

# ПСИХОАНАЛИЗ И МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА

*[И. С. Кудряшов](#)*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава  
России (г. Новосибирск)*

*ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный  
университет» (г. Новосибирск)*

В статье рассмотрен вопрос о пользе и актуальности психоанализа для подготовки будущих врачей общей практики. Взаимодействие медицинского образования со структурами и знаниями психоаналитиков затруднено из-за стереотипов и методологических трудностей. В работе показана актуальность такого взаимодействия, предложен подход к его созданию. Также на основе компетентного подхода выделены основные идеи и положения, способные решать ряд проблем в коммуникации между врачом и пациентом, а также в профессиональном развитии. В заключении делается вывод о необходимости дальнейшего развития такого подхода в подготовке медкадров.

*Ключевые слова:* психоанализ, история философии, проблемы профессионализма, коммуникация, методика преподавания, педагогика, проблемы медицинской практики.

---

**Кудряшов Иван Сергеевич** — кандидат философских наук, доцент кафедры философии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», ассистент философского факультета ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», e-mail: ioann1983@yandex.ru

---

*Актуальность проблемы.* В организации процесса обучения медицинских работников возникает множество вопросов, связанных с отбором материала. Особенно актуально эта проблема обстоит в области гуманитарной компоненты образования: исторические сведения, философские концепции и знания из других сфер чрезвычайно обширны и потому нужно выделить базу, необходимую для врача. И если в отношении ряда концепций уже стало традицией представление об их необходимости, то к другим — ярлык «классика» все еще не применим. Одной из дискуссионных концепций является психоанализ — весьма влиятельное течение в психотерапии, которое нельзя просто проигнорировать, так как оно напрямую касается вопросов лечения и здоровья.

В академической и преподавательской средах можно услышать мнение, что психоанализ в России не прижился и поэтому не имеет особого значения для отечественной системы подготовки медицинских кадров. Подобные суждения неадекватны реальной ситуации.

Психоанализ в России развивается неравномерно, и все-таки для Новосибирска крайне странно, что медицинское сообщество столь мало взаимодействует с психоаналитическими структурами (например, Институт психоанализа, местные представители Новой Лакановской Школы и т. д.). Увы, стереотипы, предубеждения и разные дискурсы — пока что главные факторы, мешающие плодотворному взаимодействию.

В силу этого вопрос, который мы собираемся детально рассмотреть в данной статье будет следующим: нужно ли знакомить будущих медицинских работников с психоанализом и в какой форме?

*Анализ идейных и методологических препятствий в преподавании психоанализа.*

Обычно на вопрос о целесообразности преподавания психоанализа медикам встречаются два ответа. Первый часто озвучивается преподавателями чисто медицинских дисциплин, второй — педагогами широкого профиля и гуманитариями.

Первый ответ состоит в том, что это излишне, в лучшем случае — возможно, как факультатив для общего развития. К этому приводятся следующие аргументы. Во-первых, некоторые считают, что психоанализ плохо сочетается с медициной и по подходу (ненаучный), и по предпосылкам (сексуальность в основе). Действительно, психоанализ не является в строгом смысле наукой, выстроенной по лекалам эмпирических наук. Даже главная идея психоанализа — наличие бессознательного, скорее род продуктивной гипотезы, (многочисленные эмпирические подтверждения имеются, сложнее показать, что они доказывают бессознательное с необходимостью). Кроме того, в основе психоанализа лежит предпосылка о примате сексуального в психике человека, что вызывает сомнения у врачей, привыкших искать причины болезней в других сферах (психогенные причины — до сих пор самая неразработанная часть медицинской этиологии). Во-вторых, некоторые высказывают опасения, что психоанализ ориентирует на субъективное. Считается, что интерес к личности пациента уводит врача от идеала нейтральности, делая его необъективным.

Второй ответ таков: психоанализ нужен в рамках гуманитарного развития, как небольшая тема курса философии. Психоанализ признается влиятельным направлением современной философии, однако в целом на него и всю философию XX века отводится не более 5-10-ти учебных часов (включая лекционные, семинарские и самостоятельные занятия). Согласно такому подходу задача университета состоит в том, чтобы познакомить студента с самими влиятельными теориями в общей форме, дав ему возможность самостоятельно изучить их более глубоко, если они покажутся интересными. В развернутой форме преподавание психоанализа нужно только клиническим психологам, да и то по большей части как один из методов для исследования.

По сути оба ответа — это корректная форма ответа «нет». И строится она на банальном незнании современного психоанализа и научных предрассудках конца позапрошлого века. Одним из таких предрассудков, не выдерживающих критики в XXI веке, является идея о четкой демаркации естественных наук и гуманитарных, а в медицине — ясное деление на проблемы физического и психического здоровья. В наше время такие границы могут быть установлены только искусственно, поэтому все большую значимость приобретают междисциплинарные исследования. Например, проблемы, связанные с психосоматикой (плацебо-эффект, ноцебо-эффект, ятрогения, селф-хиллинг и др.), похоже, не могут быть адекватно изучены в рамках чисто естественнонаучного подхода. В этом смысле будущим медикам-исследователям будет полезна большая открытость альтернативным концепциям человека и его психики. Кроме того, оба ответа исходят из представления о враче как

специалисте, занимающемся болезнями. Современные же представления о врачах предполагают ничуть не менее важной и другую сторону — врач как специалист, работающий и общающийся с людьми. Как будет показано ниже, психоанализ имеет огромное значение, особенно для этой второй стороны врачебного профессионализма.

Поэтому в данной статье мы покажем, что с точки зрения педагогики, психоанализ нужен при подготовке медработников, причем сразу на нескольких уровнях. Нужно критически осмыслить все контрдоводы, а затем привести аргументы в пользу такой позиции.

*Разбор критических доводов в адрес психоанализа.* Наиболее частые версии о том, нужен ли психоанализ в подготовке медиков, сводятся к нескольким аргументам, признающим это нецелесообразным. Таких аргументов и доводов много, но мы выделили 7, каждый из которых базируется либо на неверной рецепции психоанализа, либо на слишком узком понимании медицинской педагогики. Рассмотрим каждый из них и предложим свою критику.

1. *Психоанализ — не наука, а потому не должен влиять на формирование врача.*

Медицина — не просто наука, а огромный конгломерат очень разных по своей организации знаний. Часть этих знаний — эмпирические данные наук и теории, построенные на них. Но не менее значимы другие составляющие, одна из которых «неявное знание» (термин Майкла Полани). «Неявное знание» врача — это и пример учителей, и особая жизненная практика, и нормы сообщества, и коммуникативные умения, и компетенции. Сложно отрицать, что люди предпочитают, чтобы их врач был не узким специалистом, а умным и понимающим человеком. Исполнение функций не делает человека профессионалом, поэтому важно и то, насколько он умеет решать проблемы «иной юрисдикции» — главным образом связанные с общением (с коллегами, пациентами, их родственниками, общественностью и т. д.). Медицина не должна отходить от рационалистического идеала, считающего, что причины болезней могут быть познаны и устранены/смягчены. Схожего идеала придерживается и психоанализ: в нем считается, что с помощью разума можно понять причины своих симптомов и страданий. В этом смысле они не противоречат, а дополняют друг друга. Ставить психоанализу в упрек понятие бессознательного (которое не подлежит верификации/фальсификации) — попросту неверно. Попытка Фрейда и его последователей определить то, что само по себе сопротивляется всякой концептуализации — это шаг ученого, а не повод для упреков. Требовать исчерпывающей точности от психоанализа — то же, что требовать от врачей опираться на бактериальную и вирусную этиологию задолго до изобретения микроскопа. Как замечает Доброродный, «складывается парадоксальная ситуация, при которой эвристический потенциал одного из влиятельнейших течений XX века остается практически не востребован» [2]. Вопрос давно стоит не о том, является ли научным психоанализ, а о пользе методов и материалов, добытых в ходе психоаналитического исследования. Поэтому «... проблема статуса психоанализа сегодня может быть рассмотрена ... как проблема отношения или взаимодействия психоанализа с конкретными науками, в рамках общей тенденции поиска методологических инноваций в широком культурно-историческом поле» [там же]. Эту мысль подтверждает и видный французский мыслитель Поль Рикёр, отметивший, что « психоанализ вписывается в современную культуру в качестве её герменевтики; иными словами, психоанализ сам есть момент развития культуры ... благодаря психоанализу интерпретация становится моментом культуры; интерпретируя мир, психоанализ изменяет его» [5, с. 27].

2. *Психоанализ все сводит к сексуальности и потому мешает адекватно определить*

*этиологию заболевания.* Во-первых, это неверно для современного психоанализа. В нем большое внимание уделено исследованию речи человека, поэтому мы обращаемся не только к наследию Фрейда, но и к идеям Жака Лакана. Во-вторых, подробное изучение сексуальности человека не мешает, а проясняет психогенные причины заболеваний. Вряд ли среди нормальных психоаналитиков встретятся отрицающие травмы или инфекции, отчего врачи могут позволить себе игнорировать психогенные симптомы? Психоанализ задается вопросом: почему часто заболевания (разной этиологии) возникают «очень кстати» к психическим проблемам человека. В этом смысле психоанализ не предполагает, что сможет окончательно ответить на этот вопрос, но пытается понять, что делать, чтобы этого не происходило вопреки воле человека (т. е. бессознательно).

3. *Психоанализ — часть философии, поэтому интересен только как абстрактные идеи о человеке.* Довод зиждется на полном незнании психоанализа, который преимущественно существует как практика. С философией у психоанализа специфические отношения, но он никогда не был ее частью. Основным материалом, с которым работает психоаналитик, является речь. Это конкретная работа со словом, манерой речи и смыслом, которая направлена не только на сознательное взаимодействие, но и на воздействие на бессознательную часть психики (чтобы какие-то ее содержания стали доступны сознанию). Однако весомая часть практики врача — это тоже речевое взаимодействие, которое нередко оборачивается искажением, непониманием или конфликтами. Непонятно, почему нужно отказаться от конкретных и практических идей психоанализа ради стереотипов, которые строятся на предубеждениях?
4. *Психоанализ слишком субъективен и ориентирован на личность человека, а не его тело, а значит, мешает врачу адекватно видеть свой объект. Более грубый вариант: психоанализ подталкивает завязывать личные контакты с пациентом.* Суждения такого толка опираются на слухи, сплетни или громкие скандалы с теми, кто для своих махинаций использовал слово «психоанализ». Школы психоанализа по-разному относятся к возможности общения клиента и пациента «вне кабинета», но ни одна из них не считает переход к личным отношениям фактором, помогающим в лечении. Подготовка психоаналитика по сложности и длительности мало отличается от обучения врача, однако она касается также его способности поддерживать нейтральность в отношении личности пациента. В этом смысле скорее врачей следует критиковать за то, что они порой дают личные советы (т. е. одобряя или порицая тот или иной вид деятельности, способ поведения, образ жизни). Позиция психоаналитика состоит в том, что он ни в коем случае не занимает определенную позицию в отношении действий пациента: не поддерживает, не санкционирует, но и не осуждает, не говорит «как он бы поступил на его месте». Также следует понимать, что организация психоаналитиков строится по-иному принципу: каждый является частным практикующим врачом, не отчитывающимся ни перед какой врачебной инстанцией. Для внешнего контроля психоаналитики практикуют супервизии, а в качестве опоры им выступает собственный пройденный анализ. Если психоаналитик по каким-то причинам нарушит профессиональные/этические нормы, то никто не запретит ему практику, однако это чревато разными формами остракизма от психоаналитического сообщества. В рамках психоанализа тело человека представлено только в форме речи или аналитических симптомов. Именно потому, что психоаналитический дискурс ориентирован не на физические закономерности, а на индивидуальное бессознательное (и его проявления — желания, фантазии, симптомы, которые не интерпретируются общим, а всегда содержат индивидуальный

смысл).

5. *Психоанализ повлиял на психотерапию, но сегодня уже неактуален.* Непонятно, кто вообще может принять подобное решение — дескать, сегодня уже неактуален сей подход. В объяснительной психологии и естественных науках такое возможно, но не в области практик, связанных с человеческой душой. В этом смысле проблема скорее в том, что и современные люди находят что-то в мифах, эзотерике и мистике. Психоанализ развивается (чем выгодно отличается от догматизма многих подходов в психотерапии) и теоретически, и территориально. Но он ограничен в социальном плане: психоанализ обычно утверждается в странах с относительной свободой совести, отсутствием гос. монополии на лечение и более-менее ощутимым средним классом. Хотя новые психоаналитические школы (в Латинской Америке и Азии) показывают, что и это не обязательно. И как уже было замечено, психоанализ более чем актуален для любой социально-гуманитарной сферы, а именно в этой сфере происходит личностное и речевое взаимодействие пациента и врача.
6. *Психоанализ неприменим «вне кабинета», и значит, интересен только тем, кто собирается стать консультирующим психологом/психиатром, но не другим специалистам.* И снова неверное допущение, опирающееся на стереотипы. Аналитическая ситуация может сложиться в любой коммуникации, а взаимодействие «врач-пациент» часто к нему предрасположено. Собственно, тот факт, что в стрессовой ситуации или благодаря социальному статусу врача (врач — человек, обладающий знанием и определенной властью) пациент может выстроить специфическое отношение к нему, как раз и создает ряд проблем, которые может предотвратить или безболезненно разрешить осведомленность о психоанализе. Во второй части мы подробно рассмотрим несколько концепций, которые актуальны для таких ситуаций.
7. *Психоанализ помогает психически больным людям, но ничего не говорит ни о профессии медика, ни о здоровье человека.* Этот стереотип будет преследовать психоанализ всегда. И все же психоанализ — это практика не столько для психотиков (психически больных людей), но и для невротиков (это психически нормальное большинство общества). Кроме того, здоровье — это идеал, который в психоанализе очень глубоко анализируется, в том числе для критики его банализированных версий. Психическое и физическое здоровье — комплексное явление, в котором нет заранее данной нормы (поскольку все существующие определения — апофатические, т. е. определяющиеся через отсутствие болезней, дисфункций и неудовлетворенности). Более того, как раз психоанализ порой способен пролить свет на подлинные причины того, почему люди становятся врачами, и в чем находит поддержку их желание продолжать работать (борясь с профессиональным выгоранием). Понимание процессов идентификации помогает также занять рефлексивную дистанцию по отношению к собственному социальному статусу и профессиональному авторитету, которые иногда способны «ослепить» человека в принятии решений.

*Экспликация психоаналитических идей, актуальных для практикующего врача.* Итак, отвергнув в первой части стереотипы и предубеждения, перейдем к содержательной составляющей. В курсе обучения медицинского специалиста психоанализ должен занять оптимальный объем. Перед студентом не стоит задача обучиться технике психоаналитика (за исключением специальности «клинический психолог»), скорее он должен потратить несколько семинарских занятий, чтобы понять ряд положений психоаналитического учения. В данном случае важно выдержать «золотую середину» между общностью теории и информацией, применимой на практике.

Исходя из этих задач, выделим несколько психоаналитических концепций, расставив

по приоритету. Первое место в этом списке займет само понятие «бессознательное». Среди остальных теоретических конструкций можно отдать предпочтение следующим (в порядке убывания значимости):

1. Концепция переноса и контрпереноса. Необходима, чтобы избежать ошибок в общении с пациентами.
2. Представление о речи невротика и психотика. Позволит с большей точностью определять людей, склонных к эксцессам.
3. Теория идентификации и сублимации. Полезна для понимания профессиональных заболеваний и болезней образа жизни, а также для понимания себя как профессионала.
4. Концепция 4-х дискурсов Жака Лакана. Помогает осознать связь между знанием и властью и благодаря этому уменьшить напряжение в ситуации истеризованного пациента.
5. Аналитические идеи о симптоме, а также тревоге, аффекте и комплексах. Теоретически ценны для понимания работы симптоматики, в том числе ее отклонений от нормы.

Чтобы значимость этих теорий предстала в аргументированном виде, развернем более подробно наиболее важные: первые три — о бессознательном, переносе и речи психотика.

Наиболее ценным для врача положением психоанализа является само понятие бессознательного. Следует отметить, что после фрейдовского психоанализа в XX веке возникло несколько десятков определений бессознательного. Они строятся на различных предпосылках и порой не совместимы друг с другом. Бессознательное отождествляют и с инстинктами, и с подпороговыми переживаниями, и с невербализируемой частью психики, и с психическими автоматизмами. Во избежание путаницы в нашей статье мы будем строго придерживаться идей самого Фрейда и их интерпретации Жаком Лаканом.

Тезис о существовании бессознательного можно свести к нескольким практическим следствиям, которые и будут полезны специалисту, работающему с людьми.

Первое следствие: у действий и слов человека может быть скрытый смысл. Его можно сформулировать иначе: люди сами порой не знают, почему они говорят именно это и именно этому человеку. Значение этой идеи для врачебной практики состоит в том, что расширяет понимание искажений в свидетельствах пациента. Предполагается, что искажения бывают двух видов. Первый — это сознательный обман, умолчание или введение в заблуждение, связанные с жизненными обстоятельствами (например, выгораживание себя или других). Второй — это случайная ошибка по незнанию или из-за неточности (например, неправильное именование симптома). Гипотеза бессознательного вводит в эту схему еще две формы, с которыми нередко сталкивается диагност: неосознанный обман и систематическая бессознательная ошибка. Например, само присутствие врача может влиять на пациента, заставляя его оговориться (это не оговорка от волнения, а серьезное искажение, имеющее бессознательные причины и незаметное для говорящего).

Второе следствие: то, что очевидно для вас, не всегда очевидно для других, даже если вы знаете/наблюдаете одно и то же. Это следствие касается и странностей памяти, из-за которых люди порой не помнят то, что может быть очень важным (например, для лечения). Та же ситуация случается и с врачами в отношении пациентов. Дело в том, что базовая операция бессознательного невротика — вытеснение. Вытеснение — механизм,

объясняющий, почему иногда люди игнорируют очевидное (потому, что не знать о проблеме — более комфортно для психики, чем решать проблему, помня о ней).

Третье следствие: односложные и положительно сформулированные рекомендации лучше, чем сложные или негативные. Вообще лучше говорить о позитивных изменениях, чем живописать негативные. Связаны это с тем, что бессознательное весьма чувствительно к словам: они могут суггестировать человека настолько, что он будет неосознанно стремиться к реализации сказанного врачом (это нежелательно, если речь шла о возможных негативных последствиях). Кроме того, бессознательное не подчиняется бинарной логике, и потому всякое «не» или «нет» в нем исчезает, а всякое «или-или», «а» и «но» превращаются в соединительное «и». Об этом стоит помнить, особенно при психической нестабильности пациента.

Четвертое следствие касается не бессознательного, а психоаналитической работы с ним. Психоаналитикам и их клиентам хорошо известно одно наблюдение: в ходе аналитической работы меняется не только человек, но и его окружение (ситуации, складывающиеся вокруг него — в семье, на работе и т. д.). Действенность этого была подтверждена многими практикующими врачами (хирурги, терапевты), которые проходили или находятся в анализе. Будучи практиками, т. е. людьми, признающими положительные изменения (даже если не понимают их механизма), многие их коллеги либо изменили свое скептическое отношение к психоанализу, либо заинтересовались в такой работе для себя. Особенно важна такая работа в учреждениях с «тяжелыми» диагнозами. Никакое сознание не отменит бессознательной агрессии и гнева у пациентов. И во взаимодействии с ними бессознательное врача вынуждено защищаться: либо «придумывая» себе вину (объясняющую гнев в свой адрес), либо создавая причины для ответной агрессии. Аналитическая проработка — один из способов поддержать сознание в конструктивной защите от негативных эмоций, которые нельзя устранить из-за специфики работы.

Другим ключевым для медпрактики положением является теория о переносе. Перенос (или трансфер) — это название для трансформации отношений между аналитиком и пациентом, происходящее в анализе под влиянием бессознательных желаний и влечений пациента. Иными словами, в переносе чувства к одной личности переносятся на другую, хотя на деле они все еще обращены к прошлому. Перенос может состоять из любых компонентов и переживаться как чувства, побуждения, страхи, фантазии, отношения, идеи или защиты от них. Лица, которые являются первоначальным источником реакций переноса, — это обычно (но не всегда) значимые люди из детства. Перенос имеет место как в анализе, так и вне анализа у невротиков, психотиков и здоровых людей. Все человеческие взаимоотношения содержат в себе некоторую смесь подлинных реакций и реакций переноса, однако в ряде случаев перенос возникает на основе реальных или символических сходств человека с фигурой другого. Проблема в том, что люди в переносе редко отдают себе отчет в искусственном характере данных чувств, особенно если другой реагирует на них слишком вовлеченно (вместо нейтральности проявляет принятие/отвержение трансфертных чувств) [6].

Существует также контрперенос — это частный случай проекции, описывающий бессознательный эмоциональный отклик-реакцию аналитика на пациента. Контрперенос — обратная сторона переноса, в котором аналитик оказался неспособен отделить воображаемые черты, приписываемые ему другим, от собственной идентификации. Обычно считается, что психоаналитик или другой специалист (врач, судья и т. д.) способны к нейтральности и непредвзятости, однако ничто не гарантирует защиты

от «прорыва бессознательного» при совпадении внутренних комплексов и внешнего обращения. Например, терапевт с комплексом по поводу нереализованного желания стать художником может очароваться способностью к рисованию своего клиента, причем в ущерб терапии. В ряде случаев с врачами происходит то же самое: например, испытывающий фрустрацию из-за отсутствия признания врач может не справиться с похвалой от кажущегося авторитетным пациента. Такой контрперенос чреват излишней уверенностью в своих диагнозе и способностях, и что самое сложное — указания на это извне будут бессознательно игнорироваться. Естественно, что в отношении контрпереноса (если его удастся заподозрить или обнаружить) совет только один: нужно передать пациента другому специалисту.

Сложнее обстоит дело с переносом. Как выявить его у другого и как отличить трансфертные чувства от обычной доброжелательности или недовольства пациента (вызванного болью, неудобством и т. п.)? И как следует поступать медику в случаях, когда слишком резкая смена отношения к нему налицо?

В таких случаях наиболее здоровой и оптимальной будет стратегия, в которой врач максимально четко придерживается норм, правил и других символических границ. Иными словами, при переносе пациента на врача тот должен вести себя так, чтобы пациент почувствовал социальный, а не личный характер их отношений. На деле столь очевидный совет состоит из мелочей, которыми порой пренебрегают. Например, именно врач должен строго обозначить число встреч, которое обусловлено только медицинскими показаниями, и никакие просьбы или симпатии не должны изменить решения. Нужно понимать, что сложные формы переноса могут вызывать разные проявления психосоматики. Эти стихийные симптомы способны серьезно запутать диагностику, поэтому осведомленность о символическом значении симптомов (с точки зрения психоанализа) может оказаться серьезной помощью в понимании происходящего. В этом смысле эффекты плацебо и ноцебо могут оказаться статистически зависимы от пола, возраста врача, тона и тембра его голоса, а также от невротической конституции пациента (истерический невроз или обсессивный).

Последний момент нашего краткого рассмотрения — это вопрос о возможности определить психическую структуру пациента по речи. В этом пункте мы по большей части будем опираться на разработки Жака Лакана. Определить психотика не всегда возможно, и все же некоторые положения будут полезны как довесок к другим выводам, возникающим в ходе практики. Если у человека психотическая структура, то в определенных ситуациях у него может развязаться «острый психоз». Но даже в стабильном состоянии это «проблемный пациент», так как он бывает агрессивен, может выстроить бред, включающий в себя фигуру врача (эротоманический или бред преследования), способен слишком буквально выполнять рекомендации врача (нанеся себе вред) или даже покончить с собой после неудачного общения с врачом. Важно понимать, что врач — это не только реальный человек, но и символическая фигура, за которой стоит некоторая инстанция (Больница, Знание, Истина, Власть и т. д.). Это обстоятельство может сделать его Большим Другим в глазах психотика, но именно с этой фигурой он не умеет обращаться. Как поясняет Жак Лакан, психотик — это тот, кто вошел в язык, не усвоив некие лимитирующие структуры («Имя Отца», которое вводит запрет в психическую реальность субъекта) [4]. Именно поэтому, встречаясь с чем-то символическим, психотик вынужден интерпретировать это в форме воображаемых отношений соперничества, что и подталкивает его либо к бреду, либо к меланхолии.

Исходя из этого, наиболее общее руководство в отношении пациентов с подозрением

на психотическую структуру состоит в следующем: избегать любых проявлений власти и авторитета, не показывать свою заинтересованность в самом субъекте (проявление желания спровоцирует бред преследования или эротоманическое преследование врача) и не использовать двусмысленных выражений (даже общепринятых, так как психотики склонны буквально трактовать любые фразы). Эти меры предосторожности способны создать условия для того, чтобы больной вылез из, не столкнувшись с тем, с чем его психика не справится.

Что касается клинических наблюдений психоанализа, которые могут свидетельствовать о психотической структуре личности, то в «Семинаре 3» Лакана мы можем обнаружить сразу несколько критериев [4]. Перечислим их вместе с кратким пояснением.

1. Галлюцинации. Не любая галлюцинация, но та, значению которой субъект доверяет. Невротика определяет сомнение, а психотика — уверенность (может не верить в реальность видения, но уверен, что оно нечто значит).
2. Речевые нарушения. 2.1. Приписывание речи другому извне (невротик может отрицать авторство слова, но не приписывает их другому). 2.2. Неспособность к созданию (а иногда и пониманию) метафор. 2.3. Неологизмы. В речи психотика иногда повторяются странные словечки, которые ничего не объясняют, работают как затыкание логического пробела. 2.4. Прерванная речь. Для психотика слова подобны вещам, поэтому у него нет неудобства от недосказанного.
3. Чувство распада тела. Нехватка Я-идеала приводит к тому, что образ себя может внезапно исчезнуть. В описаниях психотиков часто есть эпизод с «распадом» тела.
4. В речи превалируют воображаемые отношения — конфликт и конкуренция с другим. Часто речь переполнена конкурентами, врагами, преследователями.
5. Слабый контроль влечений. Психотик легко переходит к акту (в том числе к грубому поведению), поскольку сама суть воображаемого — это нечто провоцирующее (то, что притягивает взгляд или заставляет совершить «опротечивое» действие — например, броситься в объятия другому).
6. Феминизация (у мужчин). Фантазии себя женским объектом или запросы на смену пола иногда характеризуют психотика. Также он описывает свой опыт так, словно нечто захватывает его (например, язык), ставя в женскую пассивную позицию.

В заключении отметим, что поставленный в статье вопрос отнюдь не исчерпан. Аргументы статьи позволяют ответить на вопрос об актуальности знакомства будущих медработников с психоанализом утвердительно. Но вопрос о форме и объеме преподавания — еще требует детального рассмотрения. Можно определенно сказать о том, что основной вектор ознакомления должен приходиться на понимание бессознательных феноменов, проявляющихся на уровне тела и речи. Полное знание психоаналитических теорий, а также выработка мышления аналитика должны оставаться в форме факультативной или самостоятельной части обучения. На наш взгляд, представленные выше компоненты психоаналитического учения действительно важны и для исследователей, и для тех, кто займется лечебной практикой. Психоанализ тут выступает и как исток теоретико-практической инспирации, и в качестве способа интерпретации гуманитарного знания. Учитывая, что профессия врача все больше понимается как широкая компетенция, включающая не только вопросы анатомии и физиологии, но и коммуникации, понимания и социальной регуляции, то даже странно, что вопрос о психоанализе до сих пор не был поставлен в медицинской педагогике. Педагогика — изначально социально-гуманитарная дисциплина, и поэтому в области медицинской педагогике следует избавляться от культурных стереотипов и естественнонаучных предрассудков. Привлечением упрощенных психологических

теорий о коммуникации эту лакуну закрыть не удастся. Это только обострит вопросы этического и юридического обоснования медицинской практики. Именно поэтому мы считаем плодотворными не только идею о расширении осведомленности врачей о психоанализе в ходе обучения или повышения квалификации, но и идею сотрудничества медицинских обучающих структур со структурами психоаналитического сообщества.

#### *Список литературы*

1. Автономова Н. С. К спорам о научности психоанализа / Н. С. Автономова // Вопросы философии. — 1991. — № 4. — С. 58-75.
2. Доброродный Д. Г. Психоанализ как методологический проект в социально-гуманитарном познании / Д. Г. Доброродный // Теоретический журнал «Средo new». — 2009. — № 2. — С. 150-168.
3. Куттер П. Современный психоанализ / П. Куттер. — СПб. : Б.С.К., 1997. — 348 с.
4. Лакан Ж. Семинары. Т. 3. Психозы / Ж. Лакан. — М. : Логос-Гнозис, 2014. — 432 с.
5. Рикёр П. Герменевтика и психоанализ / П. Рикёр. — М. : Искусство, 1996. — 270 с.
6. Фрейд З. Замечания о любви в переносе. Т. 3. Психология бессознательного / З. Фрейд. — М. : Когито-Центр, 2007. — 448 с.

# PSYCHOANALYSIS AND MEDICAL PEDAGOGICS

*[I. S. Kudryashov](#)*

*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)  
FSAEI HE «Novosibirsk National Research State University» (Novosibirsk)*

An issue of advantage and relevance of psychoanalysis for training of future general practitioners is considered in the article. Interaction of medical education with structures and knowledge of psychoanalysts is complicated by reason of stereotypes and methodological difficulties. The relevance of such interaction is presented in the article, and an approach for its creation is offered. Also on the basis of competency-based approach the main ideas and provisions capable to solve a series of issues in communication between the doctor and the patient in professional development are revealed. The need of further development of such approach for training of health personnel is presented in the conclusion.

**Keywords:** psychoanalysis, history of philosophy, professionalism issues, communication, teaching technique, pedagogics, issues of medical practice.

---

## **About authors:**

**Kudryashov Ivan Sergeyeovich** — candidate of philosophical science, assistant professor of philosophy chair of social work and clinical psychology faculty at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», assistant of philosophical faculty at FSAEI HE «Novosibirsk National Research State University», e-mail: ioann1983@yandex.ru

## **List of the Literature:**

1. Avtonomova N. S. Dispute on scientific character of psychoanalysis / N. S. Avtonomova // *Philosophy issues*. — 1991. — N 4. — P. 58-75.
2. Dobrorodny D. G. Psychoanalysis as methodological project in social and humanitarian knowledge / D. G. Dobrorodny // *Theoretical magazine «Credo new»*. — 2009. — N 2. — P. 150-168.
3. Kutter P. *Modern psychoanalysis* / P. Kutter. — SPb. : B.S.K., 1997. — 348 p.
4. Lacan J. *Seminars. Book III. Psychoses* / J. Lacan. — M. : Logos-Gnozis, 2014. — 432 p.
5. Ricoeur P. *Hermeneutics and psychoanalysis* / P. Ricoeur. — M. : Art, 1996. — 270 p.
6. Freud S. *Remarks on love in transfer. Vol. 3. Psychology of unconscious mind* / S. Freud. — M. : Kogito-center, 2007. — 448 p.