**УДК 101.1**

**Косилова Е.В.**

**Философский анализ психиатрии в компьютерной культуре[[1]](#footnote-1)**

Интернет-технологии развиваются стремительно. Уже давно проходят интернет-коучинги, вебинары-тренинги и тому подобные мероприятия, задействующие ресурсы сети. В психотерапии тоже наметилась тенденция проводить психотерапевтические сессии по интернету. Это дешево, позволяет охватить максимум аудитории и предоставляет аудитории возможность пользоваться психотерапевтическими услугами, не выходя из дома и, может быть, даже не живя в городе, где эти услуги доступны в реале. Однако психиатрия – не психотерапия. Можно ли ждать интернет-психиатрии?

**Особенности психотерапии**

Для психотерапии характерна определенная безответственность.

В ряде случаев психотерапией занимаются выпускники медицинских вузов, так сказать, психиатры по первому образованию. Им приходится очень много работать над собой, прежде всего, чтобы забыть о таблетках и капельницах, затем, чтобы освоить – даже не психотерапевтическую технику – а такие вещи, например, как беседа с несколькими больными разом, умение организовать так, чтобы они сидели комфортно, если их несколько – направлять беседу и так далее. Психиатров этому не учат. Это умение им приходится приобретать самим.

Однако чем заканчивается их образование в медицинском институте (включающее в себя операции с риском для больного, назначение лекарств с риском острой аллергии, симптоматическая работа с теми, кто обречен умереть и т.п.) – это тем, что правило «primum non nocere» въедается в них до глубины души. Особенно это так в тех странах (наша движется в этом направлении), когда за доказанный вред больному врача могут судить и в лучшем случае подвергнуть изъятию лицензии. Как ни парадоксально это может показаться незнакомому с проблематикой медицины человеку, проще лечить проверенными, слабыми, но безопасными средствами, чем новыми, эффективными, но рискованными. «История болезни пишется для прокурора», – горько-безнадежная пословица, сложенная на этот счет самими врачами. Здесь можно возразить насчет так называемой доказательной медицины или во всяком случае директив Минздрава (ВОЗ), но я сейчас в этот спор вдаваться не буду. Я хотела обратить внимание только на то, что для человека, имеющего медицинское образование, опасность причинения больному вреда всегда серьезна и актуальна.

Вторая группа так называемых психотерапевтов – это выпускники психологических факультетов разнообразных вузов. В некоторых случаях, например, если на факультете есть кафедра патопсихологии, клинической психологии, дефектологии и тому подобного, их сразу ориентируют на работу с больными. В других случаях они проходят общую психологию в ее различных учениях и методах, и лишь потом специализируются на патопсихологии (и то я не уверена, что это требование обязательно). Имеется также группа, примыкающая ко второй, таких «терапевтов», которые вовсе не получили никакого психологического либо психиатрического образования, а самостоятельно изучили техники групповых сеансов и успешно проводят их за меньшее или большее вознаграждение.

По написанному мной уже ясно, что никакого primum non nocere в своем сердце они не носят. Более того, иногда они прямо предупреждают приходящих к ним клиентов, что те сами несут ответственность за все, что с ними будет происходить. Они довольно хорошо разбираются в психологии – в целом, по моим наблюдениям, лучше, чем бывшие психиатры. Однако этот вопрос нуждается в каком-то независимом исследовании, так что я сейчас про это писать не буду.

Скажу два слова о сходстве и различии подходов, исходя из названных особенностей образования. Психиатры, изучавшие только психиатрию, обычно так до конца и не могут отучить себяи, клинической психологии, дефектологии и тому подобного, их сразу ориентируют на работу с больными. мыслить в терминах справочника Снежневского (Варианты: МКБ-9, МКБ-10, учебник Каплана-Сэдока [4] и т.п.). Шизоид для них является шизоидом, то есть субъектом, имеющим общую структуру психики с шизофренической. Эпилептоид – эпилептоидом и так далее. Обычно они говорят об эпилептических радикалах, шизоидных радикалах и так далее [3]. Если бы в психотерапии употреблялись таблетки, они бы держали наготове трифтазин.

Психологи, каждый из которых, при хорошем образовании, знает десятки теорий психики, от бихевиоральной до экзистенциальной, мыслит обычно шире и чаще всего вообще не рвется ставить пациенту диагноз[[2]](#footnote-2). Широко распространена введенная еще психоанализом техника, при которой психолог ничего не «навязывает» пациенту, своими вопросами только побуждая его говорить самому. Этот прием можно назвать психологической эхолалией, настолько мало смысловой и оценочной ответственности ложится при этом на психолога.

Здесь мы подходим к самому главному кредо психологов. Вместо клятвы Гиппократа у них служит клятва не навязывать свои ценности и выводы клиенту. Предоставлять ему свободу и полный выбор. Психолог только тогда чувствует себя профессионалом, когда несчастливый негодяй ушел от него счастливым негодяем. Думать про этого негодяя он может что угодно, но обязан держать это при себе.

Как врачи не всегда придерживаются гиппократовской клятвы, так и психологи не всегда придерживаются клятвы безоценочности. Более того, они ее почти никогда не придерживаются, потому это практически невозможно.

Случай из жизни (2012 год).

Групповой сеанс известного психолога. Обсуждается тема, как решиться на Поступок, как освободиться от малодушия и осуждения окружающих и самому принять важное для себя Решение. При такой формулировке тема звучит весьма экзистенциально.

Молодая женщина рассказывает о себе. Она поехала из Москвы в Санкт-Петербург, там сильно влюбилась в женатого с двумя детьми человека, бросила свою московскую квартиру и отдала все силы тому, чтобы заставить его полюбить ее. Это у нее получилось. Он бросил семью, они переехали в Москву, стали организовывать свой бизнес (тоже околопсихологический), прошло какое-то время, она забеременела. Тут начались раздоры в семье, связанные с ее неровным психическим состоянием, оба они чего-то требовали друг от друга, и наконец, на шестом месяце беременности, она поняла, что муж мешает ей личностно развиваться. Она развелась с ним. Считает это большим, геройским Поступком своей жизни, обеспечившим свободу ее дальнейшего саморазвития.

После рассказа ей аплодировали. Она и вправду казалась достойной аплодисментов – женщина, героически разбившая две семьи и оставившая без отцов троих детей.

Психолог, как это и положено, не вмешивался, давал только маленькие пояснения. Ценности саморазвития и свободы имелись в виду как бы сами собой. Их никто не навязывал, они просто исподволь существовали. А ценности терпения, верности, крепкой семьи и покаяния отсутствовали. В принципе, эта группа во главе с этим психологом отражает вообще ценности всей современной культуры, если не считать того, что такие слова как измена, эгоизм, отсутствие долга, равнодушие к подлости – просто не звучат. Какой может быть долг перед кем-то, когда высшей ценностью является саморазвитие?

Если продолжать рассуждать об этом, то речь непременно зайдет о существующей культуре, о том, какие ценности востребованы в ней, а какие считаются устаревшими. Перейду непосредственно к вопросу о вреде, который наносит в данном случае психолог. Вполне понятно, что если бы он сказал ей, что ей будет трудно воспитывать ребенка без мужа, и лучше бы им было примириться, это шло бы вразрез с его декларируемой безоценочностью. А сказать о вреде, который она нанесла другим людям – это просто-таки лезть в душу. Но еще хуже было бы для него то, что он мог бы лишиться клиентки. Хотя я в начале статьи писала, что вопрос оплаты не рассматривается, я имела в виду уравнять институциональных психиатров-психотерапевтов с институциональными психологами-психотерапевтами. Но психологи-то почти всегда берут деньги с клиентов, и зачастую немалые. Понятно, что в такой ситуации позиция безоценочности очень удобна.

Могла ли быть такая сессия проведена по интернету? Не видно причин, почему бы нет. Для этого нужен только скайп в режиме видео. На психолога ложится дополнительная нагрузка давать слово в скайпе тому или другому пациенту, но это решаемая проблема. В конце концов, участников в скайпе могло быть и больше, было бы больше денег, и психолог мог бы нанять себе ассистента.

**Психиатрия в отличие от психотерапии**

Психиатрия делится на «большую» и «малую». Предмет большой психиатрии – острые и тяжелые состояния, психозы, требующие массивного медикаментозного лечения. Предмет малой психиатрии – пограничные состояния, которые часто тоже требуют медикаментов, но не так массивно, а иногда ограничиваются психотерапевтическими и общеоздоровительными приемами. Чаще же всего то и другое сочетается.

Мы видим, что малая психиатрия – это переходная ступень к психотерапии и клинической психологии, поэтому мы ее рассматривать не будем. Может ли большая психиатрия использовать интернет в своей деятельности?

Прежде всего, конечно, на ум приходит то, что острый психоз необходимо купировать (снимать) в условиях стационара. Так что совсем перевести на сетевое общение врача и пациента невозможно. Использование интернета если и возможно, то только частичное. Однако к частичному использованию интернета в психиатрии все идет. Даже в стационаре можно использовать скайп и другие интернет-программы для динамического наблюдения врачом пациентов в палатах. Без врача пациент может вести себя не так же, как в присутствии врача. Даже присутствие медсестры в наблюдательной палате может изменить его поведение. В этом смысле локальная больничная сеть интернет дает неограниченные возможности наблюдения. Можно разработать программы, которые будут, например, ночью вызывать дежурного врача, если у больного начался приступ острого состояния.

Можно ли поставить диагноз по интернету? К этому тоже все идет, и думается, что в будущем это будет распространенная практика (думается, что в достаточно отдаленном будущем, но кто знает, какими темпами будут развиваться технологии?). В так называемой социобиологии [2] уже разрабатывается методика «объективной» постановки диагноза. Состоит она в следующем. Поведение больного записывается на видеокамеру, а затем подсчитываются баллы по особой системе, регистрирующей определенные реперные точки в поведении пациента. К таким реперным точкам относится поза при сидении на стуле, угол наклона головы, направление взгляда, частота движений руками, угол раздвижения коленей при сидении, громкость голоса, быстрота речи и т.п. Все это можно, по мысли социобиологов, в будущем даже обсчитывать машинной программой, вообще исключив врача из постановки диагноза. Но сейчас речь об этом не идет. Врача не исключают, он интерпретирует данные программы. Он ведет с пациентом диалог по сети, смотрит на него, слушает его. Одновременно он получает данные видеорегистрации реперных параметров. Пока таких систем, насколько мне известно, нет, но не видно, почему бы им не появиться в будущем.

Медикаментозное лечение, как уже было сказано, прерогатива врача в реале. Однако на Западе все большее ускорение набирает так называемая деинституационализация, то есть лечение больных в домашних условиях. Острые состояния, конечно, требуют госпитализации, но они современными средствами быстро снимаются, остаются хронические явления (в том числе бред, галлюцинации!). С этими хроническими явлениями больного выписывают в семью, где, как считается, выздоровление пойдет успешнее. Думается, что тут большую роль играют денежные соображения страховых компаний, но с самим явлением сейчас уже ничего не сделаешь. Деинституционализация происходит и в России. Средний срок пребывания больного в стационаре – две недели. За это время можно только успеть снять самые острые проявления психоза. Затем, если нет возможности вернуть больного в семью, ему грозит психоневрологический интернат (ПНИ).

И вот в случае возвращения полу-вылеченных больных в семью интернет может оказать большую пользу врачу. Врач может видеть пациента и слышать его. Видео скайп и другие программы позволяют общаться с больным непосредственно, а не через родственников. Постоянное наблюдение вне стационара очень эффективно может быть налажено посредством сетевых программ. В ПНИ интернет также может сыграть большую роль. Там есть свои работники, которые видят больных в реале (но мы помним, что этому помогает локальная больничная сеть, дающая возможность буквально не спускать с них взгляда). Но вновь поступившие в ПНИ больные и больные, которые содержатся там хронически, должны проходить освидетельствование комиссией на предмет улучшения/ухудшения их состояния. Собрать комиссию, которая ездит по ПНИ, гораздо сложнее, чем устроить видео сессию через интернет. К тому же больным, как уже было сказано, зачастую в окружении людей становится хуже, и им легче общаться по интернету, когда рядом народа мало.

Вести своих больных врач может даже без видео. Это еще больше облегчает нагрузку на психику пациента. Скайп и другие мессенджеры дают возможность печатать, не видя лиц, не слыша голосов. Многим больным именно это дает возможность раскрепоститься и вступить в полноценную коммуникацию с врачом. Конечно, это не дает возможность врачу наблюдать пациента, так сказать, во всем объеме – видеть и слышать его. Большинство психиатров из таких наблюдений и делают выводы о состоянии пациента, не очень-то слушая, что он говорит. Однако иногда можно пожертвовать видео и перейти на печатное общение.

Может показаться, что дискурс, рождаемый таким общением по сети, является чем-то совершенно новым. Но нет. Психиатр сразу узнает его. Это та же больница, только немного видоизмененная. Коммуникативный ритуал, конечно, несколько меняется при сетевом общении по сравнению с реальным. Но коммуникативный ритуал общения психиатр-больной и так достаточно специфичен. Во многих случаях, особенно если больной в остром состоянии, этот ритуал, так сказать, сдвинут по фазе. Однако он остается вполне свободным в рамках возможного. Поэтому и интернет не будет накладывать на него критических ограничений.

Если это будет реализовано, сеть практически сотрет границы между больницей и не-больницей. Почти в каждый момент можно будет обратиться к врачу за консультацией.

Здесь мы видим еще одну сторону данной проблемы.

Зачастую психическая болезнь – это инвалидизация. Многие больные не выходят из дома, конечно не работают, не общаются даже с близкими родственниками. Однако общение в интернете – это облегченное общение. Оно для них доступно.

Здесь надо указать на роль взгляда человека, на роль его присутствия. Присутствие Другого оказывает возбуждающее влияние на здорового, но для больного оно может быть катастрофическим. Другой человек всегда воздействует суггестивно. Взгляд Другого – для больного это взгляд Медузы-Горгоны, он буквально обращает его в камень. Это очень характерная реакция для больных, например, неострой формой шизофрении. Врачи знают, что в присутствии Другого больной отворачивается, опускает голову, застывает. Врач должен обладать особым даром экзистенциального присутствия, чтобы снять эту защитную реакцию пациента. А от обычных людей этого ждать не приходится. Поэтому больные шизофренией предпочитают ни с кем не общаться. Люди, их наличное присутствие, подавляют этих больных.

Для больных шизофренией сетевое общение – это выход из одиночества. Скайп без видео и другие мессенджеры дают возможность общаться, не подвергаясь суггестивному воздействию телесности другого человека. Они дают возможность выбрать собеседника по вкусу, быть может, страдающего теми же проблемами. В интернете есть даже сообщества аутистов – то есть людей, которые никогда не общаются с другими людьми (или, при легкой форме аутизма, общаются с ними с великим трудом и очень неловко). Но между собой эти люди разговаривают, они делятся своими проблемами и обсуждают всевозможные насущные для них темы.

Сеть размывает границы между психопатологическим и нормальным миром. Только что было сказано о благотворности интернет-общения для тех, кто не может общаться в реале. Однако для других, духовно неустойчивых субъектов – прежде всего это подростки, но далеко не только – сеть может стать источником аддикции. Сетевая коммуникация очень привлекательна. Она анонимна, она позволяет менять маски, выбирать собеседников по вкусу и представать каждому в каком угодно виде. Она не несет нагрузки телесности [5]. Я писала, что эту нагрузку легко может выдержать здоровый человек, но и он, как оказывается, предпочитает ее отсутствие. В сети теряется понятие «близко-далеко», сеть не нагружает пользователя грузом светских приличий. В сети почти не требуются поступки, почти не затребована совесть и ответственность. Общение можно в любой момент закончить, даже не отходя от компьютера. Можно иметь несколько аккаунтов и говорить от лица разных масок. Можно не приводить себя в порядок, а можно даже, пользуясь разными аккаунтами, узнавать и выбалтывать секреты других людей. Все это можно делать и в реале, но в сети это гипертрофировано.

Все это является причинами интернет-аддикции. Закрыть проблему простым запрещением интернета нереально. Сейчас многие ищут методы работы с этой аддикцией. Предлагается даже лечение в стационаре, не говоря о психокоррекционных методах и семейной и групповой психотерапии [6, с.108].

Таким образом, вполне возможно, психиатрия в компьютерную эпоху будет претерпевать изменения. Интернет войдет в жизнь больниц, станет незаменимым средством общения больного с психиатром, будет способствовать быстрой постановке диагноза, упростит консультации, даст возможность наблюдать за больными в условиях деинституционализации. Но все это не следует преувеличивать. Психиатр все равно должен будет контактировать с больным в обычной, не сетевой реальности. Интернет никогда не даст такой точности диагностики и глубины понимания состояния больного, как дает обычное общение. Единственное, где он незаменим – это в общении между собой больных, для которых социальная коммуникация затруднительна. Интернет-общение для них проще, чем обычное. И следует иметь в виду, что психиатрии, возможно, придется в самом ближайшем будущем лечить людей от аддикции к интернету.

**Литература**

1. Бурно. Клиническая психотерапия. М.: Академический проект, Деловая книга. 2006.

2. Гильбурд О.А. Шизофрения : семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М.: Видар, 2007

3. Гофман А. Клинические разборы в психиатрической практике. М.: МЕД-пресс-информ, 2009

4. Каплан Г, Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.

5. Косилова Е., Фролов А. Интернет в перспективе трансцендентальной философии и феноменологии. Вестник МГУ, 2017, 12. С 18-29

6. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев, Сфера, 2002.

1. Статья выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). Проект №17-03-00257 «Онтология и эпистемология в компьютерной культуре». [↑](#footnote-ref-1)
2. В книге М.Е. Бурно «Клиническая психотерапия» [1] выражена иная точка зрения, с которой я не буду спорить. [↑](#footnote-ref-2)