

БІОМЕДИЧНИЙ ТА СОЦІОЛОГІЧНИЙ ПІДХОДИ ДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Іванова Т. В.,

*доцент кафедри психології, політології та соціокультурних технологій
Сумського державного університету*

У статті представлені біомедичний та соціологічний підходи до психічного здоров'я. Біомедична модель базується на редукціонізмі, тобто припущенні, що будь-яка хвороба має біологічне підґрунтя. Соціологічний підхід пов'язує погіршення психічного стану з першим етапом періоду модернізації суспільства. Постає необхідність формування самостійного напрямку соціології – соціології здоров'я, що базується на власній категоріальній основі, а також використовує адекватні методологічні та методичні підходи.

В статье представлены биомедицинский и социологический подходы к психическому здоровью. Биомедицинская модель базируется на редукционизме, то есть предположении, что любая болезнь имеет биологическое основание. Социологический подход связывает ухудшение психического состояния с первым этапом периода модернизации общества. Возникает необходимость формирования самостоятельного направления социологии – социологии здоровья, основанной на собственном категориальном аппарате, а также использующей адекватные методологические и методические подходы.

The article presents biomedical and sociological approaches to mental health. The biomedical model is based on reductionism, that is, the assumption that any disease has a biological basis. The sociological approach links the deterioration of the mental state with the first stage of the period of modernization of society. There is a need to form an independent direction of sociology – the sociology of health, based on its own categorical apparatus, as well as using adequate methodological and methodological approaches.

Ключові слова: психічне відхилення, психічне здоров'я, біомедичний напрямок, модернізація соціальна тривога.

Постановка проблеми. Погіршення психічного здоров'я людини є викликом не тільки сьогодення. Занепокоєння щодо загального емоційного стану суспільства мало місце вже століття тому. Наприклад, у XVII ст. Р. Бертон вже пише про початок «ери меланхолії» [1]. Можна тільки зазначити, що ситуація протягом століть не змінилась. Змінились підходи до аналізу та діагностики психічних порушень, з'явилися більш ефективні методи їх фіксації, що включають, зокрема, психіатричні епідеміологічні дослідження, а також соціологічне вивчення суб'єктивного благополуччя та психічне здоров'я населення. Як показують отримані дані, дійсно відбувається поширення психічних розладів і особливо стрімкою ця тенденція є з другої половини XX ст. Втім, має місце різна інтерпретація причин, що можуть вплинути на швидке зростання психічних розладів. З одного боку, як основну причину називають різноманітні негаразди, пов'язані із соціальними, політичними, екологічними або економічними передумовами. З іншого боку, деякі дослідники вбачають у зростанні психічних відхилень суб'єктивні фактори, зокрема, схильність медичної спільноти (психіатрів та психотерапевтів) медикалізувати деякі психічні прояви. Наприклад, переживання смутку, що є нормальним у певні періоди життя для кожної людини, називають депресією [2].

Перші соціологічні дослідження особливостей психічного стану населення пов'язують із призвищем Е. Дюркгейма [3]. Вивчаючи рівень самогубств у різних європейських країнах XIX ст., Дюркгейм доходить висновку, що самогубство є соціальним фактом, який характеризує суспільства протягом певного етапу свого розвитку. Як інші ранні соціологи, зокрема К. Маркс із його концепцією відчуження, Дюркгейм не був орієнтований безпосередньо на вивчення феномена психічних захворювань, але більшою мірою цікавився наслідками їх впливу на процеси соціальної інтеграції.

Вивчення психічного здоров'я як певного соціального феномена розпочинається у 30-і рр. XX ст. із дослідження соціальних детермінант психічних розладів. Зокрема, можна згадати теорію соціальної дезорганізації К. Шоу та Г. Маккея [4], які виділяли певні зони у містах, що найбільш пов'язані з поширенням девіації, психічних хвороб та злочинності. Тобто психічні хвороби почали розглядатись як похідні від соціальних конфліктів, бідності, морального занепаду тощо.

Втім, вивчення впливу соціальних факторів на психічне здоров'я на той час не стало пріоритетним внаслідок поширення біомедицинської моделі, в межах якої психічне здоров'я розглядалось як відсутність психічних розладів.

Після Другої світової війни соціологічні аспекти психічного здоров'я почали вивчатись у зв'язку з дослідженням стигми та маркування [5] і моделлю стресу [6]. Дослідження стигми, своєю чергою, пов'язане з напрямом символічного інтеракціонізму і, таким чином, засноване на соціологічних поясненнях психічних відхилень. Модель соціального стресу також, відійшовши від вивчення окремих випадків та проявів психічних відхилень, зорієнтувала увагу на загальних причинах, що впливають на прояви психічної хвороби. З іншого боку, модель соціального стресу несла на собі значний вплив соціальної психології, розглядаючи не макросоціологічні чинники психічних відхилень, а враховуючи переважним чином вплив дискретних життєвих подій, поведінкових моделей та відсутність ресурсів. Указана соціально-психологічна спрямованість також посилювалася орієнтацією на опитування в одній країні. Оскільки результати опитувань – це сукупність індивідуальних відповідей, їх використання може привести до психологічної редукації, коли соціальні явища пояснюються передбачуваними соціально-психологічними характеристиками індивідів. Наприклад, освіта може розглядатись як соціальний інститут із важливою функцією соціалізації, компонентом якої є формування певних моделей здорової поведінки, але частіше рівень освіти розглядається як певна індивідуальна особливість та вказівка на їх людський капітал [7].

Метою статті є порівняльне дослідження концепцій психічного здоров'я у межах біомедицинської та соціологічної моделей.

Виклад основного матеріалу. Біомедицинська модель базується на припущенні, що всі хвороби мають патологію або хворобу як єдину основну причину і видалення або послаблення хвороби призведе до повернення нормального стану здоров'я. Редукаціонізм біомедицинської моделі характеризується переконанням, що: (а) всі хвороби та їх симптоматика виникають внаслідок основної аномалії в організмі, хвороба; (б) всі хвороби мають певні і зрозумілі симптоми; (в) здоров'я розглядається як відсутність захворювання; (г) інші фактори можуть впливати на наслідки захворювання, але вони не пов'язані з його виникненням; (д) психічні явища, як-от емоційні порушення або девіації, відрізняються від інших функціональних порушень організму [8]. У психіатрії біомедицинська перспектива найкраще ілюструється визначенням психічного розладу в DSM п'ятого видання як синдром, що характеризується клінічно значущим порушенням у когнітивній сфері, регуляції емоцій або поведінці, що відображає дисфункцію в психологічному, біологічному сенсі, або у процесах розвитку, що лежать в основі психічного функціонування [9].

Біомедицинська модель психічних захворювань неодноразово піддавалась критиці за її механістичний дуалізм, за яким наявність певного стану організму є основною причиною хвороби, а всі інші фактори є вторинними. Саме тому ця модель пізніше була розширена, до неї були включені психологічні та соціальні фактори, які через вплив на досвід пацієнта формують у нього відчуття хворої людини [10].

Незважаючи на урахування психосоціальних детермінант, власне макросоціальні фактори в біомедицинській моделі продовжують розглядатись як вторинні, а органічні розлади – як основні та первинні. Супутньою проблемою біомедицинської моделі є явище реіфікації, яке полягає у тому, що психіатричні діагностичні категорії, що є абстрактними поняттями, перетворюються на реально наявні захворювання психіки та тіла. Насправді ж категорії, за допомогою яких описують психічні відхилення, є лише поняттями, які допомагають фокусувати і координувати наші спостереження, а не відображають об'єктивність хвороби. Постійні уточнення, що вносяться до Міжнародної Класифікації Захворювань (у 2007 р. прийнята вже МКБ-10), підтверджують це зауваження.

Втім, незважаючи на недоліки та критику, біомедицинська модель психічних захворювань залишається актуальною та затребуваною. На рубежі нового тисячоліття психіатрія навіть пережила «повернення до медицини» [11], що було стимульовано політикою фармацевтичних компаній і постійним перевизначенням психіатричних діагностичних критеріїв.

Певним чином біомедицинська модель пов'язана з психіатричною епідеміологією, що вивчає закономірності виникнення і поширення психічних захворювань різної етіології на певній території у певний час серед певної групи населення. При цьому навіть тоді, коли враховуються соціальні умови, вони розглядаються як вторинні щодо процесів, які безпосередньо впливають на функціонування організму.

Таким чином, біомедицинська модель, використовуючи епідеміологічні дослідження, відкриває широкі можливості для порівняльного аналізу щодо поширення психіатричних захворювань. Без цих досліджень макросоціологія була б частково позбавлена даних, необхідних для перевірки її гіпотез. Недоліком цієї моделі є редукаціоністська перспектива та тенденція розглядати теоретичні категорії психіатричної діагностики як реально наявні захворювання.

Теорії соціальної тривоги.

Власне, вже соціологи XIX – початку XX ст. звертають у роботах увагу на взаємодію суспільства та особистості та вказують соціальні чинники, що сприяють формуванню психологічних відхилень (аномія в Дюркгейма, відчуження в Маркса тощо). З. Бауман, Гідденс та У. Бек, продовжуючи цю традицію,

стверджують, що деконструкція суспільного життя приводить до стану роз'єднаності, а це, своєю чергою, веде до переживання різноманітних психопатологічних станів, зокрема тривоги та депресії.

На думку У. Бека, деконструкція сучасного суспільства полягає у тому, що такі інститути, як національна держава, соціально-класові відносини та традиційна сім'я, ставляться під сумнів. Ідентифікація з соціальними категоріями, заснована на віці, класі, етнічності, традиційному гендері, стає проблематичною, що перешкоджає формуванню ідентичності особистості та сприяє формуванню емоційної нестабільності [12]. На перший план у сучасному суспільстві висуваються категорії індивідуальної відповідальності та творчості. Пошук автентичності викликає занепокоєння і може бути успішним тільки для найбільш компетентних. Для всіх інших стрес, що виникає через необхідність постійно приймати рішення та нести за них відповідальність, веде до психоемоційного перевантаження, відчуття проживання у світі втрат та загроз.

Подібну думку висуває З. Бауман, стверджуючи, що найбільшим викликом для сучасних людей є пошук ідентичності в суспільстві, яке підкреслює особисту відповідальність. Тобто соціальні інститути та усталені традиції більше не є системою відліку та організації індивідуальної життєдіяльності. Усталеність, авторитети та традиційність вже не є основою абсолютних ідентичностей, з одного боку, а з іншого – вибір ідентичності вже не означає її незмінність та абсолютність. Але обрані ідентичності, своєю чергою, мають постійно змінюватись та адаптуватись до мінливості соціальних цінностей. Високий рівень соціальної адаптованості ми можемо фіксувати у порівняно невеликої кількості амбітних та мотивованих людей. Своєю чергою, ці особи орієнтовані на постійну боротьбу за соціальне визнання та повагу, що, безумовно, провокує тривожність. Іншим людям загрожує девальвація своїх ідентичностей, заснованих на традиційних цінностях та усталених соціальних інститутах, що теж живить їхню тривогу. Іншими словами, орієнтація на індивідуалізм викликає тривогу [13].

У центрі концепції Е. Гідденса знаходиться суспільство і його взаємозв'язок із конструюванням самоідентичності. Минуле, розвиток і сьогоденний стан модерніти є фундаментальною соціологічною проблемою, яку Гедденс аналізує, намагаючись зрозуміти особливості організації та функціонування соціальної системи. Е. Гідденс стверджує, що в посттрадиційному порядку сучасності «Я» індивіда стає власним рефлексивно організованим прагненням. Більше не очевидно, що індивіди мають робити і ким бути. Вони мають самостійно робити вибір із великої кількості варіантів та нести за них відповідальність. Вибір індивід використовує для конструювання та підтримки власної самоідентичності. «Я» індивіда стає ламким, неміцним, тендітним, розколотим, фрагментованим, що веде до підвищення тривоги і формування різних психічних розладів [14].

Французький соціолог Е. Ехренберг пов'язує надмірну захопленість індивідуалізацією суспільства, де особистісна автономія, вибір і індивідуальна винахідливість мотивовані як основні цінності, з депресією [15]. Такої позиції дотримується також Б. Шварц [16], який вказує, що характерні для сьогодення цінності, пов'язані з очікуваннями особистого контролю над життєвими виборами, формують почуття особистої провини за невдачі та можуть сприяти депресивним розладам. За аналогією, Р. Бумістер та його колеги [17] вказують на посилену увагу на себе та безперспективне прагнення до підвищення самооцінки як потенційні бар'єри для більш повноцінного життя та психічного здоров'я.

Інший напрям соціальних теорій, представлений такими вченими, як М. Хокхаймер, Т. Адорно і Е. Фромм у традиціях Франкфуртської школи, більшою мірою критично оцінює загальну орієнтацію на матеріальні цінності сучасного суспільства. Саме відсутність у сучасних суспільствах явних проявів тривоги, орієнтацію на раціоналізацію вони вважають більш тривожними ознаками. Формується особистість суспільства масового споживання, якій не притаманні ознаки індивідуальності, яка не усвідомлює власні потреби та орієнтується на потреби, що задаються зовнішніми соціальними умовами. Суб'єктивне благополуччя виявляється, коли людина починає активно відстоювати власну індивідуальність та особистісну свободу [18; 19].

Іншими словами, на думку цих теоретиків, сучасне суспільство створює неадекватну модель псевдоблагополуччя через спотворення індивідуального суб'єктивного досвіду. Тому психологічний дистрес не обов'язково може бути ознакою психічного захворювання. Він може вказувати на цілком адекватну та здорову реакцію та опір ідентифікації з неістинними цінностями та потребами. Відповідно, психічні відхилення можуть свідчити про вищий рівень психічного здоров'я, ніж псевдозадоволення, викликане тенденцією відчуження у сучасних розвинених економіках.

Якими б проникливими і надихаючими не були вище перераховані теорії, вони здаються не зовсім придатними для пояснення джерел та чинників психічного здоров'я з позицій емпіричної макросоціології. По-перше, проблеми та чинники психічного неблагополуччя у вказаних теоріях більшою мірою мають аксіологічний характер, відображаючи точку зору їх авторів, а не спираються на емпіричні дослідження. По-друге, будучи теоріями соціальних змін, що підкреслюють вплив саме сучасного суспільства на формування та прояв негативних тенденцій у стані психічного здоров'я, вони потребують підкріплення певними історичними фактами та епідеміологічними дослідженнями щодо поширеності психічних розладів протягом досить значного проміжку часу. У зв'язку з цим пер-

спективним методом може стати метод порівняння сучасних суспільств, що знаходяться на різних етапах процесу модернізації. Наприклад, М. Лензі та його колеги [20] порівнюють рівень самогубств у 87 країнах світу, що включають традиційні суспільства, посттрадиційні суспільства на першому етапі процесу модернізації (наприклад, деякі країни Східної Європи), а також на другому етапі процесу модернізації (наприклад, економіки Західної Європи). Їх дослідження підтверджує, що процеси, які характеризують першу фазу етапу модернізації, пов'язану з деструктуризацією традиційних соціальних механізмів та раціоналізацією, шкодять психічному здоров'ю. Навпаки, процеси, що відбуваються у другу фазу модернізації, – ті, що сприяють більшій особистій автономії, яка мотивує людей до вивчення нових соціальних позицій та різноманітних життєвих контекстів, які відкривають можливості для реалізації та співіснування безлічі ролей у межах індивідуального життя, більшою мірою сприяють підтриманню психічного здоров'я.

Інші дослідники, які описують індивідуалізм як особистісну орієнтацію або ставлення оточення, а не як характерну культурну трансформацію, доходять таких висновків. Індивідуалістична спрямованість, пов'язана з почуттями компетенції, майстерності та автономії, своєю чергою, впливає на відчуття суб'єктивного благополуччя та відсутність депресивної поведінки [21].

Висновки. Психіатричні епідеміологічні дослідження дають нам корисну інформацію про поширеність конкретних проблем психічного здоров'я в різних країнах і суспільствах, але їх біомедична позиція щодо психічного здоров'я заважає їм зосередитись на вивченні соціальних чинників психічного здоров'я. Біомедичний напрям, безумовно, поступово змінюється і стає більш соціально орієнтованим, зокрема, психіатричне поняття психічних розладів змінюється на розуміння їх як дисфункцій, що вже передбачає врахування невідповідності між людиною і навколишнім середовищем.

Теорії соціального невдоволення досліджують різні суспільні, у тому числі ціннісні та економічні, чинники, які породжують проблеми психічного здоров'я у сучасних суспільствах. Слід зауважити, що проблема цих теорій полягає в тому, що вони вважають невдоволення та соціальні ризики феноменологічною та фундаментальною умовою сучасного життя, а не поведінковим станом або певними соціальними варіаціями, що потребують пояснення. Зрештою, соціальні теорії ігнорують різноманітність у проявах психічного здоров'я населення різних країн.

Очевидно, що постає необхідність формування самостійного напрямку соціології – соціології здоров'я, який би не зводився до епідеміологічних психіатричних досліджень, а сформував би власну систему термінів та категорій.

По-перше, соціологія психічного здоров'я потребує розробки теорій специфічних психічних розладів. Через свою орієнтацію на біомедичні уявлення про здоров'я і хвороби соціологія неохоче розробляє специфічні теорії психічного здоров'я.

По-друге, соціологія психічного здоров'я має використовувати багаторівневий аналіз чинників здоров'я та будувати макросоціологічні моделі психічного здоров'я.

Література:

1. Бёртон Р. Анатомия меланхолии / пер. с англ., вступ. ст. и комментарии А.Г. Ингера. Москва : Прогресс-Традиция, 2005. 832 с.
2. Horwitz A.V. & Wakefield J.C. *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford : Oxford University Press, 2007. 304 p.
3. Дюркгейм Э. *Самоубийство: Социологический этюд* / Пер. с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. Москва : Мысль, 1994. 399 с.
4. Shaw C.R. & Henry D. *Juvenile Delinquency in Urban Areas*. Chicago: University of Chicago Press, 1942. URL: <https://escholarship.org/content/qt47j411pr/qt47j411pr.pdf> (дата звернення: 28.01.2019).
5. Link B.G., Cullen F.T., Struening E., Shrout P.E., & Dohrenwend B.P. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 1989. P. 400–423.
6. Thoits P.A. Personal agency in the stress process. *Journal of Health and Social Behavior*. 2006. № 47 (4). P. 309–323.
7. Subramanian S.V., Jones K., Kaddour A. & Krieger N. Revisiting Robinson: the perils of individualistic and ecologic fallacy. *International Journal of Epidemiology*. 2009. № 38(2). P. 342–360.
8. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*. 2017. Т. 8. № 4. С. 8–31.
9. Black D.W. & Grant J.E. *DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC : American Psychiatric Pub. 2014. 518 p.
10. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2013. № 1. С. 30–36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/biopsihosotsiokulturnaya-model-i-hronicheskaya-bol> (дата звернення: 28.01.2019).

11. Pilgrim D. & Rogers A. The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005. № 51 (3). P. 228–241.
12. Бек У. *Общество риска: На пути к другому модерну* / Пер. с нем. В. Седельника, Н. Федоровой. Москва : Прогресс-Традиция, 2000. 383 с.
13. Бауман З. *Индивидуализированное общество* / пер. с англ. под ред. В.Л. Иноземцева. Москва : Логос, 2005. 390 с.
14. Якушина О.И. Идентичность в социологической теории Э. Гидденса. *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 2. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12685> (дата звернення: 01.02.2019).
15. Ehrenberg A. *The Weariness of the Self -Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 2010. 312 p.
16. Schwartz B. Self-determination: The tyranny of freedom. *American Psychologist*. 2000. № 55 (1). 79 p.
17. Baumeister R.F., Campbell J.D., Krueger J.I. & Vohs K.D. Exploding the self-esteem myth. *Scientific American*. 2005. № 292 (1). P. 84–91.
18. Фромм Э. *Психоанализ и религия. Искусство любить. Иметь или быть?* Пер. с англ. Киев : Ника-Центр, 1998. 400 с.
19. Адорно Т., Хоркхаймер М. *Диалектика просвещения. Философские фрагменты* / пер. на рус. язык М. Кузнецова. Санкт-Петербург, 1997. URL: <https://gtmarket.ru/laboratory/basis/5521> (дата звернення: 01.02.2019).
20. Lenzi M., Colucci E. & Minas, H. Suicide, culture, and society from a cross-national perspective. *Cross-cultural Research*. 2012. № 46 (1). P. 50–71.
21. Ahuvia A.C. Individualism collectivism and cultures of happiness: A theoretical conjecture on the relationship between consumption, culture and subjective well-being at the national level. *Journal of Happiness Studies*. 2002. № 3 (1). P. 23–36.