

ДИЛЕМА ЛЮДСЬКИХ СТРАЖДАНЬ

Ніщо зовнішнє не гарантує свободи від страждань. Навіть коли ми, люди, володіємо *всіма* речами, які зазвичай використовуємо для оцінки зовнішнього успіху — гарна зовнішність, люблячі батьки, чудові діти, фінансова забезпеченість, турботливі чоловік чи дружина — цього може бути недостатньо. Люди можуть бути в теплі, ситі, фізично здорові, але при цьому почуватися нещасними. Люди можуть насолоджуватися задоволеннями й розвагами, невідомими поза світом людей та досяжними лише для невеликої частини населення — телевізорами із зображенням високої чіткості, спортивними автомобілями, екзотичними подорожами на Кариби, — і все одно відчувати нестерпний психологічний біль. Щоранку якийсь успішний бізнесмен приходять до офісу, зачиняє двері й тихенько відкриває нижню шухляду столу, аби знайти заховану там пляшку джину. Щодня якась людина з усіма можливими перевагами бере пістолет, заряджає в нього кулю, затискає дуло вустами й натискає на спусковий гачок.

Психотерапевти та прикладні дослідники надто добре знайомі з похмурою статистикою, що документує ці реалії. Статистика США, наприклад, показує, що рівень поширеності серед населення психічних розладів, які виникають упродовж життя, зараз

наближається до 50%, тоді як ще більше людей страждають від емоційного стресу через проблеми з роботою, стосунками, дітьми та природними змінами в житті (Kessler et al., 2005). У країні налічується майже 20 мільйонів алкоголіків (Grant et al., 2004); десятки тисяч людей щороку вчиняють самогубство, а численна кількість інших намагаються це зробити, але невдало (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Схожа статистика стосується не лише тих, хто десятиліттями потерпав від пригніченого настрою, але й підлітків та молодих людей. Упродовж останніх років майже половина населення студентського віку відповідала критеріям принаймні одного діагнозу з DSM (Blanco et al., 2008).

Якби ми захотіли зібрати цифри, щоб задокументувати повсюдне поширення людських страждань у розвиненому світі, ми могли б робити це майже до нескінченності. Терапевти та дослідники часто посилаються на таку статистику в одній проблемній сфері за іншою, коли обговорюють потребу більшої кількості лікарів, покращення фінансування програм психічного здоров'я або необхідність збільшення підтримки психологічних досліджень. Водночас як фахівці, так і широка громадськість, здається, не помічають більш значущого послання, що містить у собі ця статистика, якщо поглянути на неї цілісно. Якщо ми додамо всіх тих людей, які перебувають або перебували в депресії, у станах залежності від психоактивних речовин, тривоги, гніву, самодеструктивності, відчуження, стурбованості, компульсій, трудового вигорання, невпевненості у собі, болісно сором'язливості, розлучення, тих, хто уникає близькості й перебуває у стані стресу, ми будемо змушені зробити приголомшливий висновок, що психологічні страждання є основною характеристикою людського життя.

Люди також постійно завдають страждань одне одному. Подумайте, як легко дегуманізувати інших людей та ставитися до них, наче до неживих об'єктів. Світова спільнота буквально хитається під тягарем об'єктивності, з усіма супутніми людськими та економічними втратами. Нам нагадують про цей сумний факт щоразу, коли нам доводиться частково роздягатися, щоб сісти в літак, або

вивантажувати свої речі на конвеєр, аби увійти в урядову будівлю. Жінки заробляють майже на чверть менше, ніж чоловіки, виконуючи однакову роботу. Етнічним меншинам часто важко зловити таксі у великих містах. Хмарочоси атакують терористи у літаках на знак ненависті; у відповідь згори скидають бомби, бо ті, кого вважають злом, можуть жити внизу. Люди не просто страждають, вони завдають страждань у вигляді упереджень, забобонів і стигматизації так, що це здається таким самим природним, як дихання.

Наші найпопулярніші базові моделі психологічного здоров'я та патології майже не торкаються людських страждань та їх заподіяння іншим як загальнолюдських проблем. Західні поведінкові та медичні науки, здається, мають добре розвинену короткозорість щодо істин, які не вписуються у визнані ними парадигми. Попри численні докази протилежного, ми занадто легко концептуалізуємо людські страждання за допомогою діагностичних ярликів, ніби вони є продуктом біомедичних відхилень від норми. Ми воліємо розглядати об'єктивність і дегуманізацію в етичних чи політичних термінах — так, ніби упередження і стигматизація є суто атрибутом неосвічених чи аморальних людей серед нас, а не читачів і авторів таких книжок, як ця. Існує «слон у кімнаті», якого, здається, ніхто не визнає. Важко співчувати собі та іншим. Важко бути людиною.

ЗДОРОВ'Я ЯК НОРМА: ОСНОВНЕ ПРИПУЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО МЕЙНСТРИМУ

Спільнота фахівців у сфері психічного здоров'я засвідчила і здійснила «біомедикалізацію» людського життя. Західна цивілізація практично покланяється свободі від фізичного чи психологічного страждання. Дива сучасної медицини «переконали людей, що зцілення є причиною здоров'я» (Farley & Cohen, 2005, p. 33), і не лише фізичного здоров'я, а й усіх його форм. Тривожні думки,

почуття, спогади чи фізичні відчуття стали розглядати переважно як «симптоми». Вважають, що наявність певного типу та кількості таких симптомів означає, що ви маєте певні аномалії або навіть захворювання. Ярилки часто маскують значну роль, яку відіграють поведінка та соціальне середовище у визначенні фізичного та психічного здоров'я людини. Люди, які раніше відчували дискомфорт від важкої м'ясної їжі, сьогодні просто мають розлади та змушені споживати фіолетові пігулки. Недосипання, яке є наслідком нездорової поведінки людей у суспільстві, що живе в режимі 24/7, тепер розглядають як розлад, який можна тимчасово полегшити за допомогою дорогого обладнання CPAP (апарати підтримки постійного позитивного тиску в дихальних шляхах) або одного з нових снодійних препаратів, що забезпечують багатомільярдні продажі. Ідея про те, що психологічні проблеми загалом слід лікувати так, як і медичні хвороби, вплинула навіть на водопостачання сучасного західного суспільства, адже у наших річках і навіть у рибі, яку ми їмо, міститься певна кількість антидепресантів (Schultz et al., 2010)! Навіть за умови правильного призначення такі ліки лише зрідка в екстремальних випадках мають клінічно значущий ефект, що перевершує плацебо (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008).

Ідея про те, що страждання найкраще описувати в термінах біоневрохімічної аномалії, має зовні привабливий зворотний бік, а саме, що здоров'я і щастя є природними гомеостатичними станами людського існування. Це *припущення про здоров'я як норму лежить в основі* традиційних медичних підходів до фізичного здоров'я. Враховуючи відносний успіх фізичної медицини, не дивно, що спільнота фахівців з поведінкового та психічного здоров'я також прийняла це припущення. Традиційна концепція фізичного здоров'я — це просто відсутність хвороби. Вважають, що тіло саме собою має бути здоровим, але фізичне здоров'я може бути вражене інфекцією, травмою, токсинами, зниженням фізичної працездатності або порушенням фізіологічних процесів. Так само припускають, що люди за своєю природою щасливі, перебувають у стосунках, альтруїстичні та живуть у мирі з собою, але цей типовий стан психічного

здоров'я може бути порушений певними емоціями, думками, спогадами, історичними подіями або станом мозку.

Наслідком припущення про норму здоров'я є припущення, що *в основі психічних і фізичних розладів лежать аномальні процеси*. Ці припущення переростають у синдромне мислення та діагнози. Виявлення синдромів як сукупності ознак (те, що спостерігач може побачити) і симптомів (те, на що людина скаржиться) — є звичайним першим кроком в ідентифікації хвороби. Захворювання є функціональними утвореннями, тобто порушеннями здоров'я з відомою етіологією, перебігом і відповіддю на лікування. Після ідентифікації синдромів починається пошук аномальних процесів, які, як заведено вважати, призводять до цього конкретного кластера наслідків, а також пошук способів змінити ці процеси задля зміни небажаних результатів.

Ці припущення та діагностичні стратегії, які вони породжують, загалом мають сенс у сфері фізичного здоров'я, хоча навіть там є суттєві обмеження. Зрештою, здоров'я — це не *просто* відсутність хвороби (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1947), а звичайні медичні симптоми, такі як лихоманка, кашель, діарея або блювота, мають адаптивні функції, які можна не помітити, якщо зосередитися винятково на симптомах, а не на їхніх можливих функціях (Trevathan, McKenna, & Smith, 2007). Припущення про здоров'я як норму працює певною мірою у тому сенсі, що структура людського тіла, як видається, функціонує так, аби забезпечувати розумний рівень фізичного здоров'я як природний результат біологічної еволюції. Якщо окремі люди не мають генів, необхідних для фізичного здоров'я, достатніх для забезпечення успішного відтворення, еволюція зазвичай з часом відсіює ці гени або їхню експресію. Фізичні ознаки та симптоми часто були корисними як орієнтири для ідентифікації хвороб. Природний відбір зазвичай гарантує, що структурний розвиток організму сприяє його самозбереженню та репродуктивним функціям. Тому відхилення в структурі здебільшого вказують на збої в роботі організму і часто є корисними для ідентифікації певних захворювань. Наприклад, на початку

епідемії ВІА/СНІДу надзвичайно рідкісні форми раку змусили дослідників зосередитися на певній підгрупі людей, що, своєю чергою, спростило виявлення вірусу. Природний відбір сам собою не забезпечує такого тісного зв'язку між формою і функцією поведінки, а стратегія біомедичної діагностики ризикує бути надмірно розширеною, коли застосовується до психологічних страждань.

МІФ ПРО ПСИХІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Наш сучасний підхід до психологічного страждання ґрунтується на ідеї, що розгляд топографічних особливостей (тобто ознак, симптомів та їх сукупностей) призводить до справді функціональних сутностей хвороби, які пояснюють, *чому* ці особливості з'являються і як *найкраще* їх змінити. Сфера психопатології повністю підпорядкована цим припущенням і аналітичним стратегіям, що з них випливають. Мало хто з психологів-дослідників і психіатрів, здається, здатен уникнути їх прийняття. Хай там як, та психічні захворювання насправді є більше міфом, ніж реальністю.

Враховуючи надзвичайну увагу, яку приділяють моделі відхилень у психології та психіатрії, дивно відзначати, що практично не було досягнуто жодного прогресу у визначенні синдромів психічного здоров'я як легітимних об'єктів захворювання (Kupfer, First, & Regier, 2002). Після розповіді про застарілий приклад загального парезу практично немає інших історій успіху, про які можна було б розповісти. На жаль, така відсутність успіху не завважає вченим наполягати на тому, що ці психологічні синдроми незабаром стануть окремими захворюваннями. Ми лише зараз повертаємо за ріг — так розповідають — і стоїмо на порозі знаходження гена, нейромедіатора або нейромодулятора, який відповідає за етіологію психічних захворювань. Минають десятиліття, і тим, хто має пам'ять, варто визнати правомірність свого початкового скептицизму. Швидка

перевірка списку хвороб від Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) викрие цю історію як марево, яким вона є насправді. Жоден з найпоширеніших синдромів психічного здоров'я ще не відповідає навіть найпростішим критеріям, щоб законно вважатися хворобою — навіть такі драматичні розлади, як шизофренія чи біполярні розлади.

Досі кожне нове видання DSM містило безліч «нових» психічних станів, передумов і вимірів патології. Проект версії DSM-5 чітко вказує на те, що ця експансійна тенденція досі триває. Чимраз більша частина людської популяції продовжуватиме підпадати під дію панівної психіатричної нозології. Діагностичний експансіонізм був би прийнятним, якби він підвищував загальну ефективність нашої системи охорони психічного здоров'я, але *цього не відбувається*. Замість цього ми стикаємося з класичною Вавилонською вежею, в якій нові виміри, концепції та списки симптомів наклеюють на нозологію, що погано функціонує, аби замаскувати недоліки усього підходу (див. Frances, 2010).

Існує багато недоліків у сучасній системі діагностики, тут ми торкнемося лише деяких з них. Рівень «коморбідності» між розладами настільки високий, що змушує сумніватися у базовій дефінітивній цілісності всієї системи. Наприклад, для великих депресивних розладів рівень коморбідності наближається до 80% (Kessler et al., 2005). Такі напрочуд високі показники свідчать не стільки про справжню «коморбідність», скільки про погану систему діагностики. Крім того, корисність лікування (Hayes, Nelson, & Jarrett, 1987) цих категорій є надзвичайно низькою, оскільки ті самі методи лікування працюють з багатьма синдромами (Kupfer et al., 2002). Це спостереження підриває основну функціональну мету діагностики, а саме — підвищення ефективності рішень щодо лікування. Система ігнорує ключові форми психологічного страждання (проблеми у стосунках, екзистенційні кризи, поведінкові залежності тощо), і навіть її прихильники погоджуються з тим, що часом вона патологізує такі нормальні процеси життя, як горе, страх чи смуток (Kupfer et al., 2002).