



ВЕРНУТЬ «ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО» В ОБЩЕСТВО: ПУТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ИЛИ РЕФОРМ В ПСИХИАТРИИ?

А.С. Литвинова

В статье затрагиваются вопросы социального гражданства и обсуждаются возможности преодоления социального исключения людей с психиатрическими диагнозами, перспективы деинституционализации психиатрии в России, в рамках социальной модели политики инвалидности анализируется национальная программа преобразований психиатрической службы. Представлены результаты полевого исследования, проведенного автором в частной психиатрической клинике, работа которой построена на основе принципов, альтернативных принципам организации и функционирования традиционных психиатрических стационаров и во многом «опережающих» преобразования, заложенные в проекте реформы. Помимо описания системы различий двух типов лечебных учреждений автор приводит результаты анализа биографических интервью с пациентами клиники, проходившими ранее госпитализацию в традиционных стационарах, анализ их субъективных переживаний и оценок имеющегося опыта, а также их представлений о собственных социальных позициях и перспективах. Исследование проводилось с привлечением визуального анализа рисунков, выполненных информантами. В свете полученных результатов рассматриваются возможности реформирования психиатрической службы в России и необходимость трансформации сопряженного социального, культурного и политического контекста.

Статья выполнена в рамках проекта «Конструирование социальных проблем: социальная история, визуальный анализ, этнография», реализованного Центром социальной политики и гендерных исследований в 2009 году при финансовой поддержке Фонда Джона Д. и Кэтрин Т. Макартуров (грант 08-90577-000-GSS).

Автор выражает искреннюю благодарность за помощь и поддержку в проведении исследования и при подготовке статьи С.М. Гавриленко, А.Т. Бикбову, В.М. Воронкову, А.В. Ваньке, И.В. Утехину, Д.В. Михелю, Е.Р. Ярской-Смирновой.

Ключевые слова: социальное гражданство, социальное исключение, социальный порядок психиатрических больниц, реформы в психиатрии

В 2006 году в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» правительством РФ была утверждена подпрограмма «Развитие психиатрической помощи», в число основных задач которой входило сокращение числа и длительности госпитализаций в психиатрические стационары, распространение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, совершенствование и расширение амбулаторной сети и «бригадных» форм помощи, в перспективе — сокращение коечного фонда психиатрических больниц. В качестве сильных сторон реформы были названы, прежде всего, сохранение социальных навыков пациентов, увеличение времени их пребывания в обществе, а также экономический и социальный эффект от сокращения расходов на содержание больничных коек и снижение инвалидизации, потери трудоспособности и ранней смертности населения [О федеральной целевой программе... 2006]. В сущности, идея реформы соответствует парадигме «лечения в обществе» и поддерживает мировую тенденцию деинституционализации психиатрии, эмансипации и социальной интеграции психически больных ¹.

Социальное положение людей с психическими заболеваниями в современной России остается весьма тяжелым, эта сфера остро нуждается в изменениях. С этим положением соглашаются и психиатры, и критики традиционной психиатрии, и социальные исследователи, которые приходят к выводу о том, что «жизнь с психической болезнью — это еще и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьезными социальными утратами и невозполнимым дефицитом социальных возможностей и перспектив» [Польская, 2004. С. 157].

Тем не менее программу преобразований встретили резкой критикой не только врачи-психиатры ², но и правозащитники в сфере психиатрии, активные критики ныне действующей системы оказания психиатрической помощи, указывавшие, соответственно, на неподготовленность психиатрической системы и на неэффективность и непродуманность самой программы преобразований в правовом отношении [Например, Савенко, 2007; Чорный, 2007]. Мы в данной статье затронем

¹ Подробнее об этом см.: Власова О.А. Антропология безумия: деинституализация и гуманитаризация психиатрии // Человек. 2007. № 4. С. 84–96; Портер Р. Краткая история безумия. М.: Астрель, 2008. С. 193–197.

² Данное утверждение выдвигается автором на основании результатов собственного исследовательского проекта, который в данной статье не рассматривается (серия фокус-групп [4] и экспертных интервью [8] с врачами-психиатрами и ординаторами, специализирующимися в психиатрии, 2007–2008 годы, Москва и Санкт-Петербург).

вопросы социального измерения психиатрии, а также взгляд на программу реформ сквозь призму социальных исследований.

Социальное исключение и социальное гражданство «психически больных»

В исследовании современного социального положения людей с психиатрическими диагнозами, а также при исследовании социальной политики, оценке перспективности и результативности реформ мы считаем целесообразным обратиться к понятию социального гражданства как статуса индивида, определяющего возможности его участия в жизни общества, что, по сути, означает наличие возможности участвовать в таких значимых практиках, как работа, досуг, политические и религиозные практики, принятие решений, оформляющих или изменяющих состояние общества [Романов, Ярская-Смирнова, 2006]. Противоположное понятию социального гражданства понятие социального исключения акцентирует внимание на ослаблении, разрыве и сокращении числа социальных связей индивида, кризисе идентичности, ведущих к закреплению неравных возможностей социального участия [Погам, 1999].

Современные представления об инвалидности, а также о душевной болезни можно разделить на два вида: медицинские и социальные. Социальная модель признает психическое заболевание и инвалидность следствием исторического развития общества и его несправедливого устройства, результатом функционирования господствующей системы норм, социальным конструктом [Романов, Ярская-Смирнова, 2006]. В этом случае изменение социального положения и жизненной ситуации людей, страдающих психическими заболеваниями, возможно только в случае изменения доминирующих представлений о «душевной болезни» и о тех мерах и действиях, которые нужно предпринимать по отношению к «больному».

Медицинская модель делает акцент на диагностировании патологии, дисфункции, приписывает индивидам статус больных, девиантов, подлежащих исправлению и / или изоляции. Эта точка зрения оказывает значительное влияние на современное законодательство и социальную политику, которая носит преимущественно компенсаторный и патерналистский характер. В рамках этой модели лица с психическими заболеваниями, как и инвалиды, рассматриваются как социально незащищенная группа бенефициаров, которой необходимо предоставить специфические услуги, материальные компенсации и льготы. При этом не предполагается, что общество должно как-либо трансформироваться, учитывая их присутствие.

Альтернативой такому варианту политики инвалидности может служить предложенная Р. Дрейком модель социальных и средовых изменений: государство признает свою ответственность служить интересам всех

граждан, а также тот факт, что инвалидность является результатом и продуктом тех условий, которые созданы не-инвалидами для инвалидов, и берет на себя и функцию обеспечения их социального гражданства [См. об этом: Романов, Ярская-Смирнова, 2006]. На наш взгляд, эту модель возможно использовать для оценки и исследования социальной политики и социального положения людей с диагностированными психическими заболеваниями как получившими, так и не получившими инвалидность.

Психиатрия и «производство пациента»

Исследователи психиатрии в рамках социальной и гуманитарной рефлексии отмечают целый ряд *социальных* последствий, непосредственно связанных с *медицинскими* практиками оказания психиатрической помощи, где центральным институтом является психиатрическая больница. Как отмечает И. Гофман, понятие «психически больного» обретает свой социальный (и социологический) смысл лишь тогда, когда индивид подвергается госпитализации [Goffman, 1961]. Т. Сас в «Фабрике безумия», описывая практики «узнавания» «душевнобольных» в повседневной жизни, приходит к выводу о том, что психиатры являются создателями медицинской стигмы, «а больницы для душевнобольных представляют собой фабрики по массовому производству этого продукта» [Сас, 2007. С. 373–375].

Госпитализация не просто обеспечивает идентификацию и стигматизацию душевнобольного, но, как отмечает Гофман, в значительной мере обуславливает самостигматизацию, сведение всего многообразия социальных ролей индивида к единственной роли — роли пациента, формирование искаженной, негативной я-концепции. Ученый отмечает ряд примеров морального расшатывания, образующих в совокупности комплекс специфических правил игры, зачастую не приближающих пациента к жизни в соответствии с нормами внешнего социума, что предполагается в связи с идеей нормализации и ресоциализации, а напротив, отдаляет от него. Ключевым процессом собственно пациентской стадии моральной карьеры «душевнобольного пациента» оказывается радикальная деконструкция его прежней идентичности и замена ее новой идентичностью пациента, частично ассоциирующего себя с больничным сообществом и живущим по его правилам [Goffman, 1961].

Однако специфические эффекты «производства пациента», порождаемые больницей и психиатрической системой в целом, не являются случайными. Это отмечает и Гофман, рассматривая функцию защиты сообщества как центральную для «тотальной институции» [Goffman, 1961], и Фуко при анализе дисциплинарных систем [Фуко, 2007]. Функционирование психиатрических лечебниц и достигаемые с их помощью обществен-

ные цели обусловлены историческим развитием и социальным контекстом. Как подчеркивает Фуко, психиатрия сохранила многие из тех связей, которые установлены с безумием культурой [Фуко, 1997]. Оформление такого рода систем, как общие госпитали, работные и смиренные дома, и возникновение практики интернирования нищих, бродяг и «безумных» в XVI–XVII веках тесно связано со становлением капитализма и десакрализацией бедности, необходимостью изъятия праздношатающихся из социума [Фуко, 1997; Дернер, 2007]. Развитие капиталистического общества в XVIII веке обуславливает становление социальной медицины, поддерживающие здоровье бедных в интересах господствующих слоев [Фуко, 2006]. Промышленное производство требует всеобщей занятости и наиболее полного использования рабочей силы, в связи с чем впервые появляется концептуализация безумия как болезни [Дернер, 2007. С. 67–92]. В XIX веке происходит выделение и окончательное формирование позитивистской психиатрии как медицинского взгляда, однако, изолируя безумца временно, в целях лечения, общество продолжает возводить между собой и «душевнобольным» культурные и символические барьеры.

Возвратимся к вопросу реформ в психиатрии: в этой связи для нас ключевым противоречием является то, что национальная программа преобразований, декларируемых в качестве направленных на усиление социальной интеграции пациентов психиатров, основана на медицинской модели видения социальной политики и никак не учитывает реальный социокультурный, экономический и политический контекст и не предполагает и его преобразования. При анализе ситуации в русле социальной модели становится очевидно то, что меры, предполагающие изменение только медицинской системы, являются недостаточными и даже не ключевыми для изменения социального положения людей с психиатрическими диагнозами.

«Возвращение пациента»

Конечно, реальные результаты нововведений в данный момент оценить невозможно, однако в рамках отечественной психиатрической практики уже сейчас появляются частные клиники, предлагающие условия госпитализации и даже формы помощи, альтернативные традиционным. При этом принципы, на которых строится работа учреждения, могут в значительной степени «опережать» замыслы, заложенные в проекте реформ. В одной из таких клиник мы смогли провести полевой этап исследования¹, представлявший собой двухнедельное включенное наблюдение

¹ Автор выражает искреннюю благодарность руководителю клиники (название которой мы не указываем в соответствии с договоренностью о конфиденциальности данных) и всем респондентам, принявшим участие в исследовании.

ние (постоянное проживание в клинике в статусе исследователя), а также интервью с единственным лечащим врачом и пациентами, которые в большинстве своем также имели опыт госпитализации в государственных психиатрических стационарах. Использовались и проективные методики: пациентам предлагалось в виде схематичного рисунка на одном листе бумаги изобразить психиатрическую больницу, общество и обозначить в пространстве листа собственную позицию, а затем проинтерпретировать изображение. Эти рисунки, хотя зачастую и в метафоричной форме, позволяли более ясно обозначить восприятие лечебницы интерном, выразить его отношение к этому опыту, а также детализировать эту оценку в нарративе. Мы не будем касаться описания и тем более оценки альтернативных методов лечения, намеренно фокусируясь на социальных аспектах организации и функционирования клиники.

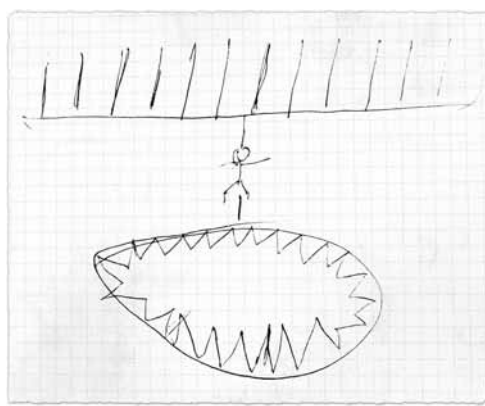
В ходе своей работы мы ориентировались на подход Р. Портера, который предлагает концепцию «возвращения пациента» в гуманитарные исследования, что подразумевает акцентирование внимания на мнениях, представлениях, стратегиях и практиках самих «больных», и написания истории медицины «снизу», вместо истории, написанной «сверху» (истории врачей и медицинских открытий), которая на сегодняшний день оказывается господствующим взглядом. Как подчеркивает Портер, необходимо изучать динамическое взаимодействие сторон, но «начав с пациента, мы можем поставить историю медицины с головы на ноги» [Портер, 2008. С. 57].

Введение голоса пациента с психиатрическим диагнозом в научный и публичный дискурс, возможно, позволит сократить стигматизацию и стимулировать интегративные процессы, с одной стороны. С другой стороны, подобные исследования в перспективе позволят не просто вернуть «голос пациента» в исторические, социальные и гуманитарные исследования, но позволят понять действительные потребности людей с психиатрическими диагнозами, а не навязываемые им обществом или медицинским взглядом, и вплотную подойти к вопросу о том, при каких условиях не общество сочтет себя по ряду критериев «принявшим душевнобольных», но они сами почувствуют себя покинутыми сакральный круг отчуждения. Ведь лишь в этом случае можно говорить о подлинном возвращении «психически больных» в социальное пространство.

«Альтернативная» клиника vs. «дурка»

Остановимся более подробно на различиях между традиционными государственными психиатрическими больницами и упомянутой альтернативной клиникой. Как в интервью с пациентами, так и в их рисунках при описании опыта госпитализации в государственных психиатрических больницах доминирует мотив замкнутости, несвободы, отсут-

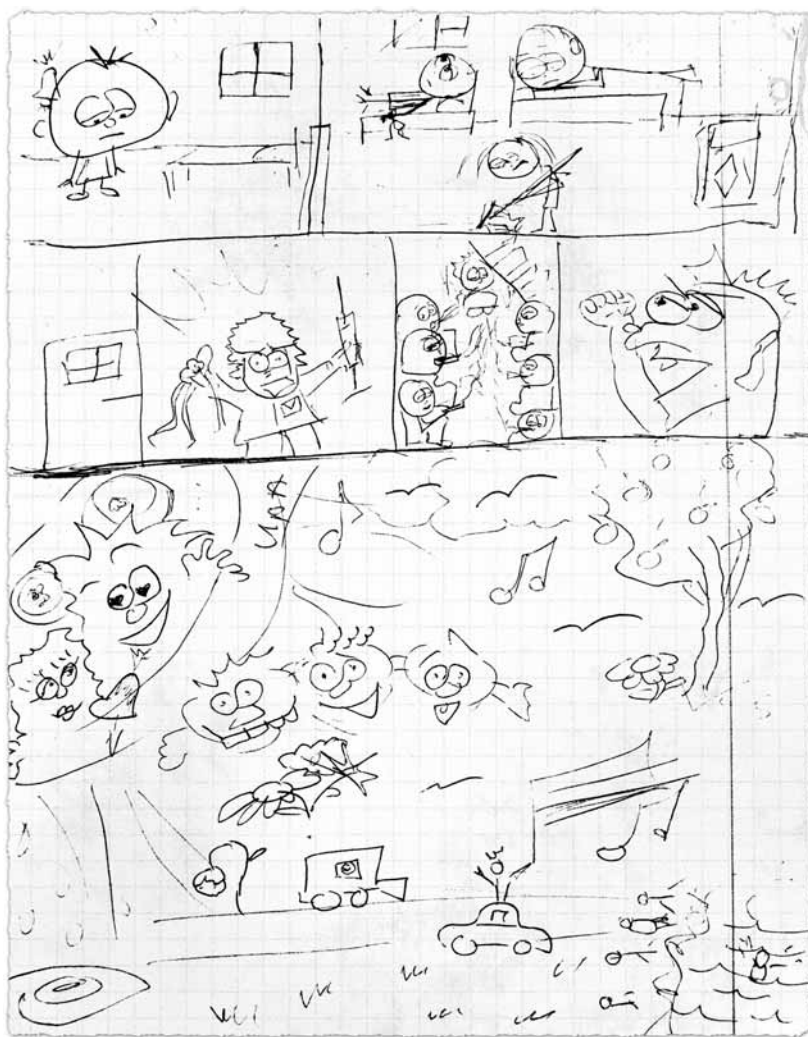
ствия выхода: *«Не знаю, я в тюрьме не был, но, наверное, это как тюрьма. Душевная тюрьма, скажем так, тюрьма для души такая»* (муж., 32 года, более 4-х госпитализаций, Москва, 2008). Изображения больницы и общества можно условно разделить на две группы: метафорические и топографические (условные) изображения. В первой группе мы встречаем рисунок, который изображает общество как «некоторую упорядоченность», в то время как больница — это «некоторая замкнутая такая вещь, и при этом как колючки. Туда попал — пропал» (Ил. 1).



Ил. 1. Общество, изображенное как упорядоченная протяженность, не имеющая четких границ, противопоставляется замкнутости и «тяжелым» условиям больницы (колючки в замкнутом круге). Сам информант — «где-то между» (автор рисунка — информант 2).

Авторство этих эмоционально-окрашенных, явно оценочных изображений больницы принадлежит респондентам, перенесшим наибольшее количество госпитализаций, но может быть, в том числе, объяснено и гуманитарным характером полученного ими образования (философия и филология). Другая группа рисунков включает либо схематичное изображение общества в виде нескольких «человечков» или кружков, а больницы — в виде домика, лишённого либо только дверей, либо и дверей, и окон. Рисунки самых молодых респондентов более детальны и представляют собой также топографическое описание больницы / палаты, в котором также подчеркивается замкнутость помещений и пространственная ограниченность всех практик: *«между кроватями немного было места, такой коридорчик, там ходить можно было»*. Последний рисунок из группы (женский) гораздо более детализирован, ярко эмоционально окрашен, его уже нельзя назвать схемой: в одной половине листа изображено общество, где солнце, друзья, радости встреч, в другой половине мы видим сцены больничной жизни: пациент в изоляторе, общая палата, «курилка под лестницей», кричащий санитар, унылые пациенты, грозящий

кулаком «хроник»; на всех окнах решетки, двери заперты. В рисунке явно читается попытка передать атмосферу подавленности, безысходности с одной стороны («это пациент вот, в изоляторе, ему очень грустно. А этот в потолок смотрит, не знает, что делать»), и нервозности, принуждения, угрозы — с другой («Это санитар кричит, с вязками и укол...») (Ил. 2).



Ил. 2. Эмоциональное противопоставление общества, где доминируют счастье и радость, есть возможность для различных приятных и интересных занятий, и больницы с ее атмосферой нервозности и подавленности, однообразием и отсутствием свободы действия (автор рисунка — информант 7).

На основе анализа рисунков и рассказов, мы можем выделить три группы ключевых взаимосвязанных и взаимообусловленных характеристик, по которым строилось негативное описание психиатрических больниц бывшими пациентами: это пространственная организация стационара, внутренняя организация отношений власти и больничные практики, социальная организация жизни в лечебнице.

Как мы уже видели, пациенты изображают и описывают больницу как замкнутое пространство, лишенное выхода. Жесты физической изоляции являются одновременно одними из наиболее радикальных жестов социального исключения, ведь, как писал Бурдьё, «пространственное господство — одна из привилегированных форм господства, а манипулирование распределением групп в пространстве всегда служило манипулированию группами» [Бурдьё, 2005. С. 57]. При этом социальное пространство стремится более или менее полно реализоваться в пространстве физическом: социально исключенные группы в таких институтах как тюрьма или психиатрическая лечебница локализуются и изолируются физически, в системе пространственных ограничений окончательно проявляется и закрепляется их периферийное положение в социальном поле. Как отмечает Гофман, институт выстраивает барьер, отрезающий помещенного в нее индивида от внешнего мира. Переживание изоляции — одно из первых и самых сильных ощущений интерна. Отсутствие возможности покинуть территорию больницы, ограничение физического передвижения — именно эти обстоятельства в первую очередь упоминаются пациентами и оказываются для них признаками помещения в «настоящую» психиатрическую больницу. Все это воспринимается как крайняя форма потери самостоятельности и возможности контролировать свою жизнь:

впечатление самое тяжелое — это когда ложишься в диспансер, и тебя закрывают на ключ. Когда ты теряешь уже способность быть свободным человеком. Когда за тебя думают другие люди (муж., 31 год, более 10 госпитализаций, Армянск, 2008).

Отметим, что пациенты, также проходившие лечение в клинике неврозов, где для пациентов предусматривалась возможность свободного выхода в город в дневные часы, даже не воспринимали ее в качестве психиатрической инстанции (хотя фактически и юридически она является таковой) и не высказывали о ней негативных суждений: *«это не ординарная психушка, это очень уютное такое место. <...> Там было очень здорово, можно было отдохнуть, можно было погулять, тебя выпускали свободно гулять то есть... <...> В общем, очень комфортно...»* (муж., 32 года, более 4-х госпитализаций, Москва, 2008). Аналогичной была и ситуация с восприятием частной клиники, где пациентам был разрешен самостоятельный выход за пределы стационара. Единственными требованиями

были обязательное присутствие на запланированных встречах с врачом и пребывание в клинике в ночное время.

Особый порядок предполагает и локализация пациентов внутри традиционного психиатрического стационара. Организация дисциплинарного пространства определяет неизбежность концентрации индивидов в определенных местах, их групповое (в противовес индивидуальному) физическое существование. С необходимостью пациенты группами перемещаются из тесных палат в столовые, комнаты отдыха: «*в холл выгоняют, короче, как стадо...*» (жен., 21 год, 4 госпитализации, Петропавловск-Камчатский, 2008). Это, прежде всего, отвечает требованиям реализации принципов паноптизма, эффективного надзора и контроля. Согласно анализу Фуко, паноптикум выполняет «терапевтические», то есть контролирующие и трансформирующие поведение индивида функции:

Душевнобольной, помимо прочего, должен находиться под надзором; но знание, что ты всегда под надзором, а точнее, что ты всегда можешь быть под надзором, всегда пребываешь под виртуальной властью постоянного взгляда, это знание само по себе обладает терапевтическим значением... [Фуко, 2007. С. 125].

В дополнение к обеспечению видимости пространство стационара снабжается различными регламентирующими и контролирующими метками (указания и правила, обозначения функций предметов и мест, таблички на дверях), усиливающими его упорядоченность и одновременно упорядочивая поведение помещенных в него людей.

В противоположность этому клиника, являющаяся частным домом лечащего врача, расположенным среди жилых домов в «частном секторе» поселка городского типа, изначально включена в освоенное, «обжитое» социальное пространство, что предупреждает субъективные переживания исключения и изоляции, а также стереотипный негативизм в отношении «казенного дома». Значительно снижена степень реализации принципа коллективного проживания и паноптических механизмов: все пациенты помещаются в одном доме, но у каждого есть отдельная, закрываемая изнутри комната, в которой он живет, как правило, с кем-то из родителей или родственников. Местами общего пользования оказываются только санузел (один на несколько комнат), общая кухня и столовая с несколькими большими столами. Пребывание пациентов в клинике вместе с опекунами, возведенное в правило с редкими исключениями, обеспечивает скорее семейную, нежели групповую траекторию перемещений в пространстве стационара. Все обитатели дома общаются между собой, но во время приемов пищи, подразумевающих пребывание в «общих» пространствах, преимущественно держатся семьями. Кроме того, вследствие отсутствия строгого распорядка дня, даже в «общих» пространствах далеко не все из них оказываются одновременно.

Отсутствует в клинике и характерная для государственных психиатрических больниц, в том числе российских, палатная система. Перемещение в рамках палатной системы отражает изменение позиций пациента в континууме от дебюта болезни и ее острого периода до выздоровления и возвращения в обычную жизнь. Палаты в иерархии отличаются друг от друга организацией больничного распорядка, набором возможностей и привилегий, предоставляемых пациентам, словом, уровнем жизни в них. Прикрепление к палате преподносится пациенту «не как вознаграждение или наказание, а как выражение его общего уровня социального функционирования, его статуса как человека» [Goffman, 1961. Р. 149]. При этом равенство пациентов, проживающих в палате одного уровня и статуса, в значительной мере обуславливает радикальную деконструкцию их прежней идентичности, основанную на занимавшейся социальной позиции и связанную с обладанием определенными объемами экономического, культурного и социального капиталов, ныне депривированных. В рассматриваемой клинике существует лишь различие двух типов комнат для пациентов по уровню комфортности и, соответственно, оплаты: обычные комнаты и «улучшенные». Перемещение между уровнями не происходит, а тип занимаемой комнаты зависит исключительно от материального положения семьи пациента. Таким образом, воспроизводится различие экономических и социальных позиций пациентов, но статус каждого как социального агента определяется не его «психическим состоянием», а прежней социальной позицией, что позволяет каждому пациенту поддерживать социальную идентичность, которой он обладал до помещения в клинику.

Через постоянную пространственную локализацию внутри традиционных психиатрических больниц осуществляется и повторная изоляция группы психически больных, но уже внутри социальной системы самой изолирующей институции. Эта группа противопоставляется сотрудникам учреждения, в том числе с помощью пространственных оппозиций типа общая палата — личный кабинет врача, отделения — административный корпус, постоянное проживание в больнице — временное пребывание в ней в рабочие часы, что еще больше закрепляет иерархию и жесткую субординацию. В описываемой клинике врач (он же директор) со своей семьей постоянно живет в том же доме, что и пациенты, что значительно сокращает дистанцию между ними, снижает эффект обособления группы.

Реконструируя организацию психиатрической лечебницы, Фуко отмечает, что вся эта институция проникнута дисциплинарным порядком, который руководим не имеющей противовеса властной инстанцией, односторонним властным отношением, порождаемым исключительно наличием дисперсии, различием позиций медиков и интернов. Высшей позицией в иерархии обладает главный врач, от которого

властные отношения через сеть промежуточных позиций распространяются вплоть до санитаров, осуществляющих отправление непосредственных, конечных форм власти, реализующих дисциплинирование и нормализацию пациента [Фуко, 2007]. Принцип семейности, являющийся одним из ключевых в организации клиники, значительно изменяет и конфигурацию внутренних властных отношений. Прежде всего, постоянное присутствие врача и его семьи, регулярные и неформальные контакты с пациентами обеспечивают значительно сокращение дистанции между ними. Все это также обеспечивает выстраивание доверительных отношений между врачом и пациентом, ослабление переживания подчиненного положения интерна, снижение негативизма в отношении медицинской власти.

Важным моментом является и упрощение иерархии медицинских сотрудников: в клинике есть только один лечащий врач. Он описывает такую ситуацию, как выведенную из непосредственного опыта на основании принципа целесообразности: «я нанял санитаров, медсестер, массажистку, повара даже привез из Москвы... Оказалось все это не нужно. Оказалось достаточно мам или пап» (муж., психиатр, директор частной клиники, 2008, Москва).

Отметим, что подобное решение имеет большое значение и для субъективного восприятия клиники ее пациентами. Как в интервью, так и в неформальных беседах, описывая опыт госпитализации в государственных психиатрических больницах, пациенты чаще негативно высказываются о больнице в целом, говорят об атмосфере, особых порядках, о других пациентах, но если касаются в своих рассказах носителей медицинской власти, то уделяют большее внимание отношениям с санитарями, нежели с врачами. Санитары даже изображены на 2 из 8 рисунков, в то время как врачей не нарисовал никто. Фигура санитаря оказывается более значимой, чем фигура врача, в силу того, что санитар осуществляет непосредственный, постоянный контроль над пациентом, имеет над ним прямую власть «здесь и сейчас», а также определяет «уровень жизни» пациента в рамках имеющихся правил — именно санитар хранит сигареты и может лишить пациента права выйти покурить, «положить на вязки» (привязать к кровати), привлечь к какой-либо «черной» работе. Санитары в глазах пациентов оказываются основными «обидчиками» и «обманщиками»:

Я как раз иду, смотрю, санитарка вот так сидит, короче, вот здесь ноги, а эти треморные ей ноги массируют. У них руки трясутся и так получается, короче... И так еще типа «давай, давай, работай, чё ты тут...» (жен., 21 год, 4 госпитализации, Петропавловск-Камчатский, 2008).

А меня санитары, короче, обманывали постоянно. Подходили с улыбкой, типа, помой туалет, а мы тебе сигарету дадим — да не вопрос (муж., 32 года, более 4-х госпитализаций, Москва, 2008).

Да вообще надо налаживать жизнь как-то... — Без санитаров? (из беседы пациентов).

Отсутствие санитаров в частной клинике исключает возможность подобных ситуаций, а также сразу несколько «умерщвляющих переживаний», описанных Гофманом: пребывание во власти большого количества посторонних людей, под их непрерывным надзором и контролем, постоянные публичные дисквалификации рассказов пациентов, их притязаний относительно собственной биографии и социальной позиции, бесконтрольное распространение медперсоналом информации о пациенте, которую он желал бы скрыть, и так далее [Goffman, 1961]. Перманентный контроль над пациентами осуществляется приехавшими с ними вместе родителями или другими родственниками, то есть «больной» и в клинике преимущественно остается во власти семьи. За наиболее самостоятельными пациентами, приехавшими в одиночку (что является довольно редким исключением), на практике «присматривают» родители других пациентов, не наделенные формальной властью над ними. Таким образом, лечение проходит в атмосфере и обстановке, в том числе в отношении властных диспозитивов, значительно приближенной к ситуации реальной, «домашней» жизни.

Важно отметить, что о значительной роли «оторванности» обстановки и практик традиционных психиатрических стационаров от «реальной» жизни в социальной дезадаптации душевнобольных, о связанной с ней необходимости последующей реабилитации, говорят как психиатры, так и их пациенты. С одной стороны, жизнь в больнице подчинена дисциплинарному порядку «в простейшем смысле непрерывной, постоянной регуляции времени, деятельности, поступков» [Фуко, 2007. С. 14]: *«Нельзя вставать, нельзя есть, когда не вовремя... Ничего нельзя. Нельзя курить, когда не разрешали, ну что еще... Нельзя воды даже попить, когда не разрешили»* (муж, 21 год, 3 госпитализации, Новосибирск, 2008). Но одновременно с этим, больничные рутинные практики радикально отличаются от привычных пациентам в их реальных жизненных ситуациях, что затрудняет последующую социальную адаптацию:

...[нужно] что-то придумать, как-то симитировать жизнь настоящую, которая тут вот течет. Потому что когда выходишь — они [врачи] сами говорят, адаптация минимум две недели к настоящему миру. Потому что там внутри, там все застыло. Время измеряется — завтрак, обед, ужин. Все (жен., 21 год, 4 госпитализации, Петропавловск-Камчатский, 2008).

В противоположность государственным психиатрическим стационарам, в описываемой частной клинике отсутствует жесткий распорядок дня и регламентация деятельности пациентов, они свободны в перемещениях, организации своего времени и выборе форм досуга. В частной клинике у пациентов нет необходимости осваивать формальные

и неформальные правила больничной жизни, приспосабливаться к иерархической структуре социальной организации пациентов, выстроенной для успешного «социального выживания» в стационаре:

...всегда есть какой-то чувак самый прошаренный. Ну вот, у нас была Верка. Я слышу, как они там с санитарями разговаривают — «да она нас подставляет»... Санитары, типа, кто? А она идет, <...> и на меня кивает: да эта. И я такая села и призадумалась. Реально, короче, думаю, а что я сделала такого? Реально, что ли, я их подставляю? (жен., 21 год, 4 госпитализации, Петропавловск-Камчатский, 2008).

Иными словами, общение пациентов носит скорее обыденный характер «разговоров по интересам». Значительную близость ситуации во время лечения с «реальной» жизнью пациента — от наличия привычного общения и необходимости вести себя определенным образом до рациона питания — обуславливает присутствие в клинике кого-то из близких родственников, чаще всего родителей. Таким образом, в частной клинике рутинные практики приближены к «обычным», «реальным», насколько это возможно в условиях стационара, в который люди приезжают на лечение из других городов, часто весьма отдаленных (от Армянска [Крым] до Петропавловска-Камчатского).

Как показывает анализ, частная клиника весьма отличается от традиционных психиатрических стационаров по ряду ключевых для нашего исследования признаков и значительно превосходит преобразования, заложенные в программе реформирования психиатрической службы. Различия эти столь велики, что пациенты клиники вообще не воспринимали ее в качестве больницы: в интервью и беседах друг с другом все они явно противопоставляли место своего нынешнего лечения и «дурки», как они называли государственные больницы. Ни один из пациентов не рассматривал себя как находящегося в психиатрической лечебнице, и хотя директор клиники неизменно и открыто, в том числе в разговорах с пациентами, называл ее стационаром, пациенты расценивали ее как некую иную форму лечения. Заметим, что идея реформы в психиатрии состояла в том, что за счет сокращения сроков госпитализации и усиления амбулаторных форм помощи увеличится время пребывания больных в обществе, а значит уровень их социальной адаптации и интеграции. Однако анализ представлений пациентов, даже проходящих лечение в столь «продвинутой» в социальных аспектах медицинской институции, показал, что реальность гораздо сложнее бинарной схемы.

«Ну, я где-то здесь, между обществом и больницей...»

В ходе интервью респондентам (пациентам клиники) было предложено обозначить свое место в пространстве листа, на котором ими уже изображены «больница» и «общество», а также прокомментировать

свою нынешнюю жизненную ситуацию и поделиться взглядами и планами на будущее. И хотя ни один из респондентов не считал себя находящимся в больнице, только трое из семи авторов рисунков обозначили свою позицию, как принадлежащую к социальному пространству. Трое других респондентов отметили себя находящимися «ни там, ни там» — в стороне от двух других изображений, и четвертый респондент обозначил себя посередине, «где-то здесь, между обществом и больницей» (Ил. 1). Эта ситуация является ярким примером того, что индивиду с психиатрическим диагнозом еще не достаточно не быть госпитализированным в психиатрический стационар, чтобы чувствовать себя включенным в социальное пространство. Основания для такой самооценки и самоидентификации черпаются не в наличии (или отсутствии) статуса интерна, но в актуальной жизненной ситуации и социальных характеристиках. Хотя все респонденты в момент проведения интервью находились в частной психиатрической клинике, принадлежащими к обществу сочли себя именно те, кого по возвращении домой ожидала гарантированная деятельность, связанная с конкретной институцией: в двух случаях это выход из академического отпуска и учеба в университете, в третьем — постоянная работа «по специальности». У тех же, кто посчитал себя находящимися за пределами общества, жизненная ситуация характеризовалась неопределенностью в отношении будущей деятельности: в одном случае это отсутствие работы и инвалидность, а в трех других — отсутствие работы и неопределенная ситуация с получением образования. И если респонденты, имевшие планы конкретной деятельности по возвращении домой, связывали свое ближайшее будущее именно с этой перспективой, то остальные высказывали надежды и пожелания, прежде всего связанные с возможностями обучения и трудоустройства, профессиональной деятельности:

В аспирантуру и преподавать философию, все в этом духе. <...> Ну, надежда есть вернуться к такой жизни, нормальной, академической. Надежда умирает последней (муж., 31 год, более 10 госпитализаций, Армянск, 2008).

Поступить в вуз, выучиться, работать, а еще жениться, создать семью (муж., 25 лет, 1 госпитализация, Владимир, 2008).

Частная клиника, освободившая своих пациентов от целого ряда «умерщвляющих переживаний», социальных лишений и радикальной деконструкции собственной идентичности вовсе не гарантировала им субъективного переживания принадлежности к широкому социуму. Более того, в ряде случаев пребывание в ней служило усилению связей и идентификации с сообществом пациентов, закреплению этой позиции. Отсутствие травмирующего переживания социальной изоляции в ходе лечения и ярких негативных воспоминаний о нем способствовали

«привыканию» многих пациентов к клинике, ее социальной среде: «...когда кончался их курс, ну, время пребывания, они обижались, что я прекращал. Поэтому я уже брал их не на месяц, а на полтора месяца всегда. Между собой дружили, ездили куда угодно» (муж., психиатр, директор частной клиники, Москва, 2008). Не редки случаи, когда бывшие пациенты после завершения лечения общаются дистанционно, а также приезжают в стационар «погостить» — отдохнуть, пообщаться и побыть в атмосфере понимания и принятия, которой они не находят в своей повседневной жизни.

* * *

Как можно видеть на примере рассматриваемой частной клиники, преобразования системы оказания психиатрической помощи возможны и осуществимы, и речь здесь может идти не только о сроках и частоте госпитализаций и расширении амбулаторной сети, но и о качественных характеристиках институции, об организации и социальном порядке больниц. Традиционная модель психиатрического стационара не является единственно возможной: клиники, работа которых построена на альтернативных принципах, не только существуют, но и успешно функционируют¹. Оставляя за рамками анализа оценку различных методов лечения, мы все же можем отметить, что такие принципы социальной организации клиники, как отсутствие пространственной изоляции и замкнутости, упрощение медицинской иерархии, ослабление медицинской власти, надзора и контроля, сокращение дистанции между врачом и пациентом, отсутствие жесткой регламентации больничной жизни, положительно сказываются на социальных навыках пациентов и в значительной мере сокращают негативные аспекты субъективного переживания госпитализации.

И все же, «недостаточно развернуться в обратную сторону от ошибки, чтобы прийти к истине» [Бурдые, 1993. С. 31]. Трансформация больничного уклада действительно исключает многие «умерщвляющие переживания», предупреждает искажение я-концепции пациента, его социальную дезадаптацию, но не обеспечивает автоматической эмансипации и социальной интеграции людей с психиатрическими диагнозами, не ликвидирует субъективного переживания ими социальной исключенности. Никакие реформы системы психиатрической помощи не будут социально эффективными, пока не учитывается и не трансформируется более широкий социокультурный контекст. Ключевым основанием для определения своего социального положения для пациента психиатрической клиники оказывается не факт госпитализации и не ха-

¹ За 12 лет существования клиники не было зафиксировано ни одного случая побегов или противоправного поведения ее пациентов.

рактической организации стационара, а жизненная ситуация за его пределами. Поэтому столь необходимо проведение мероприятий по дестигматизации психических заболеваний, предоставление людям с психиатрическими диагнозами реальных, а не декларируемых, возможностей получения образования, трудоустройства, профессиональной и социальной самореализации, социального участия — словом, действительное обеспечение их социального гражданства. Ведь только в этом случае возможно подлинное «возвращение пациента» в общество.

Описание полевых данных

Экспертные интервью с врачами-психиатрами:

Интервью 1. Мужчина, психиатр, директор частной клиники, Москва, 2008.

Интервью с пациентами:

Интервью 1. Женщина, 30 лет, более 5 госпитализаций, Москва, 2008

Интервью 2, ил. 1. Мужчина, 31 год, более 10 госпитализаций, Армянск, 2008

Интервью 3. Мужчина, 25 лет, 1 госпитализация, Владимир, 2008

Интервью 4. Мужчина, 30 лет, 3 госпитализации, Ростов-на-Дону, 2008.

Интервью 5. Мужчина, 19 лет, 1 госпитализация, Владикавказ, 2008

Интервью 6. Мужчина, 21 год, 3 госпитализации, Новосибирск, 2008.

Интервью 7, ил. 2. Женщина, 21 год, 4 госпитализации, Петропавловск-Камчатский, 2008

Интервью 8. Мужчина, 32 года, более 4-х госпитализаций, Москва, 2008

Интервью 9. Женщина, 46 лет, лечение в частной клинике, Москва, 2008.

Дневники наблюдений (15–30 сентября 2008 года, постоянное проживание в клинике).

Список литературы

Бурдые П. Социология политики. М.: Socio-Logos, 1993.

Бурдые П. Социология социального пространства. СПб.: Алетейя, 2005.

Власова О. Критерии нормативности в пространстве общества и истории: социальная феноменология безумия // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. Т. X. № 2. С. 184–190.

Дернер К. Гражданин и безумие. М.: Алетейя, 2006.

О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» // Федеральные целевые программы, 2007 // <http://fcp.vpk.ru/npd/pp280.htm>.

Погам С. Исключение: социальная инструментализация и результаты исследования // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Специальный выпуск: Современная французская социология. С. 140–156.

Польская Н. А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Социологический журнал. 2004. № 31/2. С. 145–158.

- Портер Р.* Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной. СПб.: Европ. ун-т в С.-Петербурге: Алетейя, 2008. С. 41–72.
- Реформа психиатрической помощи: Счастье от ума* // Известия. 2007 // <http://www.izvestia.ru/wellness/article3108489/>.
- Романов П., Ярская-Смирнова Е.* Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Научная книга, 2006.
- Савенко Ю.* Каковы приоритеты российской психиатрии сегодня? // Права человека в России, 2007 // <http://www.hro.org/ngo/discuss/npra2006.php>.
- Сас Т.* Фабрика безумия. Екатеринбург: Ультра: Культура, 2007.
- Финзен А.* Психоз и стигма. М.: Алетейя, 2001.
- Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997.
- Фуко М.* Ненормальные. СПб.: Наука, 2005.
- Фуко М.* Психиатрическая власть. СПб.: Наука, 2007.
- Фуко М.* Рождение социальной медицины // М. Фуко. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью, Ч. 3 / Под ред. Б. М. Скуратова. М.: Праксис, 2006. С. 79–107.
- Чорный Р.* Реформа психиатрии в России и права человека // Великая Эпоха (The Epoch Times), 2007. <http://www.epochtimes.ru/content/view/13054/9>.
- Штайнкамп Г.* Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. 2. № 1 (5). С. 115–155.
- Экспертное мнение: в России происходит реформа психиатрической помощи* // Радио «Говорит Москва», 2007 // <http://www.govoritmoskva.ru/news/36254.html>.
- Goffman E.* Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. N. Y.: Anchor Books, 1961.

Анжелика Сергеевна Литвинова
выпускница социологического факультета
МГУ им. М. В. Ломоносова
электронная почта: a_litvinova@inbox.ru
