

ПСИХОПАТОЛОГІЯ В СОЦІАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ

PSYCHOPATHOLOGY IN SOCIAL CONTEXT

УДК 316.334:616.89

Іванова Т.В.

к.психол.н.,

доцент кафедри психології

та політології

Сумський державний університет

У статті розглядається психопатологія як елемент соціальних відносин. Розмежовуються біологічні та соціологічні підходи до психопатології. Психопатологія як соціальний конструкт аналізується на прикладі соціальної тривоги. Розглядаються соціокультурні передумови підвищення рівня соціальної тривожності в сучасному суспільстві.
Ключові слова: психопатологія, тривога, соціофобія, антипсихіатрія.

В статье рассматривается психопатология как элемент социальных отношений. Разграничиваются биологические и социологические подходы к психопатологии. Психопатология как социальный конструкт

анализируется на примере социальной тревоги. Рассматриваются социокультурные предпосылки повышения уровня социальной тревоги в современном обществе.
Ключевые слова: психопатология, тревога, социофобия, антипсихиатрия.

The article deals with psychopathology as an element of social relations. Differentiated biological and sociological approaches to psychopathology. Psychopathology as a social construct is analyzed on the example of social anxiety. The sociocultural prerequisites for raising the level of social anxiety in modern society are considered.

Key words: psychopathology, anxiety, social phobia, antipsychiatry.

Постановка проблеми. Психічні хвороби в теперішній час продовжують розглядатись як певні біологічні конструкти, що потребують фармакологічної корекції та є безумовними генетичними (психофізіологічними тощо) константами, які не залежать від зовнішніх умов. Найчастіше як соціальна система, що має певний вплив на формування й прояв психопатологій, розглядається сім'я та найближче соціальне оточення, при цьому важливість соціальних процесів іншого рівня, як правило, не враховується з погляду їх впливу на існування й прояви психічного здоров'я та психічних розладів, які фактично є дуже різноманітними й багатогранними. Виходячи з того, що для сучасного світу характерною стає зміна парадигм щодо розуміння норми та психопатології й лібералізація соціальних і медичних норм щодо людей з психічними порушеннями, важливим стає переосмислення факторів, що впливають, з одного боку, на оцінку, з іншого – на розповсюдження психічних порушень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Мають місце певні фактори, що вплинули на ситуацію сучасного переважання генетичного й біохімічного розуміння психічного розладу. По-перше, найбільш очевидним є те, що значні успіхи в медичних науках протягом останніх років привернули увагу професіоналів і засобів масової інформації на роль генетичних факторів у сфері психічного здоров'я та хвороби. По-друге, лікарі, як і раніше, залишаються авторитетними експертами й професіоналами у сфері психічного здоров'я, оскільки медична підготовка в основному спрямована на природничі науки, лікарі, як правило, надають перевагу ідеям позитивізму. По-третє, пояснення та розуміння психічного розладу з погляду фізичних (біохімічних, фізіологічних) процесів

часто має низку переваг для інших суб'єктів, громадськості й політиків.

Зокрема, ці пояснення передбачають прості методи лікування (використання лікарських засобів), пропонують одновимірне розуміння причин розладів (біологічні, генетичні чинники); отже, забирають відповідальність за хворобу від особистості й суспільства (проблема полягає в тілі, а не у свідомості або в суспільних відносинах) [1].

Психічні розлади стали ознакою сучасного світу. Тоді як має місце досить істотний прогрес у вирішенні проблеми захворювань, що мають вірусну природу, рівень психічних захворювань зростає настільки, що можна вже говорити про епідемію психічних розладів [2]. Варто зазначити, що розповсюдження психічних розладів не стільки залежить від економічних показників країни або рівня матеріального статку, скільки пов'язане з особливостями культури, системи норм і цінностей, що існують у конкретному суспільстві. Епідеміологічні дослідження показують, що деякі психічні порушення зустрічаються практично в усіх суспільствах приблизно з однаковою частотою. Як приклад можна назвати шизофренію. З іншого боку, ми не можемо вважати шизофренію розладом, що має суто біологічні передумови, тому що цей розлад зростає й розповсюджується останніми десятиліттями в різних суспільствах [3]. Тобто шизофренія є похідною від соціальних умов і відображає деякі характеристики сучасного суспільства. Інші порушення, такі як нервова булімія, значно більшою мірою пов'язані з культурними та соціальними факторами, що виявляються шляхом порівняння поширеності її в різних частинах світу і зміни поширеності щодо поколінь [4].

Тобто рівень вираженості психічних розладів може різнитись залежно від типу самого розладу. На основі епідеміологічних досліджень Драгунс і Танака сформулювали декілька загальних висновків щодо співвідношення між культурою та психопатологією:

- Усі психічні розлади формуються певною мірою культурними чинниками.

- Немає психічних розладів, розвиток яких не був би зумовлений впливом культурних чи соціальних чинників.

- Непсихотичні розлади більшою мірою залежать від впливу соціально-культурних факторів, ніж психотичні [5].

Залежність психічних розладів від соціально-культурних факторів, отже, може вплинути на симптоматику цих психічних розладів. Іншими словами, тоді як розлад як певна нозологічна одиниця наявний у різних суспільствах, його симптоми можуть різнитись залежно від особливостей конкретної культури. Наприклад, у кожній культурі існують певні нормативні характеристики публічних емоційних проявів, що їх не просто регламентують, а певним чином означають і зараховують до різного рівня нормативності.

Об'єктивність оцінки певного психічного відхилення, отже, повинна базуватись не тільки на кількісних і якісних характеристиках симптомів, а й на здатності проаналізувати культурний контекст, у якому виникає певне відхилення.

Постановка завдання. Отже, з вищезазначених аспектів впливає мета статті – аналіз уявлення про психопатологічні прояви, що існують у контексті культури та суспільства, з погляду соціологічного підходу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Одним із перших соціологів, який почав приділяти увагу різниці та співвідношенню норми і девіації, є Е. Дюркгейм. Необхідністю підтримання соціальної солідарності суспільство загалом та окремі соціальні групи вважають певні форми поведінки як нормальні, а інші – патологічні, виходячи з необхідності підтримання соціального порядку [6]. Це спостереження, що базується на функціоналізмі Е. Дюркгейма, має три наслідки. По-перше, правила, що визначають норму і патологію, можуть змінитись залежно від цінностей соціальної групи, отже, психічний розлад, втрачаючи безумовну біологічну означеність, набуває соціального та культурного забарвлення. По-друге, завжди існують певні елементи соціального контролю під час застосування правил, включаючи правила щодо норми та патології. І, по-третє, правила лежать в основі соціальної солідарності й необхідні для ефективного функціонування суспільства.

Підхід Е. Дюркгейма явно стосується розуміння концепцій психічного здоров'я та пси-

хічних розладів: вони стають маркерами, які допомагають визначити, що є прийнятною поведінкою й діяльністю в суспільстві. Ідеї Е. Дюркгейма вплинули на розвиток наукової думки в соціології щодо розуміння норми та відхилення. Зокрема, Т. Парсонс [6] стверджував, що хвороба може розглядатися як форма девіації, оскільки в будь-якій хворобі завжди є мотиваційні елементи. Подібний акцент на розгляді психічного розладу як на відхиленні має місце в дослідженні Т. Шеффа [8], який психічні захворювання розглядав як певні «залишкові відхилення», іншими словами, психічне відхилення є не абсолютним, а відносним поняттям, має місце тільки у співвідношенні до певних суб'єктивованих соціальних норм. Аналогічні ідеї активно розвивались у роботах антипсихіатрів, які розглядали психічні захворювання як порушення соціальних, політичних та етичних норм [9].

Важливим є питання щодо критеріїв, які лежать в основі розуміння співвідношення й інтерпретації норми і патології в психіатрії. Зокрема, для медичного підходу характерною є орієнтація на урахування передусім біологічних передумов психічного розладу, тобто орієнтація на тілесність. З іншого боку, соціологічний аналіз орієнтується на поведінку людини, а це, у свою чергу, здатне створити серйозні проблеми щодо розрізнення відхилень, характерних для психічного розладу, від інших видів девіацій. Наприклад, однакові емоційні розлади мають місце як при психічних захворюваннях, так і при певних девіаціях (алкогольні проблеми, розлади поведінки). Подібне питання свого часу намагався вирішити Фуко [10], який психічні розлади аналізував з погляду раціональності й ірраціональності. Раціональну поведінку він розглядав як таку, що є передумовою та фактором нормальності.

Один із видів розладу, який ми можемо розглядати як такий, що має не тільки біологічні, а й насамперед соціальні та культурні чинники формування та прояву, є тривожний розлад, до якого, як правило, зараховують панічні розлади, генералізовані тривожні розлади та соціофобії.

Біологічний підхід до тривожних розладів, що існує в психіатрії, не може повною мірою описати та пояснити тривожні розлади, тому що навіть діагностичні критерії тривожного розладу, які використовують психіатри, завжди включають у себе різноманітні соціальні й культурні чинники, що викликають цей розлад. Наприклад, однією з форм панічних розладів є агорафобія (страх подорожу літаками). Цікаво, що навіть такий панічний розлад розглядається із суто біологічного погляду, описуються фізіологічні передумови його виникнення тощо, тоді як безпосередній чинник, що його провокує (страх польотів), чомусь залишається поза увагою.

Серед тривожних розладів залежність від соціального контексту проявляється найбільшою мірою в соціофобіях (social anxiety disorder). Основною характеристикою соціофобій є тривалий страх перед соціальними ситуаціями або ситуаціями, в яких оцінюється успішність, або намагання уникнути ситуації соціальної взаємодії. Контакт із соціальними ситуаціями майже завжди викликає тривожну реакцію. Основною рисою соціального тривожного розладу є страх негативної оцінки з боку інших людей. Тому соціофобії безпосередньо пов'язані із соціальними стандартами й очікуваннями від ролі, яку виконує конкретний індивід. Визнаючи складний взаємозв'язок між культурою та соціальною тривожністю, деякі дослідження зосереджуються на психопатологічних проявах SAD у різних культурах [11], тоді як в інших дослідженнях основна увага зосереджена на порівнянні типових ознак розладу в різних культурах [12].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, соціофобія посідає третє місце за розподілом серед психічних розладів після депресії та алкоголізму. Близько 7–13% населення страждає від симптомів соціальної тривожності [13]. При цьому, маючи симптоми тривоги, люди досить рідко звертаються за професійною підтримкою і ще рідше її отримують. Як серед звичайних людей, так і серед професіоналів соціофобії часто отримують моральну оцінку й осудження як вияв надмірної скутості, некомпетентності, невпевненості в себе, які можна й потрібно подолати вольовим шляхом.

Отже, навіть невеликий екскурс у розуміння соціального контексту прояву та розуміння тривожних розладів показує їх досить значну пов'язаність з широким соціальним контекстом (а не тільки з біологічними передумовами або впливом найближчого соціального оточення).

Як показують дослідження, у сучасному суспільстві має місце підвищення рівня тривоги починаючи з другої половини ХХ століття. Можна припустити, що підвищення рівня соціальної тривоги є відповіддю на зміну соціальних цінностей, підвищення важливості індивідуального успіху, пришвидшення темпу життя, зростання соціальних ризиків та орієнтації на конкурентну взаємодію [14].

Утім уважати зростання рівня тривожних розладів тільки реакцією на зміну соціальних умов було б не зовсім коректним. Якщо ми перерахуємо випуски Міжнародної класифікації захворювань, ми можемо легко побачити, з одного боку, появу нових нозологічних одиниць, з іншого – зникнення інших і перехід їх до класу нормативних і допустимих.

Кількісні та якісні зміни в Міжнародній класифікації захворювань насправді не означають появу принципово нових захворювань. Тут мають місце дещо інші тенденції. По-пер-

ше, більш якісні діагностичні методи дають змогу зробити більш тонку диференціацію симптомів, а в результаті – виділити чіткіше певні порушення. По-друге, суспільні цінності впливають на оцінку певних особливостей як хворобливих або нормальних. Одні стани, що раніше вважались хворобливими, переходять до групи нормальних, інші – від нормальних – до патологічних. Точка зору офіційної медицини поступово починає ретранслюватись на широкий соціальний загал і стає елементом суспільних переконань. Пересічна людина, що переживає певний емоційний дискомфорт, безумовно, оцінює власний психологічний стан опосередковано, через систему нормативних означень, зокрема оцінює власні емоції як тривогу (а, наприклад, у ХІХ столітті аналогічний стан міг би кваліфікуватись як «неврастенія»).

Отже, можливо, розповсюдження тривоги на початку ХХІ століття викликано не безпрецедентними змінами соціального життя, що сприяють виникненню надмірної психоемоційного напруження, а тим, що, оскільки основні інститути суспільства (освіта, уряд, медицина, корпорації та засоби масової інформації) підтверджують, що тривога є прийнятною емоційною реакцією в теперішній час, її симптоми є «правильними» із соціального й медичного поглядів.

Якщо зануритись у глибину віків, то можна побачити, що симптоми, які ми можемо кваліфікувати як тривожні розлади (зокрема соціофобії), зустрічались завжди. У межах деяких соціальних ролей більшість соціальних тривог уважались нормальними й навіть оцінювались як певний соціальний актив (наприклад, цінність сором'язливості – як знак жіночої скромності). Перші ознаки неузгодженості в цьому консенсусі з'явилися в кінці ХІХ століття, коли медики почали описувати пацієнтів, що в певних соціальних ситуаціях мали певні психофізіологічні проблеми [14].

Можна навіть стверджувати, що перші значимі ознаки клінічної тривоги збігаються з «віком» прогресу, коли значна кількість небезпек, що погрожували людству протягом століть, – голод, епідемії, дитяча смертність, почали зменшуватися, тому людина могла переключити свою увагу на турботу про особисте здоров'я. Прогрес медицини, підвищення соціальних стандартів повсякденного життя поступово змінюють акценти уваги до власного благополуччя, у тому числі психічного: людина починає більше прислухатись та аналізувати власний внутрішній стан. Якщо раніше в разі необхідності турбуватись про біологічне виживання, настрої, емоції, психічний стан не розглядались як такі, що мають самостійну цінність, то за підвищення стандартів життя якість комфорту індивідуальних почуттів набу-

ває значної цінності. Коли людина не відчуває певний спектр позитивних емоцій, а, навпаки, переживає негативні стани, це починає оцінюватись як певна патологія, що потребує корекції. Цінність позитивних емоцій і потреба корекції власного емоційного супроводжувалась різким зростанням уживання транквілізаторів та антидепресантів.

Потреба в корекції власного психологічного стану сприяла формуванню підвищеного попиту на ліки відповідного спектру й активізувала розвиток психофармакології, яка, у свою чергу, з метою збільшити власний прибуток стимулювала надмірне призначення відповідних ліків. Не можна виключити вплив відповідних лобістських груп на діагностичні критерії оцінювання емоційних розладів. Зокрема, у 1980 році DSM-III попрощалася з теорією про те, що тривожні панічні розлади й соціальна фобія були просто невротичними симптоми і стали офіційними, повноцінними психіатричними діагнозами [16].

Психофармакологія – не єдина галузь, що має певний зиск від маніпуляцій з діагностичними критеріями. Хворі на дисморфобію часто вдаються до хірургічних втручань або дерматологічної допомоги, щоб пом'якшити занепокоєння з приводу своїх уявних тілесних дефектів. Деякі люди із соціальною фобією також обирають хірургію, коли вони відчувають тривогу під час публічних виступів і пов'язують її з певними фізіологічними дефектами.

Як це не парадоксально може звучати, але зростання згадувань про тривожний стан активізується появою нових термінів. Це стосується, зокрема, терміна «стрес», який уведений у 1930-х роках фізіологом Г. Сельє. Крім, безумовно, важливого наукового значення, поняття стресу мало значний вплив на суспільну свідомість. Як відомо, причинами стресу є різноманітні зовнішні фактори, що можуть призвести до психологічно важкого стану та фізіологічних відхилень. Отже, людина могла перенести відповідальність за власний психофізіологічний стан на різноманітні зовнішні фактори й обставини, що лежали поза її контролем. Урешті-решт, у другій половині XX століття поняття стресу не лише стало широко використовуватись для того, щоб пояснити певні психоемоційні стани, а й навіть слугувало своєрідним «збільшувальним склом», щоб ці стани побачити й зафіксувати.

Теорія стресу була першим етапом на шляху до віктимізації тривожних розладів. Наступним етапом можна вважати активну орієнтацію на вживання терміну ПТСР.

ПТСР – це хронічний психічний розлад, зумовлений дистресовою подією, що відбувається поза нормальним людським досвідом. Широкого вжитку цей термін набув у другій половині XX століття (незважаючи на наявність постійних стресових подій протягом усього існування людства) [16]. У 1980 році ПТСР став офіційним психіатричним діагнозом, хоч думка про патологічні емоційні наслідки травми існувала ще з кінця XIX століття. Додатковий імпульс до активізації вивчення та широкого вжитку терміна ПТСР отриманий через включення його до секції DSM-III (тривожні розлади) [17]. А. Янг наводить цікаве спостереження: уряд США в 1990 році стверджував, що половина всіх ветеранів війн у В'єтнамі та Афганістані були жертвами ПТСР, хоча насправді лише 15% дійсно служили в бойових підрозділах [18].

Неоднозначність діагностичних критеріїв ПТСР ілюструється також певними історичними фактами. Наприклад, у XIX столітті психічні розлади в учасників бойових дій зараховували до невротичних розладів, травматичних неврозів, військових неврозів, переживання патологічного горя тощо [19].

Отже, якщо казати про тривогу в контексті її соціального функціонування, можна побачити тенденції, що вплинули на формування її видимості. З одного боку, зміна соціальних умов існування призводить до того, що відчуття психологічного комфорту набуває значно більшої значущості порівняно з періодами існування людства, коли мова йшла тільки про біологічне виживання. Тобто відчуття психологічного дискомфорту зміщується в центр уваги людини та набуває певної цінності. Відповідно, відчуття тривоги й невпевненості починає оцінюватись як дискомфортне й таке, що потребує корекції. Тобто тривожний стан починає оцінюватись як безумовно патологічний. З іншого боку, фармацевтична революція та певні зміни медичних парадигм «нормалізують» страх як патологію: лікарі повідомляють пацієнтам, що з медичного погляду нормально бути тривожним.

Висновки з проведеного дослідження. На основі аналізу тривожних розладів як окремого випадку психічних розладів загалом можна стверджувати, що, по-перше, з погляду соціології психічні відхилення є соціальним конструктом, убудованим у систему соціальних відносин, по-друге, зростання психічних розладів у сучасному суспільстві є результатом підвищення чутливості до власного психічного стану, переходу емоційного комфорту в розряд соціальних цінностей.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Понятия здоровья и болезни в психиатрии. Предпатологические состояния психической деятельности и предболезненные психические расстройства / под ред. Е.В. Снедкова. Санкт-Петербург: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. 136 с.
2. Решетников М. Психическое расстройство: лекции. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2008. 272 с.
3. Шизофрения – уязвимость – диатез – стресс – заболевание / под ред. А.П. Коцюбинского. Санкт-Петербург: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
4. Щурко Т.А. Фокусируясь на женской телесности: медики, социологи и женские Интернет-сообщества о проблеме «нарушений пищевого поведения». Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7. № 3. С. 381–404. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/2010/04/12/1211069012/Schurko_Gens.telesnost.pdf (дата звернення: 22.09.2018).
5. Draguns J.G., Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. Behaviour Research and Therapy. 2003. Vol. 41. P. 755–776. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/53bb/a359c8d5fa4cde12aa1322a26fab7ff334ce.pdf> (дата звернення: 22.09.2018).
6. Дюркгейм Э. Норма и патология. Социология преступности. Москва: Прогресс, 1966. С. 39–44.
7. Парсонс Т. Система современных обществ. Москва: Наука, 1998. 270 с.
8. Власова О.А. Теория стигматизации Томаса Шеффа: концепт «Остаточное отклонение» и социология эмоций. Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». 2013. № 1 (13). С. 31–48. URL: <http://www.phil63.ru/teoriya-stigmatizatsii-tomasa-sheffa-kontsept-ostatocnoe-otklonenie-i-sotsiologiya-emotsii> (дата звернення: 26.09.2018).
9. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. Москва: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. 221 с.
10. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Санкт-Петербург: Университетская книга, 1997. 576 с.
11. Nangyeon L. Cultural differences in emotion: differences in emotional arousal level between the East and the West. Integrative Medicine Research. 2016. V. 5. 2016. P. 105–109. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213422016300191> (дата звернення: 25.09.2018).
12. Hofmann S.G., Asnaani A. Cultural Aspects in Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. Depression and Anxiety. 2010. № 27 (12). P. 1117–1127. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3075954/> (дата звернення: 24.09.2018).
13. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2007. 210 с.
14. Баринов Д.Н. Социальные тревоги: понятие, природа, роль в жизни общества. Москва: Алекс, 2010. 204 с.
15. Dowbiggin I.R. High Anxieties: The Social Construction of Anxiety Disorders. The Canadian J. of Psychiatry. 2009. № 54. No 7. P. 429–436. URL: <http://drdavidlawrence.com/wp-content/uploads/2015/11/High-Anxieties.pdf> (дата звернення: 22.09.2018).
16. Shorter E. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. NY: John Wiley & Sons, 1997. 218 p.
17. Волошин В.М. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. Клинико-терапевтические аспекты. Москва: Анахарсис, 2004. 188 с.
18. Young A. The harmony of illusions; inventing post-traumatic stress disorder. Princeton: Princeton University Press, 1995. 223 p.
19. Посттравматическое стрессовое расстройство / Н.В. Тарабрина, Е.Д. Соколова, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова. Москва: Омега-Л, 2006. 198 с.