Светлана М. Бардина
МВШСЭН, РАНХиГС, Москва, Россия

Психофармакологическое конструирование эмоций: Prozac против дуализма сознания и тела

В статье рассматривается проблема, сформулированная в «новой социологии эмоций», — какие концептуальные модели тела могут быть использованы в социологическом исследовании эмоций? Традиционные исследования эмоций распадаются на две большие области, которые могут быть охарактеризованы как позитивистский и конструкционистский подход. Теории, относящиеся к первой области, не могут объяснить социальное измерение эмоций; конструкционистские модели работают с социальным, но игнорируют специфику эмоций как телесно воплощенного (embodied) феномена. В «новой социологии эмоций» высказывается предположение, что обращение к альтернативным, не-позитивистским концептуализациям телесности позволит разрешить эту дилемму. Чаще всего в исследованиях используются феноменологические и интеракционистские модели тела.

Предпринимается попытка предложить еще одну альтернативную модель — концептуализацию тела Харауэй — и применить ее для анализа трансформации грусти в конце XX в. в контексте «новой депрессии». При попытке описания медикализации грусти позитивистский и конструкционистский подход сталкиваются с парадоксами (которые вызваны тем, что в этих моделях сохраняются оппозиции внешнее/внутреннее, естественное/искусственное, материальное/виртуальное). Модель Харауэй позволяет обойти эти парадоксы и описать медикализацию грусти, учитывая, с одной стороны, воплощенную природу эмоции, а с другой — социальные аспекты происходящих изменений. В то же время применимость этой концепции к конкретному кейсу не означает, что она имеет универсальное значение для социологии эмоций. В статье показано, что эта модель наилучшим образом объясняет именно «аномальные» случаи, связанные со сложной трансформацией эмоций.

Бардина Светлана Михайловна — кандидат философских наук, старший научный сотрудник Международного центра современной социальной теории МВШСЭН, старший научный сотрудник Центра социологических исследований РАНХиГС. Научные интересы: социология психиатрии, философия психиатрии, философия обыденного языка. E-mail: neology@bk.ru
Svetlana M. Bardina — PhD (Candidate of Science in Philosophy), senior research fellow of the International Center for Contemporary Social Theory, MSSES, senior research fellow of the Center for Sociological Research, RANEPA. Research interests: sociology of psychiatry, philosophy of psychiatry, ordinary language philosophy. E-mail: neology@bk.ru

Sociology of Power
Vol. 29
№ 3 (2017)

Ключевые слова: социология эмоций, Харауэй, дуализм, депрессия, антидепрессанты, медикализация

Svetlana M. Bardina, MSSES, RANEPA, Moscow, Russia
Psychopharmacology constructing emotions: Prozac versus mind-body dualism

The paper deals with the problem which was first raised by theorists of the "new sociology of emotions" — namely, the use of different conceptions of body in the sociology of emotions. The study of emotions is divided into two main areas: positivism and constructionism. Positivist theories marginalize social aspects of emotions, whereas constructionist theories dismiss the fact that emotional experience is embodied. Therefore, proponents of the "new sociology of emotions" assert that the new study of emotions should be based on a non-positivist concept of body, so that we could examine emotions both as a social and as an embodied phenomenon. Phenomenological and interactionist concepts of body are often used in these studies. This paper suggests that Haraway's conception of body can also be used for studying emotions. Particularly, in this paper it is used for the analysis of the medicalization of sadness in the end of the 20th century during the raise of "new depression". Haraway's model allows to describe this phenomenon focusing both on the embodiment of sadness and on its social aspects. Nevertheless, Haraway's conception is not ubiquitous. It is stated that this model is best suited for explaining "anomalous" cases, such as complex transformation of the emotion via medicalization.

Keywords: sociology of emotions, Haraway, dualism, depression, antidepressants, medicalization

doi: 10.22394/2074-0492-2017-3- 41-58

Проект «телесно воплощенной» (*embodied*) социологии эмоций: преодоление оппозиций и поиск новой концептуализации тела

«Эмоции, как и тело, <...> были вытеснены на обочину социологической мысли и долгое время оставались в тени», — утверждают Уильямс и Бенделоу во введении к книге «Эмоции в социальной жизни» [Bendelow, Williams, 2005, p. xii]. Конец прошлого века ознаменовался «поворотом к телу» [Shilling, 2007], а в последние два десятилетия исследователи стали высказывать идеи о начале «аффективного поворота» в социальной теории [Bendelow, Williams, 2005; Clough, 2007; Greco, Stenner, 2008]. Речь идет об амбициозном проекте создания нового языка описания эмоций, который сможет повлиять на базовые социологические определения и демаркации.

Авторы, выдвигающие идеи необходимости создания «новой социологии эмоций», считают, что современное поле социологического исследования эмоций ограничено рядом жестких бинарных оппозиций, таких как культура/природа, психика/тело, внутреннее/внешнее, биологическое/социальное, рациональное/иррациональное, естественное/искусственное, частное/публичное [Shilling, 1997, p. 196]. Существование этих дихотомий видится причиной того, что эмоции долгое время оставались на периферии дисциплины. Модели описания и исследования эмоций распадаются на два больших направления, основанных на противоположных предпосылках. «Перевод» и взаимный диалог между этими моделями затруднен вследствие принципиально разной аксиоматики, на которую опираются представители каждой из них.

В основе этого разрыва лежит выбор одной из двух альтернативных концептуализаций: либо эмоции — явление биологическое (или физиологическое), принадлежащее области телесного, иррационального, частного, либо это социальный феномен, который мы должны относить к сфере культуры, публичного, рационального. Первую модель можно условно назвать позитивистской, вторую — конструкционистской [Francis, 2006, p. 602].

«Позитивистский», или «биологический» подход, берущий свое начало в классических работах Ч. Дарвина, З. Фрейда, У. Джеймса, доминирует в психологии [Gross, 1998], психоэволюционной теории [Plutchik, 1980] и когнитивных науках [Lazarus, 1982]. Исследования, выполненные в этой рамке, объясняют эмоции как сложные психофизиологические реакции [Bendelow, Williams, 2005, p. 45].

Социология эмоций как отдельная исследовательская область формируется как ответ на доминирующий «биологический» подход и противопоставляет ему «конструкционистский» взгляд, согласно которому эмоции «социально и культурно обусловлены и управляются нормативными ожиданиями» [Francis, 2006, p. 602]. Полемизируя с позитивистским представлением об эмоциях, социологи проводят различие между эмоциями и ощущениями: ощущения телесно локализованы и потому могут рассматриваться как физиологическое явление, но эмоции — это в первую очередь то, что проявляется публично [Crossley, 2005, p. 18]. Физиологические реакции, сопровождающие эмоции, не могут быть конечным *объяснением* этого явления; эмоции зависят от социальных, культурных и исторических обстоятельств, в которых они проявляются. В рамках этой модели эмоции производятся и поддерживаются внутри сообщества; поэтому они не могут быть сведены к телесным реакциям отдельного человека [Franks, McCarthy, 1989].

Крайняя версия такой позиции состоит в том, что эмоции не просто зависят от культурных рамок, в которых они проявляются, но *сводятся* к моделям публичного эмоционального поведения: в действительности «нет никаких “эмоций”, только различные способы эмоционального поведения» [Harré, 1986]. С этой точки зрения, эмоции — это *то, что может быть опознано другими в качестве эмоции*, например грусть или возмущение. Если принять этот тезис, эмоции — это в первую очередь «элементы коммуникации», которые выполняют во взаимодействии людей приблизительно те же функции, что и суждения [Sabini, Silver, 1998, p. 24].

В результате этого разрыва любая попытка создать социальную теорию эмоций сталкивается с дилеммой. Позитивистская модель объясняет эмоции не-социально, как биологический или физиологический факт. Конструкционистская модель позволяет увидеть социальное измерение эмоций, однако в попытках избавиться от «натуралистического» взгляда на эмоции социология эмоций теряет возможность описывать их специфику как телесно воплощенного (embodied) явления. «Конструкционистская» социология эмоций переворачивает, таким образом, оппозицию биологическое/социальное, утверждая, что эмоции относятся не к первой, а ко второй ее части; однако сама оппозиция сохраняется и поддерживается.

Решение этой дилеммы, по мнению авторов, которые отстаивают необходимость создания новой социологии эмоции, состоит в том, чтобы признать эмоции в качестве телесного феномена, но при этом отказаться от позитивистской концептуализации тела. В поисках новой модели телесности авторы обращаются к различным теоретическим языкам. С точки зрения Бенделоу, продуктивным основанием для новой социологии эмоций может стать феноменологический концепт lived body [Bendelow, Williams, 1994, p. 48][1]. Фрэнсис, напротив, полагает, что эта задача может быть решена посредством обращения к интеракционистской концепции тела [Francis, 2003, p. 130].

Таким способом, новая концептуализация тела призвана преодолеть основные оппозиции, которые на данный момент определяют контуры дисциплины. «Телесно воплощенная (embodied) социология эмоций, в которой эмоции будут связующим звеном между биологическим и социальным» [Francis, 2006, p. 598], представляется решением, которое позволит отказаться от существую-

1 Lived body, или Leib, представляет собой непосредственный процесс жизни, «поток переживаемых ощущений», в отличие от «объективного» тела, Körper.

щих дихотомий. «Аффективный поворот» видится логическим продолжением «поворота к телу» в социальных науках, что позволит окончательно «вернуть тело в социологию» [Freund, 1990], распространив новые модели телесности на область эмоциональной жизни.

«Гибридное» тело в концепции Харауэй

Далее будет предпринята попытка предложить альтернативную модель для решения ключевой проблемы «новой социологии эмоций»: говорить об эмоциях как о телесно воплощенном феномене, но не использовать словарь «натуралистических» моделей. Для достижения этой цели будет использована концептуализация тела Харауэй.

Харауэй, как и теоретики «новой социологии эмоции», пишет о базовых оппозициях западной мысли: это противостояние между природой и культурой, человеком и животным, организмом и машиной, истиной и иллюзией, мужчиной и женщиной, реальностью и видимостью, Богом и человеком [Haraway, 1991, p. 177]. Эти противоположности находятся в состоянии войны, поглощения или порабощения. Однако концепция Харауэй имеет одно принципиальное отличие. Она не просто постулирует наличие бинарных оппозиций, которые требуется снять, но утверждает, что эти жесткие границы *уже подорваны*.

Харауэй считает, что к концу XX в. мы можем зафиксировать как минимум три ключевых слома границ (boundary breakdowns) [Ibid., p. 151]. Во-первых, в конце прошлого столетия сократился разрыв между людьми и животными (который возник вследствие существования дихотомии психика/тело [Haraway, 2008, p. 71]). Меняются практики взаимодействия людей и животных: их взаимоотношения начинают осмысляться как симметричная связь двух живых существ; ставится вопрос о правах животных; животные становятся полноценными агентами социальных практик, например, семейных празднований. Само различие между человеком и животным становится менее жестким внутри биологической науки. Во-вторых, в последние десятилетия преодолевается более фундаментальное различение — разрыв между организмом и машиной. Один из аспектов, который разделял живые организмы и машины, — автономия и способность к изменению. Механизм долгое время был аппаратом, который реализовывал человеческие задачи. Машины конца прошлого века приобрели значительно большую степень независимости от создавшего их человека. Поэтому различие между самостоятельно развивающимся и проектируемым извне (которое было одним из основных разграничителей организма и машины,

естественного и искусственного) становится более зыбким. Наконец, граница между физическим и не-физическим становится менее определенной благодаря новым технологиям передачи информации. Технические девайсы способны передавать с помощью нематериальных сигналов информацию, сохраняя по возможности «материальность» событий. Все эти изменения существенным образом повлияли на устойчивость существовавших дихотомий.

Каким образом может быть устроена онтология, в которой нет привычных онтологических разрывов и жестких бинарных оппозиций? Харауэй предлагает метафорическое описание своей программы как онтологии «киборгов, гибридов, мозаик, химер» [Ibid., p. 178]. «Киборг» — это гибрид машины и организма, объединяющий материальность и воображение [Ibid., p. 150]; он не обладает единством; любой его компонент или код может взаимодействовать с другим или быть заменен. Иными словами, гибриды и киборги — это природно-технические объекты, в которых «разница между организмом и машиной размыта; сознание, тело и инструмент находятся здесь в равных условиях» [Ibid., p. 165]. Если киборги и гибриды — это наша повседневная реальность, то онтология киборгов — это модель, которая может наилучшим образом описывать новую действительность.

В рамках этой модели возникает и новое понимание телесности. Харауэй предпринимает попытку описывать тела, которые не определяются границей органического тела. Она ставит вопрос: «Должны ли наши тела заканчиваться вместе с кожей?» — и дает на него отрицательный ответ. В ее модели отрицается единство и завершенность тела, а также его строго органическая природа. Тело оказывается «союзом» органического и технического. Кроме того, тело не мыслится как неизменное во времени, его границы подвижны. Харауэй подчеркивает, что средства коммуникации и биотехнологии постоянно «пересоздают (recraft) наши тела» [Ibid., p. 164], и уже никто из нас не обладает телом, независимым от технологий. Тело может быть собрано или пересобрано, и любой его компонент может быть заменен. Таким образом, мы получаем концептуализацию тела, которая выходит за рамки бинарных оппозиций, определявших поле исследования тела.

Далее будет предпринята попытка применить концептуализацию тела, предложенную Харауэй, к конкретному случаю — к истории трансформации грусти в 1980–1990-е годы в США, а также осмыслить противоречия, возникающие при описании этих событий.

«Новая депрессия» и трансформация грусти

На рубеже веков произошло значимое изменение в том, *как* люди переживают грусть. Различные события, повлиявшие на эти пере-

мены, становились предметом исследований, выполненных в рамках социологии и истории науки, culture studies и marketing studies. На основе этих исследований мы постараемся определить изменения в способах переживания и восприятия эмоций.

Первые изменения произошли внутри психиатрии. В 1980 г. вышло третье издание Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-III). В новом Руководстве расстройство определялось через фиксированный набор симптомов. В предыдущих версиях акцент делался не на симптоматике, а на этиологии расстройства, причем объяснения носили по большей части психоаналитический характер [Strand, 2011]. Теперь диагностика расстройства стала напоминать «заполнение анкеты» [Lawlor, 2012, p. 169]: для вынесения диагноза требовалось проверить, соответствует ли состояние пациента заданному списку симптомов.

Набор симптомов в случае депрессии, однако, был сформулирован таким образом, что граница между депрессией и обычной грустью стала зыбкой. Приведем фрагмент описания расстройства, согласно критерию А, используемому для диагностики депрессивного эпизода: «Угрюмое (dysphoric) настроение, или потеря интереса ко всем или к большинству обычных занятий и к привычным способам времяпрепровождения. Угрюмое настроение характеризуется следующими признаками (symptoms): угнетенное, грустное, печальное, подавленное, раздражительное. Расстройство настроения должно быть явным и довольно постоянным, но не обязательно основным симптомом<...>» [DSM-III, 1980, p. 213]. По мнению Лолора, использование языка обыденного описания подавленного состояния косвенным образом могло привести к «патологизации “нормальной” грусти» [Lawlor, 2012, p. 167].

Изменение методов диагностики сопровождалось важными событиями в сфере психофармакологии. В 1970-е был открыт антидепрессант флуоксетин, и в 1987 г. он поступил в продажу под маркой Prozac. Появление этого лекарства однозначно было поворотным событием, однако нельзя сказать, что этот эффект был связан исключительно с его фармакологическим воздействием.

Флуоксетин относится к антидепрессантам класса СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) (SSRI). Этот препарат (и аналогичные ему) приобрел необычайную популярность и невероятно широкое распространение. К началу 2000-х примерно каждый четвертый американец хотя бы раз в жизни приобретал антидепрессант класса СИОЗС; к этому времени в США количество рецептов на прозак и аналогичные по воздействию антидепрессанты составляло порядка 70 млн в год [Lewis, 2006, p. 122]. Как следствие, антидепрессанты принесли невероятные прибыли фармацевти-

ческим компаниям. Ходила шутка, что «прозак стал продаваться лучше, чем крэк»[1].

«Прозаковый бум» сильно повлиял на «расстановку сил» внутри психиатрии. Стоит оговориться, что в целом развитие психофармакологии («фармакологическая революция» [Healy, 2002]) во второй половине прошлого века серьезно повлияло на практики и установки психиатрии. Успехи психофармакологии сопровождались формированием новой системы представлений, так называемого «фармацевтического разума» (pharmaceutical reason) [Lakoff, 2005]. Согласно этой системе представлений, человеческий организм — это сложная машина, в которой могут возникать отдельные неполадки, в том числе на нейропсихологическом уровне, которые исправляются посредством соответствующего фармацевтического препарата [Wróblewski, 2015, p. 97].

Невероятный (в том числе коммерческий) успех антидепрессантов способствовал усилению позиций биологической психиатрии и упрочению «фармацевтического разума». Альтернативные силы — психотерапевты и социальные работники, напротив, столкнулись с падением «спроса» на свои услуги. Доля пациентов, которые использовали антидепрессанты, выросла с 37 до 75% в период с 1987 по 2007 г.; доля тех, кто пользовался услугами психотерапевтов, сократилась за это время с 71 до 43% [Park, Ahn, 2013, p. 363]. Представители клинической психиатрии, с одной стороны, получили существенную выгоду в результате появления новых антидепрессантов. Обладая правом выписывать рецепты, они могли «зарабатывать около 60 долларов за получасовой визит, в ходе которого они просто прописывали прозак» [Lewis, 2006, p. 136]. С другой стороны, возможность выписать рецепт не была монополией: ту же процедуру могли произвести другие клиницисты, неврологи или психологи. Квалификация психиатра вследствие этого обесценивалась.

Изменения носили не только институциональный характер. Происходящие события способствовали тому, что натуралистическая модель депрессии стала восприниматься как очевидная объяснительная схема. Льюис утверждает, что этот факт имел и политическое значение. Биологическая психиатрия игнорировала психологические и тем более широкие социальные аспекты депрессии. Согласно этой модели, личные потери, нереализованные желания, отсутствие возможностей, несправедливость, нехватка ресурсов —

1 Prozac: Revolution in a Capsule. The New York Times. 2014. https://www.youtube.com/watch?v=qgCFQ5no2jg. Шутка построена на игре слов: drug означает и наркотик, и лекарство.

все это может быть причиной депрессии, однако суть расстройства лежит в сфере нейропсихологических процессов, в нейрохимических особенностях индивида, и именно они должны быть в фокусе рассмотрения. Тот, кто испытывает депрессию, — это биологическая единица; причины расстройства и способы улучшения ситуации также рассматриваются в натуралистической рамке. «Наибольший процент пациентов с депрессией среди женщин, цветных, бедных и других жертв социального неравенства. Именно они выиграют от смены социального порядка. Но в биомедицинском дискурсе о депрессии личное — это не политическое, личное — это биологическое. <...> Нет нужды менять социальный порядок [чтобы устранить причины депрессии], достаточно применять нейротрансмиттеры» [Lewis, 2006, p. 134].

Однако, наверное, наиболее значимый «эффект прозака» состоял не в изменениях внутри психиатрических институций и даже не в усилении «фармацевтического разума». Дело в том, что прозак не был *лекарством* в собственном смысле слова. По выражению Льюиса, антидепрессанты стали чем-то вроде «косметики для сознания» (mental cosmetics) [Ibid., p. 125], назначение которой состояло не в том, чтобы лечить, а в том, чтобы улучшать, приводить в порядок или даже приукрашивать. Лекарственная терапия стала восприниматься не как средство лечения, а как средство улучшить существование [Wróblewski, 2015, p. 98]. По словам Хили, такие лекарства, как прозак, могут быть названы «лекарствами образа жизни» (lifestyle drugs) [Healy, 2002, p. 375].

Использование антидепрессантов регулировалось скорее рыночными интересами, чем предписаниями врачей. Изменились способы работы фармацевтических компаний: во главе угла встали не научные разработки, а удачная рекламная кампания. Консюмеризация антидепрессантов привела к переопределению представления о целевой группе потребителей медикаментов [Donohue, Berndt, 2004, p. 115]. Традиционно продвижение медикаментов было направлено на врачей, но теперь аудиторией фармацевтических компаний стали пациенты. При этом в случае антидепрессантов целевой группой являлись «*все, кто потенциально может приобрести продукт*, а не только те, кто нуждается в нем» [Arney, Menjivar, 2014, p. 521].

Соответственно эффективная реклама была направлена на «создание идентичности пациента» [Ibid., p. 523]. Арни и Мендживар, анализируя рекламу антидепрессантов в печати в 1997–2006 гг., выделяют три основных стратегии: нормализация, идентификация и самодиагностика [Ibid., p. 527]. Создается картина депрессии как распространенного состояния, симптомы которого может обнаружить у себя (и соответственно идентифицировать себя как пациента) практически любой.

Нарративы американской рекламы антидепрессантов выстраивались следующим образом [Growetal, 2006; Stepnisky, 2007]. Во-первых, в рекламе чаще всего изображались люди, демонстрирующие отчаяние, потерю интереса к жизни или мотивации, раздражительность и тревожные мысли (образы не соответствовали клинической картине депрессии, а скорее совпадали с обыденными представлениями о расстроенном состоянии). Во-вторых, депрессия явным образом определялась как следствие биохимического дисбаланса в организме (теория химического дисбаланса, chemical imbalance theory)[1]. В-третьих, утверждалось, что антидепрессанты могут исправить этот дисбаланс. Еще одно предположение, которое неявно содержалось в рекламном нарративе: «люди, страдающие от депрессии, не виновны в этом и не несут личной ответственности» [Jin, 2015, p. 352]. Биологическая каузальность не предполагает утверждений о «личном выборе» или «ответственности», поскольку биохимические процессы не контролируются пациентом.

Эти процессы приводили к «медикализации» эмоций, которые интерпретировались как симптомы депрессии [Arney, Menjivar, 2014, p. 522]. Происходили два парадоксальным образом связанных процесса: денормализация и нормализация. С одной стороны, расширялись представления об эмоциональном поведении, которое может быть квалифицировано как свидетельство расстройства. С другой стороны, происходила нормализация самого расстройства и приема медикаментов. Эмоциональные расстройства становятся «привычными аномалиями», распространенными, но легко поддающимися лечению. «Пациенты» реконцептуализировали физический и эмоциональный опыт как имеющий отношение к сфере психического расстройства [Ibid., p. 523].

Новая оптика подкреплялась не только со стороны психиатрических институций или производителей препаратов, но и со стороны потребителей антидепрессантов через формирование своего рода субкультуры. Представители этой субкультуры прекрасно разбираются в брендах антидепрессантов, пользуются различными источниками информации, сравнивая действие препаратов различных производителей. Можно даже говорить о появлении разветвленного словаря для описания механизмов работы антидепрессантов. Наличие личного опыта употребления какого-либо лекарства превращает человека в авторитетный источник информации и делает его

1 Считается, что chemical imbalance theory не имеет серьезных научных подтверждений [Hindmarch, 2001]. Анализ теоретических проблем, связанных с этой гипотезой, см. [Lawlor, 2012, p. 171–172].

мнение значимым для группы [Smardon, 2007, p. 70]. В данной субкультуре очень большое значение также приобрел образ и система ассоциаций, связанных с различными препаратами. Соответственно основаниями этой «субкультуры» стали, с одной стороны, собственный эмоциональный опыт и механизмы воздействия на него, а с другой — сами медицинские препараты.

Кроме того, антидепрессанты стали частью массовой культуры. В сети можно найти огромное число демотиваторов про прозак. Чаще всего прозак в фольклоре — это единственное средство «нормализовать» ситуацию. Таким образом подчеркивается, что ситуация настолько безумна или безнадежна, что иные средства бессильны что-то исправить: «В этом году я тайком добавила в индейку прозак. Наконец-то мы отметим праздник спокойно!» (This year I'm secretly stuffing the turkey with Prozac... so we can finally have a stress free holiday!); «В шестидесятые мы принимали ЛСД, чтобы мир выглядел странно. Сейчас мир настолько странный, что мы пьем прозак, чтобы он выглядел нормальным» (In the 60's we took LSD to make the world look weird. Now the world is weird, and we take Prozac to make it look normal); «Скажи спасибо моему прозаку, что ты еще жив» (You should thank my Prozac that you're still breathing). Фольклорный образ прозака отчасти сохранил в себе черты рекламного нарратива. Прозак, каким он предстает в демотиваторах, обладает способностями (почти магическими) изменять настроение и взгляд на мир; контекст этих ситуаций относится не к клинической депрессии, а к повседневности.

В конце XX в. стало складываться новое понимание депрессии, которое повлияло на то, как проявлялись и опознавались эмоции грусти, подавленности и раздражения. Изменение рыночных стратегий, появление новых рекламных технологий, изменения в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств и появление новых антидепрессантов, — все это сделало возможным всплеск «новой депрессии» [Lawlor, 2012], явления, в итоге вышедшего за пределы психиатрии.

Новое понимание депрессии изменило и «обычную» грусть. В результате медикализации эмоций границы между патологическим и не-патологическим сместились, и расстроенное или подавленное настроение стало считываться как симптом, в том числе за пределами клиники. Медикализация сопровождалась изменениями внутри психиатрии, в частности, усилением влияния биологической психиатрии и распространением идеи, что эмоции как физиологический феномен могут подвергаться внешнему воздействию. В результате этих процессов, происходивших практически одновременно, изменилась оптика восприятия грусти и раздражения вне клинической ситуации. С одной стороны, эти

эмоции стали восприниматься как что-то не зависящее от испытывающего их человека, а с другой — появилась возможность влиять на эмоции с помощью внешнего медиатора, управлять своим эмоциональным состоянием извне. Таким образом, трансформировался не только «образ» эмоции и система представлений о грусти, но и модели эмоционального поведения, а также связанные с ними практики.

Парадоксы «новой депрессии» в модели Харауэй

История трансформации эмоции, безусловно, может быть описана и с позитивистской, и с конструкционистской позиций.

Позитивистский подход предполагает, что эмоциональное состояние может быть объяснено физиологически и может корректироваться с помощью фармацевтического воздействия (хотя эффективность конкретного воздействия может быть подвергнута сомнению). При таком подходе мы можем фиксировать некоторые изменения в эмоциональных состояниях отдельных людей (до и после лечения), но не можем говорить об изменениях в способе переживания грусти на не-индивидуальном уровне. Кроме того, с этих позиций не может быть объяснен феномен «медикализации» эмоции, а изменения конца XX в. будут рассматриваться исключительно как совершенствование методов диагностики и лечения.

Конструкционистский подход, напротив, позволяет описать изменения, которые происходили на социальном уровне. Наиболее радикальная позиция, которую мы можем найти в подобных исследованиях, заключается в том, что «прозак создал депрессию» [Lewis, 2006, p. 130], а «новая депрессия» — это просто эффект рекламы. Согласно этой позиции, грусть, подавленность и раздражительность стали *ошибочно опознаваться как патологические* из-за маркетинговых стратегий фармацевтических компаний, вводящих людей в заблуждение. При таком рассмотрении из поля рассмотрения выпадает действительное воздействие антидепрессантов и изменения, происходящие на нейрохимическом уровне. Более того, в этом случае предметом анализа оказывается исключительно медийный образ грусти, а медикализация эмоции предстает как намеренное *искажение*, которое произошло в интересах крупных компаний. Таким образом, опять же не приходится говорить об изменениях самой эмоции.

Этот пример иллюстрирует сложности в исследовании эмоций, о которых пишут теоретики «новой социологии эмоций». Позитивистский взгляд оставляет за рамками социальное измерение, а конструкционистский подход игнорирует эмоцию как телесный (embodied) феномен, фиксируясь на ее образах и способах опознания.

Приведенный кейс может быть описан с использованием альтернативной концептуализации Харауэй. По мнению Уильямса, в основе любого социологического исследования эмоций должен лежать следующий тезис: эмоции и их проявление — это телесно воплощенный, но не «чисто биологический» феномен [Williams, 2001, p. 50]. Эмоции «новой депрессии», безусловно, имели физическое воплощение. Однако использование модели Харауэй, в которой тело не является природным единством, а физические процессы не являются «универсальными», «естественными» или «природными» [Shildrick, 2015, p. 20], позволяет посмотреть на эту «воплощенность» иначе.

Парадокс, очевидный в истории антидепрессантов, состоит в том, что в случае медикализации грусти объяснения, апеллирующие к биологической природе эмоций, приобрели легитимность за счет *внешних* по отношению к организму воздействий. С одной стороны, отчаяние и потеря интереса к жизни сводились к биологическим явлениям, локализованным в организме, т. е. виделись как нечто, что находится полностью *вне зоны контроля* человека. С другой стороны, именно благодаря такому подходу оказался возможен «доступ» к эмоциям извне и *воздействие* на них с помощью лекарства-медиатора, воздействующего на биохимические процессы в организме.

Если отказаться от связки «материальное — естественное — внутреннее» (которая сохраняется в традиционной социологии эмоций), то эти факты не покажутся парадоксальными. Модель Харауэй, в которой снимается дихотомия внутреннего и внешнего, органического и не-органического, позволяет избежать противоречия, сохранив тезис о телесной воплощенности эмоций. В этом случае мы можем признать, что изменился способ проживания эмоции. Прежде всего изменения происходили на уровне нейрохимических процессов в организме, который при этом не является чисто природным и включает в себя внешнее. Кроме того, снятие границ между внешним и внутренним и расширение тела за пределы кожи имеет в данном случае и другое измерение. Опознание эмоции в качестве таковой (и в качестве симптома депрессии) происходило при помощи информационного медиума. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств с четко прописанной симптоматикой заместило диагностическую процедуру; руководства по «самодиагностике» и рекламные нарративы создали модели опознания эмоций как симптомов депрессии. Харауэй предлагает онтологию тела, в которой «объединены материальность и воображение» [Haraway, 1991, p. 150]. В этом смысле материальным воплощением эмоций оказываются не только тела, но и информационные посредники, рекламные образы и бренды.

Таким образом, мы получаем следующую модель. Эмоции являются воплощенными (embodied), но физическое воплощение включает в себя не только органическое тело, но и неорганические элементы. К этим элементам в данном случае относятся различного рода медиаторы: антидепрессанты как материальные объекты, а также информационные и медийные посредники. В таком случае медикализация может быть концептуализирована как процесс трансформации материально воплощенной эмоции, происходящий и на уровне нейрохимических процессов, и на уровне медиа.

Медицинские кейсы в социологии эмоций: значение «патологических» случаев

На примере медикализации грусти мы видим, что применение не-позитивистской модели тела позволяет описывать эмоции как телесно воплощенный феномен, имеющий социальное измерение, избегая тем самым парадоксов чисто физиологического или конструкционистского описаний. Однако рассмотренный пример не является «обычным» или «типичным» случаем, напротив, это пример сложной трансформации эмоции.

Будет ли модель Харауэй в той же степени применима к случаям, где нет таких «очевидных» сочетаний органического и технического, внешнего и внутреннего? Возможно, неслучайно концепция тела Харауэй оказалась очень привлекательной именно для социологии медицины. Чаще всего она применяется в таких «пограничных» случаях, как, например, протезирование (явное и очевидное соединение организма и машины) [Shildrick, 2015, p. 16]. Любопытно, что исследования в рамках «новой социологии эмоции», в которых используются другие модели тела (например, lived body), тоже чаще всего связаны с медицинскими сюжетами (например, недавнее исследование эмоциональных состояний, связанных с применением снотворных [Gabe, Coveney, Williams, 2016]). Не означает ли это, что социология эмоций, которая выходит за рамки традиционной дуалистической модели, применима именно к «пограничным» случаям?

С одной стороны, концепция Харауэй (равно как феноменологическая или интеракционистская модели) призвана описывать любое тело. На уровне теории невозможно провести границы между различными формами телесного воплощения [Barad, 2003, p. 818]. В частности, тесная связь нашего телесного опыта с технологиями — это факт, который релевантен не только для медицины. С другой стороны, хотя эта концептуальная модель относится к любым

телам, тот факт, что именно медицинские кейсы чаще всего становятся полем ее применения, неслучаен. И это объясняется не только тем, что, по словам Харауэй, «современная медицина переполнена киборгами, союзами организмов и машин» [Haraway, 1991, p. 150]. Медицинские кейсы — это очевидные примеры «аномальности». Такие примеры «аномальной телесности» выступают в качестве «привилегированных примеров гибридности» [Shildrick, 2015, p. 16] — привилегированных в смысле их особой иллюстративности. На этих примерах видно, как существующие границы переопределяются, а дихотомии перестают работать. Трансформация эмоций, связанная с появлением новых антидепрессантов и изменением медицинской практики, представляет собой «пограничный» пример в области эмоций.

Гибриды, которые бросаются в глаза своей «аномальностью» и тем, что в них соединяются на первый взгляд несоединяемые элементы, воспринимаются иначе, чем гибриды «обыденные» (телесный опыт любого человека содержит в более или менее явной форме технические элементы). Харауэй называет таких «явно аномальных» персонажей «монстрами» (отсылая к Фуко) и утверждает, что именно они всегда «определяли границы сообщества» [Haraway, 1991, p. 180]. Фуко, описывая европейских монстров XVII в., говорит, что фигура монстра — это некоторый «предел» девиации, который определяет границы биологического и юридического [Foucault, 2003, p. 56]. Харауэй считает, что современные «монструозные» фигуры, например, монстры-киборги в феминистской научной фантастике, также обладают способностью стать предельными фигурами, переопределяющими границы дисциплин и систему различений сообщества.

Эмоции «новой депрессии» — это феномен, внутренняя разнородность которого кажется очевидной. Концептуальный аппарат Харауэй позволяет описать парадоксы, которые возникают в случае «аномальных», «монструозных» эмоций. Будет ли этот аппарат востребован для описания эмоций, которые считаются «нормальными», и выйдет ли «телесно воплощенная» социология эмоций за рамки медицинских кейсов, используя те же методы и концептуальные модели, — этот вопрос остается открытым.

Библиография/References

Arney J., Menjivar C. (2014) Disease Mongering in Direct-to-Consumer Advertising and the Expansion of the Antidepressant Market. *Sociological Inquiry*, 84 (4): 519–544.

Barad K. (2003) Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs*, 28 (3): 801–831.

Bendelow G., Williams S.J. (eds) (2005) *Emotions in Social Life: Critical Themes and Contemporary Issues*, London; New York: Routledge.

Bendelow G., Williams S.J. (1994) Emotions and the Body: Raising the Issues for Medical Sociology. *A Journal of the BSA MedSoc Group*, 19 (2): 45–50.

Clough P.T. (ed.) (2007) *The Affective Turn: Theorizing the Social*, Durham, NC: Duke University Press.

Crossley N. (2005) Emotions and communicative action. G. Bendelow, S.J. Williams (eds) *Emotions in Social Life: Critical Themes and Contemporary Issues*, London; New York: Routledge: 16–38.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) (1980) American Psychiatric Association.

Donohue J.M., Berndt E.R. (2004) Effects of Direct-to-Consumer Advertising on Medication Choice: The Case of Antidepressants. *Journal of Public Policy & Marketing*, 23 (2): 115–127.

Foucault M. (2003) *Abnormal: Lectures at the College de France 1974–1975*, London; New York: Verso.

Francis L.E. (2003) Feeling Good, Feeling Well: Identity, Emotion and Health. J. Burke, T.J. Owens, R.T. Serpe, P.A. Thoits (eds) *Advances in Identity Theory*, New York: Kluwer Academic/Plenum: 123–134.

Francis L.E. (2006) Emotions and Health. Stets J.E., Turner J.H. (eds) *Handbook of the Sociology of Emotions*, New York: Springer: 591–610.

Franks D.D., McCarthy E.D. (eds) (1989) *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*, Greenwich, CT: JAI Press.

Freund P.E.S. (1990) The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness. *Sociology of Health and Illness*, 12 (4): 452–477.

Gabe J., Coveney C.M., Williams S.J. (2016) Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines. *Sociology of Health & Illness*, 38 (4): 627–644.

Greco, M., Stenner P. (eds) (2008) *Emotions: A Social Science Reader*, London: Routledge.

Gross J. (1998) Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression, and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 224–237.

Grow J.M., Park J.S., Han X. (2006) Your life is waiting! Symbolic meanings in direct-to-consumer antidepressant advertising. *Journal of Communication Inquiry*, 30 (2): 163–188.

Haraway D.J. (1991) *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*, New York: Routledge.

Haraway D.J. (2008) *When species meet*, Minneapolis, London: University of Minnesota Press.

Harré R. (ed.) (1986) *The Social Construction of Emotions*, Oxford: Basil Blackwell.

Healy D. (2002) *The creation of psychopharmacology*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hindmarch I. (2001) Expanding the horizons of depression: Beyond the monoamine hypothesis. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16: 203–218.

Jin F.S. (2015) Antidepressant direct-to-consumer prescription drug advertising and public stigma of depression: the mediating role of perceived prevalence of depression. *International Journal of Advertising*, 34 (2): 350–365.

Lakoff A. (2005) *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge: Cambridge University Press.

Lawlor C. (2012) *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*, Oxford, NY: Oxford University Press.

Lazarus R. (1982) Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37 (9): 1019–1024.

Lewis B. (2006) *Moving Beyond Prozac, DSM, & the New Psychiatry*, Michigan: The University of Michigan Press.

Park J.S., Ahn H.-Y. (2013) Direct-to-Consumer (DTC) Antidepressant Advertising and Consumer Misperceptions about the Chemical Imbalance Theory of Depression: The Moderating Role of Skepticism. *Health Marketing Quarterly*, 30: 362–378.

Plutchik R. (1980) A general psychoevolutionary theory of emotion. R. Plutchik, H. Kellerman (eds) *Theories of Emotion*, New York: Academic Press: 3–33.

Sabini J., Silver M. (1998) The not altogether social construction of emotions: a critique of Harré and Gillett. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 28 (3): 223–235.

Shildrick M. (2015) "Why Should Our Bodies End at the Skin?": Embodiment, Boundaries, and Somatechnics. *Hypatia*, 30 (1): 13–29.

Shilling C. (1997) Emotions, embodiment and the sensation of society. *The Sociological Review*, 45 (2): 195–219.

Shilling C. (2007) Sociology and the body: classical traditions and new agendas. *The Sociological Review*, 55 (1): 1–18.

Smardon R. (2007) 'I'd rather not take Prozac': stigma and commodificationin antidepressant consumer narratives. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12 (1): 67–86.

Stepnisky J.N. (2007) Narrative magic and the construction of selfhood in antidepressant advertising. *Bulletin of Science and Society*, 27 (1): 24–36.

Strand M. (2011) Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40 (3): 273–313.

Williams S.J. (2000) Reason, emotion and embodiment: is "mental" health a contradiction in terms? *Sociology of Health and Illness*, 22 (5): 559–581.

Williams S.J. (2001) *Emotion and Social Theory: Corporeal Reflections on the (Ir)Rational*, London: Sage.

Wróblewski M. (2015) The DSM as a Moving Laboratory: The Role of the Diagnostic Manual in the Stabilizing and Objectivization of Pharmaceutical Reason. *Polish Sociological Review*, 189 (1): 85–106.

Рекомендация для цитирования/For citations:

Бардина С.М. (2017) Психофармакологическое конструирование эмоций: Prozac против дуализма сознания и тела. *Социология власти*, 29 (3): 41–58.

Bardina S.M. (2017) Psychopharmacology constructing emotions: Prozac versus mind-body dualism. *Sociology of Power*, 29 (3): 41–58.

Поступила в редакцию: 03.04.2017; принята в печать: 15.05.2017