
Наталья Конрой

МЕЖДУ ТЕОЛОГИЕЙ И ЗАБОТОЙ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ БОЛЬНИЧНОГО СЛУЖЕНИЯ

В статье рассматриваются основные этапы развития и проблемы, обусуждаемые в рамках исследовательского направления, которое возникло во второй половине XX в. в результате практического осмысления опыта неприходского служения христианских церквей в различных светских институтах и получило в англоязычной традиции название капелланских исследований. Современные капелланские исследования объединяют практиков из различных секторов, представителей академической науки и тех, кто совмещает академическую и капелланскую карьеры. Другими отличительными особенностями направления являются доминирование исследований, выполненных в англоязычных странах, неравномерность изученности отдельных секторов и аналогов секторального служения, появляющихся вне христианских конфессий. В силу роста общественной значимости сферы здравоохранения в послевоенный период, наиболее изученным оказался опыт неприходского служения в больницах; к нему неизменно обращаются все работающие в поле капелланских исследований. В статье показывается, как периферийная для организованной религии работа священников в больницах и госпиталях была профессионализована и переформулирована в терминах оказания универсальной духовной и пасторской помощи пациентам, их близким и медицинскому персоналу вне зависимости от религиозной принадлежности и вероисповедания, и вместе с профессионализацией подверглась трансформирующему воздействию нелиберальных реформ самих институтов. Объясняется, почему в условиях религиозной дедифференциации усиливается маргинализация больничных капелланов по отношению к организованной религии. Эта маргинализация становится, с одной стороны, важным ресурсом христианских церквей и открывает им доступ к невоцерковленному большинству. С другой стороны,

Наталья Викторовна Конрой – к. и. н., научный сотрудник Лаборатории экономико-социологических исследований (ЛЭСИ), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия. Электронная почта: nconroy@hse.ru.

она формирует нового, рефлексивного священника-исследователя, для которого особое значение приобретают специализация на работе с определенной категорией пациентов, сочетание пасторской работы с консультированием и решением индивидуальных проблем, владение техниками слушания и наблюдения, расширение методологического инструментария и публикация исследовательских результатов.

Ключевые слова: капелланство, практическая теология, здравоохранение, профессионализация, неолиберальные реформы

DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-3-375-390

Интерес к историческому и организационному развитию церкви, практикам и роли духовенства в жизни религиозных общин был высоким не только в богословской среде, но и в научном сообществе. Однако в последние годы исследователи как со стороны церкви, так и со стороны академической науки всё чаще обращают внимание на неравномерность изученности и немногочисленность работ, посвященных секторальному (неприходскому) служению и изначально христианскому, но стремительно расширяющемуся институту капелланства (Legood 1999; Threlfall-Holmes, Newitt 2011; Swift et al. 2015).

Цель этой статьи – дать краткий обзор того, что сделано за последние 25 лет разными участниками в широком поле, которое в англоязычной традиции условно называют «капелланскими исследованиями», а также чуть более детально показать, как развиваются эти исследования в одном из самых активных полей – здравоохранении. Мои выводы основываются на опыте нескольких англоязычных стран (Великобритании, США, Канады, Австралии), где наиболее интенсивно развивается это направление, формируются профессиональное и исследовательское сообщество, издаются профильные журналы, практические руководства.

Приходское или секторальное служение

Ещё в конце 1950-х гг. в англиканской церкви капелланом называли священнослужителя, который несет ответственность за часовню или церковь, не имеющую прихода, а также приглашается к знатым особам или служит в различных организациях, т. е. оказывает религиозные и ритуальные услуги людям, не имеющим возможности или желания регулярно участвовать в приходской жизни (Pattison 2015: 14–15). С тех пор определение деятельности капеллана претерпело значительные изменения, став чувствительным к контекстам служения. И если в 1950-х гг. в Великобритании капелланы, формально оставаясь продолжением англиканской церкви, уже оказывали пасторскую помощь верующим других христианских конфессий в светских институтах, то позже оказалось, что модель

такого служения адекватна и для нехристианских религий (Gilliat-Ray 2008), а число мест, где востребована эта помощь, заметно выросло. Подобное служение получило название «секторального». К «традиционным» секторам (армия, полиция, школа, тюрьма, больница) добавились различные общественные пространства: вокзалы и аэропорты, торговые центры, спортивные и досуговые учреждения. Сегодня штатных или приглашенных капелланов можно встретить не только на предприятиях и в крупных организациях, но даже в казино (Lamont 2015).

Многие авторы сходятся во мнении, что появление капелланских исследований – результат разделения пространств служения на основные (приход) и факультативные (всё остальное), которое сложилось в христианских церквях: прежде всего, в англиканской, где секторальное служение всегда было заметным явлением (Ballard 2009; Kyriakides-Yeldham 2017). Во второй половине XX в. христианские церкви постепенно отказались от повседневного присутствия в миру и широкого вовлечения населения в пользу поддержки активного членства, т.е. регулярного участия паствы в службах. Работа, которую вели неприходские священники перестала быть приоритетной. Один из аргументов, оправдывающих вынесение секторального служения на периферию, состоит в том, что оно оставляет слишком мало места для миссионерской работы (Pattison 2008, 2015). Как отмечал Марк Ньюитт, отношения церковной организации и секторальных священников до сих пор основываются на недоверии с одной стороны и чувстве отчуждения с другой (Newitt 2014: 417).

В Британии впечатляет не только повсеместное проникновение капелланства в различные сферы жизни, но и наблюдаемая исследователями динамика в уже сложившихся секторах. Так, например, в 2000 г. в полиции служило 80 священников, а в 2013 г. их насчитывалось уже 650. Характерной особенностью 2000-х гг. стало увеличение числа капелланов-волонтеров, в том числе – представляющих другие деноминации (Threlfall-Holmes, Newitt 2011: xiv). Значительный рост произошел в послевоенный период в сфере здравоохранения. Капелланская поддержка пациентов Национальной службы здравоохранения (*National Health Service, NHS*), созданной после Второй мировой войны, была признана общественным благом, а работа капелланов в больницах оплачивалась из средств налогоплательщиков. Однако, помимо найма в штат учреждения, постепенно появились и другие формы – неполная и волонтерская занятость: если в 1948 г. в *NHS* при больницах в медицинских школах на постоянной основе служило 28 англиканских священников, то в 2010 г. постоянно заняты были 350, а частично 1 500 служителей. Кроме того, к этому времени в секторе на постоянной основе работали 50 и на временной 1 500 представителей других конфессий (Swift 2014: 41). Восходящая динамика по другим мировым религиям особенно заметна на примере мусульманского сообщества, которое в настоящее время является вторым по численности в Великобритании. Так, например, если

в 1990-х гг. мусульманские капелланы изредка появлялись в светских организациях на условиях частичной занятости, то к концу 2010-х гг. уже 450 священнослужителей постоянно работали в школах, судах, армии, полиции. Самыми крупными работодателями мусульманских капелланов являются тюрьмы и госпитали (Gilliat-Ray 2008; Ali, Gilliat-Ray 2011).

В отличие от Великобритании, в США в период 1980–2003 гг. ситуация в численном выражении практически не менялась. Так, например, услуги капелланов предоставляли от 54 до 64% американских больниц, доступность пасторской помощи в сельской местности и в небольших больницах была еще ниже (Cadge et al. 2008: 626). Однако содержательные изменения в этих странах демонстрировали заметные сходства, и речь о них пойдет далее.

Контекст

Что такое капелланство сегодня? По мнению исследователей, оно определяется не отношением к церкви, а ситуацией служения. Так, капелланство в здравоохранении – не то же самое, что в образовании (Legood 1999). Поэтому для четкого понимания этого явления становится важным понять, как капелланы действуют в своих сферах и в контексте неолиберальных институтов той или иной страны.

Капелланская модель служения в целом рассматривается исследователями как способ культурной адаптации и укоренения церкви в социальных структурах. Если приходской священник прочно связан со структурой и культурой церкви, то капеллан, скорее, со структурой и культурой сообщества, которому служит: именно оно дает ему матрицу, формирующую его пасторскую работу. Поэтому Пол Баллард называет капелланов «публичными богословами», которые занимаются «практической теологией» (Ballard 2009). Капеллан, работая с невоцерковленными, выступает как переводчик с языка теологии на язык повседневности, и в этом он противопоставлен «осадному менталитету» тех приходских священников, кто опасаются, что мир слишком опасно секуляризируется (Careron et al. 2017).

Более того, капелланы, работающие в разных институциональных контекстах, часто определяют свою деятельность в терминах практической заботы «об индивидах, состоящих из тела, разума и духа, и об организациях» (Swift et al. 2015: 2–3). Соответственно, в англоязычной литературе деятельность капеллана характеризуется емким словом *care*, а я для передачи его многоаспектности буду различать помощь как оказание пасторской и духовной поддержки и заботу как вовлеченность в решение практических проблем индивида. Больничные служители помещают себя в один ряд с профессиональными группами, оказывающими заботу, но определяют специфику капелланской помощи: они видят её во внимании к сакральному,

к тому, что выходит за пределы материального и обыденного и «позволяет людям придать направление и смысл своим жизням» (Swift et al. 2015: 2–3).

Одной из особенностей капелланства является то, что оно позаимствовало у современных организаций идею инклюзивности по отношению к верующим, неверующим, неопределившимся и незаинтересованным в дискуссиях о вере (Swift et al. 2015: 4). Благодаря этому, по словам Стивена Паттисона, оно то ли превращается в новую религию, то ли становится более приемлемым лицом традиционной, организованной религии (Pattison 2015: 18). Другие исследователи видят в современных капелланах укорененных в обществе адвокатов церкви – «*the Church's embedded apologists*» (Newitt 2014). Понимаемое таким образом капелланство представляет собой маргинальный символический ресурс, с помощью которого церкви открывается доступ к невоцерковленному или отошедшему от церкви новому культурному большинству.

Новым культурным большинством в Великобритании Линда Вудхэд называет тех граждан, кто в национальных опросах выбирает категорию «*no religion*»: их число выросло с 31,4% в 1983 г. до 50,6% в 2013 г. (Woodhead 2016b: 246). В странах с другим историческим опытом культурное большинство, его структура и мотивация могут определяться нерелигиозными основаниями. Так, например, в России, по данным *The Pew Research Center*, в 2015 г. только 15% населения заявляли, что православие «очень важно в их жизнях» (Pew 2017). Поскольку младшие поколения британцев чаще относят себя к «*no religion*», можно предположить, что религиозная самоидентификация вымирает с уходом старших возрастных когорт. Вудхэд, однако, отмечает, что для Британии это не новая тенденция и её появление восходит к окончанию Первой мировой войны. В то же время опросные категории не позволяют судить ни о людях, ни об их мотивах, ни о смыслах, которые они придают своему выбору.

Проведя фокусированные опросы внутри группы «*no religion*», Вудхэд пришла к выводу, что очень немногие считают себя нерелигиозными в строгом смысле этого слова: около 13%, что составляет не более 5% от опрошенного населения (Woodhead 2016b: 250). Что же пытаются сказать остальные о своей позиции? Вудхэд считает, что понять это можно только в качественных исследованиях (Woodhead 2012), но даже количественные данные показывают, что атеистам и сторонникам идей секуляризации торжествовать рано. Дело в том, что «*no religion*» отказываются от организационных основ религии, но не от духовности в широком смысле слова.

Полезной точкой отсчёта в объяснении этого феномена в Британии исследовательница считает предложенное Питером Бергером понятие двойного плюрализма (Woodhead 2016a, 2016b). Под последним Бергер понимал характерное для современности сочетание религиозного разнообразия с разнообразием религиозного и секулярного (Berger 2014). Он утверждал, что под давлением разнообразия религии становится всё труднее оставаться частью культуры, которая по умолчанию передаётся

от поколения к поколению. Верования становятся не просто личным, но и ситуативным выбором, когда один и тот же человек может в светской ситуации испытывать религиозные чувства и наоборот. В таких условиях, утверждает Вудхэд, людям непросто вписать себя в старые классификации, поэтому она предлагает понятие религиозной де-дифференциации как ещё одной формы современного плюрализма (Woodhead 2016a: 41).

Когда речь заходит о религиозности, случай США нередко представляется противоположным британскому, однако последние десятилетия и там отмечены ускоряющимся ростом выбора «*no religion*» младшими возрастными когортами при опросах. Причём, если в 2008 г. «*no religion*» выбирали 15% опрошенных (Cadge 2012: 7), то к 2016 г. число «отказников» составило уже 25% (Woodhead 2016b: 253). В Австралии активное церковное членство тоже неуклонно снижается: лишь 15% населения посещает церковь не реже одного раза в месяц (Powell et al. 2012: 42), а доля нерелигиозных стабильно растёт (с 18,7% в 2006 г. до 22,3% в 2011 г.). Однако, согласно данным Австралийского статистического бюро, 61% граждан всё ещё любит думать о себе как христианах, а об австралийском обществе – как основанном на христианских ценностях (Ashton et al. 2016: 273). Хью Маккей, подобно Вудхэд, объясняет этот статистический парадокс неадекватностью количественных инструментов для изучения религиозности. Он утверждает, опросы не улавливают того, что на практике австралийцы различают «формализованную, институциональную религию, уходящую корнями в прошлое, и духовность, которая кажется им более непосредственной, спонтанной, подвижной и потенциально более личной, потому что она вырастает из опыта здесь и сейчас» (MacKay 2016: 114).

Потребность в нерелигиозной духовности – *Spiritual but not Religious* (SBNR) и духовная революция – *spiritual revolution* (см.: Bender, McRoberts 2012), которая не только не сопровождалась пополнением отдельных конфессий, но для некоторых из них совпала с отходом людей от церкви, обозначили важную тенденцию, повлиявшую на трансформацию капелланства. Так, Паттисон, который подробно описал историю утраты влияния англиканской церкви, утверждает, что в то время когда церковь перестала быть «зеркалом национальной души», капелланство оказалось ближе к широкой публике (Pattison 2008, 2015; см. также: Brown, Woodhead 2016).

Вторым трендом стал запрос на разнообразие, который можно наблюдать в разных сферах. Исследователи всё чаще отмечают, что люди, которые сегодня значительно более, чем прежде, ориентированы на правовое равенство, хотят видеть тех, кто служит их «духовным потребностям» (Sullivan 2014), разнообразным во всех отношениях (гендерном, этническом, возрастном). Среди капелланов есть рукоположенные и миряне; постоянно или частично занятые и волонтеры; мужчины и женщины.

Третьим направлением стал запрос «гражданина-потребителя» нелиберальной экономики на командное предоставление услуг. Как следствие,

современные капелланы вписаны в профессиональные коллективы учреждений, в которых несут служение, и в глазах получателя помощи являются представителями организации, а не церкви. То, что объекты заботы капелланов из пациентов, школьников, мирян, паствы, детей господних превращаются в клиентов, потребителей и граждан, меняет властные отношения сторон: от священнослужителя значительно больше, чем когда-либо до этого, ждут признания взаимного равенства, права верующего на выбор, обратной связи и реактивности (Woodhead 2015: xx).

И, наконец, четвёртой потребностью, на которую капелланы смогли ответить лучше церковью, стал запрос на соприсутствие и выслушивание. О капелланстве уже невозможно говорить как о секторальном служении христианской церкви, поскольку заботой капелланов охватываются представители разных религий и верований, которым нужен не столько проповедующий, сколько слушающий священник, в некотором роде – психотерапевт. Как отмечает отец Кристофер Муди, от священнослужителей в светских институтах ожидают помощи в решении «проблем» конкретных индивидов, и капелланам приходится в дополнение к пасторским приобретать также во многом альтернативные навыки профессиональных консультантов (Moody 1988: 388). Обозначение этих новых потребностей стимулирует обсуждение идеи инклюзивной религии, и капелланство в этой дискуссии нередко представляется как более успешная в современных условиях модель служения, ориентированная на все слои общества, а не только на религиозных людей.

Маргинальность и лиминальность

И в научных, и в богословских дискуссиях о капелланстве неизбежно возникают темы маргинальности и лиминальности, однако чёткое разделение этих понятий проводится редко. Миранда Трелфол-Холмс и Ньюитт (Threlfall-Holmes, Newitt 2011) предприняли попытку внести ясность и выделили три типа использования этих терминов. В первом случае капелланство анализируется как опыт маргинализации по отношению к институтам: как к тому, где священник служит (например, больнице), так и к церкви, пославшей его на служение. Во втором – пространство служения представляется как пороговое, лиминальное (Turner 1969: 94–95), а капеллан как сакральный «привратник». В любых организациях капелланы находятся на границе мирского и сакрального, и в их названии, как правило, всегда конкретизируется это место пересечения – больничным, армейским или университетским капеллан, например. В третьем случае места служения рассматриваются как маргинальные по отношению к остальной повседневной жизни, как «пузыри», попадая в которые, люди испытывают оторванность от остального мира, а капеллан здесь оказывается связующим звеном между человеком и сообществом. Этот «холистический» аспект капелланства, способность пересекать границы институтов и собирать

дифференцированное и фрагментированное общество, по словам Вудхэд, сегодня является его наиболее сильной и привлекательной стороной (Woodhead 2015: xx).

Тем не менее капеллан далеко не всегда рассматривается исследователями как чужак в институтах: все чаще появляются те, кто пишет об укорененности капелланов в помогающих институтах. И если главной миссией капеллана, тесно связанного с местным сообществом, является практическая теология, разговор с человеком о боге, то для священника, работающего в больнице, миссией становится профессиональная забота.

В первом случае капеллан – это переводчик с богословского на повседневные языки, во втором – универсальный опекун (одновременно пастор и консультант), оказывающий духовную помощь индивиду. В зависимости от выбранного фокуса, интерес исследователей склоняется либо в сторону отношений капеллана с локальным сообществом и обществом (и тогда становятся важны понятия инклюзивной религиозности, нового религиозного большинства, повседневные дискурсы духовности), либо в сторону определения и понимания капелланства как профессии (и тогда особое значение приобретают процедуры, стандарты, этика служения).

Эволюция капелланства в сфере здравоохранения во второй половине XX–начале XXI вв.

Существует литература, анализирующая исторические связи и динамику отношений христианских церквей с организациями здравоохранения. Если вынести за скобки ситуацию католических госпиталей, которые, несмотря на светское управление, в повседневной работе руководствуются церковными директивами (напр., в США: United States Conference of Catholic Bishops 2009), медицинская профессионализация в англоязычных странах сопровождалась уменьшением влияния священнослужителей в больницах. Исключение составляли периоды войн и кризисов. Так, в Великобритании Вторая мировая война во многом обусловила современную ситуацию в секторе здравоохранения, где с момента создания *NHS* в 1948 г. работа больничных капелланов финансируется из налоговых поступлений. Поскольку в широком смысле капеллан – это священник, совмещающий сан с должностью в светской организации, его пасторская деятельность почти всегда определяется и регулируется нормативными документами последней.

Эта ситуация разительно отличается от той, что была зафиксирована в одном из ранних руководств для капелланов, работающих в британских больницах (Cox 1955). Его автор и редактор, Дж. Гордон Кокс, видел задачу больничного священника в том, чтобы «просвещать и исправлять», осуществляя «пасторское и литургическое управление в священном сообществе» (цит. по: Kyriakides-Yeldham 2017: 23). Да и Минздрав в этот период под «духовными» понимал «религиозные» потребности. Однако

в середине 1960-х гг. Минздравом стали активно продвигаться идеи интеграции и профессионализации капелланов внутри госпиталей. В руководствах началось последовательное укрепление концепции капеллана как профессионала, работающего среди профессионалов.

Неолибирализация сектора здравоохранения (курс на сокращение расходов, повышение эффективности и сервисный подход к пациентам) привела к тому, что в пособиях религия стала рассматриваться администраторами в качестве одной из множества «услуг», предоставляемых капелланами в больницах (Cobb 2005; McClelland 2014; Swift et al. 2015). К 2000-м гг. руководства полностью развели понятия религии и духовности. В настоящее время капелланство уже не связывается с конкретными религиозными верованиями, в пособиях утверждается необходимость отвечать на нужды неверующих, а капеллан называется специалистом в сфере здравоохранения. Как следствие, в ряде больниц капелланские отделения были преобразованы в отделения пасторской и духовной помощи.

Капелланам в больницах приходится постоянно обсуждать и согласовывать границы своей заботы с другими участниками помогающих профессий. Так, в англоязычных странах оказание духовной помощи с 1990-х гг. часто включается в должностные обязанности медсестёр и сиделок. Однако у медсестер не хватает на это времени – 68%, участвовавших в опросе канадской исследовательницы Джоан Олсон (Olson 1995), сообщили, что за смену могут уделить каждому пациенту не более 30 минут, большую часть которого занимает уход.

При найме капелланов медучреждения придерживаются двух базовых стратегий: (1) приглашают представителей наиболее востребованных на своей территории конфессий; (2) ориентируются на универсальную модель духовной помощи, предлагаемую программами клинического пасторского образования (см. ниже). Некоторым больницам удается проявлять гибкость, однако административные требования к лицензированию, необходимость подтверждения квалификации и компетенций капелланов все больше склоняют чашу весов в пользу универсальной помощи (Orchard 2001). В то же время среди больничных капелланов по-прежнему преобладают люди с базовой христианской подготовкой (Sheikh et al. 2004; Ryan 2015), хотя в работе с пациентами они часто идут на интеграцию различных религиозных традиций.

Барбара Песьют с коллегами обозначают таких капелланов термином «фьюзеры» – *fusers* (Pesut et al. 2012). «Фьюзерам» зачастую приходится иметь дело с SBNR пациентами, не являющимися членами религиозной общины и не имеющими формальных религиозных ресурсов, на которые можно опереться в трудное время, чтобы без помощи священника выстроить «из фрагментарных переживаний осмысленную историю жизни» (Ibid: 826). Исследователи отмечают, что помимо необходимости соответствия запросам таких пациентов, капелланам приходится встраиваться в командную работу с персоналом больниц, выполняя множественные

функции. Те же тенденции к усилению командного взаимодействия с различными профессионалами исследователи отмечают и в отношении других секторов служения (напр., Nicks 2008).

Священники испытывают на себе различные эффекты неолиберальных реформ в здравоохранении (сокращение финансирования, усиление управленческого давления, рост требований к прозрачности, подотчетности, эффективности). В то же время неолиберализация сектора отчасти способствует тому, что капелланы все больше задумываются о себе как исследователях.

Капелланские образовательные программы и исследования в сфере здравоохранения

Развитие идеи исследовательского служения началось одновременно с появлением установки на профессионализацию (Carrigan 1966; Phillips 1970). Эдмонд Филлипс считал, что к научной работе секторальных и, в частности, больничных священников подталкивает западная концепция целостной личности и соответствующей комплексной заботы о ней, поскольку наиболее полное знание о религиозных и духовных аспектах благополучия человека можно получить только в процессе пасторского консультирования (Phillips 1970). Роберт Кэрригэн приводил впечатляющую подборку проектов, уже реализованных священниками в 1950–1960 гг., и отмечал множество ограничений, с которыми сталкивались склонные к научной работе практики (Carrigan 1966). Одной из самых насущных была слабость методологической базы. Капелланы не только испытывали трудности с переводом своего опыта на язык, понятный представителям социальных, психологических и естественных дисциплин, но и с методологией самого консультирования, в центре которого оказывалось решение практических проблем больных, умирающих, членов их семей и медперсонала.

Чтобы восполнить этот пробел, в последние 25 лет специализированные журналы уделяют особое внимание методологии, регулярному обсуждению качественных и количественных методов, публикации примеров их адаптации и использования, описанию исследовательских результатов и рефлексии о них. Стали полнее разделы рецензий на новые теоретические, методологические и практические издания, появляются примеры междисциплинарного сотрудничества и кооперации с медсестрами, для которых исследовательская и академическая работа являются важными направлениями деятельности.

В результате более качественных научно-практических исследований регулярные обновления руководств для практикующих (Autton 1969; Speck 1988; Cobb 2005; McClelland 2014; Swift et al. 2015) в последние годы все чаще фокусируются на конкретных группах нуждающихся. Например, детальнее описываются направления работы в разных возрастных категориях или разных группах пациентов (онкологические или кардиологические), а специализация становится все более значимой для успешной карьеры капеллана.

Исследовательскую траекторию задают и некоторые программы клинического пасторского образования (*Clinical Pastoral Education, CPE*), популярные в США, Австралии и Канаде. В Великобритании подготовкой больничных капелланов занимается специализированное подразделение *NHS The Chaplaincy Training and Development Unit (NES)* в Шотландии, Маркфилдский институт высшего образования в Лестере (мусульманские капелланы) и др. (Gilliat-Ray 2006).

Модель *CPE* была предложена американским пресвитерианским священником Антоном Бойсенем в 1925 г. и позже развита его последователями. Бойсен страдал от психотического расстройства и, будучи уверенным, что этот опыт имеет религиозный смысл, видел свою задачу в том, чтобы расшифровать и соединить послания, идущие от «сердца» и «головы» (Gleason 2004: 297). Он первым использовал в пасторской работе заимствованный из медицины и психологии метод кейс-стади, который переживает расцвет в современных капелланских исследованиях (Fitchett 2011; Gleason 2015; Nolan 2016). Однако не все участники *CPE*-движения были согласны с тем, что для больничного священника одинаково важны теология («голова») и забота («сердце»). Для многих теологическая составляющая ушла на второй план, а популярность консультационной работы постепенно выросла.

В последние годы появляются полноценные руководства для капелланов-исследователей (Myers, Roberts 2014), хотя далеко не все программы *CPE* содержат исследовательский компонент или ориентируют студентов на научную работу. По данным 2012 г., в США только 12% предлагали серьезную исследовательскую подготовку, 27% – начальную, 62% – никакой (Fitchett et al. 2012: 1). Вероятно, организаторы программ не видят острой необходимости в таких знаниях, поскольку как качественные, так и количественные данные свидетельствуют, что большая часть усилий капеллана прилагается к тому, чтобы помочь пациентам справиться с чувствами безнадежности, отчаяния, страха, беспокойства, злости, вселить в них надежду, примирить с ситуацией в целом и с конкретными утратами, а собственно служение (тем более – исследование) составляет лишь малую часть того, что священник делает в больнице. Так, согласно пятилетнему исследованию в одном из крупных госпиталей Мельбурна (Gibbons et al. 1999), на работу с чувствами приходится 57,6%, на менеджмент утрат 36,1%, а на служение (в том числе на совершение таинств) всего 6,2% взаимодействий священников с пациентами. Ему вторят результаты опроса, проведенного в Нью-Йорке (Vanderwerker et al. 2008): помощь, которую оказывают священники в больницах, выходит далеко за пределы религиозной и отвечает на эмоциональные и отношенческие проблемы пациентов.

Благодаря запросу на интеграцию духовного и научно-медицинского знания к середине 2000-х гг. *CPE* предлагали в 2/3 медицинских школ США; в стране реализовывалось около 350 программ, принимающих 5–10 интернов любых конфессий в год (Norwood 2006: 7). Некоторые исследо-

ватели считают, что такой успех *CPE* обусловлен опорой программ на идею секуляризованной духовности, которая легко встраивается в любую систему верований и отвечает требованиям организаций здравоохранения, позволяет инкорпорировать «провайдера» духовной помощи в биомедицинский и бюрократический контексты, превращает капелланство в кодифицированный метод заботы о пациенте, а саму заботу – в то, чему можно научить, оценить, проверить, сертифицировать (Craddock Lee 2002: 353).

Заключение

Капелланы нечасто, но становятся объектами внимания социальных исследователей. В качестве предтечи научных исследований больничного капелланства современные исследователи часто называют книгу Грейнджера Уэстберга (Westberg 1955), а одним из наиболее упоминаемых ранних описаний процесса профессионализации больничного служения – неопубликованную диссертацию Дэвида Барроуза (Barrows 1993). В последние годы появилось несколько социологических и антропологических исследований капелланства (Norwood 2006; Cadge, Sigalow 2013; Gilliat-Ray et al. 2013). Их недостаточно, чтобы выделить основные тенденции, но все же отмечу, что, как и более ранние исследования, они фокусируются либо на процессах профессионализации священников и лавирования между религиозным и медицинским знанием в больнице, либо на их роли в интеграции локального сообщества, его собирании с помощью авторитета, веры и медицинского знания.

Интерес антропологов и социологов к больничному капелланству, согласно моему анализу, обусловлен несколькими факторами. Во-первых, профессионализацией капелланов как медицинских работников. Во-вторых, общим развитием социологии медицины и медицинской антропологии как субдисциплин. Наконец, обсуждением и попытками эмпирической проверки концепций социальных теоретиков, исследующих специфику медицинского знания.

Российский опыт секторального служения почти не привлекал внимания социальных исследователей, но в последнее время осмысливается православными священниками, работающими в больницах. Число священников в армии, МЧС и других институтах также неуклонно растёт, а значит, появляется и необходимость понимания того, каково сегодня новое культурное большинство в России, в чем состоят его запросы, как и зачем в светских организациях и публичных пространствах может реализовываться служение, какие компетенции и подготовка нужны российским капелланам.

Выражение признательности

Статья подготовлена в рамках проекта «Парадигма христианского священства и ее трансформации в истории и современности» Лаборатории исследований церковных институций ПСТГУ при поддержке Фонда Развития ПСТГУ.

Natalia Conroy

BETWEEN THEOLOGY AND CARE: WHAT DOES IT MEAN TO BE A HOSPITAL CHAPLAIN?

This article considers the main stages of development and problems discussed in the research field known as chaplaincy studies. These studies arose in the second half of the twentieth century in the English-language tradition as a result of the improved practical understanding of the experiences of non-parish ministries in Christian churches across various secular institutions. Modern chaplaincy studies bring together practitioners from different sectors, such as representatives of the academy and those who combine both academic and chaplaincy careers. Other distinctive features of the field are the dominance of studies carried out in English-speaking countries, the uneven study of individual sectors and analogues of non-parish Ministries that appear outside the Christian denominations. Due to the public importance of health care, the experience of the chaplains in this sector is often studied and can often serve as a point of comparison for researchers studying other sectors. This article considers in more detail how the work of priests in hospitals, peripheral to organized religion, was professionalized and reformulated in terms of providing universal spiritual and pastoral care to patients, their relatives and medical personnel, regardless of religious affiliation and beliefs. Alongside this professionalization process, these institutions experienced the transformative impact of neoliberal reforms. On the one hand, the increasing marginalization of hospital chaplains in relation to organized religion is explained in the context of religious dedifferentiation. This marginalization has become an important resource for Christian churches, giving the latter access to the non-churched majority. On the other hand, this resource is producing a new, reflective priest-researcher, for whom it is important to specialize in working with a certain category of patients, to combine pastoral work with counseling and solve individual problems. Additionally, it has become crucial developing techniques of listening and observation, as well as expanding methodological tools and publishing research results.

Key words: chaplaincy, practical theology, spiritual care, healthcare, professionalization, neoliberal reforms

DOI: 10.17323/727-0634-2019-17-3-375-390

References

Ali M., Gilliat-Ray S. (2011) Muslim Chaplains: Working at the Interface of 'Public' and 'Private'. In: W. Ahmad, Z. Sardar (eds.) *Britain's Muslims, Muslim Britain: Making Social and Political Space*. Abingdon: Routledge: 84–100.

¹ Natalia Conroy – PhD (kandidat nauk) in History, researcher, Laboratory for Studies in Economic Sociology (LSES), National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russian Federation. Email: nconroy@hse.ru

- Ashton J., Madden D., Monterosso L. (2016) How Patients Experience Pastoral Care in a Tertiary Health Care Setting. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 70 (4): 272–280.
- Autton N. (1969) *Pastoral Care in Hospitals*. London: Hospital Chaplaincy Board.
- Ballard P. (2009) Locating Chaplaincy: A Theological Note. *Crucible*, July–September: 18–24.
- Barrows D. C. (1993) *A Whole Different Thing—The Hospital Chaplaincy: The Emergence of the Occupation and the Work of the Chaplain*. PhD dissertation. University of California, San-Francisco.
- Bender C., McRoberts O. (2012) Mapping a Field: Why and How to Study Spirituality. *Social Science Research Council's Working Paper*. Available at: <https://tif.ssrc.org/wp-content/uploads/2010/05/Why-and-How-to-Study-Spirituality.pdf> (accessed 8 April 2018).
- Berger P. (2014) *The Many Altars of Modernity: Towards a Paradigm for Religion in a Pluralist Age*. Boston: De Gruyter.
- Brown A., Woodhead L. (2016) *That Was the Church That Was: How the Church of England Lost the English People*. London: Bloomsbury Continuum.
- Cadge W. (2012) *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cadge W., Freese J., Christakis N. A. (2008) The Provision of Hospital Chaplaincy in the United States: A National Overview. *Southern Medical Journal*, 101 (6): 626–630.
- Cadge W., Sigalov E. (2013) Negotiating Religious Differences: The Strategies of Interfaith Chaplains in Healthcare. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52 (1): 146–158.
- Caperon J., Todd A., Walters J. (eds.) (2017) *A Christian Theology of Chaplaincy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Carrigan R. L. (1966) The Hospital Chaplain, Research, and Pastoral Care. *Pastoral Psychology*, June: 40–48.
- Cobb M. (2005) *The Hospital Chaplain's Handbook: A Guide for Good Practice*. Norwich: Canterbury Press.
- Cox J. G. (ed.) (1955) *A Priest's Work in Hospital: A Handbook for Hospital Chaplains and Others of the Clergy who Visit Hospitals*. London: SPCK.
- Craddock Lee S. J. (2002) In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education. *Health Care Analysis*, 10(10): 339–356.
- Fitchett G. (2011) Making Our Case(s). *Journal of Health Care Chaplaincy*, 17 (1–2): 3–18.
- Fitchett G., Tartaglia A., Dodd-McCue D., Murphy P. (2012) Educating Chaplains for Research Literacy: Results of a National Survey of Clinical Pastoral Education Residency Programs. *Journal of Pastoral Care and Counseling*, 66 (1): 1–12.
- Gibbons G., Retsas A., Pinikahana J. (1999) Describing What Chaplains Do in Hospitals. *The Journal of Pastoral Care*, 53(2) 201–207.
- Gilliat-Ray S. (2006) Educating the 'Ulema': Centres of Islamic Religious Training in Britain. *Islam and Christian-Muslim Relations*, 17 (1): 55–76.
- Gilliat-Ray S. (2008) From 'Visiting Minister' to 'Muslim Chaplain': The Growth of Muslim Chaplaincy in Britain, 1970–2007. In: E. Barker (ed.) *The Centrality of Religion in Social Life: Essays in Honour of James A. Beckford*. Aldershot: Ashgate: 145–160.
- Gilliat-Ray S. (2011) 'Being There': The Experience of Shadowing a British Muslim Hospital chaplain. *Qualitative Research*, 11 (5): 469–486.
- Gilliat-Ray S., Ali M., Pattison S. (2013) *Understanding Muslim Chaplaincy*. Burlington: Ashgate.
- Gleason J. J. (2004) Pastoral Research: Past, Present, and Future. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 58 (4): 295–306.

- Gleason J.J. (ed.) (2015) *The Pastoral Caregiver's Casebook. Vol. 1: Ministry in Relationships; Vol. 2: Ministry in Crises*. Valley Forge: Judson Press.
- Hicks A.M. (2008) Role Fusion: The Occupational Socialization of Prison Chaplains. *Symbolic Interaction*, 31 (4):400–421.
- Kyriakides-Yeldham A. P. R. (2017) *Identity and Ministry in Healthcare Chaplaincy: The Liminality of the Church of England Priest Who Continues to Sing the Lord's Song in the Strange Land of the National Health Service*. Thesis for the PhD in Theology. Exeter: University of Exeter.
- Lamont T. (2015) Mission Impossible? Meet the New Chaplains. *The Guardian*. August, 15th. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2015/aug/30/mission-impossible-meet-the-new-chaplains> (accessed 24 February 2018).
- Legood G. (ed.) (1999) *Chaplaincy: The Church's Sector Ministries*. London: Cassell.
- Mackay H. (2016) *Beyond Belief: How We Find Meaning, With or Without Religion*. Sydney: Pan Macmillan Publishing.
- McClelland K. (2014) *Call the Chaplain: Spiritual and Pastoral Caregiving in Hospitals*. London: Canterbury Press Norwich.
- Myers G.E., Roberts S. (eds.) (2014) *An Invitation to Chaplaincy Research: Entering the Process*. Available at: https://www.healthcarechaplaincy.org/docs/publications/templeton_research/hcc_research_handbook_final.pdf (accessed 26 February 2018).
- Moody C. (1988) Pastors or Counsellors? *Theology*, (91):387–392.
- Newitt M. (2014) New Directions in Hospital Chaplaincy: Chaplains – the Church's Embedded Apologists? *Theology*, 117 (6):417–425.
- Nolan S. (2016) 'He Needs to Talk!': A Chaplain's Case Study of Nonreligious Spiritual Care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 22 (1): 1–16.
- Norwood F. (2006) The Ambivalent Chaplain: Negotiating Structural and Ideological Difference on the Margins of Modern-day Hospital Medicine. *Medical Anthropology*, 25 (1): 1–29.
- Olson J.K. (1995) Relationship Between Nurse Expressed Empathy, Patient Perceived Empathy and Patient Distress. *Journal of Nursing Scholarship*, 27 (4):317–322.
- Orchard H. (2001) Being There? Presence and Absence in Spiritual Care Delivery. In: H. Orchard (ed.) *Spirituality in Health Care Contexts*. London: Jessica Kingsley Publishers: 147–159.
- Pew (2017) *Orthodox Christianity in the 21st Century*. Available at: <http://www.pewforum.org/2017/11/08/orthodox-christianity-in-the-21st-century/> (accessed 8 April 2018).
- Pattison S. (2008) Is Pastoral Care Dead in a Mission-led Church? *Practical Theology*, (1): 7–10.
- Pattison S. (2015) Situating Chaplaincy in the United Kingdom: The Acceptable Face of 'Religion'? In: Ch. Swift, M. Cobb, M. Todd (eds.) *A Handbook of Chaplaincy Studies: Understanding Spiritual Care in Public Places*. London, New York: Routledge: 13–30.
- Phillips E. (1970) Research Ministry: A New Concept for a Hospital Chaplain? *Journal of Religion and Health*, 9 (1): 218–232.
- Powell R., Bellamy J., Sterland S., Jacka K., Pepper M., Brady M. (2012) *Enriching Church Life: A Guide to Results from National Church Life Surveys for Local Churches. 2nd Ed.* North Sydney: Mirrabooka Press.
- Pesut B., Reimer-Kirkham S., Sawatzky R., Woodland G., Peverall P. (2012) Hospitable Hospitals in a Diverse Society: From Chaplains to Spiritual Care Providers. *Journal of Religion and Health*, 51(3): 825–836.
- Ryan B. (2015) *A Very Modern Ministry: Chaplaincy in the UK*. London: Theos.

- Sheikh A., Gatrad A. R., Sheikh U., Panesar S. S., Shafi S. (2004) The Myth of Multifaith Chaplaincy: A National Survey of Hospital Chaplaincy Departments in England and Wales. *Diversity in Health and Social Care*, (1): 93–97.
- Speck P. (1988) *Being There: Pastoral Care in Time of Illness*. London: SPCK.
- Sullivan W. F. (2014) *A Ministry of Presence: Chaplaincy, Spiritual Care, and the Law*. Chicago: University of Chicago Press.
- Swift C. (2014) *Hospital Chaplaincy in the Twenty-First Century: The Crisis of Spiritual Care in the NHS*. Farnham: Ashgate.
- Swift C., Cobb M., Todd M. (eds.) (2015) *A Handbook of Chaplaincy Studies: Understanding Spiritual Care in Public Places*. London: Routledge.
- Threlfall-Holmes M., Newitt M. (eds.) (2011) *Being a Chaplain*. London: SPCK.
- Turner V. (1969) *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Ithaca: Cornell University Press.
- United States Conference of Catholic Bishops (2009) *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Fifth Edition. November 17*. Available at: <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifth-edition-2009.pdf> (accessed 12 February 2018).
- Vanderwerker L. C., Flannelly K. J., Galek K., Harding S. R., Handzo G. F., Oettinger M., Bauman J. P. (2008) What Do Chaplains Really Do? III. Referrals in the New York Chaplaincy Study. *Journal of Health Care Chaplaincy*, (14): 57–73.
- Westberg G. E. (1955) *Nurse, Pastor, and Patient: A Hospital Chaplain Talks with Nurses*. Rock Island: Augustana Press.
- Woodhead L. (2012) Surveying Religious Belief Needs Social Science Not Hard Science. *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/commentisfree/belief/2012/dec/05/nones-on-the-run-religion> (accessed 21 February 2018).
- Woodhead L. (2015) Foreword. In: Ch. Swift, M. Cobb, M. Todd (eds.) *A Handbook of Chaplaincy Studies: Understanding Spiritual Care in Public Places*. London: Routledge: xvii–xxii.
- Woodhead L. (2016a) Intensified Religious Pluralism and De-differentiation: the British Example. *Society*, 53 (1): 41–46.
- Woodhead L. (2016b) The Rise of 'No Religion' in Britain: The Emergence of a New Cultural Majority. The British Academy Lecture read 19 January 2016. *Journal of the British Academy*, (4): 245–261.