Дегуманизация и психическое здоровье

Haslam N. Dehumanization and mental health. ***World Psychiatry*****. 2024 Jun;23(2):173-174.**
doi: 10.1002/wps.21186.

Дегуманизация – страшное слово, напоминающее о самых мрачных злодеяниях прошлого и настоящего. Люди, которых считали «недолюдьми», страдали и продолжают страдать от насилия, лишений, изоляции и обездоленности, и эти страдания обычно игнорировались или сводились к минимуму. Однако, хотя дегуманизация обычно воспринимается как крайнее явление, связанное с войнами, геноцидами и завоеваниями, она имеет широкий спектр проявлений. Два десятилетия социально-психологических исследований показали, что она приводит к значительным последствиям в повседневной жизни[1].

Растущий объем литературы о дегуманизации позволяет выделить три ключевые идеи. Во-первых, дегуманизация варьируется от явной и выраженной в словесной форме до скрытой и неосознаваемой: людей могут как явно уподоблять животным, так и неявно лишать таких фундаментальных человеческих качеств, как рациональность, самоконтроль и сложные эмоции. Во-вторых, дегуманизация принимает различные формы: от выставления других животными или роботами до отрицания их индивидуальности или самостоятельности и наличия разума как такового. В-третьих, хотя дегуманизация часто сопровождается негативным отношением к другим людям, эти проявления психологически и даже неврологически отличаются от «обычных» предрассудков. Считать людей неполноценными – это не то же самое, что испытывать к ним неприязнь. Мы можем расчеловечивать и тех, кто отличается от нас, а не только тех, кого ненавидим. Более того, исследования близких отношений показывают, что мы можем постепенно расчеловечивать даже тех, кого любим.

Обширная литература о стигматизации показывает, что в обществе часто негативно относятся к людям с психическими расстройствами. Таких людей считают опасными, заслуживающими порицания и позора, что неблагоприятно сказывается на равноправии, благополучии и выздоровлении. За прошедшее время стало ясно, что в дополнение к этому негативному восприятию им часто также отказывают в гуманном отношении. Люди кажутся менее «человечными», когда на них навешивают ярлыки психических, а не физических заболеваний. Люди с психическими заболеваниями – особенно с шизофренией и зависимостями – подвергаются еще более вопиющей дегуманизации, чем некоторые очерняемые этнические или религиозные меньшинства[2].

«Дегуманизирующее» отношение к людям с психическими расстройствами свойственно не только обществу, но и специалистам в области психического здоровья. Исследователи начали документировать причины и последствия такого отношения. Одним из факторов, способствующих этому, является попытка эмоционального самосохранения: специалисты могут дегуманизировать пациентов, чтобы защитить себя от эмоционального истощения и дистресса[3]. Предвосхищение эмоциональных требований может побудить профессионалов отказать другим в гуманном отношении и привести к отказу в сочувствии и заботе.

Подобные исследования проливают новый свет на эмоциональное выгорание, одним из основных проявлений которого является потеря эмпатии к другим. В клинических условиях эта тенденция, сходная с дегуманизацией, может привести к тому, что специалисты будут отстраняться от пациентов, не в состоянии оценить их эмоциональные переживания, сводя их к одному лишь диагнозу. Неблагоприятные условия труда, способствующие эмоциональному выгоранию, такие как чрезмерная рабочая нагрузка и отношение организаций к сотрудникам как к взаимозаменяемым винтикам промышленного механизма, могут привести к тому, что специалисты в области психического здоровья станут относиться к пациентам бесчеловечно. Это негативно сказывается на оказании медицинской помощи, что продемонстрировано в исследованиях эмоционального выгорания. Одно исследование показало, что медсестры психиатрических клиник, которые не чувствовали поддержки со стороны своего начальства, были более склонны к эмоциональному выгоранию и депрессии, а также к дегуманизации своих пациентов (например, проявляли большую готовность обойти их согласие)[4].

Люди, обращающиеся за психиатрической помощью, необязательно расчеловечиваются на основании их болезни, чтобы страдать от последствий дегуманизации. Дегуманизирующее восприятие расовых меньшинств может способствовать расовым различиям в диагностике и лечении психического здоровья, таким как значительно повышенный уровень применения химических седативных препаратов у афроамериканских пациентов, поступающих в отделения неотложной помощи с психическими расстройствами[5], точно так же как дегуманизация по расовому признаку способствует непропорционально более жестким дисциплинарным мерам в системе уголовного правосудия и образовательных учреждениях.

Люди, которые считают себя подвергнутыми дегуманизации, обычно реагируют на это негативно. Точно так же, как вера в то, что кто-то может быть «недостаточно человеком» из-за своей расы или политических взглядов, как было показано, вызывает антагонистические реакции, так и стремление пациентов к психиатрическому лечению может быть подорвано опытом расчеловечивания в результате унизительных репрезентаций в средствах массовой информации, пренебрежительного отношения со стороны специалистов и обесценивающих индивидуальность столкновений с бюрократией здравоохранения[6].

Дегуманизирующее восприятие также можно усвоить, а не сопротивляться ему. Люди, которые считают, что другие не считают их людьми, могут начать «расчеловечивать самих себя». Это явление может иметь серьезные клинические последствия. Исследование пациентов с тяжелыми расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, показало, что те, кто в большей степени себя дегуманизировали, имели более низкую самооценку и менее эффективно справлялись с ситуацией[7]. Схожие исследования показывают, как дегуманизация может создавать порочные круги, которые ставят под угрозу достижение терапевтических целей. Дегуманизация может привести к ощущению себя расчеловеченным, что может саботировать лечение.

Восприятие себя как неполноценного человека может усугубить существующее психическое заболевание, однако дегуманизация также может быть фактором риска его развития. Действительно, исследования указывают на негативные последствия дегуманизации, которые являются известными факторами психологической уязвимости. Восприятие себя как неполноценного человека усиливает у людей чувство социальной изоляции, а также снижает готовность других помогать и проявлять сочувствие[1]. Возникающая в результате социальная разобщенность может увеличить риск, особенно в отношении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ и интернализированных расстройств.

В дополнение к ослаблению социальных связей дегуманизация как усугубляет тенденции к вовлечению в опасное для других людей поведение, так и приучает самостоятельно терпеть вред. Люди с более выраженной склонностью к расчеловечиванию других чаще прибегают к травле; мужчины, которые дегуманизируют женщин, более склонны к сексуальному насилию и домогательствам; а люди, которые дегуманизируют своих оппонентов в этнических конфликтах, с большей вероятностью поддерживают насильственные действия по отношению к ним. Подверженность насилию является значительным фактором психиатрического риска, и дегуманизация способствует этому. На более

системном уровне дегуманизация по признаку расы, социального класса и статуса иммигранта может усилить общественное признание социального неблагополучия и экономических трудностей, которые, как известно, способствуют неравенству в области психического здоровья.

Концепция дегуманизации оказалась полезной для осмысления многих форм межличностных и межгрупповых конфликтов. Она дополняет более привычные концепции, такие как предрассудки, стигматизация, стереотипы и дискриминация, фокусируясь на том, воспринимаем ли мы других и относимся ли к ним так, чтобы признать нашу общую человечность. Неудачи в этом направлении в настоящее время проявляются в восприятии различных социальных групп, и их разрушительные последствия становятся все более понятными. Исследования по дегуманизации в области психиатрии находятся в зачаточном состоянии, но убедительно свидетельствуют о том, что попытки полностью гуманизировать людей с психическими заболеваниями широко распространены и имеют немалый результат.

Вопрос о том, как бороться с дегуманизацией, связанной с психическими заболеваниями, не является однозначным. Чтобы общественное восприятие ментальных расстройств стало более гуманным, необходимы культурные изменения на уровне населения. Популяризация многомерных моделей может привести к тому, что люди с психическими заболеваниями будут восприниматься как менее «иные». За последние десятилетия некоторые аспекты расчеловечивающего представления психических заболеваний средствами массовой информации заметно снизились[8].

Не менее важно уменьшить расчеловечивание в клинической практике. Дегуманизацию можно уменьшить, усиливая эмпатию у специалистов путем отбора и обучения, признавая при этом, что эмпатия и решение проблем иногда могут противоречить друг другу, а также поощряя контакты «лицом к лицу» между специалистами и пациентами, несмотря на растущее внедрение медицинских технологий. Расчеловечивание также можно снижать, если представить пациентов и специалистов как личностей с уникальными характеристиками, повысить у пациентов чувство самостоятельности за счет увеличения их влияния на лечение и уменьшить реальные и предполагаемые различия между пациентами и специалистами.

Цель гуманизации медицинской помощи, как в области психического здоровья, так и за ее пределами, должна быть широко признана и разделяться всеми, а также должны быть определены и реализованы конкретные стратегии для достижения этой цели. В дополнение к этому влияние дегуманизации на психическое здоровье населения должно стать более явным и конкретным предметом исследований.

Nick Haslam

Melbourne School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Лукьянова Алёна Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Haslam N, Loughnan S. Annu Rev Psychol 2014;65:399-423.
2. Boysen GA, Isaacs RA, Tretter L et al. J Soc Psychol 2020;160:346-56.
3. Vaes J, Muratore M. Br J Soc Psychol 2013;52:180-90.
4. Fontesse S, Rimez X, Maurage P. Arch Psychiatr Nurs 2021;35:153-61.
5. Khatri UG, Delgado MK, South E et al. Ann Epidemiol 2022;69:9-16.
6. Jenkins TA, Robison M, Joiner TE. Curr Opin Behav Sci 2023;50:101257.
7. Fontesse S, Stinglhamber F, Demoulin S et al. Addict Behav 2020;107:106425.
8. Giorgi S, Habib DRS, Bellew D et al. Front Public Health 2023;11:1275975.
9. Haque OS, Waytz A. Perspect Psychol Sci 2012;7:176-86.

DOI:10.1002/wps.21186

Размышления о философии психиатрии

Kendler KS. Reflections on philosophy of psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(2):174-175. doi:10.1002/wps.21187.

В этом номере журнала Stein et al.[1] кратко описывают современное состояние философии психиатрии, уделяя особое внимание нескольким вопросам в области нозологии, психиатрической науки и проблеме взаимодействия разума и тела.

Я согласен с их благосклонным отношением к «мягкому натурализму» как к подходящей концептуализации психиатрических диагностических категорий. «Жесткий» натурализм, предполагающий наличие четких границ и сущностей, который применим к некоторым объектам науки (например, элементам периодической таблицы Менделеева), явно не подходит для психических расстройств. Границы наших расстройств «размыты» и зачастую бывают трудноопределимы.

Существуют ли в мире психические расстройства для того, чтобы их «обнаруживали», или мы сами «создаем» их? Хотя я придерживаюсь первой точки зрения, исторические работы вызывают некоторый скептицизм. Если бы Крепелин занялся зоологией, как его старший брат, стал бы кто-нибудь другой описывать раннее слабоумие и маниакально-депрессивное расстройство в тех же самых выражениях? На протяжении XIX века многие клиницисты работали над тем, чтобы разобраться в диагностическом пространстве расстройств настроения и психотических расстройств[2]. Что-то похожее на наши нынешние взгляды, вероятно, возникло бы и без Крепелина, но насколько это было бы схоже с известной нам концепцией?

Психиатры давно верят, что следующая научная революция – будь то патология мозга, менделеевские гены или моноаминовые нейромедиаторы – решит проблему психических расстройств, открыв простые, однопричинные «эссенциалистские» объяснения. Это достойная сожаления, повторяющаяся несбыточная мечта нашей профессии. По иронии судьбы, незадолго до начала эволюции психиатрии (начало XIX века) мы столкнулись с прогрессивным параличом. Открытие его этиологии было величайшей историей успеха в нашей науке, однако она оставила нам нереалистичные ожидания, которые мы не можем повторить для остальных синдромов в психиатрии.

За некоторыми редкими исключениями, психические расстройства имеют много причинно-следственных связей «на всем своем протяжении». Поэтому с нашей стороны было бы нереалистично выражать недовольство тем, что DSM до сих пор не разработала диагностическую систему, основанную на этиологии. Несмотря на все достижения в области визуализации мозга и молекулярной генетики, мы по-прежнему остаемся в неведении относительно причин развития наших расстройств. Вряд ли это изменится в ближайшее время. Действительно, достижения в области молекулярной генетики указывают на то, насколько трудным будет это испытание, метко названное «проклятием полигенности».

Мой взгляд на роль ценностей в психиатрической нозологии более ограничен, чем тот, который отстаивают Stein et al. Наиболее важная ценность, которая входит в процесс проверки DSM, – это приоритезация потенциальных определяющих факторов. В настоящее время мы в целом согласны с

тем, что изменения в диагностике должны, насколько это возможно, основываться на эмпирических данных. Пересмотренные наборы критериев для определения расстройства должны соответствовать реальным данным лучше, чем их предшественники. Но как решить, какие показатели должны быть приоритетными? Как только вы узнаете, какие результаты вы хотите получить при диагностике, становится возможным хотя бы приблизительно использовать всесторонний подход, основанный на данных. Существующая система с множеством различных факторов с неопределенным удельным весом создает проблемы[3]. Рецензирующим комитетам DSM (DSM Review Committees) приходится выполнять гораздо более сложную работу, чем тем, кто оценивает рандомизированные контролируемые исследования для Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (US Food and Drug Administration), в которых ответ на лекарственную терапию является единственной значимой переменной.

Я также согласен с тем, что Stein et al. подчеркивают важность плюрализма в психиатрии. В этой области существует множество обоснованных научных точек зрения на расстройства, их этиологию и лечение. Необходимость в плюрализме обусловлена многопричинной природой большинства из этих расстройств. Однако у меня есть опасения по поводу «недисциплинированного» плюрализма: он рискует выродиться в антинаучную концепцию «пусть расцветет тысяча цветов». Чтобы сесть за стол плюралистов, необходима тяжелая эмпирическая работа. Корреляций недостаточно. Конструкции, позволяющие делать причинно-следственные выводы, имеют решающее значение. Наши «пороги» должны быть высокими, потому что область психического здоровья привлекает самых разных теоретиков, и некоторые из них мало ограничены проблемами эмпирических данных. Я сторонник «трезвого» плюрализма. Меня также давно интересовало, как часто люди приходят в нашу область с исследовательской программой, на которую в значительной степени влияют сильные априорные идеологические убеждения. Я думаю, что отчасти это связано с нашей незрелостью как научной области, но отчасти и с тем, что многие из наших исследовательских областей затрагивают ключевые предположения о природе человека.

Я также ценю озабоченность Stein et al. тем, как объединить различные точки зрения на психические расстройства. Нашим узкоспециализированным исследователям слишком легко за всю карьеру глубоко погрузиться в свой собственный уголок этиологического пространства психических заболеваний и никогда не поднимать глаз. На самом деле, наша система финансирования поощряет такую специализацию. Я предпочитаю разновидность «плюрализма», которая не обсуждалась Stein et al.: «интегративный плюрализм»[4]. Это понятие предполагает, что время от времени ученый обязан вылезать из своей норы и потратить немного энергии на то, чтобы объединить свои открытия, по крайней мере, с результатами смежных исследований.

Здесь уместно прокомментировать редукцию. Я не считаю это слово ругательным. Действительно, растущее слияние молекулярной генетики и молекулярной нейронауки для выявления путей риска, связанных с генетическими вариантами и психическими расстройствами, является одним из самых захватывающих в нашей области. Было бы желательно предоставить им больше власти (и финансирования). Я возражаю тем сторонникам редукционизма, которые утверждают, что их подход – единственный путь. «Редуктивная гордыня» была вредна для нас на нескольких исторических этапах развития нашей дисциплины. Конечно, не все пути исследования психических расстройств одинаковы. Но психологические и социальные вмешательства доказали свою ценность при лечении ряда психических расстройств, что возвращает меня к приведенным выше аргументам о многопричинности.

В отличие от вышеприведенных вопросов, которые в основном существуют в рамках философии науки, проблема соотношения разума и тела по своей сути является метафизической. При всей своей увлекательности полученные знания по сравнению с усилиями, необходимыми для того, чтобы пробраться сквозь метафизические дебри в этой области, на протяжении многих лет вызывали у меня разочарование. Поэтому я приведу лишь несколько кратких и личных комментариев. Философы размышляют над проблемой взаимодействия разума и тела. Психиатры живут этим. Наиболее подходящая метафора, с которой я сталкивался для описания взаимодействия между психиатрами и их пациентами, когда квалифицированный клиницист должен постоянно чередовать восприятие своих пациентов как объектов с разумом и с мозгом, является понятие «бинокулярности»[5]. Точно так же, как мы воспринимаем окружающий мир двумя глазами, мы получаем более глубокое представление о наших пациентах, рассматривая их с двух разных точек зрения – с точки зрения их мозга и разума.

Я – материалист, не склонный редукционизму. Не уверен, что это последовательная позиция, но это лучшее, что я могу предложить. Проще говоря, в своей научной деятельности я не рассматриваю разум как нечто, существующее независимо от мозга. Мой разум – это часть моего мозга. Однако система «разум-мозг» функционирует как нечто единое, хотя я не могу объяснить, как именно это происходит. В психиатрической сфере разум играет ключевую роль. Для меня концепция психиатрии без разума – это оксюморон. Я считаю, что разногласия между теориями, основанными на разуме, и теориями, основанными на мозге, были определяющими для развития истории психиатрии[6]. И я верю в причинно-следственную связь, которая идет от разума к мозгу. На уровне разума происходят важные процессы, которые иногда имеют большое значение для психиатрии[7].

В заключение хотелось бы отметить, что отрадно видеть публикацию этого обширного и заставляющего задуматься эссе в известном психиатрическом журнале. Психиатрия – это область, требующая от исследователей и клиницистов применения в своей работе различных философских подходов. Вопрос в том, потратят ли они время и энергию на каком-то этапе своей карьеры, чтобы изучить эти перспективы и решить, нужно ли их пересматривать.

Kenneth S. Kendler

Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics, and Department of Psychiatry, Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

Перевод: Лукьянова Алёна Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Jansson Å. From melancholia to depression: disordered mood in nineteenthcentury psychiatry. London: Palgrave MacMillan, 2020.
3. Solomon M. Philosophy of Medicine 2022;3:1-23.
4. Mitchell SD. Unsimple truths: science, complexity, and policy. Chicago: University of Chicago Press, 2009.
5. Parens E. Shaping our selves: on technology, flourishing, and a habit of thinking. Oxford: Oxford University Press, 2015.
6. Kendler KS, Tabb K, Wright J. Am J Psychiatry 2022;179:329-35.
7. Kendler KS, Woodward J. Psychol Med 2021;51:1783-8.

DOI:10.1002/wps.21187