

ИМПЕРИЯ ДЕПРЕССИИ

ГЛОБАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ РАЗРУШИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ



ДЖОНАТАН САДОВСКИ



Психика и жизнь

Джонатан Садовски

**Империя депрессии. Глобальная
история разрушительной болезни**

«Издательство АСТ»

2021

УДК 616.89

ББК 56.14

Садовски Д.

Империя депрессии. Глобальная история разрушительной болезни
/ Д. Садовски — «Издательство АСТ», 2021 — (Психика и
жизнь)

ISBN 978-5-17-146734-0

Депрессия захватила мир. Еще 150 лет назад словом «депрессия» описывали лишь пессимистичное настроение. Однако в середине XX века, когда европейские империи рушились, новые западные клинические модели и методы лечения психического здоровья распространились по всему миру. Сегодня диагноз «Депрессия» поставлен каждому 25-му жителю нашей планеты. Раскрывая непрерывность человеческих страданий на протяжении всей истории, психиатр Джонатан Садовски показывает, как разные культуры описывали сильную душевную боль и как пытались облегчить ее. Ряд методов лечения, как древних, так и современных, действительно уменьшает страдания, но окончательное излечение пока недостижимо. В этой книге предпринимается попытка собрать воедино всю важнейшую информацию о депрессии и вычленить ключевые феномены, которые помогут осмыслить масштаб эпидемии и предложить возможные пути победы над ней. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-146734-0

© Садовски Д., 2021

© Издательство АСТ, 2021

Содержание

Предисловие	7
Благодарности	13
1	15
Что такое депрессия?	18
Что вообще делает что-то болезнью?	21
Итак, что насчет депрессии? Является ли она болезнью?	24
Депрессия повсюду?	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

Джонатан Садовски
Империя депрессии. Глобальная
история разрушительной

Лоре, Риверу и Джулли

Jonathan Sadowsky
THE EMPIRE OF DEPRESSION

Печатается с разрешения Polity Press Ltd., Cambridge.
All rights reserved

© Jonathan Sadowsky, 2021
© А. И. Логинова, перевод, 2022
© ООО «Издательство АСТ», 2023

Предисловие

Когда печаль становится болезнью?

Писательница Вирджиния Эффернан пережила болезненное расставание. Такое со многими случается. Бывает, что грусть долго не проходит. Однако в какой-то момент Вирджиния поняла, что к горю от потерянной любви добавилось что-то еще, некая болезнь. Хуже того – ее депрессия, казалось, росла сама по себе и уже никак не была связана с первопричиной.

Пытаясь понять, что же происходит, она задумалась: а не стал ли причиной ее состояния постоянный поиск счастья, – может, она впала в депрессию оттого, что ждала от жизни слишком много? Или, вероятно, с ней что-то не так (как часто думают о себе люди с депрессией)? Была ли депрессия оправданием тому, что ее карьера не задалась – или она просто лентяйка? Вопрос непростой, потому что избыточная самокритика – признак депрессии. Была ли депрессия оправданием ее лени? Или же сама постановка вопроса продиктована нежеланием работать?

Эти риторические вопросы совсем не новы. Однако потом в ее жизни произошел переломный момент – ей выписали антидепрессанты. Сидя в поезде, она высыпала таблетки на ладонь, задаваясь вопросом: неужели рана у нее внутри может затянуться при помощи препаратов?¹ В последние десятилетия этот вопрос мучил не одного человека. Вопрос, состоящий из страха и надежды. Если ответ «да», многие чувствуют облегчение. И дело не только в болезни, – но в потоке сомнений в том, что болезнь вообще реальна. Если препараты работают, значит, она существует. Тем не менее многие настороженно относятся к антидепрессантам, – и не только потому, что у них, как и у всех лекарств, есть побочные эффекты. Кажется странным, что твой собственный взгляд на мир – оптимистический или пессимистический, полный любви к себе или ненависти – результат химических процессов в организме. Такие риторические вопросы были актуальны и до эпохи антидепрессантов – связь настроения и физического состояния (духа и материи) многие века оставалась загадкой. И ничто так не сбивало человечество с толку, как ужасные страдания, на которые мы сейчас навешиваем ярлык «депрессия».

Эта книга о боли. Которая изолирует от общества. Которая напоминает о том, как трудно понять, где заканчивается душа и начинается тело. Которая появляется всегда и всюду, только лишь меняя свой облик и проявления в зависимости от того, где она находится. Боль, пожирающая надежду, истощающая удовольствия, устремления и даже обычную непринужденность. Один врач сказал, что существует лишь единственная болезнь хуже этой, и это – бешенство². Возможно, он и не прав, но мало какой недуг обладает такой же суперсилой, как депрессия, который может лишать жизнь ценности, превращать золото в грязь.

Люди испытывают душевную боль на протяжении многих веков, поэтому мы вполне можем говорить об истории боли. История заключается в преобразовании форм и выражений, в многочисленных попытках выяснить ее источник, значение и суть, – попытках важных и полезных, но явно недостаточных, – а также в поисках средств облегчения этой боли, так и не увенчавшихся окончательным успехом.

В книге я затрагиваю несколько тем. Первая тема о том, что понятие депрессии формируется под влиянием истории и культуры, но сравнения во времени и пространстве возможны и необходимы. Вторая – о том, что не нужно выбирать, какой компонент преобладает в термине «депрессия» – биологический, психологический или социальный. Выбор главного компонента – ошибка, допускаемая даже в современное время. Депрессию часто называют

¹ Virginia Heffernan, *A Delicious Placebo*, Nell Casey, *Unholy Ghost: Writers on Depression* (New York: HarperCollins, 2001).

² John Scott Price, *If I Had... Chronic Depressive Illness*, *British Medical Journal* 1 (1978) 1200–1. Спасибо Алексу Райли за ссылку.

«душевной болезнью». Порой критики психиатрии сетуют, что проблемы, обозначаемые этим термином, – это ненастоящие болезни. Меня же больше беспокоит второе слово – болит не всегда только «душа». Депрессия всегда затрагивает тело. Третья тема, а скорее даже проблема, – отношение к депрессии в обществе, которое до сих пор предполагает некое неравенство. На мой взгляд, многие специалисты ставят неверный вопрос выбора между медицинской и социальной составляющей депрессии. Здоровье, болезнь и лечение всегда находятся в социальном контексте, но от этого не меньше относятся к медицине. Я дописываю книгу, когда вокруг бушует эпидемия COVID-19, которая, помимо губительного воздействия на здоровье, вскрыла многие проблемы общества: классовое и расовое неравенство, несовершенство систем здравоохранения и медицинского страхования многих стран; а еще появились предвзятые нападки самих заболевших, – поиск виновных заново обрел актуальность, что, как давно известно историкам медицины, не сулит ничего хорошего. Депрессия точно так же привлекает внимание к проблемам общества. И точно так же, как и коронавирус, она от этого не перестает быть и чисто медицинской проблемой. Четвертое, что я считаю необходимым отметить, – это классические возражения историка против пренебрежительного отношения к прошлому. История депрессии по большей части писалась умными заинтересованными людьми, которые делали все возможное, используя имеющиеся знания, чтобы понять эту болезнь и успешно лечить людей. Как и в других областях медицины, находились те, чей чрезмерный энтузиазм только мешал делу. Многие другие, видя несовершенство психиатрической науки, высказывали здравые опасения³.

Многие книги по истории психиатрии представляют собой перечень ее ужасных злодеяний. Психиатрия на самом деле многим навредила: изоляцией, стигматизацией, лечением инвазивными физическими методами или ошибочным решением полагаться исключительно на медикаменты. Даже терапевтические беседы, изначально считающиеся более гуманным способом лечения, могут носить абьюзивный характер или даже наносить вред. Но это не значит, что я высказываюсь против психиатрии. Это просто факты, полученные эмпирическим путем и описанные историками. Мы не можем не учитывать негативный опыт, но нам также нужно считаться и с тем, что психиатрия действительно помогала людям. Большая часть пациентов с депрессией лечатся добровольно. Они возвращаются к своим врачам потому, что лечение помогает: многие чувствуют себя лучше, другие в той или иной степени смогли вернуться к той жизни, какой хотели бы жить. А большинство из тех, кто не имеет доступа к лечению, очень бы желали его получить.

Я писал эту книгу, стараясь придать ей легкости. Совершенно унылая книга о депрессии может оказаться весьма тяжелой для чтения, а местами даже угнетающей. Но пусть непринужденный тон не вводит вас в заблуждение касательно серьезности темы. Тяжелые случаи депрессии пагубно сказываются на работоспособности, на отношениях с самыми дорогими людьми и физическом здоровье. А если депрессия приводит к суицидальным мыслям или попыткам самоубийства, то она представляет непосредственную угрозу для жизни. Но и менее серьезные случаи депрессии также весьма болезненны, к тому же им часто и вовсе не придают значения.

Многие современные историки подчеркивают новизну понятия «депрессия». За прошедшие сто двадцать лет представления о значении и лечении болезни сильно изменились. Существовало ли то, что мы теперь называем депрессией, повсеместно на всем протяжении истории человечества? – вопрос сложный, и я уделяю ему пристальное внимание. Часть вопроса состоит в том, была ли меланхолия – болезнь, известная со времен античности, от которой отказались только в XX веке, – тем же самым, что современная депрессия? Этому вопросу я

³ Я пытался писать так, будто бы эта книга была первой книгой о депрессии, психических болезнях, истории медицины или вообще истории, которую откроет читатель. Прошу прощения у знатоков темы, если они прочтут то, что им давно известно. В книге содержатся уникальные исследования и, смею надеяться, уникальные интерпретации и идеи. Также я старался применять комплексный подход. Благодарности другим исследователям темы я выразил в сносках и в библиографии.

посвятил вторую главу, однако вкратце могу сказать: нет, они не идентичны. Это маловероятно хотя бы потому, что ни тот ни другой термин не имеют однозначной, зафиксированной трактовки. Но между двумя понятиями совершенно точно существует историческая связь. История депрессии, не включающая в себя историю меланхолии, будет крайне неполной.

На протяжении всей истории изучения депрессивных заболеваний отмечалась в некоторых случаях связь с маниакальными состояниями. То, что современная психиатрия определяет как маниакально-депрессивный психоз (биполярное расстройство), раньше называлось маниакальной депрессией, что означало смену настроения, когда маниакальные фазы чередуются с депрессией. В некоторые времена такое состояние считалось просто еще одной формой меланхолии или депрессии, а иногда его использовали как общий термин для всех разновидностей депрессии. С исторической точки зрения было бы неверно вообще не упомянуть разного рода мании и маниакальные депрессии, но заострять особое внимание на этой теме я не планирую. Униполярные и биполярные расстройства имеют много общего в симптоматике и лечении. Некоторые сейчас считают, что это две разновидности одной и той же болезни. Существует даже мнение о том, что все аффективные расстройства (то есть расстройства настроения) и психозы взаимосвязаны между собой по спектру – от нескольких сотен до нескольких тысяч отдельных заболеваний⁴. Но я считаю необходимым сосредоточить внимание на каком-то одном из них, поэтому в фокусе моего внимания – *униполярная депрессия*.

В настоящее время, как и на протяжении истории медицины, к *депрессивному состоянию* относят множество различных диагностических терминов, которые отличаются по проявлению симптомов и схеме лечения. Мы можем говорить о «депрессиях» подобно тому, как некоторые утверждают, что шизофрения не является единообразным состоянием, в связи с чем предпочитают использовать термин «шизофрении». Я буду также исходить из многообразия депрессий и относиться к этому как к данности. Единство разнообразных болезней проистекает не из какой-то одной ключевой особенности, которую можно наблюдать во всех случаях. Единство спектра формируется из общего включения болезней и их симптомов во многовековые дискуссии относительно их значения и принадлежности⁵.

Также в книге представлены многочисленные методы лечения. Способы борьбы с депрессией обычно разделяются на два вида: 1) лечение физическими, или соматическими, методами и 2) психологические методы, в большинстве своем представленные терапевтическими беседами того или иного рода⁶. И те и другие способы лечения аффективных болезней практикуются не одно столетие. В настоящее время среди физических методов лечения депрессии преобладают антидепрессанты, разработанные примерно семьдесят лет назад. В середине XX столетия стали применяться первые лекарства, получившие название «антидепрессанты», наиболее важными из которых являются две группы: первая – трициклические препараты, а вторая – ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО). Чуть позже появились селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как «Прозак», возвестивший начало эпохи антидепрессантов. Также важно упомянуть электросудорожную терапию (ЭСТ), изобретенную в Италии в 1930-е годы. ЭСТ применялась к куда меньшему числу пациентов – по

⁴ Stephen M. Stahl, *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th edn, Cambridge: Cambridge University Press, 2013), 245.

⁵ Медицинская антропология иногда разделяет «заболевание» (определяемое как состояние, диагностируемое врачом) и «болезнь» (определяемую как субъективное переживание этого состояния). Для некоторых целей такое разделение полезно, однако поскольку в клинической науке и диагностике депрессии укрепился термин «заболевание», в начатую мной дискуссию оно ясности не внесет, а лишь вызовет путаницу. Классическая работа на тему: Arthur Kleinman, *The Illness Narratives* (New York: Basic Books, 1989).

⁶ В других работах я аргументированно доказывал, что деление методов лечения на «физические» и «психологические» фундаментально неверно. Но эта точка зрения настолько распространена, что тяжело писать исторический обзор, не опираясь на нее. Смотрите подробнее: Jonathan Sadowsky, *Somatic Treatments*, in Greg Eghigian, *The Routledge History of Madness and Mental Health* (New York: Routledge, 2017).

большой части к тем, кому не помогли все прочие методы лечения. Подробнее о физических методах лечения, как широко используемых в настоящее время, так и об устаревших, а также о нескольких перспективных, я расскажу в пятой главе.

Терапевтические беседы можно разделить на два основных направления. Одно из которых – глубинная, или динамическая, психология, также называемая психологией бессознательного. Основывается она на понимании и проработке внутреннего конфликта. Большая часть специалистов, практикующих данный метод, так или иначе придерживаются концепции Зигмунда Фрейда, а также концепций и методик некоторых других известных специалистов, в частности Карла Юнга. Однако многие до сих пор не знают, насколько сильно изменилась психоаналитическая мысль со времен Фрейда. Об этих преобразованиях я рассказываю в третьей главе. Второе крупное направление называется когнитивно-поведенческой терапией (КПТ), задача которой – исправить логические ошибки в мышлении страдающего депрессией и дать толчок к изменениям в его поведении. Методы лечения, направленные на трансформацию мышления и поведения пациентов с депрессией, практиковались с античных времен (подробнее во второй главе), но во второй половине XX столетия они подверглись основательному переосмыслению и получили широкое применение (об этом я пишу в четвертой главе). Какая-то – а по-видимому, основная – часть психотерапевтов в своей практике объединяют телесно ориентированную инсайт-терапию, когнитивную деятельность и поведенческую терапию.

Стоит отметить, что ни один из вышеприведенных физических и психологических методов лечения не имеет ярых критиков. Я исследую и сами способы лечения, и их критику, а после озвучиваю свое мнение. Моя задача, как историка, состоит в том, чтобы помещать события в исторический контекст и тщательно проверять обстоятельства и известные факты; но ни нейтральности, ни объективности, если такое вообще возможно, она не предполагает. Одно из своих соображений я выскажу прямо сейчас: никакие огульные обвинения в адрес физических и психологических методов не являются для меня убедительными. Только конструктивная критика конкретных физических или психологических методов лечения может иметь некоторую ценность. Но я с осторожностью отношусь к аргументации, что физические методы лечения изначально плохи и небезопасны, или же что психологические методы ненаучны, потому что не физиологичны⁷. Эти суждения обычно продиктованы необоснованными философскими догмами или, что еще хуже, возникают из-за борьбы за влияние между сторонниками физических и психологических методов лечения.

Многие лекарства от депрессии помогают значительному числу людей, хотя нет единого средства, которое помогало бы абсолютно всем, поэтому некоторым людям приходится принимать несколько препаратов, прежде чем будет найдено эффективное для них лекарство. Я не стесняюсь давать оценку тому, насколько хорошо работают те или иные средства, а также какие они имеют недостатки, – и то и другое есть у каждого препарата и метода. Депрессия – это монстр, и, чтобы его победить, нам нужен целый арсенал различного оружия.

Мы можем говорить об *империи депрессии* в двух смыслах этого выражения. В первом случае мы имеем в виду империю потому, что в западной психиатрии и обществе термин «депрессия» стал преобладающим при описании психических расстройств, вытеснив всю остальную терминологию; это произошло постепенно: сильный толчок был дан в конце XX столетия, хотя началось все гораздо раньше. Во втором случае – когда этот терминологический сдвиг стал распространяться по всему миру, что тоже произошло в конце XX века. Повсеместно прежние формулировки, названия болезней и концепции душевных расстройств все чаще стали конкурировать с диагнозом «депрессия». Однако мы увидим, что болезни, возникшие в результате горя и скорби, окажутся не новыми во многих местах, взявших на вооружение новую лексику, и что прежние культурные и медицинские концепции не просто уступили

⁷ Jonathan Sadowsky, Somatic Treatments.

место новой терминологии, а вступают в сложные взаимодействия с ней. Но чем эта книга точно не является – так это жалобами на гипердиагностику депрессии и превращением обычных жизненных состояний в медицинскую проблему. Теперь об этом явлении пишут многие, и в большинстве случаев в этом есть рациональное зерно. Опасность чрезмерной диагностики существует. Я уделяю ей внимание, однако пишу и о возражениях, и об альтернативных взглядах. Увеличение частотности диагностики – факт, но ни его причины, ни значение не являются очевидными. Есть три версии того, почему это происходит. Первая – случаев депрессии действительно стало больше. Или же столько же, сколько и раньше, но мы научились лучше ее диагностировать – это версия под номером два. А третья состоит в том, что произошел диагностический сдвиг – то есть случилось переименование состояний, которые ранее объяснялись другими болезнями или же вовсе не считались заболеваниями. При этом в каждом отдельном случае могут быть актуальны две версии или даже все три.

Многие жалобы на гипердиагностику депрессии и медикаментозное лечение обычных жизненных ситуаций печали и горя имеют под собой ничтожную фактическую основу, а также опираются на расширение критериев диагностики или же просто на количество проходящих терапию: якобы из этого следует, что диагноз ставится слишком многим. Напрямую редко утверждается, что многие из тех, кому поставлен диагноз «депрессия» не дотягивают до того, чтобы быть больными по-настоящему, какими бы критериями это ни определялось. Резкий рост числа диагностированных больных за короткий промежуток времени дает лишь почву для того, чтобы задуматься, существует ли чрезмерная диагностика, но сам по себе рост случаев не является доказательством гипердиагностики.

Постановка психиатрического диагноза всегда подвергалась объективной критике, потому что само по себе наличие диагноза может стигматизировать людей и отношение к ним в обществе. Все чаще обычные жизненные трудности превращаются в болезнь. Поэтому дискуссии о критериях депрессии носят чрезвычайно важный характер. Но за исключением маргиналов – противников психиатрии – большинство специалистов сходятся на том, что некоторые психические расстройства, такие как тяжелые психозы, являются заболеваниями. А другие, включая и многих психиатров, считают, что сейчас слишком часто начинают обычные жизненные невзгоды называть болезнями. Когда идет речь о постановке диагноза «депрессия», многое зависит от степени состояния. Подавляющее большинство полагает, что тяжелые и среднетяжелые случаи депрессии подлежат лечению. Также многие сомневаются, что лечение так уж необходимо всем тем, кто его получает. Но где же мы должны провести эту черту и установить границу степени тяжести состояния? Я не даю ответа на этот вопрос, но стараюсь показать то, насколько сложно найти решение, а также то, что вопрос этот не так нов, как кажется. История депрессии – это отчасти бесконечное перетягивание каната вокруг этой границы.

Некоторые утверждают, что депрессия и другие психические расстройства – не настоящие болезни. Часто такая позиция аргументируется отсутствием явного физического вреда или тем, что определения и критерии депрессии не точны и не постоянны. Совсем лишь немногие объясняют, зачем же нужны физические повреждения и четкие симптомы для того, чтобы депрессию признали заболеванием. Именно такое формальное отсутствие для многих является очевидной причиной для невключения депрессии в перечень заболеваний. Но это не так. Другие смещают акцент на то, что депрессия – общественно-культурная проблема. Это верно, но не отменяет того, что это одновременно и медицинская проблема.

Иногда, рассматривая важную проблему или значимое противоречие в науке о депрессии, я утверждаю, что истину мы не узнаем. Одна из задач гуманитарных наук – воспитание толерантности к неопределенности. Допускать ее наличие – вовсе не то же самое, что цинично и нигилистически признавать все знания несостоятельными. Там, где я считаю знание о депрессии обоснованным, я говорю об этом прямо. Социокультурные аспекты депрессии, вероятно,

могут дать более определенные знания, нежели физиологические, даже несмотря на прогресс, достигнутый в понимании биологических аспектов депрессии в течение последнего столетия.

Я преподаю курс по истории депрессии уже не первый год и обратил внимание, что часто его выбирают те, кому был поставлен такой диагноз или те, кто подозревает у себя его наличие. Многие люди, кто решит прочесть эту книгу, могут оказаться в аналогичной ситуации. Я предупреждаю студентов, что курс не является терапией, не может и не должен ею быть, как и эта книга. В ней повествуется о спорах относительно того, действительно ли депрессия является настоящей болезнью и эффективны ли средства ее лечения. Но перед тем как углубиться в тонкости этих дебатов, мне бы хотелось сказать, что, на мой взгляд, ответ «да» – наиболее убедительный и безопасный ответ на оба вопроса. Если вы чувствуете, что вам требуется помощь, постарайтесь ее получить. Сомнения в том, больны вы или нет, вряд ли возымеют терапевтический эффект, а вот действенные методы борьбы с депрессией существуют, и есть большая вероятность того, что какой-нибудь из них вам поможет.

Депрессия затрагивает проблемы, известные каждому из нас⁸. Всем нам знакома печаль, и каждый сталкивался с потерей интереса к жизни, бессонницей и ухудшением аппетита, вызываемыми горем. Однако большинство считает, что иногда страдания – из-за серьезности, продолжительности и очевидной оторванности скорбящего от реальности – кажутся болезнью. Но когда? Прочие болезни, вероятно, даже абсолютно все известные человечеству заболевания, были не похожи друг на друга и имели различное значение в определенных эпохах и культурах. Сьюзен Зонтаг убедительно показывает, что СПИД и туберкулез – болезни, вызываемые известными инфекционными возбудителями, – затенялись культурой, подменялись метафорами и картинками-ассоциациями, влияющими на то, как они понимались и воспринимались в обществе⁹. Ассоциации имели влияние на людей, простиравшееся куда дальше, чем то, о чем нам повествует медицинская наука о физических последствиях болезни. Заболевания всегда встроены в общественно-культурную сферу и подвержены изменениям в зависимости от места и времени. Тем не менее лишь немногие из них так же изменчивы, как депрессия.

Ее непостоянство отражает непростую проблему: как же следует реагировать на неизбежные жизненные невзгоды? Большинство мировых религий и философских течений зачастую учат нас, что человеческая жизнь наполнена страданием. Как пел Пол Саймон в песне *The Coast*, печаль повсюду, куда ни повернешься. Но когда печаль становится болезнью?

⁸ Этот абзац вдохновлен нашим разговором со Слоуном Магоуни на конференции «Глобальная история психиатрии», проходившей в ноябре 2018 года в Гронингене, Нидерланды.

⁹ Susan Sontag, *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors* (New York: Picador, 2001).

Благодарности

Прежде всего, выражаю благодарность моей семье. Отцу – за пятьдесят семь лет поддержки, одобрения моих начинаний и мудрых советов. Обычно только маленькие дети считают своих отцов лучшими людьми в мире, но я думаю так до сих пор. Риверу Садовски, Джулии Садовски, Нине Садовски и Ричарду Садовски – за то, что поддерживали меня и воодушевляли. Мою жену Лору, психиатра и психоаналитика по профессии, а также компетентного литературного редактора – за самую большую поддержку и за то, что она мой лучший читатель.

Благодарю троих сотрудников университета *Case Western Reserve*, чья помощь оказалась неоценимой. Алана Роке, ныне на пенсии, который никогда не переставал читать все, что я пишу, – за то, что этот проект он читал на всех стадиях – от идеи до готовой черновой рукописи. Эйлин Андерс-Фай, всегда готовую мне помочь, чьи заслуги слишком велики, чтобы их перечислять. И нельзя и пожелать лучшего друга и собеседника, чем Тед Стейнберг.

Также заслуживают особого упоминания двое моих коллег не из университета. Дэвид Уильям Коэн, мой наставник в аспирантуре, оставил неизгладимый отпечаток на работе; пусть сфера моих исследований и расходится с его собственной. Он мой интеллектуальный ориентир: даже после того, как он вышел на пенсию, я советуюсь с ним всякий раз, когда сталкиваюсь со сложной проблемой. Мои интересы теперь все чаще совпадают с интересами Лиз Ланбек – еще одного человека, который восхищает и вдохновляет меня; она также неоднократно и во многом поддерживала меня на протяжении моей карьеры.

Спасибо другим коллегам из университета *Case Western Reserve*, оказавшим мне разнообразную помощь: Марку Аулицио, Франческе Бриттен, Низ Девено, Кимберли Эммонс, Сью Хинц, Тине Хоу, Питеру Ноксу, Андреа Рейджер, Авиве Ротман, Маддалене Румор, Кэтрин Скеллен, Рене Сентий, Мэгги Уинтер, Энн Уоррен и Джиллиан Уайс.

Также благодарю других моих коллег как за конкретную, так и за более общую поддержку: Ану Энтик, Хьюбертуса Бюшеля, Стивена Каспера, Каролин Истмен, Марту Эллиот, Джереми Грина, Мэтью Хитона, Ванессу Хильдебранд, Нэнси Роуз Хант, Санджива Джайну, Ричарда Келлера, Бэррона Лернера, Бет Линкер, Эми Лутц, Слоуна Мэхони, Сару Маркс, Элизабет Меллин, Эмили Менденголл, Рэнди Натенсона, Дэниэла Пайна, Ханса Полса, Шэрон Шварц, Трайсу Шулман-Шай, Нину Струдер и Кэтрин Салливен. Элизабет Дарэм и Кэти Килрой-Мерек – моя особая благодарность за помощь и вычитку в невероятно короткие сроки.

На разных этапах работы мне помогли несколько научных ассистентов – в поиске и получении источников, а также чтении черновиков. Спасибо Бет Салем, Мэтью Йодеру, Суфье Бакши, Райли Симко, Кэт Реттинг и Шерри Болкевиц. На финальной стадии написания книги неоценимую помощь мне оказала Майя Делегал.

Два анонимных рецензента прочли аннотацию и черновик готовой книги – и я многим им обязан. Один из них отнесся к моему подходу одобрительнее, чем другой, но оба были вдумчивы, конструктивны, и их комментарии сделали книгу лучше.

Часть книги была представлена на различных конференциях и семинарах: на историко-социологическом факультете Пенсильванского университета; на конференции «Прошлое мировой психиатрии» в Гронингском университете (Нидерланды, ноябрь 2018 года); на конференции «Деколонизация безумия» в Лондонском университете (Биркбек, апрель 2019 года); на объединенном собрании Института Карла Юнга и Кливлендского психоаналитического центра (Кливленд, май 2019 года); на конференции «Психиатрия как социальная медицина» в Университете Джона Хопкинса (ноябрь 2019 года) и на заседании рабочей группы по биоэтике Университета Кейс-Вестерн Резерв. Спасибо всем участникам, которые комментировали и вдохновляли меня.

Спасибо Меган Галлахер и Кэти Нейхорс за то, что все шло как по маслу, и в особенности удивительную Бесс Уайс, которая делала все, что было в ее силах, и еще сверх того.

Спасибо Биллу Клэспи, Джен Старки и Эрин Смит из библиотеки Кевина Смита, всегда готовых обеспечить меня всем необходимым.

Спасибо Паскалю Паучерону из издательства *Polity* за интерес, поддержку и предложения, а Эллен Макдональд-Крамер – за решение логистических вопросов. Мне понравилось работать с этой командой.

Мои студенты, которым я преподаю курс социальных и культурных аспектов депрессии, за эти годы помогли мне обдумать ряд вопросов; особенная благодарность Каролине Слободник и Таруну Джеллу. Также я благодарю студентов курса «Основы медицины как общественно-культурного явления», особенно Дишу Баргаву, Дами Ошин, Картика Равичадрана и Сару Сиддикви.

Депрессия – это то, что заставляет чувствовать себя мертвым при жизни¹⁰.

¹⁰ Эти слова пациентки с депрессией приводятся по книге: Janis Hunter Jenkins and Norma Cofresi, *The Sociomatic Course of Depression and Trauma: A Cultural Analysis of Suffering and Resilience in the Life of a Puerto Rican Woman*, *Psychosomatic Medicine* 60 (1998), 439–47.

1

Депрессия

Те, у кого никогда не было депрессии, лишь с большим трудом могут понять, что это такое, но она часто дурачит и тех, у кого она есть.

Чимаманда Нгози Адичи¹¹

Представьте себе молодую женщину, проживающую в Филадельфии, иностранную студентку местного колледжа, которая впервые оказалась вдалеке от дома. Она находится в состоянии печали, близкой к отчаянию. Девушка чувствует себя изолированной, но при этом отклоняет приглашения куда-нибудь выбраться из дома. Она не видит смысла в том, чтобы что-то делать, и ее комната каждый день становится все грязнее. Является ли это случаем клинической депрессии?

Представьте и то, что сама студентка отрицает, что у нее депрессия, – что предположила ее тетя, врач, недавно перебравшаяся из Нигерии в США. Она просит тетю не называть свое состояние «по-американски». Ифемелу, героиня романа Чимаманды Нгози Адичи «Американха», полагает, что в ее положении такое состояние совершенно нормально. У нее нет денег, из-за отсутствия нужных документов она не может устроиться на работу, а любимые люди далеко. Кто бы не грустил, не чувствовал апатии и не желал скрыться от мира? Уджу, ее тетя, убеждена: у племянницы *настоящая болезнь*, – правда, в Нигерии о ней почти не говорят. Ох уж эти американцы, парирует Ифемелу, вечно бы им все назвать болезнью. Она считает, что как только найдет хорошую работу и обзаведется друзьями, от ее «симптомов» не останется и следа¹².

Спор между Ифемелу и Уджу может показаться новым явлением, характерным для современной Америки, стремящейся придать жизненным трудностям медицинские аспекты. Но сложности с определением момента, когда обычные жизненные проблемы превращаются в депрессию, существуют столько же, сколько сама болезнь. Можно ли провести четкую границу? Существует ли всего одна причина болезни, или все же их множество, и они, как и симптомы с проявлениями, определено различные?

По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия в настоящее время – впервые в истории – стала основной нагрузкой на здравоохранение¹³. Согласно ВОЗ, во всем мире насчитывается более трехсот миллионов людей, страдающих депрессией; с 2005 по 2015 годы их число выросло на восемнадцать процентов. В период между 2011 и 2014 годами один из девяти американцев хотя бы раз принимал антидепрессанты¹⁴. Многие делали это, чтобы бороться с другими проблемами: бессонницей или болевым синдромом, – но и количество диагностированных депрессий росло как снежный ком.

Однако неясно, что стало причиной столь масштабного увеличения количества диагнозов. Действительно ли в мире стало больше страдающих депрессией? Если да, что же послу-

¹¹ <http://bookslive.co.za/blog/2015/03/13/i-felt-violated-chimamanda-ngozi-adichie-reveals-her-anger-at-the-guardian-over-article-on-depression/>, accessed October 25, 2019.

¹² Chimamanda Ngozi Adichie, *Americanah* (London: HarperCollins, 2014), P. 150–8. Чимаманда А. Американха. – М.: Фантом Пресс, 2018. – Прим. ред.

¹³ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>, accessed July 7, 2017. Смотрите также: Alice Walton, The Strategies that Science Actually Shows are Effective for Depression, *Forbes*, June 15, 2017, <https://www.forbes.com/sites/alicegwalton/2017/06/15/the-strategies-that-science-actuallyshows-are-effective-for-depression/#547748b75117>, accessed July 8, 2017.

¹⁴ <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2007.pp9b2>, accessed August 20, 2019.

жило причиной эпидемии? А может, врачи просто чаще стали распознавать депрессию? Если это так, то специалисты обнаруживают существующие случаи, или они изменили критерии диагностики? Или же, поскольку термин у всех на слуху, он стал влиять на то, как люди относятся к психическому стрессу – будь то глубокая скорбь или умеренная печаль? Как влияет на количество диагнозов само существование антидепрессантов? Все эти вопросы остаются без однозначного ответа, и мы можем сказать лишь одно: *подсчет страдающих депрессией – это очень сложная задача.*

У каждого из возможных объяснений есть сторонники и аргументы. Те, кто полагает, что депрессия стала встречаться чаще, указывают на то, что современный мир – отчужденное, полное стрессов место: имущественное расслоение, насилие и виртуальная изоляция, порожденная развитием социальных сетей¹⁵. Однако стал ли мир более отстраненным или депрессивным, чем был семьдесят пять или сто двадцать пять лет назад, – не совсем ясно. Уровень диагностики депрессии во время мировых войн, засилья западного империализма, расовой сегрегации и холокоста был ниже. Социологи начала XX века наперебой жаловались на то, каким изолированным стало современное урбанизированное общество. А философия той эпохи изоциренно аргументировала утверждения о бессмысленности и бесцельности жизни.

Так что, вероятнее всего, мы наблюдаем не рост числа депрессий, а увеличение количества тех *состояний, которые мы стали называть депрессией*. Обычно к этой точке зрения прилагается критика фармацевтической индустрии, которая черпает выгоду в как можно более широком диагностировании депрессии. Но каким бы заманчивым ни казался этот аргумент, необходимо учитывать, что до наступления эпохи роста количества диагностированных специалисты по психическому здоровью ратовали за улучшение качества диагностики депрессии – болезни, выявляемой, по их мнению, *недостаточно часто*, и наносящей ужасный (и бессмысленный) урон людским страданиям¹⁶. С их точки зрения, истинные масштабы заболевания, которое имело место с давних пор, начали осознаваться только сейчас. Они призывали выявлять депрессию намного раньше, чем фармацевтические компании принялись зарабатывать деньги на продажах популярных антидепрессантов.

Систематизируя вышесказанное, можно утверждать: если какая-то болезнь стала выявляться чаще, чем прежде, этому есть три вероятных объяснения. Первое – то, что эпидемиологи называют *приростом истинной заболеваемости*: действительное увеличение числа заболевших. Второе – *улучшение выявляемости*. Если при подсчете страдающих той или иной болезнью считать тех, кто обратился к врачам, в результате выйдет лишь число обратившихся за медицинской помощью. Если опрашивать всех поголовно, данные выйдут более точными. Выявляемость станет лучше и в случае, если врачи и граждане будут демонстрировать большую осведомленность о заболевании, благодаря которой к специалистам обратятся больше людей. Но что, если изменился сам предмет подсчета? Это и есть третье объяснение – *диагностический сдвиг*. Диагноз теперь охватывает и те стрессовые состояния, которые раньше объяснялись иными болезнями, а может, и вовсе не считались таковыми. В спорах на предмет психического здоровья все три вероятных объяснения принято считать конкурирующими, – однако в каждом конкретном случае могут быть правдивы два объяснения, а то и все три.

Подсчет заболеваемости тем или иным недугом – дело непростое, даже если имеется устоявшееся определение и явные признаки, к примеру, выявляемые при анализе крови. В случае с депрессией задача еще сложнее. *Подсчет страдающих депрессией – это сложная задача* еще и потому, что трудно дать четкое определение болезни.

¹⁵ Dan G. Blazer, *The Age of Melancholy: Major Depression and Its Social Origins* (New York: Routledge, 2005).

¹⁶ Christopher M. Callahan and German E. Berrios, *Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940–2004* (Oxford: Oxford University Press, 2005), 116–17.

Депрессия в медицине является диагностическим термином. Приставка *диа* означает «отдельно», а *гнозис* – «знание». Диагностировать – значит выделять, отличать от прочих. В случае с депрессией это оказалось нелегко.

Что такое депрессия?

Немногим известно, что клиническая депрессия – это болезнь, связанная с необычайно угнетенным настроением. Это простое определение таит в себе множество сложностей и различий.

Рассмотрим клиническую депрессию, или большое депрессивное расстройство (БДР), в текущем, пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (*DSM-5*). В данном руководстве БДР – основной диагноз для депрессивной болезни, хотя симптомы депрессии встречаются и при других расстройствах. Но *DSM-5* не является истиной в последней инстанции при определении того, что же такое депрессия. Потому что, если судить по прошлому опыту, критерии определения и симптомы депрессии будут меняться. Положения *DSM-5* уже вызывают разногласия. Многие исследователи и практикующие специалисты считают, что БДР включает слишком много подтипов депрессии¹⁷. Согласно одному из новейших учебников, «ни один практик или эксперт не считает БДР единой „болезнью“»¹⁸. Более точное определение болезни означает более эффективный план лечения. Однако в настоящее время не существует общепризнанной детальной классификации¹⁹. *DSM-5* предписывает ставить диагноз БДР, если хотя бы пять из девяти симптомов сохраняются в течение двух недель. Вот эти девять симптомов:

1. Подавленное настроение большую часть дня, почти ежедневно.
2. Ощутимое уменьшение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов ежедневной активности.
3. Значительная потеря веса без диет или набор веса; отсутствие аппетита или чрезмерный аппетит почти каждый день.
4. Изменение количества сна в течение дня – слишком мало или слишком много.
5. Замедление мышления и уменьшение физической активности (наблюдаемые другими, а не просто субъективные ощущения беспокойства или заторможенности).
6. Усталость и упадок сил почти каждый день.
7. Чувство собственной никчемности или чрезмерной и незаслуженной вины почти каждый день.
8. Снижение способности к умственной деятельности и концентрации, а также нерешительность, присутствующие почти каждый день.
9. Постоянные мысли о смерти, суицидальные размышления без четкого плана, попытка самоубийства или конкретный план свести счеты с жизнью.

Для постановки диагноза у пациента должен присутствовать любой из первых двух перечисленных симптомов, а если в совокупности с одним из них отмечаются еще четыре симптома, то наличие всех остальных не требуется. В руководстве также говорится, что симптомы должны доставлять максимальный дискомфорт или вызывать ухудшение самочувствия, а также не быть вызванными психотропными веществами или иной болезнью.

Время – ключевой фактор. Для постановки диагноза симптомы должны быть продолжительными. Но приведенный срок выбран весьма субъективно. Я не хочу сказать, что авторы

¹⁷ Terri Airov, Is the Definition of Depression Deficient? Examining the Validity of a Common Diagnosis, *Psych Congress Network*, Fall/Winter 2017, 28–9.

¹⁸ Douglas F. Levinson and Walter E. Nichols, Genetics of Depression, in Dennis S. Charney, Joseph D. Buxbaum, Pamela Sklar, and Eric J. Nestler, *Charney and Nestler's Neurobiology of Mental Illness* (5th edn, New York: Oxford University Press, 2018), 301.

¹⁹ Douglas F. Levinson and Walter E. Nichols, Genetics of Depression, in Dennis S. Charney, Joseph D. Buxbaum, Pamela Sklar, and Eric J. Nestler, *Charney and Nestler's Neurobiology of Mental Illness* (5th edn, New York: Oxford University Press, 2018), 301.

руководства заблуждались, устанавливая определенное время. Потому что требовалось установить хоть какой-то временной промежуток, иначе люди начнут ставить себе диагноз из-за плохого настроения и потери аппетита в течение пары часов из-за очередного твита президента. (Со мной иногда такое бывает.) Однако точное время продолжительности симптомов не может быть установлено наукой. Возможно, исследователи будущего узнают о депрессии столько, что это позволит объективно оценить требуемое количество времени. Но я в этом сомневаюсь.

Также мы часто задаемся вопросом: а что, если симптомы оправданы некими событиями из жизни? Хотя в современной диагностике это не является фактором, но на протяжении всей истории западной медицины многие определения депрессивного состояния предполагали, что состояние человека должно быть несоизмеримо с его жизненными обстоятельствами²⁰. Еще в Древней Греции во времена Гиппократов утверждалось, что меланхолия истинна лишь тогда, когда не является нормальной реакцией на обстоятельства. Несколько веков спустя (в I веке) самобытный врач Аретей Каппадокийский писал, что страдающие меланхолией пациенты «унылы и суровы, расстроены или беспричинно апатичны без очевидного повода»²¹. Классическая работа Фрейда на эту тему начинается с предпосылки о разнице между объяснимым горем и беспричинной меланхолией. В 1976 году один психиатр заметил, что депрессия отличается от обыкновенной грусти тем, что «кажется утрированной в сравнении с тем, что ее, предположительно, вызвало»²². Так мы подходим к еще одному важному фактору – *критерию пропорциональности* – чтобы человек мог считаться больным, его настроение и состояние должно быть несоразмерно ситуации, которая его породила. Критерий оставил глубокий след на западных концепциях депрессии как заболевания, пусть даже в настоящее время он перестал использоваться в диагностике. Вероятно и то, что критерий пропорциональности воздействует на время, в течение которого человек обращается за лечением: те, кто переживает потерю и вполне закономерно горюет, не сразу заметят, что с ними что-то не так и им уже требуется медицинская помощь – в отличие от тех, в чьей жизни не происходили травмирующие события. Мы видим отличный пример этому явлению в романе «Американха»: Ифемелу напоминает Уджу: да, она грустит, но разве для этого нет причин? При этом она не добавляет, что, если бы все было хорошо, ее состояние могло бы быть депрессией. Хотя это сняло бы с термина обвинения в том, что любую печаль превращают в болезнь. Однако на практике критерий пропорциональности часто оказывается сомнительным. При издании *DSM-5* из списка диагностических критериев БДР был удален симптом «исключение тяжелой утраты». В предыдущих изданиях симптомы, появившиеся в такое время, не учитывались при установлении диагноза. Некоторые психиатры обеспокоены тем, что, изъяв этот критерий, справочник относит к болезни нормальную, пусть и трагическую, жизненную ситуацию²³.

А что же с теми, кто страдает от потерянной любви? Скажем, вы очень любили человека, а он вас бросил, после чего вы наблюдаете у себя пять из девяти перечисленных симптомов. И специалисты, и обыватели обычно сходятся на том, что сердечные переживания лечить не нужно. Но что, если симптомы не проходят продолжительное время или становятся очень сильными? А если боль не проходит годами, тогда это можно считать болезнью? В какой момент это становится понятно? А что, если страдающего посетят суицидальные мысли? В таких ситуациях уже приходят мысли о необходимости медицинского вмешательства. Но насколько далеко

²⁰ Scott Monroe and Richard A. Depue, *Life Stress and Depression*, в Joseph Becker and Arthur Kleinman, eds., *Psychosocial Aspects of Depression* (New York: Routledge, 1991), 102.

²¹ Tim Lott, *The Scent of Dried Roses* (London: Penguin, 1996), 70. Курсив автора.

²² Silvano Arieti and Jules Bemporad, *Severe and Mild Depression: The Psychotherapeutic Approach* (New York: Basic Books, 1978), 3.

²³ Примеры из этой главы детально рассмотрены в следующих главах: классическая античность – в главе 2, Фрейд – в главе 3, а «исключение тяжелой утраты» – в главе 4.

от самоубийства нужно оказаться, чтобы точно знать: со мной все нормально, внимание врача не требуется?

Объективные ответы на эти вопросы найти тяжело. Как временной, так и пропорциональный критерий варьируются в зависимости от культурных норм, исторической перспективы и даже от одного человека к другому.

Что вообще делает что-то болезнью?

В диалоге Ифемелу и Уджу звучит неявный вопрос: что превращает что-либо в болезнь? Как нам найти ответ на эту загадку?

Один из вариантов ответа, предлагаемый противниками психиатрии и отвергающими «медицинскую модель»: наличие физических повреждений. Очень интересное и простое мнение. Людям нравится то, что есть что-то, что можно увидеть, – когда болезнь в прямом смысле слова становится очевидной. Но история медицины говорит нам о том, что все не так просто, как кажется на первый взгляд, и сам аргумент весьма спорный. Так, многие болезни, ранее таковыми не считавшиеся, сейчас никем не отрицаются. Возьмем, к примеру, болезни мозга – разве считалось старческое слабоумие болезнью прежде, чем Альцгеймер открыл патологию мозга? Если когда-нибудь будут установлены четкие биологические показатели депрессии, станет ли она волшебным образом болезнью, не являясь ею сейчас?

Другой вариант – называть болезнью нетипичные для человека состояния и поступки. Но ведь нетипичные состояния не всегда плохи? Не скажем же мы об очень совестливом человеке, что у него синдром избыточной нравственности. Правда, если это вызывает чрезмерные страдания, мы можем задуматься, что что-то не так. Вероятно, тогда стоит добавить, что нетипичное для человека состояние должно вызывать боль (дискомфорт) или ограничения в его повседневной жизни. Но под это определение подходит все что угодно: леворукость – в мире, созданном для правой, или гомосексуальность – в обществе, где преследуются однополые связи. Психиатры пробовали объяснять гомосексуальность болезнью, отчасти надеясь, что это уменьшит стигматизацию. Результаты оказались ужасными²⁴.

Психиатр Нэнси Андреасен утверждала, что еще никому не удалось дать «удачных, логичных и нетавтологических определений... болезни, здоровья, физического заболевания и психического расстройства»²⁵. Я считаю, что она права.

При попытках отделить «настоящие» болезни от «мнимых» разверзаются бездны философских споров. По поводу одних состояний все единодушно: к примеру, рак – это заболевание, а леворукость – нет. В более неоднозначных случаях все куда сложнее. При достижении согласия страдающий получает «роль больного» и связанные с ней льготы (например, больничный) и обязательства (постараться поправиться), а сомнений в необходимости получения пациентом медицинской помощи не возникает²⁶. Но такое согласие – результат общественного процесса. Даже при условии наличия четкого физического поражения решение о том, является ли оно признаком болезни или нет, принимается в результате общественного обсуждения.

Иногда люди пытаются расширять рамки общественного соглашения, добавляя болезни или удаляя их отсюда. Либертарианец и критик моральных и научных основ психиатрии Томас Сас, будучи известным поклонником критерия «связь с физическим состоянием», исключил из перечня болезней все психические заболевания и вообще стремился исключить психиатрию из медицины. Учитывая то, что во всем мире шли дискуссии относительно того, являются ли психотические симптомы и инвалидизирующий стресс признаками болезни, Сас имел большой успех в своих начинаниях. Но точно так же, как Томас Сас был волен подвергать критике медицинский статус психической болезни, другие специалисты свободно подтверждали

²⁴ Jonathan Sadowsky, *Electroconvulsive Therapy in America* (New York: Routledge, 2006), 83–6.

²⁵ Nancy C. Andreasen, *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry* (New York: Harper and Row, 1984), 34.

²⁶ Классическое изложение концепции «роли больного» можно найти в книге: Talcott Parsons, *Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice*, in *The Social System* (Glencoe: The Free Press, 1951), 428–79. Работа во многом утратила социологический статус, однако я все еще нахожу ее полезной. Смотрите также: John C. Burnham, *Why Sociologists Abandoned the Sick Role Concept*, *History of the Human Sciences* 27, 1 (2014) 70–87. Благодарю Дишу Баргаву за полезные комментарии к предыдущему варианту этого параграфа.

его. И последние достигли куда больших результатов. Стоит отметить, что в своей победе всех обошли гей-активисты, которые успешно оспорили присвоение гомосексуальности статуса болезни. Они утверждали, что если они от чего и страдают, то не от своих сексуальных предпочтений, а от непринятия их обществом. Но называть их сексуальность болезнью тоже нельзя. В итоге эти дискуссии принесли много вреда, что отлично задокументировано.

Вдобавок все время появляются новые синдромы. Я вот всегда неулыбчив и хмур, когда встаю по утрам. Но нельзя же сказать, что я болен, правда? Но если я заявлю, что страдаю от «синдрома утренней хмурости» (СУХ), и множество людей со мной согласятся и подтвердят, что у них он тоже есть, то получится, что мы выявим новую признанную обществом болезнь. Иные возразят: ваш новомодный синдром есть не у всех – или спросят: а какова связь СУХ с физическим состоянием? Как сказала бы Ифемелу, героиня романа «Американха», как это по-американски – называть что-то болезнью только потому, что культурные ценности требуют, чтобы вы были радостны и бодры по утрам. Важно и то, скольких людей мне удастся убедить, а также и то, будут ли среди них врачи и страховщики. А если найдется какой-нибудь препарат, который сможет сделать вас радостным по утрам, мой успех будет еще более вероятным. Не самый реалистичный пример, правда? Но он близок к тому, что произошло с диагнозом «эректильная дисфункция»²⁷.

Если вы считаете, что общественное соглашение – плохой способ определять, что является болезнью, а что нет – вы вольны предложить объективные критерии. Но так, чтобы с ними были согласны все. Что ж, удачи!

Психиатрические диагнозы вызывают больше споров, чем диагнозы в любых других областях медицины. Названия меняют значение, выходят из употребления и иногда возвращаются. История психиатрии полнится случаями, когда диагнозы не несли никакого клинического назначения или же являлись благонамеренными, но тщетными попытками избавиться от стигмы. Доказать, что любая болезнь из *DSM* – социальная конструкция, не составляет труда. Любые первокурсники колледжа обучаются этому за десять минут. К тому же психиатрический диагноз – это почти всегда в некоторой степени сокращение контекста, сложности и субъективного опыта. Всегда присутствует потенциальный вред – особенно возникновение основания для стигматизации. Однако эти недостатки характерны не только для психиатрии. Любой диагноз может стигматизировать – в большей или меньшей степени. А еще диагноз смещает фокус, оттягивая внимание от более широкого контекста. Говоря, что кто-то страдает туберкулезом, обычно не упоминают социальную природу медицинской проблемы: скажем, бедности или рода занятий²⁸. Также не берется во внимание культурный контекст: значение термина и ассоциации с туберкулезом со временем менялись²⁹. На протяжении работы над книгой я, как и вы, наблюдаю за катастрофическими последствиями эпидемии COVID-19. Вирус обострил существующее социальное неравенство и имеющиеся стигмы. Социальные аспекты не могут быть охвачены только диагнозом, и они также не делают болезнь менее реальной.

Несмотря на все то, чем обременен психиатрический диагноз, бесполезным он от этого не становится. Постановка диагноза ведет к вполне практическим действиям: лечению и страховому покрытию, а также к успокоению³⁰. Смутное ощущение, что что-то не так, может здорово отравлять жизнь. Когда люди получают диагноз, это помогает им поверить, что их боль

²⁷ На тему процесса превращения недомогания в болезни смотрите: Peter Conrad, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Diseases* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007).

²⁸ Randall M. Packard, *White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa* (Berkeley: University of California Press, 1989); Georgina D. Feldberg, *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of North American Society* (New Brunswick: Rutgers University Press, 1995).

²⁹ Классический рассказ об этом: Sontag's *Illness as Metaphor*.

³⁰ На тему «за и против» психиатрического диагноза смотрите также: Felicity Callard, *Psychiatric Diagnosis: The Indispensability of Ambivalence*, *Journal of Medical Ethics* 40 (2014) 526–30; George Szmukler, *When Psychiatric Diagnosis Becomes an Overworked Tool*, *Journal of Medical Ethics* 40, 8 (August 2014), 517–20.

реальна, а это может стать первым шагом к тому, чтобы расценить ее как решаемую проблему. Также люди могут чувствовать себя менее одиноко, когда они знают, что их состояние знакомо другим.

Многие пишут критические отзывы на *DSM*. Часто – подчеркиваю, *действительно часто*, – в этих замечаниях справочник называют «Библией психиатрии». Называя справочник священным писанием, критики выражают неуважение. Такое сравнение совсем неудачное. На самом деле мало кто из психиатров считает справочник священным писанием, а большинство специалистов признают наличие у него недостатков³¹. Практикующие психиатры понимают, что *DSM* отражает далеко не все аспекты и тонкости психических расстройств³². Критика справочника необходима, но вовсе необязательно отрицать его полностью. Возможно, вместо справочника практикующим специалистам можно позволить использовать собственные, основанные на личном опыте, заключения для персонального подхода к составлению планов лечения. Многие в любом случае именно так и поступают, чтобы они ни писали в страховом заявлении. Однако отсутствие стандартного справочника приведет к путанице. Врачам будет трудно обмениваться опытом и проводить консилиумы, также затруднится проведение сравнительных исследований. Многие пациенты нуждаются в оплате лечения со стороны третьих лиц, и страховщикам требуется единая система классификации для назначения выплат.

Критики психиатрической диагностики указывают на дискредитировавшие себя диагнозы, тем самым заявляя о неправильности создания перечня болезней в целом. Гомосексуализм – самый яркий, но отнюдь не единственный, пример. В XIX столетии белый врач-расист заявил, что беглые рабы американского Юга страдали драпетоманией – болезнью, симптомом которой было желание стать свободным³³. Истерия – диагноз, при помощи которого в свое время клеймили неугодных для мужчин женщин, что давало мужьям (или иным родственникам) основания для того, чтобы получить опеку над ними и распоряжаться их финансами. Довольно часто психиатрические диагнозы бывали связаны с политическими или культурными предрассудками. Но эти примеры не способны доказать, что психиатрические диагнозы не имеют значимости. Такие утверждения не менее категоричны и точно так же противоречат логике и фактам, как и уверения, что все они отлично обоснованы.

³¹ Очевидно, что я не могу привести доказательств того, что все без исключения психиатры находят справочник *DSM* безупречным. Однако я читал многих из них и встречался с ними. И не могу припомнить ни одного, кто бы считал, что в справочнике не к чему придраться.

³² Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Plume, 2013). Гэри Гринберг – один из самых яростных критиков справочников *DSM*; он использует сравнение с Библией. Но сам Гринберг признает, что психиатры рассматривают справочник в лучшем случае как приблизительное руководство с умеренными претензиями на научную точность. Историк Энн Харрингтон отмечает, что недовольство качеством справочников растет с начала 1990-х годов. Вероятнее всего, это так, однако мы также увидим в главе 4, что критика в адрес справочника была еще в 1970-х годах. Смотрите также: Anne Harrington, *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness* (New York: W. W. Norton and Sons, 2019), 267.

³³ Венди Гонауэр недавно заявила, что диагноз куда более подвержен идеологии, чем обычно принято считать; поскольку, кажется, в медицинской практике никто по-настоящему им не пользуется. Wendy Gonaver, *The Peculiar Institution and the Making of Modern Psychiatry, 1840–1880* (Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2018), 6–7.

Итак, что насчет депрессии? Является ли она болезнью?

Словом «депрессия» мы называем как болезнь, так и настроение, знакомое каждому. Настроение проходит, чему часто способствуют простые вещи: пробежка, уборка в своей комнате, душ. Даже если оно задержится дольше, то может измениться в хорошую сторону по мере того, как жизнь станет налаживаться. Вернемся к примеру из «Американхи»: как только Ифемелу нашла хорошую работу и обзавелась друзьями, ее настроение стало намного лучше. Это не значит, что у нее не было клинической депрессии – из текста романа это выяснить не удастся. Но те, кто никогда не сталкивался с депрессией, часто с трудом верят, что от нее нельзя легко избавиться и что может потребоваться медицинское вмешательство.

Не будь определение депрессии столь расплывчатым, понять, болезнь это или нет, было бы легче. Количество симптомов, способных считаться признаками депрессии, огромно. Я начал составлять список, включая в него всякий симптом, найденный мною в любом контексте, используемый как в прошлом, так и в настоящем времени, как симптом депрессии. Получилось три группы:

- 1) аффективные/поведенческие: относящиеся к настроению и поведению;
- 2) психотические – изменения в восприятии реальности;
- 3) соматические, или физиологические.

Практически все диагностированные случаи депрессии включают аффективные и соматические симптомы. В психиатрии XX века психотические симптомы по большей части относятся к отдельным подтипам, хотя в описании меланхолии они преобладают.

Аффективные/поведенческие

- Подавленное настроение
- Потеря интереса к жизни
- Чувство вины
- Печаль
- «Чрезмерная» печаль
- Ожидание, что случится беда
- Заикленность на определенных мыслях
- Изоляция от общества
- Чувство собственной никчемности
- Суицидальные мысли
- Трудности с концентрацией внимания
- Когнитивные дисфункции
- Нерешительность
- Возбудимость
- Ангедония (неспособность испытывать удовольствие)
- Раздражительность
- Чувство безнадежности
- Колебания настроения
- Напряженность/нервозность
- Слезливость
- Агорафобия³⁴

³⁴ Агорафобия – это страх и беспокойство по поводу нахождения в ситуациях или местах, где нет возможности легко их покинуть или где в случае возникновения сильной тревоги помощь может быть недоступна. – *Прим. ред.*

- Ипохондрия
- Экзистенциальная тревога
- Снижение мотивации
- Подавление эмоций
- Чувство опустошенности

Психотические

- Бредовые идеи
- Обострение паранойи
- Воображаемая бедность
- Галлюцинации

Соматические/физиологические³⁵

- Проблемы ЖКТ: метеоризм, запоры, боли
- Двигательная заторможенность
- Бессонница
- Ослабление полового влечения
- Уменьшение или увеличение аппетита
- Понурий взгляд
- Упадок сил
- Чувство тяжести в теле
- Уменьшение или прекращение менструальных выделений
- Напряжение, особенно в области головы и шеи
- Покалывание в конечностях
- Сердечные боли; боли в груди
- Бледность
- Потливость ладоней
- Затрудненное дыхание
- Головокружение
- Горечь во рту
- Шум в ушах
- Чувство затуманенности или дымки перед глазами
- Холодные ступни и ладони
- Трудности с глотанием³⁶

Разнообразие симптомов, приведенных в списке выше, наводит на вопрос: неужели всегда и везде речь идет об одной и той же болезни? Тем не менее это все универсалии человеческого организма: тела (например, мозг, сердце, гормоны и гениталии) и ощущений (голод, удовольствие, интимность, скорбь, трепет и так далее). В различных культурах они варьируются, но даже при наличии множества вариантов могут быть понятны представителям другой культуры³⁷. Практически во всех обществах есть понятие психической болезни или безумия³⁸.

³⁵ Некоторые симптомы являются обратными друг другу: к примеру, если в списке приведен симптом «бессонница», то обратным ему симптомом будет чрезмерная сонливость. – *Прим. авт.*

³⁶ В списке есть частичные совпадения. Чтобы сделать его максимально исчерпывающим, я исключил возможные повторы. Многие из перечисленных симптомов являются также симптомами других психических заболеваний, равно как и признаками болезней, не относящихся к ментальной сфере. Сходный список появляется в Ryder et al. (2008); при написании книги я с ним сверялся. См.: Andrew G. Ryder, Jian Yang, Xiongzhaoh Zhu, Shuqiaou Yao, Jinyao Yi, Steven J. Heine, and R. Michael Bagby, The Cultural Shaping of Depression: Somatic Symptoms in China, Psychological Symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology* 117 (2008), 300–13. (Тщетная) попытка составить исчерпывающий список симптомов во всех контекстах, в прошлом и в настоящем, разделенных на группы. – *Прим. авт.*

³⁷ Кьяра Тюмигер предлагает четыре разумных условия для обдумывания: 1. Наша психика имеет биологическую при-

Входит ли сюда депрессия? Похоже, она не проходит по критерию «связь с физическим состоянием». В отсутствии явных физических проявлений возможная универсальность депрессии, кажется, делает одну и ту же работу: если всегда и во все времена депрессия считается болезнью, то, должно быть, она и должна ею быть, – если же нет, то существует ли она на самом деле? Но перед тем как приступить к детальному рассмотрению вопроса универсальности понятия депрессии, заметим: этот критерий не более определяющий, чем пресловутая связь с физическим состоянием. Если болезнь существует лишь в определенное время и в конкретных местах, напрашивается только одно заключение: мы не можем сделать вывод, что ее не существовало. Заболевания, характерные для определенных периодов и эпох, не становятся менее реальными, чем остальные.

роду; психика и ментальная жизнь не ограничиваются мозгом, так что должен быть некий критерий универсальности. 2. Психическая и умственная деятельность не ограничена мозгом, но затрагивает другие части тела. 3. Нашей психике прививается культура. 4. Более того – у каждого человека есть неумняемые умственные способности, неприкосновенность личности. Chiara Thumiger, *A History of the Mind and Mental Health in Classical Greek Medical Thought* (Cambridge: Cambridge University Press, 2017), 27–9. Лично я сомневаюсь лишь в пресуппозиции, что мозг и биология универсальны, а ум – культурное явление. Ум зависим от культуры в той же степени, в какой от нее зависим мозг; мы знаем, что мозг от нее зависим, следовательно, и ум тоже. Что вовсе не означает, что мозг бесконечно послушен культуре.

³⁸ В работе об истории психических заболеваний в колониальной Нигерии я обнаружил, что при относительно ранних контактах между европейцами и жителями Западной Африки категория «безумия» воспринималась вне культурных барьеров. Jonathan Sadowsky, *Imperial Bedlam: Institutions of Madness and Colonialism in Southwest Nigeria* (Berkeley: University of California Press, 1999), ch. 1.

Депрессия повсюду?

Спор между Ифемелу и Уджу лишь вскользь затрагивал вопрос о том, когда то или иное явление считают болезнью, по большей части главной темой была роль культуры при принятии решения о постановке клинического диагноза. Исследователи психического здоровья ведут аналогичные дебаты уже как минимум сто лет. Подавленное настроение бывает у людей во всем мире. Везде ли депрессия считается болезнью – не совсем ясно. Депрессия была названа самым непростым психиатрическим диагнозом для кросс-культурного исследования³⁹. Однако, на мой взгляд, это сильно сказано: а какой из диагнозов прост?

Интересными в контексте данного обсуждения являются еще два вопроса. Первый: является ли депрессия культурно-обусловленным синдромом западной цивилизации?⁴⁰ Культурно-обусловленный синдром – поведенческий синдром, характерный лишь для определенной культуры; локальный вариант проявления тревожных и депрессивных расстройств. К примеру, *коро* – характерный для некоторых азиатских регионов синдром, при котором люди считают, что их половые органы уменьшаются и скоро исчезнут, а также *нервная атака* – известное среди латиноамериканцев состояние с симптоматикой, включающей неконтролируемые вопли и ощущение нарастающего жара в груди⁴¹. Ифемелу в романе «Американха» аргументировала свое мнение тем, что депрессия является как раз таки культурно-обусловленным синдромом США.

Если же депрессия им не является, возникает второй вопрос. Получается, что в одних культурах депрессия имеет больше физических проявлений, а в других – настроенческих? И если так, на каких основаниях и то и другое называется «депрессией»?

Лично я думаю так: во-первых, депрессия не ограничивается западным миром, хотя в силу исторических причин западная медицинская культура уделяет депрессии большее внимание, чем медицина в других регионах. Во-вторых, отличительной особенностью депрессии как болезни может быть не столько культура Запада в целом, сколько сама психиатрия. Ведь именно психиатрия является особой культурной системой, включающей набор убеждений о депрессивной болезни, – не универсальных, но с каждым днем обретающих все более глобальное влияние.

Если рассматривать то, как изменились взгляды на депрессию в африканских странах, можно понять, насколько это сложная тема. В начале XX века западные психиатры уверяли, что депрессия в колониальной Африке редкость или что ее вовсе не существует. В 1960–1970-е годы, когда страны африканского континента лишь начали обретать независимость, стало регистрироваться больше случаев депрессии – кое-кто утверждал, что их столько же, сколько на Западе, а то и больше⁴². Что же это – рост числа заболевших, улучшение диагностики или диагностический сдвиг?

³⁹ Sushrut Jadhav, The Cultural Construction of Western Depression, в Vieda Skultans and John Cox, eds., *Anthropological Approaches to Psychological Medicine* (Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2000).

⁴⁰ Christopher Dorwick, Depression as a Culture-Bound Syndrome: Implications for Primary Care, *British Journal of General Practice* 63, 610 (2013) 229–30. Мэттью Белл пространно аргументирует точку зрения, что депрессия – чисто западная болезнь. Но эти аргументы нельзя назвать вескими, поскольку автор неглубоко погружается в кросс-культурную тематику (Matthew Bell, *Melancholia, The Western Malady* (Cambridge: Cambridge University Press, 2014).

⁴¹ Термин «культурно-обусловленный синдром» был предложен в 1960-х годах психиатром П. Йепом (P. M. Yap, Koro: A Culture-bound Depersonalization Syndrome, *British Journal of Psychiatry* 111 (1965) 43–50). Последовало множество дискуссий. Смотрите также: Peter Guarnaccia and L. H. Rogler, *Research on Culture-Bound Syndromes, American Journal of Psychiatry* 156 (1999), 1322–7.

⁴² Raymond Prince, The Changing Picture of Depressive Syndromes in Africa: Is It Fact or Diagnostic Fashion? *Canadian Journal of African Studies* 1, 2 (November 1967) 177–92; John Orley and John K. Wing, Psychiatric Disorders in Two African Villages, *Archives of General Psychiatry* 36 (May 1979) 513–20; Melanie A. Abas and Jeremy C. Broadhead, Depression and Anxiety among Women in an Urban Setting in Zimbabwe, *Psychological Medicine* 27 (1997) 59–71.

Диагностика, конечно, стала одним из факторов. Сначала в статистику вошли пациенты лечебниц, куда попадали нарушители общественного порядка, а не страдающие социальной аутизацией⁴³ или апатичностью, характерными для депрессии. Потому что колониальные психиатрические лечебницы были созданы не для лечения и скорее смахивали на тюрьмы для душевнобольных. Вероятнее всего, с началом эпохи независимости африканских государств данные изменились потому, что люди стали рассматривать больных в ином контексте и вне этих лечебниц.

Расизм также сыграл свою роль в занижении отчетных данных. Утверждение о том, что депрессия – явление исключительно западное, связано с историей западного империализма. Во времена трансатлантической работорговли европейские торговцы создали стереотипированный образ беззаботного чернокожего, которому неведомы меланхолия и психические заболевания⁴⁴

⁴³ Социальная аутизация – поведение человека, нацеленное на ослабление и избегание социальных контактов. – *Прим. ред.*

⁴⁴ Leonard Smith, *Insanity, Race, and Colonialism: Managing Mental Disorder in The Post-Emancipation Caribbean, 1838–1914* (London: Palgrave Macmillan, 2014), 2, 34.

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.