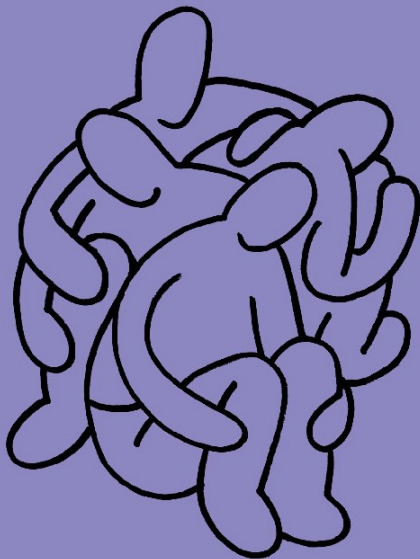


ПОГОВОРИМ О ДЕПРЕССИИ

ДЭВИД АЛЛЕН КАРП



ПРИЗНАТЬ БОЛЕЗНЬ
ПРЕОДОЛЕТЬ ИЗОЛЯЦИЮ
ПРИНЯТЬ ПОМОЩЬ



Дэвид Аллен Карп
Поговорим о депрессии.
Признать болезнь. Преодолеть
изоляция. Принять помощь
Серия «Как жить (Олимп-Бизнес)»

Текст предоставлен издательством
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=41866614
Поговорим о депрессии. Признать болезнь. Преодолеть изоляцию.
Принять помощь: Олимп-Бизнес; Москва; 2019
ISBN 978-5-6040009-3-9

Аннотация

Первая книга серии «Как жить» представляет всестороннее исследование депрессии – тяжелого недуга, который нередко воспринимается в обществе как «плохое настроение» или «лень». Ее автор, Дэвид А. Карп, профессор социологии Бостонского колледжа, живет с этим диагнозом долгие годы. Основываясь на собственном опыте и глубинных интервью с пациентами, он выделяет самые важные аспекты и проблемы в «карьере депрессии»: понимание и принятие болезни, чувство изоляции и потребность быть услышанным. Особое место уделяется роли родных и близких больного во время депрессивных эпизодов. Как уверяет автор, им тоже необходимы помощь и поддержка.

Эту книгу необходимо прочитать каждому, кто так или иначе соприкасается с депрессией. Она будет полезна всем, кто увлекается психологией и медициной, занимается социальными и гуманитарными вопросами.

Содержание

От издательства	7
Предисловие к русскому изданию	10
От автора	15
Благодарности	19
Введение. Болезнь: ее голоса и политическое значение	25
Конец ознакомительного фрагмента.	72

Дэвид Аллен Карп
Поговорим о депрессии.
Признать болезнь.
Преодолеть изоляцию.
Принять помощь

David A. Karp

SPEAKING OF SADNESS

Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness

© Oxford University Press, 1996, 2017

© Перевод на русский язык, В. Бабицкая, 2018

© Издание, оформление издательство «Олимп – Бизнес»,
2018

© Предисловие к русскому изданию Д. Варламова, 2018

© Дизайн-макет серии. Н. Сапожков, 2018

*** * ***

*Русское издание посвящается тем, для кого
испытание депрессией оказалось несовместимым с
жизнью*

От издательства

«Как жить» – новая книжная серия издательства «Олимп-Бизнес», которая адресована тем из нас, кто оказался в непростой или даже трагической ситуации.

Физическое и психическое нездоровье, увечье и травма... Рождение «особенного» ребенка и потеря близкого... Переживание развода и воспитание детей в неполной семье... Алкоголизм, наркомания, игромания и другие виды зависимостей... Список медицинских, социальных и психологических проблем (а они нередко связаны между собой) открыт, ведь в мире появляются новые недуги, а в обществе поднимаются вопросы, о которых прежде не принято было говорить. Все эти трудности застают людей, внезапно столкнувшихся с трагедией, неподготовленными к предстоящей борьбе.

Но вместе с тем медицина стремительно развивается. Во многих странах мира внедряются новые методы ухода за пациентами с тяжелыми и хроническими заболеваниями, а также разрабатывается психологическая практика общения с такими людьми. Немалое внимание уделяется социализации и самих пациентов, и их близких. В рамках серии «Как жить» мы стремимся познакомить наших читателей с этим опытом.

В книгах серии мы услышим голоса тяжелобольных лю-

дей, тех, кто испытывает серьезные психологические проблемы, а также членов их семей, врачей, медицинских и социальных работников. Их рассказы и ценнейшие знания, как мы надеемся, помогут и тем, к кому еще только пришла беда, и тем, кто уже давно борется с ней. Сочетание проверенного временем врачебного, научного и просто человеческого опыта подскажет, как жить, – принимать проблему такой, какая она есть; видеть просвет в безвыходной, казалось бы, ситуации; не падать духом и находить новые поводы для радости.

Серию «Как жить» открывает книга Дэвида А. Карпа «Поговорим о депрессии: Признать болезнь. Преодолеть изоляцию. Принять помощь» (David A. Karp. «Speaking of Sadness: Depression, Disconnection and the Meaning of Illness», Oxford University Press). Его книга о недуге, занимающем второе место в мире в списке причин нетрудоспособности.

По некоторым оценкам, в мире этим заболеванием страдает свыше 300 миллионов человек, и ежегодно около 800 тысяч человек погибают в результате суицида, причиной которого служит в том числе депрессивное расстройство личности. Российское общество пока немного знает о депрессии и ее потенциальных опасностях, нет у нас и четкого понимания того, что больным и их близким нужна психологическая и социальная помощь. Книга Дэвида А. Карпа отчасти восполняет пробел.

«Олимп – Бизнес» выражает глубокую признательность

всем, кто финансово и морально поддержал это издание.

Предисловие к русскому изданию

В течение долгого времени тема психических расстройств в России была практически табуированной: признаться в том, что у тебя депрессия, или тревожное расстройство, или биполярное расстройство, в наших условиях значило либо расписаться в собственной неполноценности, либо создать себе имидж лентяя-ипохондрика, который мается от надуманных проблем, в то время как окружающие борются с реальными. К счастью, ситуация изменилась, и сегодня у человека, который хочет узнать о том, как живут люди с таким же, как у него, психическим расстройством, и обсудить свое состояние, гораздо больше возможностей и информации. И вот теперь в русском переводе по явился еще один важный источник сведений – книга «Поговорим о депрессии».

Ее автор, социолог Дэвид Аллен Карп, сам более 20 лет страдающий от депрессии, провел качественное исследование среди пациентов с депрессией и их близких. В данном случае значим не только профессионализм социолога, но и термин «качественное исследование», означающий такую методику, при которой глубоко изучается личная специфика исполнения индивидом социальных ролей. Поскольку тут важно глубокое погружение в особенности отношений отдельных людей с обществом, а не статистическая репрезентативность, такие исследования, как правило, делаются на

небольшой выборке – в случае Карпа это 50 интервью с пациентами и 10 интервью с их близкими. Работа тем более интересна, что ученый сам не понаслышке знаком с депрессией и, соответственно, мог вызвать большее доверие у своих респондентов, а их ответы, в свою очередь, повлияли на его восприятие собственной болезни.

В результате получилась многогранная книга, где разные люди говорят о своем опыте проживания психического расстройства и разных стадиях этого проживания (Карп называет данный процесс «депрессивной карьерой»). Как человек, прошедший через депрессию, автор предисловия готов подтвердить, что все приводимые свидетельства вызывают мощную реакцию узнавания и могут служить своеобразным средством утешения и поддержки для человека с депрессией, разбивая стену отчуждения между ним и остальным миром. Когда ты в депрессии, тебе кажется, будто твои страдания настолько странны и непонятны, что вряд ли кто-нибудь еще испытывал подобное; очень сложно найти слова, чтобы объяснить близким, что с тобой происходит. Книга Карпа точно описывает разные аспекты депрессии, включая возвращающийся кризис идентичности: ведь каждый последующий приступ болезни заново ставит под сомнение избранный тобой смысл существования и твои представления о себе.

Существенный момент, рассматриваемый в книге, – поиск новой идентичности, которая включала бы знание о сво-

ем диагнозе, но не ограничивалась им. Для разных людей постановка психиатрического диагноза может восприниматься и как облегчение («дело не в том, что я плохой, это не зависящая от меня болезнь»), и как клеймо («я неправильный, поломанный, неполноценный»). Нюансы интерпретации очень важны и в организации работы психиатров, в том, чтобы сделать систему здравоохранения менее подавляющей, чтобы она стала комфортной для людей с психическими расстройствами. Так что материалы, собранные в книге, могут пригодиться как людям с депрессией, так и их близким, работникам социальных служб, психотерапевтам и психиатрам.

Не могу не отметить, что кое в чем Карп не вполне объективен (впрочем, он сам в этом признаётся) – временами он чересчур пламенно выступает против «биологизации» психиатрии (то есть поиска причин психических расстройств в нарушениях функций мозга и упора на медикаментозное лечение). Действительно, биологическая интерпретация ставит нас перед рядом проблем – как, впрочем, ранее ставила и чисто психологическая интерпретация в духе психоанализа. В случае психических расстройств сложно понять органическую этиологию заболевания: мозг слишком сложно устроен, и имеется много этических ограничений на вмешательство в его работу. Психиатры зачастую чересчур полагаются на лекарства, им не хватает чуткости в работе с пациентами, существующие препараты несовершенны и т. д. Тем не менее немало исследований говорит в пользу биологической

интерпретации, хотя доверять безоговорочно ей нельзя. Но в чем автор абсолютно прав, так это в том, что «депрессия есть продукт чрезвычайно сложной, постоянно меняющейся, неуловимой комбинации социальных обстоятельств, индивидуального темперамента и биохимии». И социальные обстоятельства тут, несомненно, тоже играют роль. Одна из интересных гипотез, которую приводит Карп, – то, что фактором риска для психики может стать недостаток базового доверия к людям и к миру в целом, усиленный «постоянно меняющимися и неуловимыми социальными механизмами, характерными для мира постмодерна», переизбытком рефлексии, сомнения и иронии. При этом Карп упоминает и другие социальные причины, способствующие росту депрессии, – например, бедность, а также двойные стандарты при создании семьи (стремление к идеальной романтической любви и при этом желание отстаивать индивидуальные интересы).

Еще один важный вопрос, который поднимает исследователь, – так называемая «экономика сочувствия»: сколько сил окружающие готовы вложить в поддержку людей с депрессией, от каких факторов это зависит. Приводятся, например, данные, что краткосрочные и долгосрочные жалобы вызывают меньше эмоций, чем жалобы «средней продолжительности». Говорится и о том, насколько на самом деле близким стоит вовлекаться в поддержку больных, чтобы и оказать необходимую помощь, и самим «не выгореть». Конечно, во многом данный вопрос решается эмпирически: всё зави-

сит от конкретных людей, степени их психологической выносливости, уязвимости и привязанности к человеку с психическим расстройством.

Но поднимать этот вопрос очень важно, чтобы помочь близким больного осмыслить свою роль и найти комфортный для себя баланс.

В общем, книга дает много интересного материала для размышлений. Я хотела бы напомнить читателю: автор работала с небольшой и не очень репрезентативной выборкой, и даже если большинство участников интервью высказались за что-то или против чего-то, это не обязательно отражает реальное соотношение мнений среди пациентов с депрессией.

В данном случае у книги другая задача – показать нам, как чувствует себя в социуме человек с депрессией, и побудить поразмыслить о том, что именно и пациент, и социум могут сделать для более гуманного сосуществования.

Дарья Варламова, журналистка, автор книги «С ума сойти! Путеводитель по психическим расстройствам для жителя большого города»

От автора

Из первых же глав книги вы узнаете, что книга «Поговорим о депрессии» появилась в результате моей собственной борьбы с этим недугом. Как социолог, я глубоко благодарен за то, что мне довелось написать исследование о столь важной в моей жизни теме. Мой профессиональный метод – внимательно выслушивать истории моих собеседников, и эта работа основана на продолжительных интервью с группой людей, которым поставили медицинский диагноз «депрессия». Их рассказы позволили обнаружить общие черты в биографии людей с депрессией. Вникая в их истории, я понял, как социальные, институциональные и культурные факторы разнообразными способами формируют «карьеру депрессии».

Любой опыт можно сравнивать. Я убежден, что российским читателям – особенно тем, кто испытывает непонятную душевную боль, – рассказы «коллег» из Америки окажут серьезную помощь. После первой публикации книги «Поговорим о депрессии» в 1996 году многое изменилось в самом статусе этой болезни в США. Хотя, к сожалению, недопустимая стигматизация ментальных расстройств остается, но осведомленность о недуге и возможностях его лечения значительно расширилась. Психиатры охотнее диагностируют депрессию в случае продолжительных эпизодов душевных страданий, американцы более открыто высказываются на эти

темы, а страдающие депрессией чаще признают свою проблему и охотнее обращаются за помощью к врачам.

Очевидно, что в России и Америке по-разному относятся к депрессии. Статистические данные не всегда надежны, и всё же по некоторым подсчетам около 20 % россиян страдают этим душевным недугом. Граждане России, как кажется, всячески открещиваются от диагноза «депрессия», поскольку тот, кто признаёт себя больным, воспринимается обществом как «слабовольный» и «ленивый», особенно мужчины. Немногие в России обращаются за помощью к психиатрам по поводу депрессивных эпизодов.

По опыту я знаю: если открыто заявить, что больные бо-
ются говорить о своих страданиях, а общество не считает депрессивное состояние серьезным недугом, ситуация с этим заболеванием в странах заметно улучшается.

И еще одно не вызывает сомнений. Если человек, переживающий глубокие эмоциональные страдания, не может ими ни с кем поделиться, он чувствует себя маргиналом, отчего все его проблемы значительно разрастаются. Депрессия – болезнь изоляции, такой изоляции, которая основательно разрушает индивидуальность и тем самым причиняет еще бо́льшие страдания. Вот почему возможность рассказать свою историю приносит больному освобождение и облегчение. Говоря о себе и слушая других, люди, испытывающие невероятный дискомфорт, обретают чувство, что они не одиноки в своих мучениях, а находятся на этом пути вместе с дру-

гими. Благодаря этому они более точно и масштабно интерпретируют свое состояние. Появляются новые перспективы, укрепляющие веру и надежду. Я искренне желаю, чтобы опубликованные в «Поговорим о депрессии» истории, раскрывающие всю глубину отчаяния, которую часто трудно выразить, послужили действенным противоядием молчанию, усугубляющему депрессию.

Перед тем как перейти к заключительным словам, позвольте поделиться еще одним важным наблюдением. В своих исследованиях я заметил, что депрессия – заразная болезнь. Под «заразными» я имею в виду не те состояния, которые вызываются, к примеру, вирусом. Я говорю о том, что испытывают люди, изнуренные постоянным пребыванием рядом с человеком в депрессии. Стремясь помочь больному – тому, кого они любят, близкие сами испытывают схожие депрессивные чувства. В этом плане, я считаю, осведомленность ухаживающих о свойствах болезни поможет им защитить себя.

В конце концов, понять состояние другого можно, лишь испытав его на собственной шкуре. Именно истории о страданиях, рассказанные от первого лица, могут сократить расстояние между людьми и способствовать эмпатии и состраданию.

Человек ограничен историческими обычаями и культурными нормами своей страны, но обмен различными идеями о корнях и природе возникающих проблем обладает хоро-

шим потенциалом для серьезных изменений – как личных, так и общественных, структурных. В заключение хочу еще раз выразить надежду, что публикуемые в этой книге интервью американцев, страдающих депрессией, поспособствуют внутреннему исцелению тех читателей, кто каким-либо образом связан с этим душевными недугом.

Дэвид А. Карп

Ньютон, Массачусетс, США

Сентябрь 2018

Благодарности

Большинству авторов трудно отстраниться от собственного текста. Проблемы, над которыми исследователь работает едва ли не каждый день в течение многих лет, становятся настолько близкими, что кажется почти невозможным четко разложить их по полочкам. Эта трудность отстранения усугубляется, когда, как в моем случае, писать книгу побуждают особенности жизни автора, составляющие основу его идентичности. Поэтому большая удача, если рядом есть люди, готовые выслушивать, ободрять, предлагать альтернативные точки зрения и, главное, откровенно и нелицеприятно критиковать. Я в этом отношении, безусловно, счастливый автор. Я чрезвычайно благодарен своей семье, друзьям, коллегам и студентам за эмоциональную и интеллектуальную поддержку. Их помощь окончательно утвердила меня в мысли, что все хорошие книги – это действительно общее дело.

Влияние моего близкого друга и коллеги Билла Йоэлса на мой образ мыслей не передать словами, настолько оно многогранно. С начала 1970-х годов мы вместе с Биллом написали несколько книг и статей. Поскольку многие главы этой книги касаются тем наших прежних публикаций, поистине непросто оценить его вклад в мою работу. Билл – один из самых интеллектуально одаренных людей, которых я когда-либо встречал. Это неумоимо любознательный, энциклопеди-

ческих знаний человек, невероятно разносторонний читатель с поразительной способностью синтезировать идеи из обширного круга литературы по общественным наукам. Одни только мои телефонные счета за звонки в Алабаму ненавязчиво, но убедительно свидетельствуют о том, до какой степени я полагаюсь на его дружбу и советы в области социологии.

Особой благодарности заслуживают и двое моих коллег из Бостон-колледжа – Чарли Дербер и Джон Уильямсон, с самого начала горячо поддерживавшие мой проект. Вместе мы образуем маленькое сообщество, в котором практически нет границ между личной дружбой и академическими занятиями. Неважно, обедаем мы или смотрим игру баскетболистов Бостон-колледжа, потеем на степпере¹ или мимоходом заглядываем друг к другу в кабинет, – разговор неизменно сворачивает на нашу работу. Они выслушивали все мои вопросы по мере того, как у меня возникали затруднения, и всегда давали ценные советы.

Весомую помощь при переходе от сбора данных к написанию книги оказал мне выпускной курс, который я вел в весенний и осенний семестры 1993 года. Семинар «Ремесло социолога» был площадкой, где аспиранты обсуждали рукописи и предлагали взаимную поддержку в работе. Будучи участником семинара, я, как и все остальные, должен был представить свои текущие наработки. Опыт, полученный на

¹ Степпер – кардиотренажер, имитирующий ходьбу по ступеням. – *Примеч. ред.*

этих занятиях, напомнил мне, как трудно писать, когда на носу окончание семестра, и насколько же нужно доверять другим, чтобы показать им совсем еще «сырые» рабочие наброски. Должен признаться, что довести до ума первые две главы и некоторые теоретические выкладки, значимые для всей книги, мне помогли Патти Берджин, Марлин Брайант, Платон Кутсукис, Дэн Иган, Шерил Холмс, Вики Леваин, Джеймс Вела-Макконнелл, Майкл Мерфи, Эллен Робинсон, Рут Розенбаум, Пол Штайн, Джонатан Уайт, Джоанн Васконселос и Юли Венетис.

Среди тех, кто на разных этапах написания книги читал варианты глав или консультировал меня, хочу отметить Роберта Богдана, Сева Брайна, Донну Кэнаван, Донну Дарден, Джона Донована, Кэролин Эллис, Мелиссу Кеслер Гилберт, Линду Холмстрем, Нила Каца, Шеррил Кляйнман, Линду Маркс, Стивена Пфеля, Морри Шварц, Бев Смит и Диану Воган.

Я извлек изрядную выгоду также из замечаний людей, рецензировавших рукопись перед публикацией. Имен части своих рецензентов я так и не узнал, но их отзывы о моем исследовании помогли мне существенно его улучшить. Тем не менее я определенно благодарен Патти Адлер, Питеру Адлеру, Питеру Конраду, Норму Дензину и Джею Габриуму за их содействие, понимание и опыт. Их компетентность и энтузиазм с самого начала решительно побуждали меня двигаться вперед.

Своевременным завершением этого проекта я в значительной степени обязан помощи, которую оказывал мне в критические моменты Бостон-колледж. В 1991 году университет выделил мне грант, позволивший приступить к научному исследованию. К концу 1993 года я самостоятельно провел и расшифровал 30 интервью. В момент «выгорания» при расшифровке университет снова предоставил мне грант, который помог справиться с этой задачей. Я получил возможность писать, а не заниматься подготовкой рабочих материалов, и это заметно ускорило дело. Наконец, осенью 1994 года университет помог возместить непредвиденные расходы на последних этапах работы. В течение почти 24 лет я не переставал восхищаться подлинной приверженностью Бостон-колледжа научному знанию во всех его формах. Это чудесное место для преподавания и научных исследований.

Хотя я полагался на многих людей в ходе подготовки и написания данной книги, она, безусловно, не была бы закончена без поддержки моей семьи. Работа над книгой требует долгих часов уединения. Мои дети, Питер и Элисса, постоянно упрекали меня за то, что я часто сижу, запершись в своем кабинете, работая над «проектом интервью», как они это называли. Но когда им захотелось больше узнать, чем же я занимаюсь, я обнаружил, как приятно дожить до поры, когда родители могут серьезно обсуждать с детьми свою работу. Однако самую глубокую благодарность я приношу моей жене. Дарлин на протяжении многих лет безоговорочно под-

держивала меня всеми возможными способами. Она как никто другой понимает, насколько важно для меня это исследование.

Д. А. К.

Честнат-Хилл, Массачусетс

Апрель 1995

Как видите, приведенный выше список тех, кого мне хотелось поблагодарить, составлен в 1995 году. Я по-прежнему чрезвычайно признателен Бостон-колледжу и всем упомянутым лицам за их вклад в осуществление моего замысла книги. При подготовке этого обновленного и расширенного издания я вновь обратился за советом, когда загорелся идеей дополнить книгу, а затем и дописал к ней новую вводную главу. Как и в прошлый раз, мои коллеги и друзья Чарли Дербер, Джон Уильямсон и Билл Йозэлс деликатно, но настойчиво убедили меня в важности нового издания. Я также благодарен Джоан Боссерт, моему редактору в Oxford University Press. Джоан увлеклась этой идеей сразу, как только я изложил ее. Она посмотрела ранние версии нового введения и высказала ценные замечания, пошедшие ему на пользу. Еще я хочу поблагодарить Анджали Дэвис, Лауру Делано, Дарлину Карп, Стива Лаппена и Патришу Туеме за то, что они любезно прочитали и помогли мне усовершенствовать новый материал в этом издании. Наконец, я хочу выразить признательность «Союзу поддержки страдающих от депрессии и биполярного расстройства» (The Depression and Bipolar

Support Alliance, далее – DBSA). Собрания этой группы поддержки я посещаю почти каждую среду по вечерам. DBSA имеет для меня огромное значение, там я получаю и личную помощь, и подпитку для своего писательского труда уже на протяжении многих лет.

Д. А. К.

Честнат-Хилл, Массачусетс

Июнь 2016

Введение. Болезнь: ее голоса и политическое значение

*Важнее знать, какой человек болен, нежели чем
болен человек.
Гиппократ*

Я рад уникальной возможности в новом предисловии к двадцатому – юбилейному – изданию «Поговорим о депрессии» поделиться мыслями о подходе и анализе, представленных в этой книге, которые действенны и сегодня, а также о моем личном переживании депрессии в последние два десятилетия и о стратегических решениях, изменивших за тот же период психиатрию. Время, когда я проводил исследования, писал, а затем опубликовал в 1996 году «Поговорим о депрессии», – для меня поворотное. До этого момента моя академическая жизнь сводилась к изучению того, как люди объясняют и осмысливают свое существование в таком социальном ареале жизни, как город, а равно взросление и разлуку с родительским домом в связи с отъездом в университет². Казалось, я легко продвигался по университетской ка-

² В числе других знаковых работ в этой области можно указать: D. Karp, G. Stone, and W. Yoels, *Being Urban: A Sociology of City Life*, 2nd ed. (New York: Praeger Publishers, 1991); J. Clair, D. Karp, and W. Yoels, *Experiencing the Life Cycle: A Sociology of Aging* (Springfield, Illinois: Charles Thomas Co., 1993); D. Karp, L. Holmstrom, and P. Gray, «Of roots and wings: Letting go of the college-

рьерной лестнице, в 1977 году стал доцентом, а в 1982-м – профессором, но личная моя жизнь была омрачена депрессией, подчас изнурительной. К концу 1980-х я, видимо, совершенно созрел для исследования, начало которому положили мои беседы с товарищами по несчастью, а итог подвел труд «Поговорим о депрессии». Он стал крае угольным камнем целой серии книг³ о нелегком опыте жизни с психическими заболеваниями (illness). Этим предметом я поглощен и сегодня.

Отправной точкой «Поговорим о депрессии» было желание исполнить одно из самых трудных предназначений социологии – предоставить слово тем, чей опыт и свидетельства, как правило, маргинализируются, кладутся под сукно или полностью обесцениваются. В частности, первые американские социологи, представители знаменитой Чикагской школы социологии⁴, видели свою задачу в том, чтобы всесторонне и подробно описать такие обычно невидимые «ниши» общества, как мир сезонных рабочих, профессиональ-

bound child», *Symbolic Interaction* 27 (2004): 357–382.

³ D. Karp, *The Burden of Sympathy: How Families Cope with Mental Illness* (New York: Oxford University Press, 2001); D. Karp, *Is It Me or My Meds? Living with Antidepressants* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2006); D. Karp and G. Sisson (eds.), *Voices from the Inside: Readings on the Sociology of Mental Health and Illness* (New York: Oxford University Press, 2010).

⁴ Описание и анализ деятельности и наследия Чикагской социологической школы см.: G. Fine, *A Second Chicago School? The Development of a Postwar American Sociology* (Chicago: University of Chicago Press, 1995).

ных воров, членов банд, иммигрантов, обитателей трущоб⁵. Эти предтечи социологии идеологически склонны были становиться на сторону социальных аутсайдеров⁶, полагая, что их истории представляют, возможно, бóльшую концептуальную ценность для понимания функционирования общества, чем жизнь тех, кто благополучно встроился в традиционные культурные «ниши» общества. Добавлю к сказанному: новую книгу я замыслил также с надеждой на то, что, прислушиваясь к опыту других, я лучше пойму и собственные трудности, вызванные депрессией.

Артур Франк, автор, много писавший о важности и силе воздействия таких историй и на рассказчика, и на слушателя, красноречиво показал, как истории связывают нас друг с другом, выстраивают нашу идентичность посредством рассказывания и слушания и подготавливают исцеление. Исто-

⁵ См.: N. Anderson, *The Hobo; The Sociology of the Homeless Man* (Chicago: University of Chicago Press, 1923); H. Zorbaugh, *The Gold Coast and the Slum: A Sociological Study of Chicago's Near North Side* (Chicago: University of Chicago Press, 1929); E. Sutherland, *Professional Thief, by a Professional Thief* (Chicago: University of Chicago Press, 1937); F. Thrasher, *The Gang: A Study of 1,313 Gangs in Chicago* (Chicago: University of Chicago Press, 1927); W. I. Thomas and F. Znaniecki, *The Polish Peasant in Europe and America; Monograph of an Immigrant Group* (Chicago: University of Chicago Press, 1918).

⁶ Идею концептуальной значимости взгляда на социальные структуры с точки зрения маргинальных групп передает следующее наблюдение Питера Бергера: работа социологов отражает по большей части то, что он обозначил как «мотив непочтенности». См.: P. Berger, *Invitation to Sociology: A Humanistic Perspective* (Garden City, N. Y.: Doubleday, 1963). Сходная идея проводится в: H. Becker, «Whose side are we on?», *Social Problems* 14 (1967): 239–247.

рии, рассказанные и выслушанные, моделируют нашу жизнь. Более того, Франк предполагает, что не существует такой вещи, как история «о себе». Все истории – это истории о «себе и другом», потому что их рассказывают другим и потому что истории, которые мы выслушиваем и взаимно разделяем, становятся частью нашей собственной биографии. Франк, особо интересующийся свидетельствами об опыте больных, замечает: «Голоса больных легко проигнорировать, потому что интонации этих голосов часто сбивчивы, а рассказы путаны. <...> Эти голоса свидетельствуют о состояниях нашей уязвимости, которые большинство из нас предпочитает забыть. Слушать тяжело, однако это по существу своему нравственный акт. <...> Вслушиваясь в другого, мы вслушиваемся в себя. В момент свидетельства в рассказе кристаллизуется наша взаимная потребность друг в друге»⁷. Короче говоря, наша жизнь и наши сообщества взаимной поддержки формируются и обогащаются благодаря обмену нарративами.

В годы, предшествовавшие моим первым подступам к исследованию депрессии, я почти каждую среду по вечерам приходил в группу поддержки в больницу Маклина в Белмонте, штат Массачусетс. Истории, которые я услышал на встречах MDDA (Manic Depression and Depression

⁷ A. Frank, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics* (Chicago: University of Chicago Press, 1995), p. 25. См. также: A. Frank, *Letting Stories Breathe: A Socio-Narratology* (Chicago: University of Chicago Press, 2010).

Association – Ассоциации депрессии и маниакально-депрессивного психоза)⁸, меня потрясли. Непостижимо сложные, они обнажали почти невообразимые страдания в депрессии, показывали крайнее смятение, порождаемое душевными болезнями, и свидетельствовали о необычайном героизме людей, живущих с аффективными расстройствами⁹. Вскоре после трагедии 11 сентября председатель ассоциации в своем ежегодном обращении, озаглавленном «Время скорби, размышления, восстановления связей («Time of Sorrow, Refection and Renewed Connection»)¹⁰, писал:

Для меня и, смею сказать, для многих MDDA стала долгожданным противоядием от тишины, окутавшей болезнь, а она жаждет, чтобы ее услышали, поняли и успокоили. Член-

⁸ Несколько лет назад местная организация сменила название на DBSA – The Depression and Bipolar Support Alliance («Союз поддержки страдающих от депрессии и биполярного расстройства»). Я подозреваю, что эта смена названия была отчасти мотивирована негативными коннотациями диагноза «маниакально-депрессивный психоз». DBSA – общенациональная организация со множеством групп по всем Соединенным Штатам.

⁹ Хотя я в конце концов остановился на названии *Speaking of Sadness* (букв. «Поговорим о печали». В России книга выходит под названием «Поговорим о депрессии». – Примеч. ред.), иногда я чувствовал легкую неловкость от того, что слово «печаль» не передает всей глубины страдания при тяжелой депрессии. В 2006 году в телеинтервью Глория Стайнем предложила любопытное различие между словами «печаль» и «депрессия». Когда ее спросили, насколько глубока ее печаль после смерти мужа, она ответила наблюдением, что «в депрессии вам нет дела ни до чего. В печали вас беспокоит всё».

¹⁰ Стив Лаппен, бывший председателем в то время, снабдил меня копией своей неопубликованной речи.

ство в MDDA – это возвращение к товариществу и сообществу, укрепляющим нашу решимость быть подлинными людьми, которые делят друг с другом и трагедии, и победы. Наша уверенность в сообществе и его уверенность в нас придают нам смелости. Мы вновь обрели себя; мы, в конце концов, не одиноки. Наше страдание и наше мужество больше не будут «эхом в колодцах безмолвия».

Как только я решил серьезно взяться за анализ социологической информации о депрессии, моя роль в группе изменилась. Я, как и прежде, каждую неделю искал утешения в обществе себе подобных, однако теперь я приходил к ним одновременно и как этнограф, внимательно прислушивался к словам моих товарищей и выделял в них общие темы. Моя первая опубликованная статья о депрессии, построенная на сделанных в MDDA наблюдениях и вышедшая под заголовком «Неоднозначность болезни и поиск смысла»¹¹, утвердила меня в моих размышлениях о депрессии и в решимости продолжить исследование. Я до сих пор регулярно посещаю еженедельные встречи группы поддержки, потому что чувствую связь с другими ее членами и предан им; я по-прежнему черпаю в их рассказах информацию и ценю возможность быть с теми, кто понимает депрессию нутром.

¹¹ D. Karp, «Illness ambiguity and the search for meaning: A case study of a self-help group for affective disorders», *Journal of Contemporary Ethnography* 21 (1992): 139–170.

Ценность собирания и изучения историй, казалось бы, очевидна, тем не менее тех, кто проводит качественные исследования, в наши дни явное меньшинство. Как правило, в сборе и изложении историй видят интересное упражнение на развитие интуиции. Однако для приверженцев научного взгляда на социологию основная цель исследований – сбор статистических данных с помощью больших выборок и установление фундаментальных причинно-следственных связей между переменными. Хотя тенденция пренебрегать индивидуальными нарративами заметна при изучении всех аспектов социальной жизни, такое упущение, пожалуй, более всего неудобно и нецелесообразно при попытках изучить опыт душевной болезни. Предваряя тему, о которой пойдет речь в этой главе, я хочу подчеркнуть, что с 1980 года стремление к научной легитимности в психиатрии привело к тому, что истории пациентов стали приглушать. Отсутствие интереса к социальному контексту их борьбы с болезнью снижает доверие пациентов к лечащим врачам. Еще большее беспокойство вызывает то, что неспособность уважать личность пациента и стать на его точку зрения стимулирует медикаментозное лечение, приносящее (и это сегодня многие подтверждают) в конечном счете скорее вред, чем пользу.

Заинтересованный читатель найдет изрядное количество воспоминаний, описывающих жизнь в тисках той или иной душевной болезни¹²; тем более поразительным мне кажется

¹² Из множества знаменитых мемуаров о душевной болезни приведу лишь

ся то, что «Поговорим о депрессии» и через 20 лет после первой публикации остается одним из немногих социологических исследований депрессии, основанных на тщательном анализе свидетельств из первых рук. После долгих лет выслушивания личных историй в группе поддержки MDDA, DBSA, после более чем сотни проведенных дополнительных интервью для моих следующих книг и чтения специальной литературы по теме депрессии я могу с уверенностью сказать, что анализ, предложенный мной в «Поговорим о депрессии», по-прежнему актуален. Этот обширный объем дополнительных данных полностью согласуется с моим первоначальным описанием последовательности тех изменений идентичности, которые в совокупности образуют характерную «карьеру депрессии». Вот почему я решил оставить изначально написанные главы книги без изменений.

Цель этой новой вводной главы – помочь читателю сформулировать ключевой вопрос: почему так важно внимательно вслушаться в разнообразие историй о депрессии, с которыми он столкнется в данной книге? Особенно я хочу обратить внимание читателей на политическое значение, присущее рассказам тех, кого обычно отвергают и тем самым унижают как личность. Некогда Карл Маркс учил, что все пло-

несколько примеров: K. Jamison, *An Unquiet Mind* (New York: A. A. Knopf, 1995); M. Vonnegut, *The Eden Express* (New York: Praeger, 1975); K. Mille, *The Loony-Bin Trip* (New York: Simon and Schuster, 1995); L. Slater, *Prozac Diary* (New York: Random House, 1998); S. Kayson, *Girl Interrupted* (New York: Turtle Bay Books, 1993).

дотворные социальные изменения возникают из коллективного повествования («сторителлинга»)¹³. И прежде всего – в качестве иллюстрации влияния, которое «Поговорим о депрессии» продолжает оказывать на ход моих размышлений о политическом и терапевтическом значении личных нарративов, – я хочу привести несколько (из множества) отзывов на книгу, присланных мне читателями.

ЧИТАТЕЛИ ГОВОРЯТ НАЧИСТОТУ

В числе самых волнующих наград за написанное мною о душевной болезни – многочисленные электронные и обычные письма, телефонные звонки от людей, желавших сообщить мне, что, прочитав книгу, они чувствуют себя менее одинокими и мой подход помог им глубже понять собственное положение. Мне посчастливилось писать о вещах, которым сам я придаю огромное значение, но они исключитель-

¹³ Как широко известно, Карл Маркс утверждал, что капитализм «несет в себе самом семена собственного разрушения». Часть его аргументации состояла в утверждении, что Промышленная революция и капитализм не могли бы возникнуть без быстрой урбанизации. Городам потребовалось содержать обширный штат рабочих для новых городских фабрик. В то же время скученность рабочих в городах позволила им разговаривать между собой об их коллективной эксплуатации владельцами фабрик (буржуазией) и тем самым развивать политическое самосознание рабочего класса. Несмотря на то что предсказания Маркса относительно будущей пролетарской революции и возникновения бесклассового социалистического общества не сбылись, его анализ подтверждает взаимосвязь между сообщением личных историй и развитием классового самосознания.

но важны и для читателей и способны изменить их жизнь. К откликам читателей я относился точно так же, как и к любой другой подборке информации. Я тщательно пересматривал их высказывания и выделял повторяющиеся паттерны в их суждениях. Первое, что мне бросилось в глаза, – немалое количество писем, содержащих довольно подробное изложение собственной истории читателя. Несомненно, эти люди не просто хотели меня поблагодарить за книгу – они отчаянно хотели поделиться своими историями даже с отнюдь не именитым профессором, который, однако, по их убеждению, сумел понять их беду. Хотя это и не было главной темой отзывов, несколько человек упомянули, как важно для них то, что я сам знаком с депрессией давно и не понаслышке. Я считаю, мой собственный опыт сыграл незаменимую роль в установлении доверительных отношений с героями моих интервью и тем самым способствовал взаимопониманию и подлинной искренности, необходимым для откровенного обсуждения эмоционально трудных проблем.

Лейтмотивом откликов на книгу звучала мысль, что, выслушивая истории других, мы и сами освобождаемся. Авторы писем снова и снова повторяли с чувством, что книга вывела их из изоляции, позволив увидеть себя в опыте другого. Они писали, что люди, рассказавшие свои истории в книге, говорили от их имени. Благодаря свидетельствам моих респондентов они чувствовали себя репрезентативной частью общества и видели признание своего права на суще-

ствование. Это ощущение собственного права, коренящееся в общем опыте, подтверждает способность личных историй уменьшать маргинализацию и дискриминацию, сопутствующие, как правило, душевной болезни. Во второй части этой главы я подробно остановлюсь на тесной связи между свидетельствованием историй и общественными движениями за «эмансипацию» тех, кто носит на себе ярлык душевнобольных.

В главе 3 мы поговорим об изоляции, в которую погружает человека депрессия. Я описываю ее именно как «болезнь изоляции». В середине депрессивного эпизода человек отдалается от других, считая, что никто не может понять его чувств; он уверен, что попал в ловушку и совершенно одинок в своем безмерном страдании. Более того, эта убежденность заставляет человека с депрессией чувствовать себя лично ответственным за свое, как он предполагает, уникальное, личное, не имеющее аналогов состояние. Поэтому неудивительно, что люди, чей голос звучит в этой книге, помогают читателям чувствовать себя значительно менее одинокими и менее виновными за свои страдания. Я приведу здесь несколько цитат из писем читателей, которые благодарят за книгу, выразившую общее переживание.

Привет, меня зовут Лорен, я учусь в Бостонском университете на втором курсе. Пишу вам, только что прочитав вашу книгу «Поговорим о депрессии». <...> Никогда еще, кажется,

мне не попадалась книга, так емко и по существу описывающая депрессию, как эта. <...> Ваша книга прекрасно иллюстрирует испытания и беды депрессии. Теперь я понимаю, что в этом не одинока и что другие *на самом деле* (курсив мой. — Д. К.) понимают эту болезнь.

Спасибо, спасибо и еще раз спасибо вам за книжку «Поговорим о депрессии». <...> Читая об изломанной жизни... ваших собеседников, рассказанной ими собственными словами, я получил веское подтверждение реальности моих личных страданий из-за депрессии. Теперь я знаю: всё это не только в моем воображении.

Я только что дочитала вашу книгу «Поговорим о депрессии» и так переполнена мыслями и чувствами, что решила вам написать. <...> Хочется... рукоплескать вашему, обращенному к широкому читателю, подходу и глубоко личному сопереживанию, благодаря чему ваше исследование полезно не только для коллег-специалистов, но и для всех нас. Я сама занималась социологией, и то, что [это] сообщество может сказать, представляется мне интересным. Но гораздо ценнее для меня личные свидетельства тех, кто страдает депрессией: они помогают мне справиться с собственной [депрессией] и чувствовать себя менее одинокой в моей борьбе с ней.

Я только что закончил читать вашу книгу «Поговорим о депрессии». <...> Меня воодушевляет строгое, но вместе с тем и не сугубо медицинское, а человеческое свидетельство о депрессии и восхищает, с каким мужеством вы пишете о

собственном опыте. Сам подверженный депрессии, я постоянно ловил себя на том, что, читая ваши и ваших собеседников свидетельства, повторяю: «Да, всё так и есть».

Я просто хотела поблагодарить вас за то, что вы облекли в слова ту бурю эмоций, которую я переживаю уже некоторое время. Мне двадцать три года, и я думала, что просто схожу с ума. Очень утешительно знать, что я не одинока.

Следующий отклик особенно показателен, потому что он подразумевает, что даже среди тех, кто госпитализирован с диагнозом «депрессия», подробный рассказ о личных переживаниях нередко табуируется:

Каким же облегчением для меня было услышать, через что прошли другие люди и что они могут рассказать о депрессии. Даже когда я был в больнице, говорить о депрессии не полагалось – это было позволено только сотрудникам, которые в основном говорили нам, что депрессия собой представляет, чего она собой не представляет и что мы должны с ней делать. Тем «заключенным», которые пытались высказывать собственные мысли, затыкали рот и грозили удалить из «группы»: мол, разговоры о плохом не на пользу «лечебному» процессу. Хотел бы я забрать [свои деньги] у больницы и отправить вам, потому что ваша книга куда более целительна и полезна, чем всё, что сделали для меня там. В определенном смысле она помогла мне почувствовать себя более «нормальным», а для таких людей, как мы, это совсем

не пустяк.

Факт, что даже госпитализированным с признаками депрессии нельзя распространяться о своем опыте болезни, отсылает к другой группе писем, полученных мной от практикующих психиатров. Эти люди чувствуют себя белыми воронами в своей профессии, потому что им всё еще важно выслушивать своих страдающих пациентов. Как и обещал, я коротко прокомментирую направление, взятое психиатрией в последние годы, и терапевтическую установку, при которой диагностика заслоняет личную историю. Часть откликнувшихся на «Поговорим о депрессии» идентифицируют себя с социологическим подходом к терапии, согласно которому следует пытаться понять трудное положение пациентов в контексте их жизни. Своим неприятием методов лечения, обесценивающих опыт и знания пациентов, они предварили мои более поздние суждения. Так, несколько писем вторили словам, сказанным мне одним лечащим врачом: «Я бы от всего сердца рекомендовал вашу книгу любому моему коллеге... интересующемуся тем, как медицинская культура формирует наше понимание самих себя в это время истории нашей страны».

Другая, весьма обрадовавшая меня, сквозная тема – влияние «Поговорим о депрессии» на взгляды читателей и их понимание депрессии. Просто рассказывать истории мне было недостаточно, ведь я, в конце концов, социолог. Моя работа заключалась в равной степени и в том, чтобы, тщательней-

шим образом изучив эти «данные», обнаружить в опыте депрессии повторяющиеся, базовые концептуальные темы. По мере того как я прочесывал свои данные, я всё чаще думал о том, что мои собеседники следуют определенной «карьер» болезни. Хотя обычно понятие «карьера» мы связываем с профессиональной деятельностью юристов, бизнесменов, врачей или преподавателей, социологическая мысль одинаково допускает, что и преступники, влюбленные, заключенные, пациенты тоже следуют предсказуемой карьерной стезей¹⁴.

Более того, поскольку каждая ступень «обычной» карьеры образует новую идентичность, мы вправе надеяться на то, что и предсказуемая депрессивная «карьера» породит последовательность новых идентичностей. Во всех главах этой книги вы увидите настойчиво проводимую при анализе данных мысль о том, что депрессивные люди, как правило, проходят через предсказуемый ряд «поворотных моментов идентичности»¹⁵. Аналитический подход, которым я обязан собранным личным историям, предоставил многим читателям своего рода тезаурус для переосмысления их опыта депрессии:

Мне представлялось маловероятным, что кто-то может так безошибочно и точно описать «карьеру депрессии» во

¹⁴ См.: E. Hughes, *Men and their Work* (New York: Free Press, 1958).

¹⁵ A. Strauss, «Turning points in identity». In: C. Clark and H. Robboy (eds.), *Social Interaction* (New York: St. Martin's, 1992).

всех ее шокирующих проявлениях для жертвы и почти столь же разрушительную ее роль в жизни других людей. «Поговорим о депрессии» показала, что я ошибся, и я рад за человечество.

Несколько месяцев назад, заглянув в секцию новых поступлений... публичной библиотеки, я имел счастье найти вашу книгу «Поговорим о депрессии». <...> Соединяя ум с сердцем, вам замечательно удалось установить связь между вашим личным опытом и материалами интервью, с одной стороны, и различными социологическими точками зрения – с другой. <...> Со многим в вашей книге я солидарен, о многом еще стоит поразмыслить. Она была мне и поддержкой, и вдохновением.

Около года назад у меня диагностировали клиническую депрессию, с тех пор я постоянно читал по этой теме. Ваша книга затронула проблемы, связанные со многими из моих переживаний, которые сам я по большей части не мог удовлетворительно выразить. <...> Переживания ваших собеседников и сходство, увиденное в их свидетельствах [в ходе] вашего обсуждения... поразили меня в самое сердце.

Для меня честь – писать вам это письмо. Я почти закончил читать вашу новую книгу «Поговорим о депрессии». <...> Знаете ли вы, какое большое дело сделали! У меня степень бакалавра по социологии... и как восхитительно было читать (не говоря уже о том, чтобы размышлять) о депрессии с социологической точки зрения. <...> Насколько я могу судить

по собственному опыту, ваш анализ индивидуального процесса осознания собственной депрессии попал точно в цель.

Я только что дочитал вашу новую книгу «Поговорим о депрессии» и хочу вам сказать: она меня преобразила. Ваша книга помогла мне более ясно увидеть некоторые многолетние повторяющиеся паттерны депрессии, которые подорвали мою работоспособность; возможно, разрушили мой брак и привели меня к саморазрушительной привычке – наркотической зависимости. <...> Многое в вашей книге по прочтении оставляет сильное впечатление, но, пожалуй, самая важная вещь, которую я вынес из нее, – это то, что у депрессии есть своя «карьера» и что с депрессией тоже можно жить, у нее можно учиться, она может служить почвой, на которой строится сообщество.

Выше я коснулся лишь важнейших из откликов читателей на «Поговорим о депрессии». Некоторые, коротко добавлю, выражали радость по поводу того, что я не написал очередной инструкции типа «помоги себе сам» с ускоренной программой победы над депрессией. Они были благодарны за то, что я не раздавал лживых обещаний легкого исцеления. Другие, устав от советов взять себя в руки и самим выкарабкиваться, рады были получить книгу, информирующую членов их семей и друзей о природе глубокой депрессии. Третьи заняли политическую позицию, предполагая, что истории, подобные тем, которые приведены в моей книге, необходимы для того, чтобы разрушить стигму и непонимание,

сопутствующие депрессии. Многие читатели, также с политической точки зрения, выражали огорчение из-за несостоятельных и отталкивающих аспектов медикаментозного лечения, обесценивающих их личный опыт.

Вот как выразил озабоченность по поводу неуклонной «медикализации»¹⁶ депрессии один из читателей:

Как и вы, я борюсь с этой моделью восприятия депрессии как «заболевания», которая делает основной упор на медикаменты, стараясь избежать более глубоких проблем или эмоциональных проявлений, слишком болезненных, чтобы им противостоять. Одна часть меня приветствует революцию таблеток, и [я] буду делать всё возможное, чтобы остановить боль. Но другая часть меня просто хочет быть услышанной на уровне чувств. <...> Эта часть чувствует, что ее игнорируют все специалисты, которые пытаются лечить, лишь снимая боль. [Я чувствую, что меня воспринимают как] неполноценного, когда не позволяют говорить о моем состоянии в то время, как пытаются меня лечить.

Общий тон приведенных здесь откликов говорит о том, что свидетельства «Поговорим о депрессии» заставили читателей иначе посмотреть на себя, на свою болезнь и характер психиатрического лечения. Аналогичным путем с 1996 года эволюционировало мое понимание депрессии и роли

¹⁶ См.: P. Conrad, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007).

психиатрии. Когда я начинал изучать опыт депрессии, мне было под пятьдесят, сейчас мне 72 года. Моя депрессивная «карьера» продолжает развиваться, и я продолжаю слушать чужие истории. Я, конечно, тоже наблюдал за тем, как драматически менялось восприятие депрессии психиатрией. Не приходится удивляться, что этот опыт постоянно меняет мое собственное личное и политическое понимание значения, которое имеет для нас глубокая печаль. В первой (первоначально) главе книги, как вы увидите, рассказывается о моих злоключениях, связанных с депрессией в начале 1990-х годов. С вашего позволения, в следующем разделе я актуализирую мою историю. Я хочу своим личным свидетельством предварить более полный анализ нынешнего состояния психиатрии. В частности, я предлагаю задуматься о неприглядной стороне, которой оборачиваются притязания специалистов на «экспертное знание».

РЕАКЦИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ

Я редко запоминаю анекдоты. Поэтому, когда какой-нибудь вдруг застревает у меня в голове, стало быть, он для меня особенно эмоционально или идеологически значим. Один из немногих таковых – история о преуспевшем бизнесмене средних лет. Несмотря на экономический триумф, наш предприниматель ощущает в жизни глубокую пустоту. Вопреки ожиданиям, успех не привнес в его жизнь смысла,

не принес и личного удовлетворения. И вот, имея денег в избытке, он решает пуститься в духовные искания. Он узнаёт, что в отдаленной области Азии живет знаменитый гуру, и намерен найти мудреца любой ценой. После нескольких недель путешествия и тяжелых переходов он достигает вершины горы, где живет отшельник. Но и тогда ему приходится много дней ждать аудиенции. Наконец наступает долгожданный миг, и взволнованный паломник задает свой животрепещущий вопрос: «Сэр, с высоты вашего невероятного духовного опыта скажите мне, пожалуйста: в чем смысл жизни?» Помедлив, провидец отвечает с величайшей торжественностью: «Жизнь – это река». Бизнесмен обескуражен. «Неужели, – спрашивает он, – после того как я ценой огромных личных, физических и финансовых затрат проделал весь этот путь, всё, что вы можете мне сказать, – „жизнь – это река“?». Мудрец глубоко озадачен и наконец отвечает: «А что – не река?..»

Пересказывая анекдот про гуру, я мысленно вижу всех тех предполагаемых экспертов, твердо знающих, что люди с проблемами должны делать со своей жизнью. Мои многолетние профессиональные усилия понять человеческое поведение убеждают меня в том, что социальная жизнь – очень запутанная вещь, а попытки зафиксировать абсолютные, неизменные истины о любом человеческом опыте обречены на провал. Просто не существует социальных законов, которые не зависят от человеческого общения. Взаимодействуя

друг с другом, люди постоянно переосмысливают значение собственного поведения и своих переживаний. Подавляющее же большинство социологов стремятся зафиксировать «истины» об обществе. Мое исследование, напротив, исходит из альтернативной предпосылки: наиболее реалистичная цель для социолога – написать ясную современную историю, дать новый и впечатляющий анализ социальных явлений, имеющих для нас жизненно важное значение¹⁷. Словом, когда речь заходит о человеческих отношениях, я полагаю, нам следует внимательно прислушиваться к тем, кто изучал их систематически. В то же время я не разделяю мнения, будто мы должны бездумно передать право принимать решения специалистам-практикам, которые утверждают, что у них есть «правильные» подходы к чрезвычайно сложным человеческим проблемам.

Несмотря на свойственный мне социологический скептицизм, я не всегда подозрительно относился к экспертному знанию лечащих врачей. Мне было чуть за тридцать, когда у меня впервые диагностировали «клиническую» депрессию, и я, естественно, остерегался попасть в руки психиатрам. Но я был сравнительно молод, мало знал о депрессии, семья же настойчиво убеждала меня обратиться за помощью, а в те времена рекомендации врачей редко ставились под сомнение. Да и доктор, к которому я в конце концов обратился,

¹⁷ Подробнее на эту тему: D. Karp, «Social science, progress, and the ethnographer's craft», *Journal of Contemporary Ethnography* 28 (1999): 597–609.

тоже, казалось, был вполне уверен в своем вердикте. Всего через 20 минут или около того он сказал, что мне абсолютно необходим курс лечения антидепрессантами последнего поколения. Он чрезвычайно убедительно говорил, что психиатры теперь выяснили: такие болезни, как моя, возникают в результате химического дисбаланса в мозге. Мои многолетние штудии и размышления о том, как культура формирует человеческие эмоции, заставляли призадуматься, но я был в отчаянии. Врач предложил мне решение, и я поверил, что мой мозг расстроен. Вначале я походил на религиозного неопита, преисполненного надежд и ожиданий счастливого будущего.

Как и у большинства людей, обращенных в новую систему верований, неудачи поначалу не умеряли моего энтузиазма. Меня твердо заверили, что людям в депрессии часто приходится перепробовать некоторое количество разных лекарств, прежде чем найдут «правильное». Я покорно раз за разом подвергался приблизительно шестинедельным клиническим исследованиям, чтобы установить терапевтическую дозу каждого нового препарата, страдал от мучительных побочных действий, а затем принимал таблетки в течение нескольких месяцев, пока в конце концов не приходил к заключению, что это дает временный или минимальный положительный эффект – или вовсе никакого. Потом у меня уходило несколько недель на отвыкание от одного препарата и переход к следующему. Каждая новая неудача подрывала

мой энтузиазм и уверенность в успехе, но к этому моменту я уже прочно врос в культурную среду, где непрестанно говорили о болезни, о нарушении обмена нейромедиаторов, а также о чуде, которое непременно сотворят лекарства, если запастись терпением и провести нужные испытания. Вопреки ожиданиям, я с середины 1970-х годов безуспешно перепробовал более двадцати разных лекарств. Этот повторяющийся и бесплодный процесс длился много лет, прежде чем я начал серьезно сомневаться в компетентности тех, кто никогда не выражал особого беспокойства по поводу прошлых неудач или сомнений в следующем назначении.

Время от времени у меня сменялся врач – из-за выхода на пенсию или по бюрократической надобности. Сам я в начале своих мытарств никогда не уходил от психиатра или терапевта, ошибочно полагая, что это значило бы «дезертировать». Тем не менее с каждой переменой я надеялся найти кого-то, способного лучше справиться с проблемой моей депрессии и обладающего клиническими знаниями, позволяющими подобрать правильное сочетание лекарств. Само собой, я перешел от последовательного приема таблеток к одновременному поглощению нескольких препаратов – эта практика именуется изящным научным термином «полифармация». Я согласился, что этот новый подход необходим, чтобы укротить мою особо упорную депрессию и тревожность. Но по мере того, как я не бросал лечения, которое становилось всё более запутанным, я всё больше сомневался в компетентности мо-

их врачей. Особенно запомнились мне общение с «целительницей», выписавшей мне препарат, по моему убеждению, серьезно подорвавший мое самочувствие. Разумеется, я понял это лишь спустя годы, после того как мы «перестали встречаться».

Доктор Д. была хрупкой женщиной за сорок, говорила с явным иностранным акцентом. Каждый раз, когда мы встречались, я минут десять описывал свои симптомы. Иногда мы обсуждали новые варианты лечения, но обычно разговор быстро переходил к вопросам, по всей видимости, не имевшим отношения к моему «заболеванию». Доктору Д., казалось, нравилось слушать о моей работе, семье, недавнем отпуске или новом писательском замысле. По-видимому, суть этой не относившейся к делу болтовни о моей жизни состояла в том, что она как бы заслуживала право говорить о достоинствах своих двух дочерей. Часто после этих сеансов я уходил с мыслью о совершенно впустую потерянном времени, если, конечно, в нашем разговоре не было какого-то терапевтического подтекста, который я не оценил должным образом.

Если бы доктор Д. ограничивалась только разговорами о своих детях, она принесла бы мне больше пользы. Но однажды она захотела, чтобы я попробовал новое средство от бессонницы. Она предложила мне принимать препарат под названием Клонопин. Как и подобает послушному пациенту из тех, в ком не чают души доктора, я задал несколько во-

просов. Отвечая на них, доктор Д. ни разу не обмолвилась о том, что этот класс препаратов, так называемые бензодиазепины (Клонопин, Ксанакс, Валиум и Ативан), может вызывать привыкание. В ее оправдание скажу, что она могла в то время и не знать о трудностях отвыкания от этого препарата после длительного приема. В вышедшей в 2006 году книге¹⁸ я описал, как тщетно пытался слезть с Клонопина около 15 лет назад. И сегодня вечером я приму те же таблетки, которые принимал годами, не потому, что они работают, а потому что я подсел. Предположение, что моя хроническая тревожность может быть отчасти результатом дневного синдрома отмены Клонопина, вызывает у меня гнев. И хотя я, конечно, не думаю, что доктор Д. вредила мне намеренно, но она невольно нарушила клятву Гиппократата.

Более чем десятилетняя зависимость от бензодиазепинов привлекла мое внимание еще к одной стороне моих исканий психического и физического здоровья. Визиты к врачам, специализирующимся на лечении зависимости, открыли мне глаза на то, как может влиять на стратегии лечения возраст пациента. После ужасных страданий, вызванных описанной выше попыткой прекратить прием Клонопина, я обратился к соответствующей литературе. Мое беспокойство и раздражение определенно усилились, когда я узнал, что люди, долгое время сидящие на «бензо», могут страдать от когнитивных нарушений и повреждения головного мозга. Мало того,

¹⁸ D. Karp, 2006, *op. cit.*

этот препарат может привести «даже к более тяжелой зависимости, чем героин»¹⁹. Один специалист по наркозависимости, которого я посещал, сказал мне: «Если вы перестанете принимать Клонопин, для вас наступит черный день». Второй подтвердил: после десятилетий приема синдром отмены может держаться в течение многих лет, и решение отменить препарат – «не лучшее для человека в вашем возрасте». Исходя из соображений качества жизни для человека за семьдесят, предполагалось, что лучше продолжать прием препарата и насколько возможно достойно справляться с тревогой, вызванной ежедневным синдромом отмены лекарства.

Чем сильнее я сомневался в целителях-психиатрах, тем больше доверял собственным опытным знаниям. Я заметил, что психиатры зачастую прописывают таблетки произвольно, в порядке эксперимента, – я называю это «лекарством из черного ящика», – и стал гораздо менее сговорчивым пациентом. Я по своему усмотрению менял дозы лекарств. Я перестал принимать некоторые таблетки, не сообщая об этом своему психиатру. Нередко я просто лгал о своем самочувствии, потому что знал: правда лишь спровоцирует очередной ненужный эксперимент. Я отказался от регулярных встреч с психиатром и теперь хожу к нему главным образом

¹⁹ См.: R. Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (New York: Random House, 2010a), p. 130.

только за рецептами, которые мне необходимы для того, чтобы избежать синдрома отмены. За долгие годы я перепробовал разные терапевтические направления: когнитивно-бихевиоральную терапию, традиционную разговорную терапию с социальным работником и с клиническим психологом, медитацию, упражнения на расслабление и такие программы, как совместное консультирование, йога, иглоукалывание и травяные сборы для улучшения сна.

Кроме того, я стал смелее отказываться от врачей, чей подход казался мне слишком ограниченным, кто пренебрежительно отмахивается от идеи, не согласующиеся с их излюбленными концепциями лечения. Однажды я попытался вовлечь психиатра в разговор о влиянии антропологии и социологии на культурно-релятивистскую концепцию психического заболевания. Он отмахнулся от подобных идей почти с порога, предположив, что если бы высоколобые ученые-исследователи имели хоть немного врачебной практики как у него, то они бы поняли, что их взгляды – по большей части теоретические абстракции, малоприменимые на практике. Расстроенный его нелюбезностью, я снова сменил психиатра. В другом случае терапевт, сторонник когнитивно-бихевиоральной терапии, дал мне почитать книгу по этому предмету. Когда я пришел на второй прием и задал несколько критических вопросов о данном подходе, он мне сказал, что мы вряд ли сработаемся, потому что лечение будет успешным, только если я полностью «поверю» в него. Я не пожелал об-

ратиться в его «веру», и мы расстались.

Годы работы над книгой, основанной на долгих беседах с депрессивными людьми, заставили меня задуматься о том, как у многих пациентов зарождаются сомнения в компетентности психиатров. Неудивительно, что во всех рассказах, которые я слышал за последние два десятилетия, главная роль отведена врачевателям – психиатрам, психологам, психотерапевтам, социальным работникам, медсестрам и консультантам. Кроме того, люди регулярно обращаются к народным целителям и разного рода духовным наставникам²⁰. Я слушал, как пациенты начинают свои странствия в поисках профессиональной помощи, как они выбирают докторов, оценивают их знания, почему они прибегают к услугам сразу нескольких лечащих врачей и почему они часто «разводятся» со специалистами по психическому здоровью. Справедливости ради отмечу, что мне довелось выслушать несколько историй людей, благодарных психиатрам или терапевтам за то, что те «спасли им жизнь».

Сегодня я убежден, что есть две фундаментальные области экспертного знания. Это профессиональные знания, которые приобретаются в основном путем университетского образования и клинического опыта. Помимо этого, существуют эмпирические познания пациентов, которые приобретаются годами страданий. Более того, две эти различные

²⁰ Следует принимать во внимание, что эти люди могут испытывать к тому же негативный эффект подобных альтернативных способов лечения.

области знания часто конфликтуют между собой. Со временем у пациента, я полагаю, неизбежно происходит сдвиг в восприятии его лечения. Как и в моем случае, первоначальная вера в несомненные познания врачей, обычно не признающих правомерности теорий, мнений и голосов тех, кто «находится на их попечении», как правило, мало-помалу тает. Подобно постепенному смещению тектонических плит, которое влечет за собой глубокие геологические разломы, расхождения между двумя этими областями опыта неизбежно приводят к серьезным противоречиям между врачом и пациентом.

Когда вы будете читать главы настоящей книги, обратите внимание на то, какие ответы своими рассказами предлагают мои собеседники на следующие вопросы: почему люди, страдающие от депрессии, приходят к решению искать профессиональную помощь? Как они оценивают врачей, когда проблемы только обнаруживаются? Совпадают ли их представления о собственных трудностях с объяснениями психиатров? Какие сомнения остаются у пациента по поводу его лечения? Если пациент ищет перемен, то когда он решает обратиться к другому психиатру или психотерапевту? Как меняется со временем его личное отношение к различным формам лечения? Когда у пациента возникает ощущение собственного опыта и знания своих жизненных обстоятельств? В чем он видит различие между ролью профессиональных медиков и заботой и советами друзей и членов семьи? В ка-

кой момент некоторые пациенты прибегают к самолечению, иногда вопреки «предписаниям врача»? Почему и в какой точке своей «карьеры болезни» люди обращаются за помощью к народным целителям или к методам нетрадиционной медицины? Какие пациенты полностью теряют веру в профессиональных врачей и вследствие этого прекращают лечение?

В последней главе этой книги, озаглавленной «Болезнь, Я и общество», я цитирую одного из моих научных руководителей, медицинского социолога Элиота Фрейдсона. На мой взгляд, его слова достаточно веские, чтобы повторить их здесь. В книге «Медицинская профессия», написанной более 45 лет назад, Фрейдсон (Freidson, 1970: 336) утверждал: «Отношения специалистов с современным обществом – одна из главных, пожалуй, проблем нашего времени, ибо в их сердцевине лежат вопросы демократии и свободы, а также степени, в которой [люди] могут определять характер собственной жизни»²¹. Эти слова – поистине пророческие. В сущности, вся современная американская действительность подчинена власти специалистов. Они всюду, они наши советчики практически во всех сферах жизни.

Можно сказать, что специалисты «колонизировали» жизненный путь человека. Есть эксперты по пренатальной диагностике и акушеры, специалисты по раннему детству и вопросам подросткового возраста, профессиональные совет-

²¹ E. Freidson, *Profession of Medicine* (New York: Harper and Row, 1970), p. 336.

чики, помогающие детям из высших слоев найти подходящий колледж и успешно продвигаться по карьерной лестнице, консультанты по вопросам пенсионных накоплений и геронтологи, специализирующиеся на обстоятельствах преклонного и старческого возраста. Массмедиа тиражируют советы таких целителей, как доктор Дрю, доктор Фил и доктор Оз²². Эти известные общественные персонажи ведут нас сквозь трудности поддержания физического и эмоционального здоровья. Их ежедневные предписания – это средство и воплощение мощного требования нашей культуры, требующей немедленного вмешательства специалистов, когда мы чувствуем нечто меньшее, чем полное счастье и личное удовлетворение.

Прежде чем читатель заключит, что я ратую за бóльшую «вольницу» пациентов как безусловное достижение, должен сказать, что пренебрежение советами специалистов или отказ от них порой приводят к катастрофическим последствиям. Так, пациенты, которые односторонне, без надлежащего руководства прекращают лечение, могут страдать от мучительного синдрома отмены. Неудачные эксперименты с лекарствами заканчиваются больницей. Нежелание следовать рекомендациям врачей часто приводит к конфликтам меж-

²² Дэвид Дрю Пински (*англ.* David Drew Pinsky, p. 1958), специалист по зависимости; Филип Кэлвин Макгрю (*англ.* Phillip Calvin McGraw, p. 1950), психолог; Мехмет Ченгиз Оз (*англ.* Mehmet Cengiz Öz, p. 1960), кардиохирург, – американские врачи и медийные персоны, ведущие одноименные программы на телевидении. – *Примеч. пер.*

ду пациентами и членами их семей. Пациенты, решающие восстановить личную ответственность за свое благополучие, оказываются между пресловутыми молотом и наковальней. Через какое-то время они могут обнаружить, что их личная борьба с аффективным расстройством только усугубляет «причинно-следственную путаницу» относительно характера их болезни и целесообразных способов ее лечения. Поэтому для большинства потребителей стратегия выживания превращается в непростое балансирование между рекомендациями врачей и собственными суждениями.

Позволю себе еще сказать несколько слов о том, что я хочу донести до читателя в этой и других главах «Поговорим о депрессии». Несмотря на мои разочарования и постоянные сомнения, я уверен, что подавляющее большинство психиатров искренне пекутся о благополучии своих пациентов. Я также уверен, что основные психические заболевания (в частности, клиническую депрессию, биполярное расстройство и шизофрению) нельзя до конца понять вне связи с биологическими процессами. Безусловно, необходимы дальнейшие исследования для понимания нейробиологии этих болезней. Наконец, я признаю, что лекарства жизненно необходимы людям, переживающим мучительные и опасные эпизоды болезни. В то же время было бы упущением с моей стороны не уделить внимания в новом введении к «Поговорим о депрессии» историческим, политическим, экономическим и естественнонаучным факторам, которые сформиро-

вали современную модель психиатрии, далеко не всегда отвечающую интересам пациентов. В следующем разделе я в общих чертах расскажу, как и почему психиатрия стала привержена исключительно биологическим объяснениям эмоциональных страданий, и коснусь эффективности ее нынешней «парадигмы таблеток».

СОМНИТЕЛЬНАЯ РЕВОЛЮЦИЯ

Книга «Поговорим о депрессии» была опубликована в весьма благоприятный момент в истории психиатрии. В 1986 году произошла настоящая революция в наших представлениях об аффективных расстройствах, и возвестил о ней Прозак. Важной вехой этой революции стал выход книги Питера Крамера «Слушая Прозак»²³. Книга поведала об удивительных историях людей, чья жизнь радикально преобразилась благодаря новому «чудо-препарату». Не менее важно и то, что появление Прозака, первого лекарства, относящегося к новой тогда категории СИОЗС (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина), очевидно дистанцировало психиатрию от более старой, психологической системы воззрений на причины психических расстройств. Теперь средства массовой информации без устали твердили нам, что такие проблемы, как депрессия, определенно связаны с

²³ P. Kramer, *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self* (New York: Penguin Books, 1993).

дисфункций нейромедиаторов в мозге.

Повторялось, как мантра, что депрессию, вне всяких сомнений, вызывает дефицит нейромедиатора, именуемого серотонином. Эта повсеместно транслируемое и скоординированное мнение профессионалов создавало впечатление, что психиатрия наконец-то нашла ускользавшее от нее средство от депрессии – долгожданное лекарство, которое так долго было почти рядом – только руку протяни. И хотя в ответ раздавались критические голоса, совместные пиар-кампании психиатрии и фармацевтических компаний в значительной степени задавили инакомыслие. Большинство американцев обратились в новую веру. Представители фармацевтических компаний, проталкивавшие таблетки, и пациенты, стремившиеся искоренить малейший намек на несчастье, наводнили приемные врачей. В самом деле, стало едва ли не культурной нормой глотать пилюлю почти при всяком эмоциональном дискомфорте²⁴. Неотступная реклама Прозака, а затем и всего нового поколения СИОЗС (например, Целексы, Лексапро, Паксила, Золофта) совпала с пересмотром *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (DSM²⁵), часто назы-

²⁴ См.: C. Barber, *Comfortably Numb: How Psychiatry is Medicating A Nation* (New York: Vintage Books, 2008).

²⁵ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) – принятая в США номенклатура психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association, APA). Последняя версия классификатора – DSM-5, выпущенная в 2013 году. – При-

ваемого «библией психиатров». Чтобы понять феномен экспертов-психиатров и их возрастающую гегемонию в вопросах, какое человеческое поведение считать аномалией, патологией, а какое требует «лечения», мы должны рассмотреть эти явления в более широком историческом контексте.

В своем блестящем и всеобъемлющем «археологическом анализе» безумия Мишель Фуко прослеживает, как менялись значения этого понятия от Средневековья до современности²⁶. В эпоху Возрождения безумцы считались, в общем, безобидными. Полагали даже, что их бред был своеобразной мудростью, прозревающей космические тайны жизни и смерти. Начиная с XVII века тех, кого причисляли к «сомнамбулам», стали изолировать от общества и помещать в бесчеловечные условия «исправительных домов». Возникновение исправительных заведений закрытого типа к концу XVIII века совпало с появлением «медицинской модели» болезни и с утверждением власти психиатров как признанных экспертов по выявлению, определению и правильному лечению психических заболеваний. В культурном сознании укоренилось представление о психической болезни как медицинском случае, требующем гуманного отношения. Переход к «больничным» закрытым заведениям первоначально был вдохновлен благородными намерениями. Однако, как гласит

меч. пер.

²⁶ M. Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Translated from the French by Richard Howard (New York: Vintage Books, 1973).

пословица, «благими намерениями вымощена дорога в ад». Истинность этого вывода, пожалуй, ничто не подтверждает с такой очевидностью, как открытие новых методов лечения, предлагаемых во имя науки для «лечения» госпитализированных психически больных.

Слишком часто то, что кажется прогрессивным в данный момент, позднее видится смехотворным или бесчеловечным. Многие из кошмарных методов лечения, применяемых в первых психиатрических больницах, в свое время считались передовыми²⁷. Людей, страдавших от депрессии, систематически «лечили» большими дозами слабительных и ледяными ваннами, от которых стыла кровь в жилах. Еще одно абсурдное изобретение – быстро вращающееся кресло, полностью дезориентирующее своих «жертв», отчего те становились «тихими». Психоз в разное время лечили кровопусканием, погружением в воду с головой (напоминавшим пытку военнопленных утоплением) и инсулиновой шокотерапией. Португальский нейрохирург Эгаш Мониш провел первые лоботомии и за это важное «нововведение» в 1946 году получил Нобелевскую премию. Американец Уолтер Фримен, как предполагалось, усовершенствовал эту операцию, начав вводить нож для колки льда в мозг пациента через глазную впадину. Более 50 000 человек подверглись лоботомии, прежде

²⁷ Полное изложение истории о чудовищном обращении с пациентами психиатрических больниц см.: R. Whitaker, *Mad In America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (New York: Basic Books, 2010b).

чем эта чудовищная операция, увечившая головной мозг, себя полностью дискредитировала²⁸. Хотя «ученые», безусловно, искренне верили в ценность своих методов лечения, ими двигало также и тщеславие. Такое прошлое должно научить нас быть более осмотрительными в отношении существующих методов лечения. Ряд современных критиков²⁹, например, утверждают, что нынешнюю «эру антидепрессантов» будущие поколения, возможно, сочтут очередным неудачным медицинским экспериментом.

Несмотря на то что больницы создавались с благими намерениями, они едва ли были утешительными «приютами». Слишком малочисленные, без надлежащего финансирования, чрезмерно переполненные и управлявшиеся преимущественно неподготовленным персоналом, эти новые заведения больше походили на тюрьмы, чем на места, где можно было получить передышку, эмоциональную поддержку и целительную медицинскую помощь. К несчастью, психиатрические больницы к тому же отражали господствовавшее

²⁸ Несмотря на повсеместный отказ от лоботомии, некоторые исследователи по-прежнему утверждают, что тщательно контролируемое нейрохирургическое вмешательство может оказывать благотворный эффект при особенно тяжелых, хронических и лишающих трудоспособности аффективных и обсессивно-компульсивных расстройствах. См. текст С. Рауха и Г. Косгрува в защиту нейрохирургии на сайте именной Массачусетской больницы общего профиля: <http://neurosurgery.mgh.harvard.edu/functional/psysurg.htm>.

²⁹ См., например: Whitaker, 2010a, op. cit.; D. Healy, *The Anti-Depressant Era* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1995); D. Healy, *The Creation of Psychopharmacology* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2002).

социальное, классовое и расовое неравенство, что негативно сказывалось на повседневном обращении с «заключенными». Персонал фактически выполнял охранные функции, поэтому коррупция и жестокое обращение стали там нормой. Эти негативные процессы усугубили Великая депрессия и Вторая мировая война, когда внимание общества к психически больным практически свелось к нулю, что еще более снизило качество ухода за ними. Нас не должно удивлять, что подобные плачевные обстоятельства, наряду с другими факторами, привели к возникновению «антипсихиатрического движения», начавшегося в 1960-е годы³⁰. Наиболее радикальная часть этого движения видела в самой идее психического заболевания не более чем «социальный конструкт», вызвавший неоправданное медицинское вмешательство в «жизненные проблемы». А следовательно, утверждали сторонники «мифа душевной болезни»³¹, психиатрические больницы и психиатрическое лечение только умножают страдания и вредят здоровью пациентов.

Первую половину XX века можно назвать «эрой психоте-

³⁰ Антипсихиатрическое движение, особенно в 1960-е и 1970-е годы, связано в первую очередь со следующими исследованиями: E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients* (Garden City, N. Y.: Doubleday Anchor, 1961a); T. Szasz, *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man* (Garden City, N. Y.: Anchor Books, 1970); T. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a theory of Personal Conduct* (London, Paladin, 1972); R. Laing, *The Politics of Experience* (New York: Ballantine Books, 1967); T. Schef, *Being Mentally Ill: A Sociological theory* (Chicago: Aldine, 1966).

³¹ T. Szasz, *Ibid.*, *Myth of Mental Illness*.

рапии». Конечно, идеи Зигмунда Фрейда были революционными и одними из самых влиятельных в истории мысли; они сформировали наши представления о том, кто мы есть как человеческие существа и каковы внутренние психические процессы, которые движут нашими мыслями и поступками. Идеи Фрейда привели к торжеству терапевтического менталитета в Соединенных Штатах и стремлению американцев к более глубокому самопознанию. Несмотря на то что в период с 1960 по 1980 год вера в эффективность психотерапевтического лечения не ослабевала, тем не менее оптимизма в отношении психоаналитических и других психодинамических теорий в активно развивающейся ныне области психиатрии поубавилось. Отчасти причиной негативной реакции психиатрии на «разговорную терапию» стали очевидные недостатки психоаналитической теории. Не менее важную роль сыграли политические и профессиональные мотивы. Психиатрия, по-прежнему включающая в себя разговорную терапию, продолжала оставаться в самом низу медицинской иерархии. Психиатры же хотели, чтобы их признали за полноценных врачей, лечащих несомненные заболевания организма. Это могло произойти только с радикальным сдвигом парадигмы, при котором психические заболевания квалифицировали исключительно как соматические расстройства, имеющие чисто биологические причины.

В 1952 году Американская психиатрическая ассоциация (АРА) опубликовала свое первое пособие по психическим

расстройствам, именуемое DSM («Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders» – «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам»). Как и следовало ожидать, первая попытка составить перечень психиатрических диагнозов отражала фрейдовскую психодинамическую модель психического расстройства. Кроме того, в пособии было перечислено «только» 106 расстройств или «реакций». В первый раз DSM пересмотрели в 1968 году. В переизданном справочнике по психическим расстройствам, тоже верном психодинамической этиологии психического неблагополучия, число диагнозов подскочило до 182-х. Поворотным моментом в этой институциональной истории стало (случайное) открытие важнейших транквилизаторов³², таких как Стелазин и Торазин. Эти новые «чудо-препараты» вселили надежду, что даже самые трудноизлечимые психические заболевания можно держать под контролем и что пациенты смогут вернуться в свои семьи и в общество. Широкое применение этих препаратов подогревали два взаимосвязанных мнения. Согласно первому, правильный путь для психиатрии – четкая кодификация психических расстройств, позволяющая психиатрам приходить к соглашению относительно правильных диагнозов. Согласно второму, необходимо ускорить поиск лекарств для ле-

³² Нейролептики – антипсихотические препараты, предназначенные в основном для терапии расстройств, сопровождающихся чувством тревоги, страха и двигательным возбуждением. – *Примеч. ред.*

чения расстройств, имеющих предположительно биологическую природу.

Неэффективность больничной системы и доступность новых лекарств, избавляющих больных от худших симптомов, сообща подготовили еще одну разительную социальную перемену – быструю деинституционализацию, то есть переход к амбулаторному обслуживанию. Численность стационарных пациентов по стране, на пике достигавшая более полумиллиона, сократилась примерно до 50 000. В современных психиатрических больницах условия существенно меняются, и сегодня мы вряд ли найдем заведения, сравнимые с «гадюшниками», о которых с такой большой тревогой рассказывают документальные фильмы вроде «Безумцев Титиката»³³³⁴. Тем не менее не следует преуменьшать глубокое влияние, всё еще оказываемое на пациентов бегло описан-

³³ Документальный фильм режиссера Фредерика Вайсмана «Безумцы Титиката» вышел в 1967 году. В нем разоблачалось жестокое обращение с заключенными больницы Бриджуотер – исправительного учреждения для душевнобольных преступников. Фильм спровоцировал общественную дискуссию о цензуре, поскольку штат Массачусетс попытался помешать его выходу на экраны, утверждая, что он нарушает право заключенных на неприкосновенность частной жизни. Фильм получил ряд престижных наград за яркое изображение ужасных условий в больнице Бриджуотер, повышающее сознательность в отношении этой проблемы. Его нетрудно найти в библиотеках и приобрести в многочисленных интернет-магазинах.

³⁴ «Titicut Follies» – документальный фильм (1967) Фредерика Визмана и Джона Маршалла о пациентах-заключенных, находящихся на принудительном лечении в психиатрической исправительной лечебнице Бриджуотер в Массачусетсе. – *Примеч. пер.*

ной здесь историей. Даже те, кто не нуждается в госпитализации, продолжают жить в обществе, чье представление о психической болезни сформировано идеей, что психически больные должны быть пространственно и эмоционально отделены от «нормальных». Поэтому, безусловно, психиатрия, определяющая психические заболевания исключительно как результат биологических нарушений, способствует маргинализации пациентов, а тем самым и их стигматизации – как со стороны общества, так и в их собственных глазах.

Открытие в 1960-е и 1970-е годы малых транквилизаторов для уменьшения тревоги (Милтауна, Либриума и Валиума) содействовало регулярному принятию лекарств, необходимых для эмоционального здоровья. Ретроспективно мы видим, что эти препараты поддерживали тогдашний социальный порядок, поскольку в основном предназначались для тревожных женщин, которым по культурным стандартам того времени полагалось сидеть в своих пригородных домах, воспитывать детей и следить, чтобы всё в доме сверкало чистотой, а ужин подавался на стол аккуратно к возвращению мужа с работы. Неслучайно Валиум, например, называли «мамин маленький помощник»³⁵. Хотя к концу 1970-х годов выяснилось, что «малые» транквилизаторы создали очень серьезную проблему зависимости, выбор был сделан. В деле облегчения человеческих страданий психиатрия стала пол-

³⁵ «Mother's Little Helper» – песня группы Rolling Stones 1966 года о зависимости домохозяйек от валиума. – *Примеч. пер.*

ностью полагаться на открытие новых препаратов. Разумеется, фармацевтические компании горячо приветствовали новое направление психиатрии. В конце концов, производство препаратов для борьбы с диагнозами, «сконструированными» Американской психиатрической ассоциацией, сулило баснословные прибыли.

Апогеем движения к полному доминированию «биологической психиатрии» стало появление в 1980 году DSM-III. В этой версии руководства были поименованы 265 расстройств. Ключевое нововведение заключалось в том, что DSM-III вводил диагностические критерии для каждого из перечисленных расстройств. Теперь психиатры могли ставить такие диагнозы, как большая депрессия, на основании единого системного подхода. Если на протяжении по меньшей мере двух недель фиксировалось, что пациент отвечает хотя бы пяти из девяти критериев депрессии (а следовало бы спросить, почему пяти, а не четырем или шести?), ему назначалось лечение. Новый DSM разрешил ряд головоломок в психиатрии. Наконец-то в этой области установилось столь необходимое единодушие по поводу постоянно растущего числа психических расстройств. Новое руководство очень кстати облегчило психиатрам и задачу убеждения страховых компаний, требовавших подтверждения, что пациент явно нуждается в лечении. Кроме того, новое руководство еще прочнее скрепило партнерство психиатрии и фармацевтических компаний. И психиатрия, и крупные фармацевтиче-

ские компании предвкушали прибыль от лечения психически больных пациентов, число которых стало быстро расти.

DSM-III установил высокую степень «надежности» в наименовании и определении диагнозов. Однако, как известно любому студенту, знакомому с исследовательскими методами, есть большая разница между надежностью и «валидностью». Постоянное получение одних и тех же результатов измерений (надежность) не означает, что вы действительно и точно измеряете именно то, что вы думаете (валидность). Например, тот факт, что DSM помогает психиатрам согласовать между собой диагноз депрессии, не означает, что они правы, определяя ее как подлинно биологическое заболевание. Проще говоря, классификация – это не объяснение. Гэри Гринберг в своей «Книге скорби» дает DSM довольно суровую оценку, подчеркивая, что «в лучшем случае DSM – это топорный и несовершенный справочник наших слабостей, а в худшем – сборник экспертных мнений, маскирующихся под научную истину»³⁶. С отправной точкой этой главы вполне согласуется и замечание о DSM-III психиатра Аллена Фрэнсиса:

DSM-III пал жертвой собственного успеха – он стал «библией» психиатрии, исключив из этой области другие точки зрения, которые совершенно необоснованно оказались отброшенными в его тень. Диагноз должен составлять лишь

³⁶ G. Greenberg, *The Book of Woe* (New York: Blue Rider Group, Penguin Books, 2013), p. 167.

часть окончательной оценки, но он занял главенствующее положение. Понимание общего состояния пациента часто сводилось к проставлению галочек в контрольном списке вопросов. *При этом оказались упущены из виду нарратив о жизни пациента и контекстуальные факторы, влияющие на образование симптомов* (курсив мой. – Д. К.)³⁷.

Фрэнсис, главный идейный вдохновитель опубликованного в 1994 году DSM-IV, попытался ввести в процесс диагностирования большую строгость и прозрачность и свести к минимуму тайные политические мотивы, прежде часто определявшие, будет ли включен в очередной том диагноз того или иного ученого. Он также надеялся изменить неформальный статус DSM, сделав «библию» полезным «руководством», которое будет помогать психиатрам в их диагностических заключениях, подразумевая, что при окончательном решении о диагнозе и лечении они в первую очередь должны руководствоваться в равной мере клиническим заключением и глубоким знанием жизни пациента. Но в своей книге «Спасение нормальных» Фрэнсис признаёт, что, вопреки его лучшим намерениям, мощь профессиональной экспансии, личные амбиции и экономические интересы привели в

³⁷ A. Frances, *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* (New York: Harper Collins Publishers, 2013), p. 67.

итоге к дальнейшей «диагностической инфляции»³⁸ и чрезмерной зависимости от DSM.

Последняя, пятая версия DSM появилась лишь в 2013 году. DSM-5, не решив ни одной из выявленных в более ранних версиях проблем, вызвал серьезную критику. В настоящее время это издание, включающее уже почти 350 диагностических категорий, продолжает громоздить новые и довольно спорные психические расстройства. С момента его публикации и по сей день врачи могут лечить от таких «патологий», как «умеренное нейрокогнитивное расстройство», «расстройство настроения», «расстройство аутического спектра», «гиперсексуальное расстройство» и «расстройство пищевого поведения». Читателю следует знать, что, хотя назначенная комиссия при включении новых диагнозов, безусловно, полагается на научные исследования, решение в конечном счете принимается голосованием. И так же голосованием определяют, следует ли удалить из DSM прежние диагнозы. Один из самых известных примеров – голосование в 1973 году по поводу исключения из разряда психических расстройств гомосексуальности. Иными словами, решение о существовании психического расстройства является, по сути, столь же научным, сколь и политическим. И всякий раз, когда соглашаются включить в DSM-5 новое и

³⁸ Аллен Фрэнсис посвящает целую главу своей книги «Спасение нормальных» явлению, которое он обозначает термином «диагностическая инфляция». A. Frances, Ibid., p. 77–113.

нередко спорное психическое расстройство (как, например, детское биполярное расстройство), мы наблюдаем настоящую «эпидемию» соответствующих диагнозов и медикаментозного лечения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.