агрессия, негативизм, молчание). Преодолены самые трудные сопротивления – разрушающее терапию и статус-кво. В настоящий момент становятся актуальными сопротивления аналитическому прогрессу и сотрудничеству [2]. Сеттинг соблюдается четко: приходит вовремя, сессии не пропускает, всегда «оплачивает» их (яблоком). Негативный перенос первого этапа сменился на идеализирующий эротический перенос, что с одной стороны затрудняет возможность выражения вербальной агрессии в адрес терапевта, но в тоже время помогает быть «правильным» пациентом (не нарушать сеттинг, удерживаться в терапии, желать продолжения лечения).

Социальные изменения в большей степени коснулись семьи – улучшились взаимоотношения с матерью: исчезла агрессия, стал помогать по дому, ходить в магазин. В период, когда мать стала алкоголизироваться – заботился о ней. Стал проявлять интерес к противоположному полу, планировал устроиться на работу. Особенно хочется отметить общественно значимую сторону случая, касающуюся отношения к душевнобольным – это тенденция к большей толерантности, в том числе судебной системы (возможно традиционно более ригидной). Судебное заседание переносилось около 6 раз в связи с сомнениями судьи относительно необходимости прохождения пациентом принудительного лечения в условиях психиатрического стационара (на чем настаивали судебно-психиатрические эксперты). Назначена повторная экспертиза, а адвокат готовит ходатайство об изменении вида принудительного лечения (на амбулаторное) или полном прекращении судебного разбирательства. Таким образом, интервенция аналитика о том, что его случай сможет помочь другим в отстаивании своих прав, тоже стала реальностью.

**Заключение**

Залог позитивной динамики пациента видится авторами в комплексном лечении, сочетающим адекватную фармакотерапию с психотерапевтическим подходом, специально созданным для работы с доэдипальными пациентами. Современный психоанализ Х. Спотница постепенно находит свое место в системе психиатрической помощи в конкретно взятых учреждениях и отделениях. Его главная ценность в том, что он обладает работающими техниками, которые применимы как в психотерапевтическом, так и в психиатрическом формате работы с пациентом (конечно, и цели в этом случае у них разные). Этот подход может служить удобным и понятным инструментом комплексной терапии психиатрического пациента, о чем свидетельствует интерес к этому направлению психоанализа со стороны первичного звена психиатрической помощи в Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Челябинске и других городах нашей страны.

Литература

1. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория, техника. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 296 с.
2. Федоров Я.О. Психотические расстройства личности. / Психоанализ: учебник для бакалавров и магистратуры / Под ред. М.М. Решетникова. – М.: Юрайт, 2016. – С.205-215.

**НАПЕЧАТАНО:**

**Иванова А.А., Федоров Я.О., Шиканова Е.А. Современный психоанализ «бесперспективного» пациента с диагнозом шизофрения в амбулаторных условиях. // Психотерапия и социальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2016 – 97-106 с.**