

## Биполярное расстройство: эпидемия или следствие медиализации общества?\*

*Д. В. Михель*

Российская академия народного хозяйства и государственной службы  
при Президенте Российской Федерации,  
Российская Федерация, 119571, Москва, пр. Вернадского, 84

**Для цитирования:** *Михель Д. В.* Биполярное расстройство: эпидемия или следствие медиализации общества? // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2018. Т. 11. Вып. 1. С. 51–65. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu12.2018.105>

Социальные науки сегодня являются весьма чувствительными к проблематике общественного здоровья, что ведет к появлению новых направлений исследований и дискуссиям о новых разновидностях социальных проблем. В данной статье автор размышляет о феномене биполярного расстройства, которое современным медицинским сообществом оценивается как очередная эпидемия, требующая особого внимания и ресурсов. Стремительное распространение этой эпидемии позволяет ученым-обществоведам задаться вопросом о ее природе и социальных факторах, способствующих быстрому росту числа больных с таким диагнозом. Представления о реальности эпидемии сочетаются с предположениями о том, что она может быть социально сконструирована благодаря изменениям в языке медицинского знания, новым стратегиям в медицинской практике и тотальной фармакологизацией врачебной помощи. Появление этой эпидемии также отражает продолжающуюся медиализацию общества и проникновение медицинских представлений и методов принятых решений в сферу психоэмоциональной жизни. Агентами медиализации выступают не только врачи, но и фармацевтические корпорации, сотрудничающие с ними, пиар-компании и сами пациенты, ищущие решение своих личных проблем с помощью психотропных средств. Осмысление пациентского опыта позволяет увидеть, как люди не только ведут борьбу с болезнью, но и пытаются придать ему политический смысл, информируя общественность о противоречивой природе этого психического расстройства. Биполярное расстройство может быть также рассмотрено как порождение культуры развитого индустриального общества, формулирующей запрос на неизменно энергичного креативного работника, поскольку в связи с компьютеризацией и роботизацией монотонного ручного труда массовая потребность в дисциплинированном рабочем и сотруднике офиса исчезла.

*Ключевые слова:* психическое здоровье общества, психоэмоциональная жизнь, биполярное расстройство, эпидемия, медицинская теория, фармакология, медиализация, пациентский опыт, культура развитого индустриального общества.

---

\* Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта «Индивидуальный опыт болезни и страдания в контексте социокультурных трансформаций: философские проблемы медико-антропологических исследований» (№ 15-03-00348).

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2018

Я вышел из подземки в уверенности, что случился конец света: над моей головой как будто летали вертолеты, по дорогам толпами шагали невообразимые существа, асфальт под ногами плавился.

*Как я справляюсь с биполярным расстройством [1]*

## **Введение**

Современный этап развития социальных исследований характеризуется все большим смещением фокуса на проблемы биологии человека, медицины и состояние общественного здоровья. На границах социологии медицины, медицинской антропологии и других социальных наук постоянно возникают новые зоны активности, чувствительные к вызовам, порожденным технологическим прогрессом и новыми формами контроля над человеческим поведением. Одной из таких зон активности, несомненно, является делящаяся уже несколько десятилетий дискуссия о психическом здоровье общества. Последнее время в рамках этой дискуссии заметно усиливается внимание к проблемам психоэмоционального здоровья. В поле зрения ученых-обществоведов все активнее входят проблемы депрессии, суицида, спонтанного бытового насилия. Что является причинами стремительного распространения этих тревожащих общество состояний? Какова их социальная природа? Совсем недавно международное медицинское сообщество констатировало распространение новой психоэмоциональной аномалии — биполярного расстройства. ВОЗ заявила о новой эпидемии. Для социальных наук вопрос о распространении эпидемии биполярного расстройства также является актуальным. Но подлинного осмысления социальных причин этой психической патологии еще не произошло. Работа по осмыслению биполярного расстройства как нового социального феномена только лишь началась, поэтому важно ее продолжить, обобщив первые промежуточные итоги. В рамках данной статьи предлагается краткий медико-антропологический анализ эпидемии биполярного расстройства, ее социальной природы и наиболее вероятных факторов распространения.

## **Эпидемия биполярного расстройства**

На протяжении последних двух десятилетий ВОЗ регулярно обновляла данные о количестве зарегистрированных случаев биполярного расстройства в мире. По данным на 2004 г. их было отмечено 29,5 млн, в том числе 4,1 млн на двух американских континентах, 4,4 млн в Европе, 7,2 млн в южной Азии и 8,9 млн случаев в западной части Тихого океана, главным образом в Китае [2, p. 32]. В апрельском выпуске информационного бюллетеня ВОЗ за 2017 г. число заболевших биполярным расстройством в мире оценивалось уже в 60 млн человек. Стремительный рост общего числа случаев биполярного расстройства в мире позволил экспертам ВОЗ говорить о новой эпидемии глобального масштаба, которая по некоторым параметрам сопоставима с эпидемией ВИЧ/СПИД.

Картина глобального распространения биполярного расстройства весьма показательно коррелирует со страновой статистикой. По данным Д. Микловица и Ш. Джонсон, ссылающихся на статистическое исследование международной

группы психиатров во главе с К. Мерикангас из Национального института психического здоровья США, общее количество случаев биполярного расстройства в его синдромальных и субсиндромальных формах охватило в 2007 г. от 2 до 4% американского населения [3–4]. Ссылаясь на данные того же авторитетного института, различные интернет-ресурсы применительно к США также предоставляют драматическую картину эпидемии в ее временном развитии: Bipolar Focus говорит о 2,2 млн американцев с биполярным расстройством в 2006 г, Bipolar-lives — о 5,7 млн, или 2,6% населения, в 2015 г., Bipolar Disorder Statistics — о 5,8 млн в 2017 г.

Сопоставимая статистика предлагается и для других стран, хотя не всегда просто увидеть ее в динамике. Группа авторитетных психиатров из Швейцарии сообщает о стремительном росте числа случаев патологии в этой европейской стране всего лишь за одно десятилетие; при этом в 2003 г. общее количество пациентов с таким диагнозом — в зависимости от применяемых диагностических критериев — варьировалось от 5,3 до 5,7% общей численности населения [5, p. 139]. Количество реальных и потенциальных пациентов с биполярным расстройством в России достоверно установить тяжело. Сайт «Ассоциация биполярников» сообщает о 2 млн россиян с этим расстройством к началу 2017 г.

Что тревожит чиновников ВОЗ и международное медицинское сообщество в целом в отношении названного заболевания? Разумеется, прежде всего тот факт, что в некоторых случаях развитие заболевания может завершаться смертельным исходом. На это прямо указывает новейшее медицинское руководство по болезням (МКБ-10), которым пользуются врачи во всех странах мира, в том числе и в России (Инструкция по использованию МКБ-10 утверждена Министерством здравоохранения РФ 25 мая 1998 г.). В частности, одна из стадий протекания заболевания — «депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами» — опасна тем, что здесь «обычная социальная активность невозможна». «Имеется опасность для жизни вследствие суицидальных попыток, обезвоживания или голодания» [6, с. 338]. Медицинские эксперты говорят о том, что прогноз протекания заболевания может оказаться крайне неутешительным для 10% всех заболевших. «Ориентировочно, из 10 людей с биполярным расстройством через 10 лет один полностью выздоровеет; у двух здоровье значительно улучшится (то есть, приступы станут легче и реже, обычно на фоне регулярного приема лекарств); у 5 заболевание будет течь как прежде; у двух значительно ухудшится (обычно из-за алкоголизма, наркоманий, реже из-за ухудшения самой болезни); и один покончит жизнь самоубийством. Большая часть случаев стабильного или ухудшившегося течения болезни объясняется тем, что люди не принимают лекарств или делают это нерегулярно» [7].

Вопрос о медико-статистических данных, характеризующих эпидемию биполярного расстройства, является первоочередным предметом рассмотрения для ученых-обществоведов. Некоторые из них полагают, что причины растущего числа его случаев следует видеть в давлении окружающей социальной среды, в частности, в издержках урбанизации и изменении брачного и социально-экономического статуса индивидов [8]. Другие аргументированно утверждают, что речь идет о типичном примере медицинской гипердиагностики, склонной к приумножению опасных состояний, несмотря на то что число «истинных» случаев остается неизменным, колеблясь в пределах 0,4–1,6% от численности населения [9]. Между тем может быть предложена и компромиссная точка зрения, согласно которой рост

зарегистрированных случаев этой патологии обусловлен как чрезмерным социальным давлением, так и изменившейся позицией врачей, которые, диагностируя его у своих пациентов, стали делать это значительно чаще прежнего.

Является ли современная эпидемия биполярного расстройства «реальной» или это всего лишь «эпидемия диагнозов»? Ответ на этот вопрос во многом зависит от занимаемой исследователями позиции. Наиболее убежденные приверженцы социального конструкционизма склонны видеть в этом новом социальном феномене следствие поворота в сознании, причем не только медицинских профессионалов, но и широкой общественности, получающей информацию о состоянии своего психического здоровья как от врачей, так и из других источников [10, p. 231].

### **Изменения в медицинской теории**

Для медицинской теории термин «биполярное расстройство» является сравнительно новым. Впервые он появился на страницах разработанного Американской ассоциацией психиатров диагностического руководства DSM-III в 1980 г., которое, как и другие версии DSM, получило широкое признание у психиатров всего мира. В DSM-III данный термин фигурировал в качестве одного из двух «больших аффективных расстройств» наряду с «большой депрессией», отличаясь от нее обязательным присутствием «маниакального эпизода» в динамичной картине этого вида патологии. Посредством этого термина было устранено более раннее понятие «маниакальное расстройство», применявшееся в прежних классификациях [11, p. 205].

По мнению некоторых исследователей, появление DSM-III знаменовало настоящую революцию в классификации психических заболеваний, благодаря которой стремительно трансформировалась не только теория, но и практика психиатрии. За короткий период психические заболевания были переклассифицированы из широких, этиологически определяемых сущностей в категориальные заболевания, базирующиеся на сочетании симптомов. При этом парадигмальный сдвиг в диагностике психического здоровья был обусловлен не процессом развития научного знания, а потребностями стандартизации психиатрической диагностики. В свою очередь, эта стандартизация оказалась следствием четырех факторов: особой профессиональной политики внутри сообщества психиатров, растущего вмешательства правительства в область психиатрического знания и сложившейся врачебной практики, усилившегося давления со стороны страховых компаний на психиатров, требовавших от них демонстрировать эффективность своей работы, и, наконец, растущей активности фармацевтических компаний, готовых продавать лекарства для лечения психических болезней. По замечанию Р. Майеса и А. Хорвица, итогом принятия DSM-III стали закат психоаналитической традиции в американской психиатрии и быстрый подъем психофармакологии [12].

В отличие от DSM-III появившееся в 1994 г. новое руководство DSM-IV содержало более подробную концепцию биполярного расстройства. На этот раз наряду с «депрессивным расстройством» оно было включено в категорию «расстройств настроения» и, в свою очередь, подразделено на два вида: расстройство первого вида характеризовалось «одним или более маниакальным или смешанным эпизодами, обычно сопровождаемыми большим депрессивным эпизодом», а расстройство второго вида — «одним или более большим депрессивным эпизодом, сопро-

вождаемым, по крайней мере, одним гипоманиакальным эпизодом». Как и предыдущая редакция DSM, DSM-IV предоставляло психиатрам упрощенную систему работы с жалобами пациентов, нацеленную на комбинирование симптомов. При этом разработчики нового руководства призывали врачей использовать симптомы как «строительные блоки при диагностике расстройства» [13, р. 345].

Появление психиатрических руководств третьей и четвертой редакций знаменовало существенное изменение перечня психопатологических состояний. В DSM-III наряду с «аффективными расстройствами» впервые появилось «тревожное расстройство», а в DSM-IV, кроме того, «пищевые расстройства» и «расстройства сна». При этом природа этих расстройств целенаправленно биологизировалась. В частности, фундаментальными причинами «расстройств настроения» были названы функциональные и структурные изменения мозга, лечение которых требовало более действенных средств, нежели психосоциальная помощь.

Изменения в медицинской теории психического здоровья, начавшиеся в США в начале 1980-х годов, имели важные социальные последствия. По мнению А. Хорвица, новые медицинские представления способствовали трансформации целого ряда традиционно «нормальных состояний», таких как страх, горе, печаль и прочие, в патологические. Вследствие замены этиологического подхода к психическим заболеваниям на симптомологический началось смешение нормальных эмоций с дисфункциями. Стало существенно увеличиваться число людей, которые воспринимались специалистами как носители того или иного расстройства. Социальная политика в области здравоохранения стала фокусироваться на якобы неудовлетворенных потребностях в лечении. Наконец, сфера патологических состояний в общем социальном пространстве стала более значительной, стягивая к себе дополнительные ресурсы и общественное внимание [14–15].

### **Фармакологическое решение личных проблем**

Быстрый и повсеместный рост числа случаев биполярного расстройства, фиксируемый медицинской статистикой, сопровождается не только изменениями в медицинской теории, предполагающими выделение «аффективных расстройств» в особую группу патологий (с появлением в 2013 г. DSM-V биполярные расстройства выделены в самостоятельную нозологическую группу). Еще одной значимой социальной тенденцией является новая стратегия работы с пациентами, связанная с растущим числом назначений лекарственных препаратов для стабилизации настроения. Явным образом об этом свидетельствует американский опыт.

Так, согласно Р. Дворкину, главную роль в оказании помощи пациентам с «расстройствами настроения» с некоторых пор взяли на себя семейные врачи-терапевты. Этот процесс начался в конце 1960-х годов, когда семейные врачи впервые вторглись на профессиональную территорию психиатров. Вследствие бурного технического прогресса и связанного с ним повышения социального статуса врачей-специалистов, общественное влияние семейных врачей понизилось. Чтобы вернуть себе прежний статус, семейные врачи стали практиковать новый подход, состоящий в том, чтобы более активно, чем узкие специалисты, решать личные проблемы своих пациентов. Прописывая домохозяйкам, школьникам и взрослым мужчинам, испытывающим проблемы, Валиум и Либриум, они предложили им

своего рода эрзац счастья и фармакологический способ избавления от житейских переживаний. С появлением нового поколения психотропных средств их возможности только расширились. За период с 1988 по 1998 г. почти 75 % рецептов на приобретение антидепрессантов в США были выписаны не психиатрами, а семейными врачами. Лекарства, изменяющие настроение, стали широко восприниматься как подходящее средство против несчастья, а объемы их потребления на протяжении конца XX в. и начала XXI в. неизменно увеличивались [16, р. 29–34].

Выписывая рецепты на приобретение транквилизаторов и антидепрессантов, семейные врачи открыли новую разновидность рынка, которую в кратчайшие сроки смогли заполнить своей продукцией фармацевтические компании. Быстрый прогресс в фармакологии способствовал появлению новых лекарств, рассчитанных на длительное курсовое применение и не имеющих серьезных побочных эффектов. С появлением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, таких, как Флуоксетин (1988), Сертралин (1991) и Пароксетин (1992), кривая продаж препаратов для стабилизации настроения еще круче поползла вверх. В США в 1992 г. таких лекарств было продано на 2,5 млрд долларов, а в 1999 г. — уже на 15 млрд [17; 18, р. 157].

Российская статистика также свидетельствует о росте продаж препаратов — стабилизаторов настроения. Так, по данным Российской ассоциации аптечных сетей (РААС), за первое полугодие 2015 г. в России был продан 81 млн упаковок успокоительных средств и антидепрессантов на общую сумму более 4 миллиардов рублей. При этом лидерами продаж среди успокоительных, как и в прошлые годы, были Корвалол, Валериана и Пустырник, а среди антидепрессантов — Амитриптилин, Флуоксетин и Феварин. По мнению исполнительного директора РААС Н.Игнатъевой, растущее потребление препаратов этого класса следует связывать не только с негативным влиянием экономической ситуации на психическое здоровье населения, но и с новой позицией врачей, которые стали чаще оказывать психологическую помощь своим пациентам [19].

Нельзя не заметить, что важную психологическую связь между врачами, пациентами и производителями психотропных препаратов обеспечил институт рекламы. Первоначально производителям рекламы, обслуживающим интересы фармацевтических компаний, было запрещено обращаться непосредственно к потребителю, и они должны были работать только с профессиональным медицинским сообществом. В США в 1997 г. Федеральное управление по контролю над качеством продовольствия и лекарственных препаратов (FDA) позволило пиар-агентствам свободно рекламировать на телевидении медикаменты, тем самым открыв двери каждого дома для «торговцев лекарствами». Этот феномен получил серьезное осмысление в рамках социальной теории психического здоровья. Некоторые исследователи остроумно отметили, что в новой либеральной медиа-среде «торговцы лекарствами» быстро превратились в «торговцев болезнями», приучая широкую телевизионную аудиторию к тому, чтобы выискивать у себя симптомы все новых расстройств и жить на лекарствах [20; 21, р. 16–19].

Но все же нельзя считать, что современные потребители психотропных лекарств полностью лишены рациональности. Согласно Э.Мартин, восприимчивость к рекламной информации, касающейся лекарств, у многих из них сочетается с умением принимать осознанные решения. Некоторые, например, избегают при-

нимать Литий, как из-за провоцируемой им сонливости, так и из-за того, что его потребление в сознании многих ассоциируется с социальной стигматизацией (литиевые препараты первоначально назначались для лечения шизофрении). Тем не менее эта потребительская рациональность не устраняет того обстоятельства, что «торговля болезнями» продолжает процветать и остается прибыльным бизнесом. По замечанию Мартин, это в настоящее время достигается тем, что фармацевтические компании и их пиар-агенты научились убеждать общество, что они занимаются не лечением психических заболеваний, а улучшением ментальных способностей [18, p. 159–173].

### Медикализация эмоций

Рост числа зарегистрированных случаев «расстройств настроения» на рубеже XX и XXI вв., изменения в медицинской теории, способствующие более частому их диагностированию, и укрепившаяся социальная тенденция решать личные проблемы с помощью лекарственных препаратов, несомненно, могут рассматриваться как часть более широкого социального процесса, который многими исследователями называется «медикализацией». Этот термин появился в начале 1970-х годов для обозначения процесса распространения медицинского контроля над некоторыми видами поведенческих девиаций, а также объяснения того, как и почему с некоторых пор определенные человеческие состояния стали определяться как медицинские проблемы, требующие медицинского решения [22–24].

На протяжении 1970-х и 1980-х годов исследователи воспринимали медикализацию как специфическую форму врачебного доминирования, которая позволяла докторам обеспечивать свою символическую власть над другими членами общества, а медицине оставаться институтом социального контроля. При этом само общество мыслилось как пассивный объект медицинского манипулирования, едва ли заинтересованный в том, чтобы частные проблемы индивидов решались с использованием медицинских подходов. Однако к началу 1990-х годов ситуация изменилась, поскольку стали очевидны новые механизмы обеспечения медикализации общества, не связанные напрямую с интересами и действиями врачебного сообщества [25].

П. Конрад указал на то, что благодаря некоторым социальным движениям — антивоенным, феминистским, правозащитным — целый ряд человеческих состояний приобрел статус медицинских проблем. Вследствие этого в словарь медицинских терминов впервые вошли такие понятия, как «посттравматическое стрессовое расстройство», «постменструальный синдром», «синдром дефицита внимания и гиперактивности» и другие. Участие активистов социальных движений в переквалификации человеческих состояний в медицинские проблемы, по мнению Конрада, позволило изменить представления о медикализации и вскрыть заинтересованность некоторых социальных групп в ее обеспечении. История с так называемым алкогольным движением, активисты которого оказались наиболее заинтересованы представить традиционный порок как проблему медицинского характера, свидетельствует о том, что врачебное сообщество, напротив, было настроено против такого подхода. Тем самым первоначальные представления о медикализации были серьезно скорректированы. Более справедливым стало видеться

выдвинутое Конрадом представление о том, что «медикализация — это далеко не медицинский империализм, а форма коллективных действий». «Пациенты и другие профаны могут быть активными соучастниками процесса медикизации их проблем и искренне стремятся к медикизации» [21, р. 9]. На российском материале к подобным же выводам впервые пришла А. Н. Боязитова [26, с. 15–19].

Таким образом, история медикизации — это история особой социальной экспансии, в ходе которой все новые стороны человеческой жизни подвергаются перекодированию в медицинские проблемы. Наиболее очевидными факторами этого процесса выступают уменьшение роли религии, растущая вера в силу науки, человеческий разум и социальный прогресс, усиление престижа и авторитета медицинской профессии, все большее стремление решать возникающие проблемы преимущественно техническим способом. Самые ранние этапы медикизации сопровождалась распространением медицинской юрисдикции на такие явления, как безумие, беременность, деторождение, сексуальность. Позже объектами медикизации стали оказываться и другие аспекты человеческого бытия: алкоголизм, жестокое обращение с детьми, посттравматические состояния, менопауза, старение и т. д. К началу XXI в. перечень человеческих состояний, подвергшихся медикизации, неизмеримо вырос. Рост общественной озабоченности по поводу расширения масштабов депрессивных и биполярных расстройств является явным свидетельством медикизации обширной психоэмоциональной сферы человеческой жизни, которая долгое время оставалась за пределами медицинского восприятия и медицинских способов обращения с личными проблемами.

Медикизация сферы эмоций представляет собой проникновение медицинских представлений в одну из самых тонких и деликатных сфер человеческой жизни. В отличие от эксцессов сознания неординарные отклонения в настроении видятся, с одной стороны, чем-то менее социально опасным, но с другой — чем-то более регулярным и поэтому также требующим внимания. Едва ли найдется какая-то человеческая эмоция — будь то радость или печаль, которая бы в конечном итоге не могла быть перекодирована в симптом того или иного патологического состояния. В случае с биполярным расстройством объектом медикизации оказываются именно эти два полюса человеческого настроения.

### **Индивидуальный опыт болезни и политика пациентов**

Исследование современной ситуации с биполярным расстройством в развитых индустриальных обществах совершенно невозможно без анализа пациентского опыта. Этот опыт вычлняется из многочисленных признаний и интервью, размещаемых на сайтах постоянно возникающих групп поддержки пациентов-биполярников, а также из других источников. Структура пациентского опыта, как правило, включает в себя несколько ключевых элементов: начало болезни, ее развитие, сопровождающееся превращением болезни в тяжкое бремя, общение с врачами, жизнь с лекарствами, интерес к опыту других людей, выздоровление (если оно имело место). В некоторых случаях пациенты стремятся превратить свое «личное» — индивидуальный опыт болезни — в «политическое». Проводимая ими политика обычно состоит в том, чтобы найти единомышленников и проинформировать общество о том, что их патология не уникальна и не оскорбительна, что во-



круг — в прошлом и настоящем — много таких же людей, сумевших использовать свою болезнь как особый творческий ресурс.

Психиатр К. Р. Джеймисон — иконическая фигура для всех исследований по биполярному расстройству. Она переболела им сама, после чего опубликовала целую серию аналитических работ, содержащих также описание ее собственного пациентского опыта. «Всего через месяц после того, как я получила место доцента психиатрии в калифорнийском университете Лос-Анджелеса, я была на верном пути к безумию. Шел 1974 год, и мне было 28 лет». «Борьба, которую я вела с собой, — отнюдь не редкость. Главная проблема в лечении биполярных расстройств не в том, что нет эффективных лекарств. Они есть, но пациенты слишком часто отказываются их принимать. И что еще хуже, они вовсе не ищут помощи — из-за недостатка информации, плохих врачебных рекомендаций, стигматизации, из страха повредить своей карьере и личной жизни». «В своих книгах и лекциях я надеялась объяснить коллегам парадоксальную природу этой похожей на ртуть болезни, которая может одновременно разрушать и созидать. И вместе с другими я пыталась изменить общественное мнение о психиатрических диагнозах в целом и маниакально-депрессивном расстройстве в частности» [27, р. 4, 6–7].

Наблюдение над собственным заболеванием побудило Джеймисон исследовать опыт биполярного расстройства у некоторых хорошо известных личностей в прошлом. В частности, она обнаружила следы такой же болезни в биографии поэта Джорджа Байрона, чье творчество стало непосредственным выражением его маниакально-депрессивного взгляда на себя и на мир. По ее данным, биполярное расстройство, депрессия, периодические попытки суицида были характерны и для других творческих личностей. В книге о болезни Байрона она приводит длинный список всемирно известных личностей, среди которых 84 поэта, 41 писатель, 30 композиторов и 40 художников [28]. Модель легитимации опыта пациентов-биполярников, заданная Джеймисон, по прошествии недолгого времени стала воспроизводиться в работе пациентских групп поддержки. Созданный в самом начале 2017 г. российский сайт «Ассоциации биполярников» — это весьма характерный пример такого рода: наряду с гениями художественной культуры прошлого, страдавшими от биполярного расстройства, он также содержит длинный перечень хорошо известных имен деятелей поп-культуры нашего времени.

Британский киноактер Ст. Фрай — не только звезда мирового масштаба, но и еще одна фигура из числа пациентов-биполярников, предпринявших попытку поделиться своим опытом с обществом, представив, кроме того, позиции других товарищей по болезни. В двухсерийном фильме «Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive» (телеканал BBC, 2007 г.) он в непринужденной манере не только рассказал об истории собственной болезни, но и попытался сформулировать отношение к лечению — свое и других людей. Наиболее яркие фразы, высказанные им в фильме, звучат следующим образом: «Я все еще не готов принимать лекарства, особенно Литий, поскольку он превращает человека в зомби». «Не все люди с биполярностью готовы отказаться от своей болезни». «Я не хочу отказываться от своей биполярности».

Личный опыт болезни подтолкнул переводчицу М. Пушкину заняться информированием российской общественности о собственной истории на созданном ею сайте «Ассоциации биполярников», а также выставлять разнообразные материалы,

которые могли бы помочь другим людям. «Подбирали мне препараты долго и мучительно. Я чувствовала себя Алисой в Стране чудес — никогда не знаешь, каким человеком проснешься с утра». «Из-за недостатка информации о БАР (биполярном аффективном расстройстве. — Д. М.) ты не можешь понять, что с тобой творится, чувствуешь себя проклятым». «Я хочу внести посильный вклад в то, чтобы ситуация в моей стране стала лучше. Как неплохой переводчик я перевожу и выкладываю в сеть интересные статьи и книги о БАР. В планах — развить профильный сайт о БАР и создать группу поддержки. И я в поиске единомышленников» [29].

## Культура как фактор болезни

Проводимая некоторыми пациентами-биполярниками политика легитимации своего пациентского опыта позволяет задаться вопросом о том, почему однажды это стало возможным? Не скрываются ли условия этой возможности в самой культуре современного общества? Подобным размышлениям недавно предалась медицинский антрополог Э. Мартин, которой в середине 1990-х годов пришлось лечиться от биполярного расстройства. Посещая многочисленные группы поддержки, где она собрала богатые этнографические данные, и проанализировав материалы американских СМИ, она сделала вывод о том, что болезнь, именуемая биполярным расстройством, реальна, «но ее “реальность” лежит в сфере культуры» [18, р. 29]. Иначе говоря, хотя новейшая медицинская теория и связывает болезнь с изменениями в мозге, а медицинская практика считает наиболее действенными средствами фармакологические препараты, растущее количество биполярников и их стремление «найти себя» в мире является порождением культурных реалий современного общества.

В чем причины этого? Согласно Мартин, «в современной американской культуре маниакальность имеет большое значение... Высокая энергия, ассоциирующаяся с маниакальным поведением, по-видимому, прилагается к творческому потенциалу предпринимателей, бизнесменов и актеров». Жертвами биполярного расстройства оказываются не только поэты, вроде Байрона, и другие люди искусства, но и значительная часть тех, кто вовлечен в современную экономическую деятельность, работая в сфере продаж, ИТ-технологий, образования и т. д. Биполярное расстройство «связано с рынком», оно «хорошо отражает общепризнанную мысль о связи современной жизни с волнующими взлетами и ужасными падениями». Его следует «лечить, чтобы облегчать человеческие страдания, но его “иррациональные” высоты и глубины в современном культурном воображении переплетены с экономическими успехами и неудачами» [18, р. 1, 28–29].

С нашей точки зрения, выводы Мартин необходимо экстраполировать не только на американский культурный опыт, но и на культуру всех развитых индустриальных обществ. Неудержимая динамизация современной жизни является фундаментальным культурным условием существования этой болезни. Повсюду, где экономическая среда характеризуется непрерывными кризисами, существует почва для медикализованных «расстройств настроения». Однако биполярное расстройство в его клинических характеристиках весьма далеко от тех форм помешательства, что беспокоили общество в прошлом, и многим современникам оно уже не кажется социально опасным. Почему так происходит?

Поддерживая выводы Мартин, следовало бы сказать о том, что культура индустриального общества действительно создает условия для повсеместного возникновения личностей биполярного (маниакально-депрессивного) типа. На ранних стадиях индустриализации возник массовый спрос на дисциплинированного работника, способного выполнять монотонную работу в офисе и на фабрике, поэтому нормализация тех, кто не соответствовал норме, заключалась в госпитализации и принудительных мерах воздействия. Напротив, когда индустриализация достигла своей современной стадии и монотонный труд стал выполняться роботом и компьютером, отпала нужда в принуждении. Вместо этого потребовался креативный работник, способный в кратчайшие сроки справиться с большим объемом неординарных заданий, проявляющий гибкость и умение действовать в постоянно меняющихся условиях. В сущности, потребовался неутомимый творец — личность маниакального типа, энергичная и неудержимая, черпающая бесконечные запасы энергии из глубины себя.

Но такой тип однополярного человека, видимо, не существует. Непременным спутником маниакальности всегда оказывается депрессия — истощение внутренней энергии, упадок сил и уход в себя. Культура, требующая нескончаемой креативности, не может обеспечить ее подпитки за счет внутренних резервов личности и поэтому создает условия для компромисса, каковым и оказывается биполярность. Это компромисс между двумя чрезмерностями, когда в разное время одна и та же личность либо слишком счастлива, либо слишком несчастна, когда у человека либо всего слишком много, либо слишком мало.

## Заключение

Современная эпидемия биполярного расстройства в развитых индустриальных обществах все еще не получила однозначной оценки ученых-обществоведов [30, р. 62; 31, р. 13; 32, р. 38]. Она рассматривается и как реально существующая социальная проблема, и как следствие медицинской гипердиагностики, порожденной новыми медицинскими теориями и подходом, предписывающим использование лекарств для решения личных проблем индивидов. Рост числа зарегистрированных случаев биполярного расстройства можно считать частью продолжающегося процесса медиализации общества, затронувшего сферу его психоэмоциональной жизни. Изучение пациентского опыта показывает, что некоторым людям удается проводить в жизнь свою собственную политику, направленную на дестигматизацию сферы психических расстройств. Внимание к проблеме культурной обусловленности биполярного расстройства позволяет расценивать его как эффект непрекращающихся экономических кризисов, сопровождающих жизнь большого числа людей в реалиях развитого индустриального общества.

В перспективе исследования эпидемии биполярного расстройства в современном обществе могут развиваться в нескольких направлениях. Во-первых, предстоит увеличить глубину компаративного анализа, выяснив отличительные социокультурные особенности распространения этого заболевания в России и новых индустриальных странах, таких, как Китай, Индия, Бразилия и другие. Представления об универсальной природе заболевания не должны затмевать локальных культурных особенностей его протекания, способов реакции населения на ее клинические

проявления, специфику оказания помощи людям с биполярным расстройством в конкретной стране и их индивидуальный опыт болезни. Во-вторых, несомненную значимость должны получить исследования, касающиеся социально-экономических и социокультурных контекстов медицинского знания о расстройствах настроения, позволяющие понять, как происходит производство медицинских диагнозов, какие социальные силы задействованы в конструировании новых видов психических заболеваний и что значит быть пациентом-биполярником в условиях распространения новой информации, предоставляемой нейробиологией, нейрофармакологией и другими науками. В-третьих, неизбежно дальнейшее продолжение разговора об исторически меняющихся границах между социальной нормой и патологией, расширении сферы патологического, но также и ее размывании в виду дальнейшего изменения социальной чувствительности в отношении таких явлений, как боль, болезнь и страдание.

## Литература

1. Как я справляюсь с биполярным расстройством. Записала Д. Польшаева. The Village. 29.04.2016. URL: <http://www.the-village.ru/village/people/experience/236105-bipolyarnoe-rasstroystvo> (дата обращения: 23.01.2018).
2. Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008. 146 p.
3. Miklowitz D. J., Johnson S. L. Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions // *Clinical Psychology*. 2009. Vol. 16, N 2. P. 281–296.
4. Merikangas K. R. et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication // *Archive of General Psychiatry*. 2007. Vol. 64, N 5. P. 543–552.
5. Angst J. et al. Toward a Re-definition of Subthreshold Bipolarity: epidemiology and Proposed Criteria for Bipolar-II, Minor Bipolar Disorders and Hypomania // *Journal of Affective Disorders*. 2003. Vol. 73. P. 133–146.
6. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1 (ч. 1). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. 698 с.
7. Лапшин О. Жить с болезнью: Биполярное расстройство — Течение биполярного расстройства // Фонд «Добрый век», 2012 г. Проект «Лабиринты разума». URL: <http://www.mindlabyrinth.ru/additional/illive/detail.php?sid=61&pid=891> (дата обращения: 23.01.2018).
8. Williams D. R., Neighbors H. W. Social Perspectives on Mood Disorders // *Textbook of Mood Disorders* / eds D. J. Stein, D. J. Kupfer, A. F. Schatzberg. Arlington, Va.: The American Psychiatric Publishing, 2006. P. 145–158.
9. Burrows K. What Epidemic? The Social Construction of Bipolar Epidemics // *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches* / ed. A. Mukherjee. Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, UK: Emerald Group Publishing Limited, 2010. P. 243–261.
10. Maturo A. Bipolar Disorder and the Medicalization of Mood: An Epidemics of Diagnosis? // *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches* / ed. A. Mukherjee. Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, UK: Emerald Group Publishing Limited, 2010. P. 225–242.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition): DSM-III. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980. 494 p.
12. Mayes R., Horwitz A. V. DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness // *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2005. Vol. 41, N 3. P. 249–267.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4<sup>th</sup> ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. 943 p.
14. Horwitz A. V. Transforming Normality into Pathology: The DSM and the Outcomes of Stressful Social Arrangements // *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2007. Vol. 48, N 3. P. 211–222.
15. Horwitz A. V., Wakefield J. C. The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007. 287 p.
16. Dworkin R. Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class. New York: Caroll & Graf Publishers, 2006. 342 p.

17. *Pincus H. A. et al.* Prescribing Trends in Psychotropic Medications: Primary Care, Psychiatry and Other Medical Specialties // *Journal of the American Medical Association*. 1998. Vol. 279, N 7. P. 526–531.
18. *Martin E.* Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture. Princeton: Princeton University Press, 2007. 397 p.
19. *Змановская А., Аветисян Р., Бородина Т.* Россияне стали покупать больше антидепрессантов. *Известия*. 31.08.2015. URL: <https://iz.ru/news/590622> (дата обращения: 23.01.2018).
20. *Payer L.* Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Making You Feel Sick. New York: John Wiley & Sons, 1994. 292 p.
21. *Conrad P.* The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. 204 p.
22. *Zola I.* Medicine as an Institute of Social Control // *Sociological Review*. New Series. 1972. Vol. 20, N 4. P. 487–504.
23. *Illich I.* Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon, 1976. 294 p.
24. *Фуко М.* Рождение социальной медицины // Фуко М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. Ч. 3. М.: Праксис, 2006. С. 79–107.
25. *Михель Д. В.* Медикализация как социальный феномен // *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2011. № 4 (60). Вып. 2. С. 256–263.
26. *Боязитова А. Н.* Медикализация как социальный процесс: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 27 с.
27. *Jamison K. R.* An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness. New York: Vintage, 2009. 240 p.
28. *Jamison K. R.* Touched the Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament. New York: The Free Press, 1993. 370 p.
29. *Пушкина М.* Как я научилась жить с биполярным расстройством. URL: <http://www.the-village.ru/village/people/experience/236105-bipolyarnoe-rasstroystvo> (дата обращения: 23.01.2018).
30. *Conrad P., Slodden C.* The Medicalization of Mental Disorder // *Handbook of the Sociology of Mental Health* / eds C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, A. Bierman. Dordrecht: Springer, 2013. P. 61–74.
31. *Rogers A., Pilgrim D.* A Sociology of Mental Health and Illness. New York: Open University Press, 2014. 288 p.
32. *Cockerham W. C.* Sociology of Mental Disorder. London: Routledge, 2017. 352 p.

Статья поступила в редакцию 14 сентября 2017 г.;  
рекомендована в печать 20 ноября 2017 г.

Контактная информация:

*Михель Дмитрий Викторович* — д-р филос. наук, проф.; [dmitrymikhel@mail.ru](mailto:dmitrymikhel@mail.ru)

## **Bipolar disorder: An epidemic or a consequence of the medicalization of society?**

*D. V. Mikhel*

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration,  
84, pr. Vernadskogo, Moscow, 119571, Russian Federation

**For citation:** Mikhel D.V. Bipolar disorder: An epidemic or a consequence of the medicalization of society? *Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology*, 2018, vol. 11, issue 1, pp. 51–65. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu12.2018.105>

Social sciences today are very sensitive to public health problems, a fact which leads to the emergence of new research areas and discussions about new varieties of social problems. In this article, the author engages with the phenomenon of bipolar disorder, which the modern medical community estimates as another epidemic that requires special attention and resources. The rapid spread of this epidemic allows social scientists to question the nature and social factors that contribute to the rapid growth in the number of bipolar patients. Ideas about the reality of the epidemic are combined with the notion that it may be socially constructed by changes in the language of medical knowledge, as well as new strategies in medical practice

and total pharmacologization of medical aid. The emergence of this epidemic also reflects the continuing medicalization of society. Agents of medicalization are not only doctors, but pharmaceutical corporations, the PR companies they cooperate with, and the patients themselves, seeking solutions to their personal problems with the help of psychotropic drugs. We can also consider patient experience and patient policy by which people adopt the illness and try to give a public meaning to the experience. Bipolar disorder can also be considered as a product of the culture of developed industrial society, which gives rise to the demand for an invariably energetic creative worker, because in connection with the computerization and robotization of monotonous manual labor, the mass need for a disciplined worker and office employee has almost disappeared.

*Keywords:* mental health of society, psycho-emotional life, bipolar disorder, epidemic, medical theory, pharmacology, medicalization, patient experience, culture of developed industrial society.

## References

1. Kak ia spravliaius' s bipoliarnym rasstroistvom [How Do I Cope with Bipolar Disorder]. Has Written D. Polygaeva. *The Village*, 2016, April 29. Available at: <http://www.the-village.ru/village/people/experience/236105-bipolyarnoe-rasstroystvo> (accessed: 23.01.2018). (In Russian)
2. *Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, World Health Organization, 2008. 146 p.
3. Miklowitz D.J., Johnson S.L. Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinical Psychology*, 2009, vol. 16, no. 2, pp. 281–296.
4. Merikangas K.R. et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*, 2007, vol. 64, no. 5, pp. 543–552.
5. Angst J. et al. Toward a Re-definition of Subthreshold Bipolarity: epidemiology and Proposed Criteria for Bipolar-II, Minor Bipolar Disorders and Hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 2003, vol. 73, pp. 133–146.
6. *MKB-10: Mezhdunarodnaia statisticheskaia klassifikatsiia boleznei i problem, sviazannykh so zdorov'em. Desiatyi peresmotr [ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision]*. Geneva, World Health Organization Publ., 1992. 698 p. (In Russian)
7. Lapshin O. Zhit' s bolezn'iu: Bipoliarnoe rasstroistvo — Techenie bipoliarnogo rasstroistva [Living with the Disease: Bipolar Disorder — The Course of Bipolar Disorder]. *Fond «Dobryi vek», 2012 g. Proekt "Labirinty razuma" [The Good Century Foundation, 2012. Project "Labyrinths of Reason"]*. Available at: <http://www.mindlabyrinth.ru/additional/illive/detail.php?sid=61&pid=891> (accessed: 23.01.2018). (In Russian)
8. Williams D.R., Neighbors H.W. Social Perspectives on Mood Disorders. *Textbook of Mood Disorders*. Eds. D.J. Stein, D.J. Kupfer, A.F. Schatzberg. Arlington, Va., The American Psychiatric Publishing, 2006, pp. 145–158.
9. Burrows K. What Epidemic? The Social Construction of Bipolar Epidemics. *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*. Ed. A. Mukherjea. Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, UK, Emerald Group Publishing Limited, 2010, pp. 243–261.
10. Maturo A. Bipolar Disorder and the Medicalization of Mood: An Epidemics of Diagnosis? *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*. Ed. A. Mukherjea. Howard House, Wagon Lane, Bingley, West Yorkshire, UK, Emerald Group Publishing Limited, 2010, pp. 225–242.
11. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition): DSM-III*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980. 494 p.
12. Mayes R., Horwitz A.V. DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2005, vol. 41, no. 3, pp. 249–267.
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4<sup>th</sup> ed., Text Revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. 943 p.
14. Horwitz A.V. Transforming Normality into Pathology: The DSM and the Outcomes of Stressful Social Arrangements. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2007, vol. 48, no. 3, pp. 211–222.
15. Horwitz A.V., Wakefield J.C. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford, Oxford University Press, 2007. 287 p.
16. Dworkin R. *Artificial Happiness. The Dark Side of the New Happy Class*. New York, Caroll & Graf Publishers, 2006. 342 p.

17. Pincus H. A. et al. Prescribing Trends in Psychotropic Medications: Primary Care, Psychiatry and Other Medical Specialties. *Journal of the American Medical Association*, 1998, vol. 279, no. 7, pp. 526–531.
18. Martin E. *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton, Princeton University Press, 2007. 397 p.
19. Zmanovskaia A., Avetisian R., Borodina T. Rossiiane stali pokupat' bol'she antidepressantov [Russians Began to Buy More Antidepressants]. *Izvestiia*, 31.08.2015. Available at: <https://iz.ru/news/590622> (accessed: 23.01.2018). (In Russian)
20. Payer L. *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Making You Feel Sick*. New York, John Wiley & Sons, 1994. 292 p.
21. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007. 204 p.
22. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control. *Sociological Review. New Series*, 1972, vol. 20, no. 4, pp. 487–504.
23. Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York, Pantheon, 1976. 294 p.
24. Foucault M. Rozhdenie sotsial'noi meditsiny [The Birth of social medicine]. Foucault M. *Intellektualy i vlast': Izbrannye politicheskie stat'i, vystupleniia i interv'iu* [Intellectuals and Power: Selected Political Articles, Speeches and Interviews], pt. 3. Moscow, Praxis Publ., 2006, pp. 79–107. (In Russian)
25. Mikhel D. V. Medikalizatsiia kak sotsial'nyi fenomen [Medicalization as a social phenomenon]. *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta*, 2011, vol. 60, no. 4 (2), pp. 256–263. (In Russian)
26. Boiazitova A. N. *Medikalizatsiia kak sotsial'nyi protsess* [Medicalization as a social process]. Abstract of dissertation. Volgograd, 2007. 27 p. (In Russian)
27. Jamison K. R. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York, Vintage, 2009. 240 p.
28. Jamison K. R. *Touched the Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York, The Free Press, 1993. 370 p.
29. Pushkina M. *Kak ia nauchilas' zhit' s bipoliarnym rasstroistvom* [How I Learned to Cope with Bipolar Disorder]. Available at: <http://www.the-village.ru/village/people/experience/236105-bipolyarnoe-rasstroystvo> (accessed: 23.01.2018). (In Russian)
30. Conrad P., Slodden C. The Medicalization of Mental Disorder. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Eds C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, A. Bierman. Dordrecht, Springer, 2013, pp. 61–74.
31. Rogers A., Pilgrim D. *A Sociology of Mental Health and Illness*. New York, Open University Press, 2014. 288 p.
32. Cockerham W. C. *Sociology of Mental Disorder*. London, Routledge, 2017. 352 p.

Author's information:

Mikhel Dmitry V. — PhD, Professor; dmitrymikhel@mail.ru