

«Боюсь, мне не вырваться»: болезнь и несвобода в психиатрии

Александра Сергеевна Ильина — аспирант, кафедра истории зарубежной философии, философский факультет, Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова; 119991, Российская Федерация, г. Москва. E-mail: asm.fon.bis@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4530-1240

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, депрессия, тревога, свобода воли, Паскаль Киньяр

С тех пор, как Мишель Фуко подробно описал связь психиатрического диагноза с культурно-исторической парадигмой, мыслить диагноз, уподобляя его раку легких или камням в почках, стало плохим тоном. Органическая парадигма клинической психиатрии, казалось бы, пошатнулась, и на место классических подходов пришли гуманистические, вдохновленные экзистенциалистами, такими, как Мартин Хайдеггер или Жан-Поль Сартр. Однако это открытие практически никак не повлияло на институциональные психиатрические практики, — основой психиатрического лечения всё ещё считается медикаментозная терапия, а наиболее спонсируемыми исследованиями в области являются фармакологические. Вторую скрипку в этом дуэте играет когнитивно-поведенческая терапия, которая на данный момент представляется доказательным подходом к пониманию человеческой психики. Считается, что КПТ наиболее эффективна в терапии депрессии и тревожных расстройств. Когнитивно-поведенческий подход формирует особое теоретическое понимание человека, определяя его место в мире и показывая границы его влияния на мир. Базовой предпосылкой когнитивно-поведенческой терапии является позитивность, нацеленность на проактивное мышление без логических ошибок, поэтому в центре внимания оказываются выводы человека в отношении реальности. Работая с ними, психотерапевт учит клиента правильному мышлению, благодаря чему избавляет от болезни. Болезнь при этом мыслится как то, что накладывает ограничение на мыслительную свободу человека. Человек свободен, когда может мыслить правильно, и зависим, когда в его мышлении присутствуют ошибки. Исходя из этого, современный психиатрический и психотерапевтический

дискурс можно помыслить как часть глобального философского спора о свободе и детерминизме (подчиненности человека биологии, физике или логосу). Фуко с его социальным подходом к психиатрическому диагнозу преодолел этот спор или же усложнил его, добавив в уравнение еще одну переменную — общество, которое формулирует критерии здоровья и болезни. Таким образом, психотерапевтический дискурс раз за разом лишь делал человека зависимым, но дело заключается в том, чтобы освободить его.

*«Речь деревни — это завороченность
до боли знакомой и печальной мелодией»¹.
Паскаль Киньяр, вместо эпиграфа*

Reductio ad absurdum

иронично, что российское национальное руководство по психиатрии начинается не с определения сущности и предмета данной медицинской науки, а с ее истории². Несмотря на это, из описания современной стадии развития можно установить, что психиатрия характеризуется «формированием нозологического принципа выделения отдельных психических заболеваний, появлением методов обоснованной и целенаправленной терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами, пришедших на смену трудовой терапии и использованию в основном эмпирически подбираемых ЛС»³. Таким образом, предметом психиатрии можно считать психическое расстройство⁴. Будучи медицинской наукой, психиатрия

¹ В оригинале: «La parole du village est le saisissement d'une mélodie légendaire et triste». Паскаль Киньяр рассуждает о том, что является говорящим в деревне: отвергает Logos как эгалитарный и рациональный, Verbum как принадлежащий Другому. Киньяр связывает речь деревни с речью степи, которая принадлежит всегда-уже-мертвым. Quignard P. L'Être du balbutiement: Essai sur Sacher-Masoch. — Paris: Mercure de France, 1974. — 200 p. — ISBN 978-2715235212.

² См. Александровский Ю. А. Периоды и этапы развития психиатрии // Психиатрия: национальное руководство / под ред. чл.-кор. РАН Ю. А. Александровского, проф. Н. Г. Незанова. — М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2018. — ISBN 978-5-9704-4462-7. — С. 29.

³ Там же. С. 33.

⁴ Схожую информацию мы можем получить из иных официальных источников, например из знаменитой World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. — WPA General Assembly, Madrid, 1996.

призвана предоставлять наилучшее возможное лечение психических расстройств и заниматься реабилитацией лиц, страдающих психическими заболеваниями. Какие методы терапии на данный момент считаются наиболее эффективными? В рамках национального руководства рекомендуется индивидуальный подход к каждому больному, который сочетает в себе медицинскую и психологическую терапию, направленную на патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение заболевания (патогенетическая терапия), а также на компенсаторные механизмы, способствующие приспособлению к продолжающейся болезни (компенсаторная терапия)⁵. Патогенетическая и компенсаторная терапия предполагают фармакологическое вмешательство, то есть почти во всех случаях психиатрическое лечение сводится к правильному подбору препарата или группы препаратов:

Оказалось, что из 2993 больных, поступивших в больницу в течение 2 лет, 2620 человек (87,8 %) получали комбинированную ПФТ. При изучении комбинаций психотропных препаратов, назначаемых в амбулаторных условиях, было также установлено, что более 80 % больных получали более двух препаратов. В настоящее время в лечебной практике преобладает политерапия (полифармакотерапия), а не монотерапия лечебным средством или методом⁶.

Комбинированная ПФТ, конечно, предполагает также психологическое вмешательство — личное или групповое. В национальном руководстве есть целый раздел, посвященный психотерапевтическим методам и анализу их эффективности, однако не представлена статистика, связанная с должным распределением фармакологической и психологической терапии, а также данные, показывающие, какое количество психотерапевтов приходится, например, на государственные психиатрические учреждения и какова реальная степень их нагрузки. Данные, которые демонстрируют эффективность лечения в дневных стационарах, также можно интерпретировать двояко. При этом определенные группы симптомов всегда предполагают фармакологическое предписание (например, наличие псих. продукта). Даже амбулаторное психиатрическое лечение всегда предполагает

⁵ Александровский Ю. А. Общие вопросы лечения больных с психическими расстройствами // Психиатрия: национальное руководство / под ред. чл.-кор. РАН Ю. А. Александровского, проф. Н. Г. Незнанова. — М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2018. — ISBN 978-5-9704-4462-7. — С. 811–812.

⁶ Там же. С. 813.

фармакологическую терапию, которая составляет основу медицинской практики. Таким образом, современную психиатрию можно признать редуцированной к фармакологическому подходу, который на данный момент не является достаточным⁷. Причиной подобного решения можно назвать биологический редукционизм медицины как формы знания. Редукционизм проистекает из физикалистской интерпретации вопроса о сознании и теле, влечет за собой частичное или полное отрицание свободы воли, в конечном итоге — превращает человека в машину, которая всего лишь имеет более сложную систему регуляции.

Редукционистский взгляд имеет свои причины в истории идей и следствия в истории науки. Современный физикализм укоренен в христианском дуализме тела и души, а также теории страстей, разработанной кардинальными отцами церкви. Блаженный Августин, в значительной степени повлиявший на формирование католического катехизиса, задал такую антропологию падшего человека, в рамках которой его свобода оказывается пораженной, детерминированной со стороны страстей, отражающихся на его телесном состоянии⁸. Божественная благодать в этой картине возвращает человеку разумность, которая была присуща ему до падения, путем одухотворения тела⁹. Человек, находящийся в состоянии благодати, перестает быть зависим от неконтролируемых проявлений своего тела; страсти и сами движения жидкостей подчиняются ему, поэтому он оказывается способен принимать решения свободно¹⁰. Предположение о том, что человек неизбежно подчинен своим телесным склонностям, развивается и сохраняется далее во всех формах западного рационализма, и находит

⁷ Ограниченность ныне существующих ЛС внутри психотерапии связана по меньшей мере с тем, что до сих пор не найдены способы адекватной этиологической терапии. Кроме того, ЛС направлены на поддержание состояния ослабления симптомов («ремиссии»), а не на избавление от расстройства: большая часть психических заболеваний считаются хроническими.

⁸ Подробнее об этом см. Clark E. A. «Adam's Only Companion»: Augustine and the Early Christian Debate on Marriage // *Recherches Augustiniennes*. — 1986. — Vol. 21. — Pp. 139–162.

⁹ О теории благодати и позднем решении Августина проблемы свободы воли см. Jenkins E. L. *Free To Say No? Free Will and Augustine's Evolving Doctrines of Grace and Election*. — Cambridge: James Clarke & Co., 2013. — 146 p. — ISBN 978-0227174234.

¹⁰ Одухотворенное состояние человека в благодати соответствует по Августину антропологии Эдема: «Поэтому мужчина сеет потомство, а женщина принимает своими половыми органами, когда нужно и столько, сколько нужно, *движением воли, а не возбуждением похоти*» [De Civ. Dei. XIV.XXIV.1]. В оригинале: «*Seminaret igitur prolem vir, susciperet femina genitalibus membris, quando id opus esset et quantum opus esset, voluntate motis, non libidine concitatis*». См. о «трансгуманизме» Августина подробнее: Power K. *Veiled Desire: Augustine on Women*. — New York: Continuum, 1996. — ISBN 978-0826409348. — P. 229.

выражение в рамках физикализма, задающего парадигму развития научного дискурса. Если психическое состояние человека зависит от работы его гормональной системы или наличия / отсутствия новообразований, самым разумным способом справиться с болезнью становится идея приведения его состояния к биологической норме, что достигается путем фармакологической терапии или инвазивных вмешательств. То же самое касается нейрональной активности. На данный момент наиболее поддерживаемой теорией генезиса и течения расстройств депрессивного спектра считается моноаминовая, которая связывает депрессию с дефицитом моноаминовых нейромедиторов — серотонина, норадреналина и дофамина¹¹. Для лечения дефицита психиатрическая практика предполагает назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, которые предотвращают повторное поглощение серотонина нейронами. При этом моноаминовая теория активно корректируется и дополняется, например, генетическими исследованиями и изучением факторов среды¹², из-за чего не может считаться принадлежащей нерушимому центру существующей психиатрической парадигмы. Однако практически она таковой считается: иначе бы продажи антидепрессантов на российском рынке не продолжали бы из года в год упорно расти¹³. Фармакологические препараты представляются самым психиатрическим дискурсом как быстрое и эффективное решение, как способ выхода из тяжелого психологического состояния, которое в значительной степени снижает качество жизни.

Подобного рода раздвоенность не оказывается незамеченной не только изнутри психиатрической практики, но и снаружи. Психиатрические практики и способы организации дискурса подвергаются критике со стороны социологии ментального здоровья, которая, усвоив примеры Эмиля Дюркгейма («Самоубийство») и Мишеля Фуко («История безумия в классическую эпоху»), стала самостоятельной дисциплиной¹⁴. Если фармакологические и клинические исследования,

¹¹ См. подробнее об этом Feighner J. P. Mechanism of action of antidepressant medications // *The Journal of Clinical Psychiatry*. — 1999. — Vol. 60, Suppl. 4. — Pp. 4–13.

¹² Многие исследования последних лет, касающиеся влияния серотонина на развитие депрессии, не находят достаточных подтверждений. См., например, Culverhouse R., Saccone N., Horton A. et al. Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression // *Molecular Psychiatry*. — 2018. — Vol. 23. — Pp. 133–142.

¹³ RNC.Pharma. Спрос на противотревожные препараты в России растет третий год подряд [Электронный ресурс]. — URL: <https://rncph.ru/blog/290725/> (дата обращения: 10.11.2025).

¹⁴ Об этом мы можем судить по многочисленным публикациям в сфере социологии

проводимые внутри психиатрии как медицинской дисциплины, указывают на трудности обнаружения причин генезиса психиатрического заболевания внутри только тела, социология показывает, каким образом социальные факторы могут влиять на генезис психических расстройств¹⁵. В кембриджском хеэндбуке, посвященном социологии ментального здоровья, подробно исследуются факторы, влияющие на появление ментальных отклонений — среди них можно указать работу, семейное положение, пол, место в социальной стратификации и так далее¹⁶. Помимо указания на социальные факторы генезиса ментальных состояний, социология исследует историю формирования представлений о психическом здоровье и болезни. Сконструированность диагноза — большая проблема внутри медицины вообще, но в психиатрии она стоит особенно остро. Гастроэнтерология, отоларингология, стоматология и прочие медицинские науки сталкиваются с проблемой сконструированности только в случае неверной постановки диагноза, то есть в конкретной врачебной практике: пазл не сошелся, склеили насильно, не вышло. В случае психиатрии проблема сконструированности диагноза при наличии общемедицинской редукционистской гипотезы ставит порой под сомнение всю область знания. Когда приходит пациент с идеальными анализами, совершенно нормальной работой мозга, жалующийся на то, что он совершенно не хочет жить, ничего изо дня в день не делает и желает убить себя, возникает закономерный вопрос: *quo vadis*, камо грядеши, а что, здесь, собственно, лечить? Суицидальные мысли или поведение предполагает наблюдение в стационаре или, по крайней мере, назначение фармакотерапии. Но какой в этом смысл, если причина не определена, исследования показывают норму? И здесь мы упираемся в проблему, сопутствующую всем областям практики, строящимся

медицины, включая учебные. См., например, Scheid T. L. *The Sociology of Mental Health // The Cambridge Handbook of Sociology. Vol. 2. Specialty and Interdisciplinary Studies* / ed. by Kathleen Odell Korgen. — Cambridge: Cambridge University Press, 2017. — ISBN 978-1107564923. — Pp. 148–155.

¹⁵ Должно отметить, что психиатрия признает социальные связи одной из причин появления болезни; так, до выхода DSM-5/DSM-5-TR в список руководства по психическим расстройствам включалось под кодом 297.3 так называемое «совместное (общее) бредовое расстройство» (*shared psychotic disorder*, иначе по МКБ-10 — индуцированное бредовое расстройство), основная причина генезиса которого — влияние индуктора на реципиента. Интересно, что из современной классификации ИБР исключено, это пассивно демонстрирует исключение социального контекста из психиатрического дискурса.

¹⁶ См. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, 2nd ed. / ed. by Teresa L. Scheid, Tony N. Brown. — Cambridge: Cambridge University Press, 2009. — xx + 714 p. — ISBN 978-0511984945.

бюрократически, — множество действий без осмысления их сути¹⁷. Как следствие — непродуктивная трата значительного числа ресурсов. Быть может, стоит тогда обратиться к психотерапевтическим методам лечения и на время покинуть фармакологический дискурс? Возможно, мы найдем удачное решение целого ряда проблем, если откажемся от физического редукционизма?

Homo Liber

Как психиатрия угнетена торжеством фармакологических методов лечения, так и психотерапия находится под контролем единого метода, именуемого когнитивно-поведенческим подходом¹⁸. Классическое руководство для подготовки специалистов объясняет нам, что КПТ — это:

структурированная, краткосрочная, ориентированная на решение текущих проблем психотерапия для лечения депрессии¹⁹.

Определение подсказывает, что данный подход имеет те же проблемы, что и психиатрическая практика: занимается следствиями, а не причинами, отталкиваясь при этом от иной модели человека. Если биологический редукционизм пытается свести *homo sapiens* к активности нейронов и работе гормонов, то когнитивно-поведенческий подход — к ошибкам рассудка. *Общая предпосылка*, которую разделяют спектр КПТ-подходов, заключается в том, что «дисфункциональное мышление (которое влияет на настроение и поведение) является общим для всех психических расстройств». Отсюда следует двухчастная структура человеческой психики: человек реагирует на событие не эмоционально, а всегда посредством мыслей, в том числе автоматических, выученных. Повторяющиеся мысли именуется

¹⁷ Об этом можно почитать, например, у Гребера. Гребер Д. Бредовая работа. Трактат о распространении бессмысленного труда. — М.: Ad Marginem, 2020. — 440 с. — ISBN 978-5-91103-541-9.

¹⁸ Глава по психотерапии в российском национальном руководстве в значительной степени посвящена изложению КПТ, в сравнении — экзистенциальной терапии посвящена всего половина страницы. При этом эффективность КПТ по сравнению с другими психотерапевтическими подходами в долгосрочной перспективе, как следует из крупных метаанализов, не доказана. См. Cuijpers P., Miguel C., Harrer M., Plessen C. Y., Ciharova M., Ebert D., Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients // *World Psychiatry*. — 2023. — Vol. 22(1). — Pp. 105–115.

¹⁹ Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям, 3-е издание. — СПб.: Питер, 2023. — 512 с. — ISBN 978-5-4461-2960-7.

когнициями, когниции, в свою очередь, делятся на адаптивные и дезадаптивные. Примеры дезадаптивных убеждений, иначе именуемые «когнитивными ошибками» или «искажениями», стали довольно популярными в том числе в связи с распространением литературы «самопомощи». Так, у одного из наиболее известных популяризаторов КПТ, Дэвида Бернса, мы встречаемся с такими категориями искажений, как: мышление «всё или ничего», сверхобобщение, негативный фильтр, обесценивание положительного, поспешные выводы, преувеличение и преуменьшение, эмоциональное обоснование, императивы, ярлыки, вина²⁰. *Второй значимой предпосылкой*, которую предполагает КПТ, является ограничение сферы влияния мышления. Когнитивно-поведенческий подход стремится обратить внимание на то, что человек с ясностью и отчетливостью может в своей жизни изменить, — и это его мышление о предмете, а также способы частной практической деятельности. Предполагается, что человек может изменить свои эмотивные реакции на ситуации в связи с изменением внутренних убеждений. Мышление окружающих или сами ситуации человек зачастую изменить не может. Поэтому строить отношения и работать с чувством одиночества КПТ-теория предлагает не путем диалога с другим, а прежде всего благодаря диалогу с собой — работе над собственными неверными романтическими убеждениями (например, низкой самооценкой, романтическим или эмоциональным перфекционизмом, застенчивостью и социальной тревожностью)²¹. Иначе говоря, КПТ хочет помочь человеку вернуть контроль над собой, а, следовательно, и свободу воли, о чем Аарон Бек, основатель данного подхода, пишет прямо:

Традиционная нейropsихиатрия, возникшая на основе доктрины физикализма девятнадцатого века, ищет биологические причины, такие как химические или неврологические отклонения, и применяет лекарственные препараты и другие физические методы для облегчения эмоционального расстройства <...> Поскольку эти три ведущие²² школы утверждают, что источник беспокойства пациента лежит за пределами его

²⁰ Бернс Д. Терапия беспокойства. Как справляться со страхами, тревогами и паническими атаками без лекарств. — М.: Альпина Паблишер, 2024. — ISBN 978-5-9614-4775-0. — С. 536.

²¹ Бернс Д. Терапия одиночества. Как научиться общаться, дружить и любить. — М.: Альпина Паблишер, 2023. — ISBN 978-5-9614-7672-9. — С. 30–35.

²² Пропущены рассуждения Бека о психоанализе, опирающемся в своих исследованиях на концепцию бессознательного, а также бихевиоризме, интересующемся произвольными рефлексамми.

сознания, они ничего не говорят о его сознательных концепциях, его конкретных мыслях и фантазиях²³.

Когнитивно-поведенческая терапия сводится к деятельности разума, к сознательному в противовес психоаналитического бессознательного, к тому, на что можно повлиять «ясно и отчетливо»²⁴. Такой подход создает иллюзию выбора — ведь мышление находится под нашим рациональным контролем. Всё, что может быть осознано, может быть записано и разобрано на предмет ошибок. Найдя явные или видимые противоречия, человек может устранить их и выстроить корректную систему убеждений. Однако далеко не все социальные и личностные решения человека могут быть подчинены рациональному порядку, экономике, тому, что можно просчитать или контролировать. Поэтому когнитивная модель испытывает проблемы там, где различные «аргументы» имеют разный эмотивный или ценностный вес, — например, в случае семейной терапии. Классическая техника таблиц для принятия решений, где пациенту необходимо прописать все достоинства и недостатки какого-либо феномена, часто терпит здесь неудачу: можно написать огромный список недостатков партнера, которые будут эмоционально уничтожены тем, что человеку экзистенциально важен партнер как Другой. Помимо разговора, КПТ практически нечего предложить в такой ситуации; однако нередко в терапию приходят люди, которые уже не могут говорить друг с другом. КПТ неприменима к тем, кто ничего не говорит или говорит бессмысленно, вроде больных афазией. Также она практически не используется в лечении тех, чья речь выражает несуществующее, вроде тяжелых случаев шизофрении²⁵. Более того, освободительный характер когнитивно-поведенческой терапии изрядно преувеличен: везде, где КПТ не справляется, она возвращается к другой «наиболее доказанной» теории — биологическому редукционизму²⁶. Поэтому когнитивно-поведенческая теория вдвойне

²³ Beck A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. — London: Penguin, 1991. — ISBN 978-0140156898. — P. 2.

²⁴ По этой причине многие техники КПТ пересекаются с логикой или математикой, например, техника сведения к абсурду. См. подробнее Лихи Р. *Техники когнитивной психотерапии*. — СПб.: Питер, 2024. — 655 с. — ISBN 978-5-4461-1218-0.

²⁵ В научно-исследовательской литературе влияние КПТ на больных шизофренией активно исследуется. Пока что эффективность применения КПТ-терапии в случаях тяжелой шизофрении не выглядит достаточно убедительно. См., например, Kart A., Özdel K., Türkçapar M. H. *Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia // Noro Psikiyatı Ars.* — 2021. — Vol. 58. — Pp. 61–65; или Berendsen S., Berendse S., van der Torre J., Vermeulen J., de Haan L. *Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials // eClinicalMedicine.* — 2024. — Vol. 67.

смешна и жестока: если психиатрия как медицинская наука постулирует лишь одну форму детерминизма, утверждая, что человеческое состояние и мышление напрямую зависят от функционирования его органов, то КПТ усиливает этот тезис, сохраняя для человека только одну форму свободы — свободу рассудка. Мы не можем повлиять на общество, не можем повлиять на мир, мы подчиняемся нашим биологическим часам, которые заставляют нас ошибаться в мышлении. Мы должны покоряться той системе, которая сначала научила нас достигать и добиваться экономических вершин, а потом начала говорить, что это всё ошибки мышления. Мы должны быть хорошими сломанными для того общества, которое нас сломало. Ведь кто может быть несломанный лучше нас, сломанных?

Conexio sexualis et letalis

Сэмюэль Шем, американский психиатр и писатель, рассказывает в одной из статей историю своего пациента, Гарольда. Он пишет:

Молодой человек, — назовем его «Гарольдом», — был кокаиновым и опиатным наркоманом, который не употреблял в последние полтора года. В записке от моего коллеги говорилось, что Гарольд ‘в последнее время стал немного параноидальным и снова стал пользоваться услугами девушек по вызову, что заставляло его испытывать стыд и вину’. Гарольд был педантичным, осторожным мужчиной лет тридцати. <...> Его отношения со мной были полны лжи, подозрения и скрытой угрозы²⁷.

Как можно работать с параноидальным пациентом, бывшим наркоманом, который пребывает в постоянном чувстве вины и стыда? С пациентом, который скрывается, чувствует угрозу? С пациентом, который хочет сбежать, чувствует, что сам факт подобной терапии убивает его? С пациентом, который предоставляет почву для долгой игры в перенос и контрперенос? Банальная версия ответа Шема: говорить не о нем, а о том, что ему нравится. Так давайте же поговорим о литературе, раз вы любите читать, — какую книгу вы прочитали последней? Лицо Гарольда просветляется. Он — к большому сожалению — заканчивает «Дэвида Копперфильда» Чарльза Диккенса:

²⁶ Это напрямую следует из структуры учебника Джудит Бек, который заканчивается, помимо таблиц и схем, главами о медицинской терапии и фармакологии. То же повторяют даже популярные КПТ-издания, вроде Бернса. КПТ не заменяет и не отменяет фармакотерапию — «перед приемом проконсультируйтесь со специалистом».

²⁷ Shem S. Psychiatry and Literature: A Relational Perspective // Literature and Medicine. — Vol. 10. — 1991. — P. 42.

Я не хочу, чтобы это заканчивалось! Я плакал навзрыд над последними главами как никогда раньше!²⁸

Сэмюэль Шем констатирует: между Гарольдом и Дэвидом Копперфильдом образовалась некая связь, в которой Гарольд мог быть аутентичным, искренним. В связи с этим Шем написал исследование о том, каким образом литература может оказывать действенное влияние на психически больных. То, что нас интересует здесь, — связь, описываемая Шемом. Что это за странный инструмент терапии? Очередная форма детерминизма? В какую картину человека вписывается идея, что больному может помочь исцелиться правильная связь? И как связь с несуществующим, мертвым, фетишем, может оказаться аутентичной? Для того, чтобы ответить на эти вопросы, я также обращаюсь к литературе — к опытам излечения и болезни, описываемым французским писателем Паскалем Киньяром. В разных сочинениях Киньяра упоминаются психически больные — говорящие и молчащие, радостные и проклинающие, депрессивные и параноидальные. Отдельное внимание стоит обратить на роман «Carus, или Тот, кто дорог своим друзьям». Он написан в форме дневника, который ведет один из друзей А. По описанию А. страдает от психического заболевания, вероятно — депрессии, читаем:

Он совсем ничего не делает. Заполнить бланк, помочь по хозяйству, вымыть посуду, вбить гвоздь — всё требует от него невероятных усилий. Всё кажется неподъемной задачей. Он часами сидит неподвижно, ведя бесконечный диалог со своим вторым маленьким «я», усопшим и невозвратным, или, вернее, горько оплакивая себя «того», которого никогда не любили, но которого следовало любить, и который стал им теперешним, и который стал недостоин его самого²⁹.

Таким описанием награждает А. его жена, Элизабет. При этом в книге А., вплоть до самого конца, не оказывается совершенно пассивной фигурой. Он отзывается на речи, разговоры своих друзей, который охватывают совершенно разные темы — от сущности любви до проблемы самоубийства, от вопросов словоупотребления и до способов терапии депрессии. А. предлагает свой взгляд, и зачастую его оптика нигилистична, пустотна:

Это правда, я не могу пробудиться от смерти. Не могу разорвать туманную завесу, которую она протянула между мной и

²⁸ Там же. С. 42–43.

²⁹ Киньяр П. Carus, или Тот, кто дорог своим друзьям. — М.: Азбука, 2012. — 320 с. — ISBN 978-5-389-02956-9.

остальным миром. Нет сил уничтожить ее у себя в мозгу, она там — густая, непроницаемая, временами вспыхивающая болью. <...> Я жалкое подобие человека. Когда я сижу в ванной, мое тело кажется мне куском мяса — нелепым белым ошметком плоти. И мой член, вяло всплывающий на поверхность, больше похож на невесомую пробку. <...> Пустота... Страшная до жути пустота... <...> Ничего уже не осталось, я приближаюсь к пустыне³⁰.

Причину такого состояния А. нам не раскрывают, нет какого-либо события, которое предвещает его меланхолическое состояние (этим он, например, отличается от Йерра, с которым в конце книги меняется местами; Йерра бросает возлюбленная, затем у него умирает отец — всё это заставляет его потерять вкус к жизни). Его жена остается с ним, его ребенок растет на глазах; друзья собираются в его доме, играют музыку. Неужели нам снова ничего не объяснят? Не дадут однозначный этиологический ответ? В отличие от психиатров и психотерапевтов, писатели милосердны, поэтому Киньяр рассказывает, чем вызвано состояние А.: умиранием, близостью к смерти. И, несмотря на кажущуюся пошлость и экзистенциальность данного ответа, он дает не меньше, а, возможно, и больше, чем иные диагностические идеи. Почему? Потому что сама сущность смерти начинает помогать отвечать на вопрос о том, как от нее избавиться. Это хорошо понял Томас Махо, когда написал:

Смерть приговаривает нас к молчанию. Мертвое тело — насмешка над любыми словами. И всё же мы продолжаем говорить, словно гул голосов позволяет защитить нас от смерти. Мы вздохом воплощаем нашу живость в слова и фразы, буквы и тексты. Мертвые молчат, а нам суждено говорить, чтобы доказать, что мы еще живы³¹.

В отличие от большинства слов, которые мы употребляем в языке, смерть не имеет конкретного определения, потому что феномен смерти связан с абсолютной закрытостью и пустотностью. Это хорошо чувствовал еще Августин: смерть тождественна небытию, о котором можно сказать лишь то, что его нет. Сотворенность мира *ex nihilo* делает его разрушимым, потенциально портящимся (*corruptio*)³². Любая

³⁰ Там же. С. 63.

³¹ Махо Т. Метафоры смерти. — М.: Des Esseintes Press, 2025. — 496 с. — ISBN 978-5-9248-0211-4.

³² См. подробнее об этом Evans F. R. Augustine on Evil. — Cambridge: Cambridge University Press, 1990. — 216 p. — ISBN 978-0521397438.

психическая болезнь связана с исключительностью, с чувством одиночества, с постулированием единственности³³. Ментальная норма — это то, что возникает благодаря связности людей, тем формам объединения, которые являются привычными. Неспособность поддерживать социальные нормы, отклонение, девиация — то, что противопоставляет человека обществу, но при этом не сближает его с другими больными, чьи отклонения являются особыми («Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему»). Каким образом, в таком случае, добиваться стирания исключительности? Устанавливая связи с Другим, о чем Киньяр пишет довольно прямо:

— И в самом деле, — продолжал он, — можете ли вы назвать задачу, которая помогает заполнить пустоту? <...>
 — Дружба, — сказал я.
 — Или музыка, — ответил он. И добавил: — Две вещи, если вдуматься, очень близкие... и принадлежащие к самым общественным видам искусства³⁴.

Подойдут любые связи: *homo sapiens* хорошо интуитивно чувствует, когда он находится в состоянии бытия-вместе, а когда эта связь нарушается. Даже социопатия опирается на это разграничение. Человек требует до боли знакомую мелодию, которая лежит за границей логоса-рассуждения или глагола-приказа. Почему депрессия хорошо лечится когнитивно-поведенческим подходом? Потому что люди депрессивного спектра глубоко вербальны³⁵: они спокойно установят связь с тем, кто будет разговаривать с ними, выслушивать их, понимать их. Отсюда же столько случаев переноса, проявляющегося в форме влюбленности: психотерапия — это всегда обнажение, откровение, ответом на которую нередко служит замороженность (контр-перенос). Та же мысль, но эстетическими средствами выражена в сериале «Ганнибал» («Никто не может досконально знать человека, не будучи разве что в него влюбленным») или фильме Пак-Чхан Ука «Я — киборг, но это нормально» (девушка, мнящая себя киборгом,

³³ Еще Дунс Скот определил сущность человека как *homo viator*, «человек-странник», имея в виду то, что человек совершенно уникален и в этом смысле не может найти себе подобного. То же постулировал экзистенциализм, заявивший, что существование предшествует сущности.

³⁴ Киньяр П. Сагус, или Тот, кто дорог своим друзьям. — М.: Азбука, 2012. — ISBN 978-5-389-02956-9. — С. 295.

³⁵ В отличие, например, от тех, кто склонен к параноидальному спектру. Попробуйте *объяснить* параноику, почему за ним не следит ЦРУ. Об этом хорошо написал Болтански: Болтански Л. Тайны и заговоры. По следам расследований. — СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2019. — 502 с. — ISBN 978-5-94380-274-4.

соглашается принять пищу из рук возлюбленного). Поэтому этика психотерапии (как и педагогики) глубоко парадоксальна: она запрещает то, что является одним из ее оснований, постулируя строгий иерархизм. Сексуальных связей не существует. Жизнь, ограниченная смертью, но не рассматривающая их взаимную связь и обусловленность, может быть помещена в рамки метода, дискурса или идеологии.

Что дает такой взгляд на болезнь? Как это ни странно, он дает предельную свободу. Постулируя смерть причиной психического отклонения, мы как бы говорим: человек предпочел общению с нами некоторый род небытия. Как вернуть его? Попробовать связать с чем-то живым³⁶. Живое существо бытийствует, пока оно кому-то нужно. Однако это вовсе не означает, что бытие нужно ему или когда-нибудь зачем-то понадобится. Это тот риск, который мы обязаны принять. Иначе говоря:

Мои друзья старели, а я грезил о женщине, которой больше не было в живых³⁷.

Посвящается моему другу, Уваровой Софье Витальевне, врачу-психиатру, врачу-психотерапевту ГКУЗ Ульяновской областной клинической психиатрической больницы имени В. А. Копосова, с пожеланием почаще переслушивать «Гольдберг-вариации» Баха.

³⁶ Отмечу, что данная гипотеза не аннигилирует медицину как данность. Опухоли необходимо вырезать, гормональный дисбаланс следует лечить фармакологически. Однако не стоит торопиться задавать строгую причинно-следственную связь «физика => психика», которая на данный момент является доминирующей. Обратная линия «психика => физика», применяющаяся, например, в ГНМ, также представляется ошибкой мышления.

³⁷ Киньяр П. Carus, или Тот, кто дорог своим друзьям. — М.: Азбука, 2012. — С. 148.

Библиография

1. Quignard P. L'Être du balbutiement: Essai sur Sacher-Masoch. — Paris: Mercure de France, 1974. — 200 p. — ISBN 978-2715235212.
2. Александровский Ю. А. Периоды и этапы развития психиатрии // Психиатрия: национальное руководство / под ред. чл.-корр. РАН Ю. А. Александровского, проф. Н. Г. Незнанова. — М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2018. — С. 29–44. — ISBN 978-5-9704-4462-7.
3. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. — WPA General Assembly, Madrid, 1996.
4. Александровский Ю. А. Общие вопросы лечения больных с психическими расстройствами // Психиатрия: национальное руководство / под ред. чл.-корр. РАН Ю. А. Александровского, проф. Н. Г. Незнанова. — М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2018. — С. 811–820. — ISBN 978-5-9704-4462-7.
5. Clark E. A. «Adam's Only Companion»: Augustine and the Early Christian Debate on Marriage // *Recherches Augustiniennes*. — 1986. — Vol. 21. — Pp. 139–162.
6. Jenkins E. L. Free To Say No? Free Will and Augustine's Evolving Doctrines of Grace and Election. — Cambridge: James Clarke & Co., 2013. — 146 p. — ISBN 978-0227174234.
7. Power K. Veiled Desire: Augustine on Women. — New York: Continuum, 1996. — 328 p. — ISBN 978-0826409348.
8. Feighner J. P. Mechanism of action of antidepressant medications // *The Journal of Clinical Psychiatry*. — 1999. — Vol. 60, Suppl. 4. — Pp. 4–13.
9. Culverhouse R., Saccone N., Horton A. et al. Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression // *Molecular Psychiatry*. — 2018. — Vol. 23. — Pp. 133–142.
10. RNC.Pharma. Спрос на противотревожные препараты в России растет третий год подряд [Электронный ресурс]. — URL: <https://rncph.ru/blog/290725/> (дата обращения: 10.11.2025).
11. Scheid T. L. The Sociology of Mental Health // *The Cambridge Handbook of Sociology. Vol. 2. Specialty and Interdisciplinary Studies* / ed. by Kathleen Odell Korgen. — Cambridge: Cambridge University Press, 2017. — Pp. 148–155. — ISBN 978-1107564923.
12. A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems, 2nd ed. / ed. by Teresa L. Scheid, Tony N. Brown. — Cambridge: Cambridge University Press, 2009. — xx + 714 p. — ISBN 978-0511984945.

13. Гребер Д. Бредовая работа. Трактат о распространении бессмысленного труда. — М.: Ad Marginem, 2020. — 440 с. — ISBN 978-5-91103-541-9.

14. Cuijpers P., Miguel C., Harrer M., Plessen C. Y., Ciharova M., Ebert D., Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients // *World Psychiatry*. — 2023. — Vol. 22(1). — Pp. 105–115.

15. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям, 3-е издание. — СПб.: Питер, 2023. — 512 с. — ISBN 978-5-4461-2960-7.

16. Бернс Д. Терапия беспокойства. Как справляться со страхами, тревогами и паническими атаками без лекарств. — М.: Альпина Паблишер, 2024. — 552 с. — ISBN 978-5-9614-4775-0.

17. Бернс Д. Терапия одиночества. Как научиться общаться, дружить и любить. — М.: Альпина Паблишер, 2023. — 328 с. — ISBN 978-5-9614-7672-9.

18. Beck A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. — London: Penguin, 1991. — 356 p. — ISBN 978-0140156898.

19. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: Питер, 2024. — 655 с. — ISBN 978-5-4461-1218-0.

20. Kart A., Özdel K., Türkçapar M. H. Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia // *Noro Psikiyatı Ars*. — 2021. — Vol. 58. — Pp. 61–65.

21. Berendsen S., Berendse S., van der Torren J., Vermeulen J., de Haan L. Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials // *eClinicalMedicine*. — 2024. — Vol. 67.

22. Shem S. *Psychiatry and Literature: A Relational Perspective* // *Literature and Medicine*. — Vol. 10. — 1991. — Pp. 42–65.

23. Киньяр П. Carus, или Тот, кто дорог своим друзьям. — М.: Азбука, 2012. — 320 с. — ISBN 978-5-389-02956-9.

24. Махо Т. Метафоры смерти. — М.: Des Esseintes Press, 2025. — 496 с. — ISBN 978-5-9248-0211-4.

25. Evans F. R. *Augustine on Evil*. — Cambridge: Cambridge University Press, 1990. — 216 p. — ISBN 978-0521397438.

26. Болтански Л. Тайны и заговоры. По следам расследований. — СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2019. — 502 с. — ISBN 978-5-94380-274-4.

«And I'm afraid I won't get out alive»: Illness and Unfreedom in Psychiatry

Alexandra S. Ilyina — post-graduate student, Department of the History of Philosophy, Faculty of Philosophy, Lomonosov Moscow State University; Moscow, Russian Federation. E-mail: asm.fon.bis@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4530-1240

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, depression, anxiety, free will, Pascal Quignard

Ever since Michel Foucault detailed the connection between psychiatric diagnosis and the cultural-historical paradigm, it has become poor form to think of a diagnosis as analogous to lung cancer or kidney stones. The organic paradigm of clinical psychiatry seemed to have been shaken, replaced by humanistic approaches inspired by existentialists such as Martin Heidegger or Jean-Paul Sartre. However, this discovery has had almost no impact on institutional psychiatric practices. The foundation of psychiatric treatment is still considered to be pharmacotherapy, and the most funded research in the field is pharmacological. Occupying a secondary role in this partnership is cognitive-behavioral therapy (CBT), which nonetheless presents itself as the predominant evidence-based paradigm for understanding the human psyche. CBT is considered most effective in treating depression and anxiety disorders. The cognitive-behavioral approach forms a specific theoretical understanding of a person, defining their place in the world and showing the limits of their influence on it. A basic premise of cognitive-behavioral therapy is positivity, an aim for proactive thinking free of logical errors, thus focusing on the individual's conclusions about reality. By working with these, the psychotherapist teaches the client correct thinking, thereby curing the illness. The illness, in this framework, is conceived as that which imposes a limitation on a person's freedom of thought. A person is free when they can think correctly and is dependent when errors are present in their thinking. Thus, modern psychiatric and psychotherapeutic discourse can be conceptualized as part of the broader philosophical debate on freedom and determinism (the subordination of humans to biology, physics, or logos). By introducing a social approach to psychiatric diagnosis, Foucault did not overcome this debate but complicated it, adding another variable

to the equation: society, which defines the criteria of health and sickness. So, psychotherapeutic discourse has repeatedly only made a person dependent, but the point is to liberate them.

References

1. Quignard P. L'Être du balbutiement: Essai sur Sacher-Masoch. — Paris: Mercure de France, 1974. — 200 p. — ISBN 978-2715235212.
2. Aleksandrovskij Yu. A. Periody i etapy razvitiya psikhiiatrii [Periods and stages of development of psychiatry] // Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo [Psychiatry: A National Guideline] / ed. by Yu. A. Aleksandrovskij, N. G. Neznanov. — Moscow: Izdatel'skaya gruppa GEOTAR-Media, 2018. — Pp. 29–44. — ISBN 978-5-9704-4462-7. (In Russian)
3. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. — WPA General Assembly, Madrid, 1996.
4. Aleksandrovskij Yu. A. Obshchie voprosy lecheniya bol'nykh s psikhicheskimi rasstrojstvami [General issues of treatment of patients with mental disorders] // Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo [Psychiatry: A National Guideline] / ed. by Yu.A. Aleksandrovskij, N.G. Neznanov. — Moscow: Izdatel'skaya gruppa GEOTAR-Media, 2018. — Pp. 811–820. — ISBN 978-5-9704-4462-7. (In Russian)
5. Clark E. A. 'Adam's Only Companion': Augustine and the Early Christian Debate on Marriage // Recherches Augustiniennes. — 1986. — Vol. 21. — Pp. 139–162.
6. Jenkins E. L. Free To Say No? Free Will and Augustine's Evolving Doctrines of Grace and Election. — Cambridge: James Clarke & Co., 2013. — 146 p. — ISBN 978-0227174234.
7. Power K. Veiled Desire: Augustine on Women. — New York: Continuum, 1996. — 328 p. — ISBN 978-0826409348.
8. Feighner J. P. Mechanism of action of antidepressant medications // The Journal of Clinical Psychiatry. — 1999. — Vol. 60, Suppl. 4. — Pp. 4–13.
9. Culverhouse R., Saccone N., Horton A. et al. Collaborative meta-analysis finds no evidence of a strong interaction between stress and 5-HTTLPR genotype contributing to the development of depression // Molecular Psychiatry. — 2018. — Vol. 23. — Pp. 133–142.
10. RNC.Pharma. Spros na protivotrevozhnye preparaty v Rossii rastet tretiy god podryad [Demand for Anti-Anxiety Drugs in Russia Has Been Growing for the Third Year in a Row] [Electronic resource]. — URL: <https://rncph.ru/blog/290725/> (accessed: 10.11.2025). (In Russian)

11. Scheid T. L. The Sociology of Mental Health // The Cambridge Handbook of Sociology. Vol. 2. Specialty and Interdisciplinary Studies / ed. by Kathleen Odell Korgen. — Cambridge: Cambridge University Press, 2017. — Pp. 148–155. — ISBN 978-1107564923.

12. A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems. 2nd ed. / ed. by Teresa L. Scheid, Tony N. Brown. — Cambridge: Cambridge University Press, 2009. — xx + 714 p. — ISBN 978-0511984945.

13. Graeber D. Bredovaya rabota. Traktat o rasprostranении bessmyslennogo truda [Bullshit Jobs]. — Moscow: Ad Marginem, 2020. — 440 p. — ISBN 978-5-91103-541-9. (In Russian)

14. Cuijpers P., Miguel C., Harrer M., Plessen C. Y., Ciharova M., Ebert D., Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients // World Psychiatry. — 2023. — Vol. 22(1). — Pp. 105–115.

15. Beck J. Kognitivno-povedencheskaya terapiya: ot osnov k napravleniyam. 3-e izd. [Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond]. — Saint Petersburg: Piter, 2023. — 512 p. — ISBN 978-5-4461-2960-7. (In Russian)

16. Burns D. Terapiya bespokojstva. Kak spravlyat'sya so strakhami, trevogami i panicheskimi atakami bez lekarstv [Anxiety Therapy]. — Moscow: Al'pina Publisher, 2024. — 552 p. — ISBN 978-5-9614-4775-0. (In Russian)

17. Burns D. Terapiya odinochestva. Kak nauchit'sya obshchat'sya, druzhit' i lyubit' [Therapy of Loneliness]. — Moscow: Al'pina Publisher, 2023. — 328 p. — ISBN 978-5-9614-7672-9. (In Russian)

18. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. — London: Penguin, 1991. — 356 p. — ISBN 978-0140156898.

19. Leahy R.L. Tekhniki kognitivnoj psixhoterapii [Cognitive Therapy Techniques]. — Saint Petersburg: Piter, 2024. — 655 p. — ISBN 978-5-4461-1218-0. (In Russian)

20. Kart A., Özdel K., Türkçapar M. H. Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia // Noro Psikiyatry Ars. — 2021. — Vol. 58. — Pp. 61–65.

21. Berendsen S., Berendse S., van der Torren J., Vermeulen J., de Haan L. Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials // eClinicalMedicine. — 2024. — Vol. 67.

22. Shem S. Psychiatry and Literature: A Relational Perspective // Literature and Medicine. — Vol. 10. — 1991. — Pp. 42–65.

23. Quignard P. Carus, ili Tot, kto dorog svojim druz'yam [Carus]. — Moscow: Azbuka, 2012. — 320 p. — ISBN 978-5-389-02956-9. (In Russian)

24. Macho T. Metafory smerti [Metaphors of Death]. — Moscow: Des Esseintes Press, 2025. — 496 p. — ISBN 978-5-9248-0211-4. (In Russian)

25. Evans F. R. Augustine on Evil. — Cambridge: Cambridge University Press, 1990. — 216 p. — ISBN 978-0521397438.

26. Boltanski L. Tajny i zagovory. Po sledam rassledovanij [Mysteries and Conspiracies: Detective Stories, Spy Novels and the Making of Modern Societies]. — Saint Petersburg: Izdatel'stvo Evropeyskogo universiteta v Sankt-Peterburge, 2019. — 502 p. — ISBN 978-5-94380-274-4. (In Russian)