

Ольга А. Власова  
Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика

*Социальная теория –*



«Антипсихиатрия: социальная теория и социальная практика / О. А. Власова.» : Высшая школа экономики;

## Аннотация

*Антипсихиатрия – детище бунтарской эпохи 1960-х годов. Сформировавшись на пересечении психиатрии и философии, психологии и психоанализа, критической социальной теории и теории культуры, это движение выступало против принуждения и порабощения человека обществом, против тотальной власти и общественных институтов, боролось за подлинное существование и освобождение. Антипсихиатры выдвигали радикальные лозунги – «Душевная болезнь – миф», «Безумец – подлинный революционер» – и развивали революционную деятельность. Под девизом «Свобода исцеляет!» они разрушали стены психиатрических больниц, организовывали терапевтические коммун и антиуниверситеты.*

*Что представляла собой эта радикальная волна, какие проблемы она поставила и какие итоги имела – на все эти вопросы и пытается ответить настоящая книга. Она для тех, кто интересуется историей психиатрии и историей культуры, социально-критическими течениями и контркультурными проектами, для специалистов в области биоэтики, истории, методологии, эпистемологии науки, социологии девиаций и философской антропологии.*

**Ольга Власова**

## Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика

© Власова О. А., 2014

© Оформление. Издательский дом Высшей школы экономики, 2014

### Введение: миф об антипсихиатрии

В занятном рассказе Эдгара По под названием «Система доктора Смоля и профессора Перро» описывается один из сумасшедших домов XIX в., отличающийся от других тем, что в нем практикуется «система поблажек». По рассказывает, «что наказания здесь не применяются вовсе, что даже к изоляции стараются прибегать пореже, что пациенты, находясь под тайным надзором, пользуются на первый взгляд немалой свободой и что большинству из них разрешается разгуливать по дому и саду в обычной одежде, какую носят здоровые люди»<sup>1</sup>. Руководит этим учреждением мосье Майар, «видный и красивый джентльмен старого закала – с изящными манерами и тем особым выражением лица, важным, внушительным и полным достоинства, которое производит столь сильное впечатление на окружающих»<sup>2</sup>. Сюжет рассказа разворачивается таким образом, что и это респектабельное заведение, и видный, знающий доктор, и система щадящих методов оказываются обманом. В конечном счете выясняется, что пациенты во главе с сошедшим с ума бывшим директором лечебницы

---

<sup>1</sup> По Э. А. Система доктора Смоля и профессора Перро / пер. с англ. С. П. Маркиша // По Э. А. Собр. соч.: в 2 т. Т. I. Воронеж: Полиграф, 1995. С. 193.

<sup>2</sup> По Э. А. Система доктора Смоля и профессора Перро / пер. с англ. С. П. Маркиша // По Э. А. Собр. соч.: в 2 т. Т. I. Воронеж: Полиграф, 1995. С. 192.

захватили врачей, вымазали их смолой, вывалили в перьях и посадили в изоляторы на хлеб и воду, а сами успешно (так, что на первый взгляд и не поймешь) исполняли их роли, пока врачи все же не вырвались.

Рассказ этот каждый может толковать по-своему, в нем есть место и психиатрическому, и антипсихиатрическому пониманию. Куда важнее сама метафора перевертыша. Волею судеб многие антипсихиатры начинали свой путь с подобной ситуации ролевой двойственности, ролевой обманки и ошибки идентификации сторон. По стечению обстоятельств в истории антипсихиатрии и ее восприятию культурой метафора перевертыша оказывалась одной из центральных: больные романтизировались и становились героями-революционерами, врачи низвергались с пьедестала медицинской власти, психиатрическая больница уступала место коммуна, а антипроекты в конце концов оборачивались лишь расширением и укреплением системы, срабатывая не против, а во благо экспансии.

Сформировавшуюся во времена бурления европейской культуры антипсихиатрию окружает огромное множество противоречивых трактовок. В этом пространстве, по большому счету, вообще понятно не много: тысячи ветвей и течений, тысячи поклонников, тысячи критиков и тысячи внутренних проблем. Погружаясь в антипсихиатрию, ты погружаешься в многоголосицу и споры, и, по всей видимости, выйти из всего этого незаинтересованным, беспристрастным, трезвомыслящим невозможно. Об антипсихиатрии сложно писать, поскольку, не говоря уже о риске быть заведомо обвиненным в ее пропаганде или обличении, сложно найти точку, на которой можно сохранять равновесие и при этом обозревать все вокруг.

Наверное, всякая попытка написать об антипсихиатрии обречена на провал, на непонимание, на критику, на оспаривание позиции. Может быть, судьба этого течения в том бремени маргинальности, которое неизменно препятствует всяким попыткам вписать его в психиатрию или в философию, психологию или социальную критику. Возможно, на антипсихиатрию никогда так и не удастся взглянуть эпистемологически, дистанцировав ее от себя. И все же здесь мы задаемся именно этой целью.

В какой-то мере настоящая книга является продолжением того, что уже было реализовано по отношению к феноменологической психиатрии и экзистенциальному анализу<sup>3</sup>, поскольку антипсихиатрия как междисциплинарное движение является их наследницей. Это попытка посмотреть на антипсихиатрию (в идеях ее родоначальников) историко-культурно, историко-научно, может быть, даже эпистемологически, попытка вскрыть основания проекта и представить авторский взгляд, который, как хочется верить, откроет перспективу для ее дальнейшего освоения.

Об антипсихиатрии ходит немало мифов, да и сама ее сущность, смысл ее проекта, в общественном сознании выглядит совсем иначе. По всей видимости, такова судьба популярных теоретических направлений и социальных движений: принадлежа всем и не принадлежа самим себе, в сознании большинства они превращаются в совокупность мифов, причем мифов подчас ложных. Так произошло, к примеру, с постструктурализмом и его пресловутой смертью субъекта, которая была принята многими его адептами буквально, без оглядок на методологический смысл, когда-то вложенный в этот концепт самими его прародителями. Так произошло с марксизмом и коммунизмом, практическая реализация идей которых часто была далека от того, что предполагали сами доктрины. То же произошло и с антипсихиатрией.

Знакомое многим выражение «психическая болезнь – миф», когда-то произнесенное

---

<sup>3</sup> Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010.

Томасом Сасом, было подхвачено огромным количеством людей и превратилось в лозунг, а цель «психиатрическая больница – это место заточения, поэтому должна быть упразднена», поставленная в качестве основной в реформистском проекте Франко Базальи, породила целый хор голосов, без разбора повторяющих друг за другом: «Заккрыть! Заккрыть!». Мало кто при этом вдается в подробности, мало кто отделяет изначальное движение от деятельности многочисленных последователей, мало кто разбирается в идеях самих антипсихиатров, читает их и обращается к теоретическим, практическим и социально-экономическим истокам самих теории и практики антипсихиатрии.

Нужно помнить, что человека формирует интеллектуальная среда, в которой он зреет, социальная ситуация, в которой он живет, и во многом образование, которое он получает. Взгляд медика, взгляд психиатра отличаются от взгляда инженера или учителя, философа или химика. Выстраивая проект критики предшествующей метафизики, Кант не перестает быть философом, философами не перестают быть постструктуралисты, деконструирующие кантианскую философию. И точно так же антипсихиатры не перестают быть психиатрами. Поэтому если они и говорят, что психическая болезнь – это миф, а психиатрическая больница подлежит упразднению, это означает лишь, что эти утверждения – не голые красивые фразы, а вводные замечания, которые они еще расшифруют. В конце концов, ведь нужно же думать, чем они собираются заниматься, если болезни не существует; где они собираются работать, если они же все и заккроют. Если психиатр произносит то, что произносили антипсихиатры, это не означает, что такие же фразы в устах других будут иметь тот же смысл.

Сознание поклонников масштабных теорий и движений часто ведет себя подобно сознанию нерадивых учеников, выхватывая из глубокой и непонятной мысли преподавателя знакомые слова и яркие связки, с потерей их смысла и часто с перестановкой букв в словах. Для того чтобы понять, что же имели в виду антипсихиатры и какова была исходная цель проекта, нужно смотреть отнюдь не на то, что получилось, а, напротив, на то, что было задумано: нужно смотреть в их книги, на эволюцию их идей и на развитие их проектов. Именно это мы и будем делать.

Особенность антипсихиатрии в том, что, будучи отчасти гуманитарным, философским движением, она ставит больше вопросов, чем дает ответов. Именно поэтому она оказалась настолько продуктивной: не столько потому, что открыла много дверей, а потому, что нашла еще больше закрытых, которые предоставила штурмовать последователям. И именно поэтому она стала настолько уязвимой для критики: поскольку ее практика выбрала своим основанием не медицинскую, а гуманитарную парадигму.

Всякий разговор об антипсихиатрии предполагает выбор ориентации, поскольку слишком о многом можно рассказывать и слишком много можно проповедовать, называя это антипсихиатрией. Сама выступая против социальной мифологии, антипсихиатрия породила вокруг себя столько мифов, что среди них трудно усмотреть истоки. Часто в этой мифологии запутываются и исследователи. Есть антипсихиатрия как движение по защите прав пациентов; антипсихиатрия как движение самих бывших и настоящих пациентов; антипсихиатрия как движение родственников больных; антипсихиатрия как движение против злоупотреблений в психиатрии; антипсихиатрия как движение против института психиатрических больниц и т. д. Словом, об антипсихиатрии еще говорят, если хочется выступить против, поругать (по поводу и без повода) саму психиатрию. Очень метко определяет ситуацию с антипсихиатрией и «антипсихиатриями» Феликс Гваттари. Характеризуя первую, он говорит: «Прежде всего, это литературный феномен, подхваченный массмедиа. Он развился из двух центров в Англии и в Италии, но совершенно очевидно, что он вызвал интерес у публики к таким проблемам в контексте нарождавшейся “новой культуры” <...>. Тем временем во Франции это стало чем-то

вроде литературного и кинематографического жанра. Люди зарабатывают деньги, печатая книжонки с названиями вроде “Никогда больше я не буду психиатром”, “Никогда больше я не буду медсестрой”, “Я больше не буду безумным”»<sup>4</sup>. Приставка «анти» только способствует тому, что все, кто называют себя антипсихиатрами, преимущественно критикуют и редко предлагают собственные программы. Все это многообразие протеста описать невозможно, поэтому книги об антипсихиатрии всегда отмечены одной и той же чертой: они всегда что-то упускают.

Нет единства и в самом лагере «антипсихиатров». Практически каждый из них (за исключением Дэвида Купера) отказывался от своей причастности к этому движению. Ничего удивительного в этом нет. Много ли найдется экзистенциалистов, которые соглашались нести знамя «экзистенциализма», или постструктуралистов, публично не отрекшихся от принадлежности к этому лагерю?..

Неоднозначен и вопрос об отношении антипсихиатрии к самой психиатрии. Ряд психиатров и историков психиатрии настаивают на том, что антипсихиатрия является исключительно левым социально-политическим движением и не имеет никакого отношения к психиатрии, что она, напротив, опровергает все ее парадигматические устои и представляет собой ничем не аргументированные псевдонаучные нападки. Эта позиция традиционна для той психиатрии, современницей которой стала антипсихиатрия: тогда она воспринималась как чужеродный элемент, как дискредитирующее психиатрию движение. Однако с того времени произошел постепенный отход от такой трактовки. Исторический и эпистемологический подход, начавший утверждаться в психиатрии, позволяет иначе посмотреть на ее историю. К тому же антипсихиатрия слишком многое черпала из психиатрической традиции и слишком много сделала для ее обновления, чтобы трактовать ее как внешнее и случайное по отношению к ней явление.

Внимательный взгляд на корни антипсихиатрии показывает, что ее практика закономерно вытекает из практической традиции терапевтических сообществ, и многие практические проекты антипсихиатрии построены по принципу коммунарной организации. Теоретическая составляющая антипсихиатрии, действительно, для психиатрии не вполне традиционна и представляет собой скорее социально-антропологический, нежели психиатрический дискурс. Но и ее развитие запускается внутриспсихиатрическими причинами и потребностями. Изначальным толчком служит характерное для всех наук XX в. стремление осмыслить свои методологические и парадигматические основания, а также импульс к гуманизации, нарастающий, как это ни парадоксально, параллельно с развитием психофармакологии. Сама возможность формирования критической социальной теории антипсихиатрии на базе психиатрии – печать того кризиса идентификации и этиологических гипотез, в котором тогда психиатрия пребывала.

Эпистемологически антипсихиатрия – результат закономерного развития психиатрии, критическая точка ее истории, в которой она стремится разрешить достигшие пика собственные противоречия. Антипсихиатрия показывает стадию негации естественно-научной парадигмы психиатрии, стадию радикального сомнения и отрицания теории и практики. Исходный импульс антипсихиатрии – в самой психиатрии.

Это не означает, что внешние причины являются менее значимыми для зарождения антипсихиатрии. Нет сомнения, что послевоенная эпоха, а затем и бунтарские шестидесятые,

---

<sup>4</sup> *Guattari F. Anti-Psychiatry and Anti-Psychoanalysis // Molecular Revolution: Psychiatry and Politics / transl. by R. Sheed. Harmondsworth; N.Y.: Penguin, 1984. P. 45–46.*

контркультура, протестные политические настроения сыграли решающую роль в формировании теории и практики антипсихиатрии. Но один лишь социально-культурный климат ни в коем случае не мог породить такое масштабное движение. Оно оформилось на границе самой традиционной психиатрии и стало одновременно и профессиональным, и социально-политическим.

Если посмотреть на итоги антипсихиатрии, то опять-таки нельзя сказать, что она осталась исключительно социально значимым движением. Во многом она способствовала реформированию психиатрии, гуманизации ее практики и развитию программ социальной адаптации. Благодаря своей радикальности она стала своеобразным полем проекции ожиданий и реакций, связанных с функционированием системы психиатрической помощи, объединив множество людей по всему миру, образовав многополярное пространство дискуссий. Это значение антипсихиатрии для психиатрии нельзя игнорировать.

В настоящей книге разговор пойдет о той антипсихиатрии, которая сформировалась до всяких прочих «антипсихиатрий», т. е. об исходном антипсихиатрическом движении, об антипсихиатрическом проекте. Мы объединяем под термином «антипсихиатрия»<sup>5</sup> междисциплинарное движение 1960–1970-х годов, особенностью которого является выработка социального проекта (социальной теории и социальной практики) и которое включает в себя Р. Д. Лэйнга (и его последователей: А. Эстерсона, Дж. Берка, Л. Мошера, Э. Подволла и др.), Д. Г. Купера, Ф. Базалью (и сторонников движения «Демократическая психиатрия»), Т. С. Саса, а также социально-критические, социально-эпистемологические и антропологически ориентированные околоантипсихиатрические идеи.

Мы ориентируемся на сами тексты, идеи, проекты антипсихиатров и их непосредственные оценки, мы говорим скорее не об обобщенном феномене антипсихиатрии, а об антипсихиатрах – тех из них, кто был первым и оставил наиболее заметный след. Мы возвращаемся к исходному смыслу антипсихиатрии как движению профессионалов, специалистов-психиатров, получившему в силу их ангажированности гигантский социально-политический, общественный резонанс. В мире множество литературы об антипсихиатрии вообще, а также антипсихиатрической литературы, и здесь мы практически не затрагиваем ее. Нас интересует прежде всего история антипсихиатрии: творческий путь антипсихиатров, их практические проекты, оформление движения, его итоги.

Говоря об антипсихиатрии, нужно говорить и о единстве проекта, охватывающего столь несхожие фигуры, как Лэйнг, Купер, Базалья, Сас и др. Этот проект опирается на социальную теорию и развивает социальную практику. Социальная теория и социальная практика – интегральные особенности антипсихиатрии как движения. Поэтому антипсихиатрия – это и направление психиатрии, и ее маргинальное пространство, и течение гуманитарной мысли, и направление социальной критики, и практика леваческого активизма.

В антипсихиатрии, подобно многим другим теориям и практикам, всплывает старый психиатрический сюжет исключения, интернирования, социального насилия, игры власти; все ее теоретическое и практическое пространство структурируется вокруг этого сюжета, и антипсихиатрия возникает в духе борьбы, в попытке снять его напряженность. Такая направленность, этот исходный смысл антипсихиатрии как протестного движения, и формирует ее социальный проект.

---

<sup>5</sup> Само понятие «антипсихиатрия» передается в западной традиции (на английском, французском, немецком и проч.) в двух вариантах: как «анти-психиатрия» и как «антипсихиатрия». Купер и Сас использовали первый вариант, Лэйнг и Базалья – оба. Мы передаем оба встречающихся варианта написания как «антипсихиатрия», поскольку принципиального различия здесь нет.



Однако настоящее, все больше и больше отдаляясь от антипсихиатрии, превращая ее из современности в историю, унося в прошлое фигуры не только идеологов, но и критиков – фигуры Лэйнга и Купера, Базальи и Саса, Фуко и Кастеля, все отчетливее ставит перед нами вопросы другого порядка. Оно превращает антипсихиатрию в пространство проблематизации, в критическую точку, благодаря которой мы можем оценить современность самой психиатрии. Это пространство, невидимое как для современников антипсихиатрии, так и для ее ближайших критиков, вырисовывается в эпистемологическом горизонте сейчас, когда наконец настает время подведения первых ее итогов.

Что это за пространство проблематизации, которое открывает антипсихиатрия, что говорит история антипсихиатрии о современности психиатрии, и какие ее итоги мы можем подвести сейчас – все эти вопросы очерчивают конечные точки нашего анализа, к которому мы обратимся в конце книги, когда будем говорить об образе антипсихиатрии. Современная психиатрия, несмотря на новейшие медицинские открытия и многочисленные терапевтические программы, все еще стоит на распутье, все еще пытается разобраться в своем противоречивом происхождении как науки и практики. Робер Кастель открывает свою книгу «Метаморфозы социального вопроса...» замечательной фразой, которая емко передает этот рубеж: «Думается, что во времена неопределенности, когда прошлое уже исчерпало себя, а будущее еще не ясно, чтобы понять настоящее, необходима работа памяти»<sup>6</sup>. Как раз здесь для психиатрии и оказывается как нельзя кстати антипсихиатрия.

## I. Слагаемые протеста

### 1. Психиатрия и экзистенциально-феноменологическая психиатрия

В XX в. психиатрия переживает времена активных трансформаций, и в результате этих трансформаций она обретает свое современное лицо естественной науки, свою методологию, теорию и практику. Именно на прошлый век приходится развитие психофармакологии, разработка основных направлений психотерапии и социальной адаптации больных, а также множество теоретических новаций от инфекционных до философских гипотез происхождения психических расстройств.

Это значимое для самой психиатрии время сопровождается изменениями и в развитии науки как таковой: усилением междисциплинарных взаимодействий, активизацией этической и антропологической проблематики, поворотом к методологии. Наука, сохраняя внимание к своему предмету, обращается и к себе самой, осмысляя свое собственное развитие. «Со времен Эйнштейна и Гейзенберга, – пишет Клаус Дернер, – естествоиспытателей мучает вопрос о легитимности, обоснованности их деятельности перед лицом как безграничных возможностей, так и опасностей современного естествознания. И, быть может, хорошо, что вся наша жизнь более зависит от честности и постоянства этого “самоистязания”, чем от других действий естествоиспытателей. <...> Короче говоря, с тех пор, как в XIX в. естествоиспытатели отпраздновали победу независимости своей науки, разорвавшей оковы философии, в XX в. они пытаются восстановить организующую роль философского мышления. Они мучительно занимаются саморефлексией»<sup>7</sup>. Не становится исключением и психиатрия.

---

<sup>6</sup> Кастель Р. Метаморфозы социального вопроса. Хроника наемного труда / пер. под ред. Н. А. Шматко. СПб.: Алетейя, 2009. С. 7.

<sup>7</sup> Дернер К. Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии / пер. с нем.

Как со стороны философии, так и стороны психиатрии это движение навстречу друг другу становится отражением характерных для XX в. тенденций междисциплинарности. Философия расширяет свои границы и обращается к ранее маргинальным для нее предметным пространствам, пытаясь их посредством развить проблематику своих традиционных разделов, а также осмыслить собственный статус. Психиатрия начала XX в. переживает кризис объяснительных гипотез и интерпретационных схем. На волне методологических споров она начинает осмыслять себя не только как раздел медицины и естественную науку, но и как науку о человеке, хотя и о человеке психически больном. В такой ситуации философия представляет ей методологическую и концептуальную опору для критики собственных оснований. Так и формируются философские по своему парадигматическому характеру направления психиатрии.

Процесс взаимодействия философии и психиатрии предстает при этом как развитие и смена философских парадигм психиатрии: 1) общегуманитарная парадигма (работы З. Фрейда, Ю. Блейлера, Х. Прицхорна) – до 1930-х годов; 2) экзистенциально-феноменологическая парадигма (феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ) – 1930–1960-е годы; 3) социально-критическая парадигма (антипсихиатрия) – 1960-е – конец 1980-х годов; 4) философия психиатрии – с 1990-х годов.<sup>8</sup>

Постепенная гуманитаризация психиатрии начинается с «малой» психиатрии – той ее обширной части, которая имеет дело с неврозами и личностными расстройствами. Такой гуманитаризации способствуют психоаналитические и пропсихоаналитические теории и соответствующая практика лечения неврозов: динамическая психиатрия П. Жане, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Г. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера и т. д. «Очеловечивание» невротиков становится необходимой предпосылкой гуманитаризации психиатрии. Многие объяснительные гипотезы и методы, разработанные в психиатрии неврозов и психоанализе, впоследствии начинают использоваться и в отношении больных психозами. Определенную роль на этой ступени сыграют и психохарактерологические исследования. Во-первых, это исследования типов темпераментов и психопатий (Э. Кречмер, У. Шелдон и др.), способствовавшие выстраиванию вектора «норма – психопатия – болезнь». Во-вторых, это исследования творчества одаренных больных, представлявшие болезнь как уникальный, воплощающийся в искусстве способ видения.

Эти тенденции психиатрии неврозов подкрепляются стремительным развитием антропологии и этнологии и полевыми исследованиями нормы и патологии в примитивных культурах. В итоге постепенно оформляется общее для гуманитариев и психиатров пространство интересов и рефлексии. В начале 1950-х годов Грегори Бейтсон и Юрген Рюш пишут: «Сегодня, в середине XX в., специалисты-гуманитарии и клиницисты предпринимают всяческие усилия, чтобы лучше понять друг друга. Отход от догматических концепций и избавление от научной изоляции – это мода нашего времени»<sup>9</sup>.

Это гуманитарно-психиатрическое пространство тогда все еще остается пространством общих интересов и пересекающихся проблем. Процесс методологической саморефлексии психиатрии и ее непосредственное обращение к философии будут связаны только с

---

И. Я. Сапожниковой; под ред. М. В. Уманской. М.: Алетей, 2006. С. 22.

<sup>8</sup> Эту схему мы неоднократно в разных интерпретациях представляли в других работах. См.: Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ...; Власова О. А. Антипсихиатрия: становление и развитие. М.: РГСУ «Союз», 2006.

<sup>9</sup> Ruesch J., Bateson G. Communication: The Social Matrix of Psychiatry. New Brunswick: Transaction Publishers, 2008. P. 3.



формированием экзистенциально-феноменологической психиатрии.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия – прямая предшественница антипсихиатрии: без первой была бы невозможна вторая<sup>10</sup>. Это традиция, которая объединяет в себе феноменологическую психиатрию и экзистенциальный анализ, или Dasein-анализ. Она изначально базируется на философской парадигме и философской установке, поэтому по своим основаниям это скорее философское, чем медицинское, психиатрическое направление. Ее запускает по преимуществу развитие феноменологии и экзистенциальной философии и экстенсивное распространение их на прикладное пространство психиатрии. Эти философские влияния дополняются описательной психологией В. Дильтея и понимающей социологией М. Вебера, философской антропологией М. Шелера и феноменологией мюнхенского кружка, неокантианством П. Наторпа и интуитивизмом А. Бергсона.

Традиционно к феноменологической психиатрии относят идеи К. Ясперса, Э. Минковски, Э. Штрауса и В. Э. фон Гебзаттеля; к экзистенциальному анализу, или Dasein-анализу, – взгляды Л. Бинсвангера, М. Босса и их последователей: Р. Куна, А. Шторха, К. Куленкампа, В. Бланкенбурга, Г. Телленбаха, Г. Кондрау и др. Последователи экзистенциально-феноменологической психиатрии есть во всех странах Европы, и оказанное ею влияние поистине революционно: она изрядно способствовала гуманизации психиатрии; стала основным пространством осмысления методологических оснований самой психиатрии, пространством ее философской саморефлексии; и наконец, именно благодаря ей позднее сформировалась гуманистическая психология, одно из трех центральных на сегодняшний день направлений психологии и психотерапии.

Формируется экзистенциально-феноменологическая психиатрия в 1920-е годы, официальной датой ее рождения считается 25 ноября 1922 г. В этот день на заседании Швейцарского психиатрического общества с докладами выступили Эжен Минковски и Людвиг Бинсвангер. Стремительное развитие этого движения (по крайней мере, в работах и проектах основных представителей) происходит в основном в период до начала 1960-х годов, когда оно уступает свои лидирующие позиции на арене философско-психиатрических направлений антипсихиатрии.

Само движение разнообразно как по своим идеям, так и по методологическим установкам, но все его представители объединяются вокруг философской трактовки психического заболевания и рассмотрения его в контексте существования больного. В экзистенциально-феноменологической психиатрии болезнь превращается из медицинского в антропологический и экзистенциальный феномен. Складывается такое понимание на основании обращения психиатрии к идеям феноменологии, экзистенциальной философии и других родственных течений и теорий.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия выводит взаимодействие философии и психиатрии на принципиально иной уровень, представляя первый опыт формирования философско-клинического пространства рефлексии и саморефлексии. Вторым таким опытом станет уже антипсихиатрия. В этом пространстве полученная целостность гораздо больше, чем составляющие ее части и даже больше, чем их сумма. Для самой экзистенциально-феноменологической психиатрии это станет возможно благодаря пяти решающим шагам: 1) методологическая и предметная саморефлексия; 2) реабилитация патологического опыта; 3) очеловечивание больного; 4) интерпретация болезни как

---

<sup>10</sup> Здесь не ставится цель систематического анализа экзистенциально-феноменологической психиатрии. Он представлен в работе: *Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ...*

существования; 5) конституирование метаонтики.

Традиция экзистенциально-феноменологической психиатрии возникает в общей для всех наук ситуации междисциплинарности. Вот как описывает эту ситуацию Людвиг Бинсвангер: «Проходит то время, когда отдельные науки, страшась, отгораживались от философии, когда они в критической самонадеянности оставляли без внимания непосредственное существование и в позитивистской гордости забывали о проблематичности собственной природы. Сегодня философы и ученые, критики и творцы с полным осознанием границ своего метода обращаются друг к другу для совместного сотрудничества. Развитие неокантианства, исследования Дильтея и феноменологическое движение – все это указало на возможность взаимодействия науки и философии, которое имеет своей конечной целью понимание науками себя самих»<sup>11</sup>.

Бинсвангер здесь подмечает основные направления саморефлексии, которые развернет в том числе и психиатрия: осмысление границ собственной методологии, предметной области, исторической ситуации, появления как науки и проч. Во всех этих точках самоосмысления психиатрия не могла сделать и шага без философии. К тому же те философские школы и течения, из которых она черпала свое вдохновение, относились к проблеме соотношения философии и науки, к проблеме методологии с особым вниманием. От неокантианства, в частности, неокантианства П. Наторпа, экзистенциально-феноменологическая психиатрия переняла интерес к соотношению философии и науки, попытки построения иерархической системы их взаимодействия; от описательной психологии В. Дильтея и всей волны гуманитарных методологических споров – внимание к методологии и разделение методологии объясняющей и понимающей; от феноменологии – установку на редукцию и очищение от предрассудков.

Этот процесс саморефлексии подхлестывает нарастающую антропологическую волну, стремительное развитие новых и старых гуманитарных наук, развитие этнологии и антропологии. Закономерно, что психиатрия начинает идентифицировать себя не только как естественную, но и как гуманитарную науку. И впервые эта гуманитарная идентификация психиатрии развивается в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе. «Когда объектом исследования становится человек во всей полноте “человеческого”, а не просто человек как биологический вид, психопатология обнаруживает свойство гуманитарной науки»<sup>12</sup>, – подчеркивает Карл Ясперс.

Осмысляя себя как гуманитарную науку, психиатрия начинает заимствовать методологию «смежных» дисциплин – социологии, психологии, антропологии – и именно поэтому встает вопрос об отличной от естественнонаучной методологии, и именно так в психиатрию проникает традиция описательной психологии. Наиболее ценным следствием гуманитаризации становится не методология: психиатрия обретает новое мировоззрение и на передний план в ней выходит антропологическая проблематизация. Основной проблемой этой новой, гуманитарной психиатрии оказывается проблема человека, а сама психиатрия начинает осмыслять себя как науку о человеке. «Психология и психотерапия как науки, по общему признанию, заинтересованы “человеком”, но прежде всего не больным человеком, а человеком как таковым»<sup>13</sup>, – подчеркивал Бинсвангер.

<sup>11</sup> Binswanger Archive, Tübingen University Archive, Germany, 443/36. Цит. по: *Lanzoni S. Bridging Phenomenology and the Clinic: Ludwig Binswanger's «Science of Subjectivity»*. Diss. Philos. Harvard University, 1991. P. 6.

<sup>12</sup> *Ясперс К.* Общая психопатология / пер. с нем. Л. О. Акопяна. М.: Практика, 1997. С. 64.

<sup>13</sup> *Binswanger L.* Existential Analysis and Psychotherapy // *Psychoanalysis and Existential Philosophy* /

В рамках экзистенциально-феноменологической психиатрии происходит своеобразное проблемно-методологическое смещение. Если классическая традиционная психиатрия осмысляет себя как науку о психическом заболевании и исследует причины, содержание (симптомы и синдромы) и принципы лечения психических расстройств, то в экзистенциально-феноменологической психиатрии вместе с изменением направленности приходит изменение проблемного поля: начинает исследоваться человек как таковой, человек как целостность, его жизнь-история, и основным предметным пространством становится патологический опыт как полноценное переживание себя и окружающей реальности.

Антипсихиатры продолжают традицию неокантианского вопрошания о статусе собственной науки и будут настаивать на том, что психиатрию нельзя рассматривать по подобию естественных наук и что она имеет дело с человеком и его проблемами. Как будет подчеркивать Томас Сас: «Мы знаем, что человек может обрести личностную целостность только посредством открытого осознания своего исторического происхождения и достоверной оценки своих уникальных особенностей и потенциальных возможностей. Это справедливо и для профессии или науки. Психиатрия не сможет достичь профессиональной целостности, подражая медицине, и целостности научной, подражая физике. Она сможет добиться этой целостности и, следовательно, уважения к себе как к профессии и признания как науки лишь благодаря мужественному противостоянию своим истокам и честной оценке своих истинных особенностей и потенциальных возможностей»<sup>14</sup>.

Феноменология приносит психиатрии новую оптику, которая в равной мере влияет как на ее теорию, так и на ее практику. Как писал Гуссерль: «Вместо того чтобы растворяться в выстроенных различным образом друг на друге актах и при этом предметы, смысл которых имеется в виду, так сказать, наивно полагать как существующие, определять их или выдвигать относительно них гипотезы, выводить следствия и т. д., мы должны, напротив, “рефлексировать”, т. е. сделать предметами сами акты в имманентном смысловом содержании»<sup>15</sup>.

Психиатры сосредотачиваются не на поведении, не на симптомах, а на внутреннем опыте самого больного. «Само патологическое сознание» становится психиатрическим аналогом «самих вещей» Гуссерля, вокруг устремленности к которому и объединяется лагерь экзистенциально-феноменологических психиатров. Здесь в активное пользование как раз и входит феноменологическая редукция, скорее даже, редуцирующая установка. В психиатрии начала века с обилием теорий и концепций ее необходимость осознавалась как никогда отчетливо. Карл Ясперс, один из методологических родоначальников экзистенциально-феноменологической психиатрии, вспоминал: «Каждая из школ имела собственную терминологию. Казалось, что разговор идет на совершенно разных языках, местные же диалекты этих языков существовали в каждой клинике. <...> Возникало чувство, будто я живу в мире, где существует необозримое множество разнообразных точек зрения, которые можно брать и в любой комбинации, и по отдельности, но все они до невероятия

---

H. M. Ruitenbeek (ed.). N.Y.: Dutton & Co, 1962. P. 17–18.

<sup>14</sup> Szasz T. S. Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man. Syracuse: Syracuse University Press, 1991. P. 68.

<sup>15</sup> Гуссерль Э. Логические исследования. Т. II (1) / пер. с нем. В. И. Молчанова // Собр. соч. Т. III (1). М.: Гнозис, Дом интеллектуальной книги, 2001. С. 21.

просты и бесхитростны»<sup>16</sup>. Феноменологическая редукция уводит от теорий и многочисленных гипотез, от симптомов и синдромов, от поведения и внешних показателей и открывает для психиатра мир переживания больного. Сам опыт, само переживание – это то, что у экзистенциально-феноменологических психиатров остается в качестве феноменологического остатка после прохождения этапа феноменологической редукции и что приходит на место гуссерлевского сознания.

Отказ от теорий и гипотез приводит к описательной ориентации экзистенциально-феноменологической психиатрии. И здесь влияние феноменологии Гуссерля дополняется описательной психологией В. Дильтея. Вслед за ним Карл Ясперс призывает отказаться от неприменимого в психологии и психиатрии объяснения и обратиться к описанию мира переживаний больного. Основным методом этой описательной психологии становится метод понимания – интуитивное проникновение и постижение взаимосвязи феноменов.

Такое безоценочное понимание ведет к реабилитации патологического опыта: патологические переживания, патологический мир становятся равноправны миру и опыту большинства людей. Феноменологическая редукция Гуссерля снимает вопрос об истинности и фантазийности опыта сознания – для него реальность и фантазия онтологически равны. Феноменологическая редукция экзистенциально-феноменологической психиатрии снимает вопрос о реальности патологического опыта, и он становится онтологически равноправен переживанию здоровых людей. Так, Эрвин Штраус подчеркивает, что всякий непосредственный опыт разворачивается в сенсорной, дологической сфере, в которой реально все, что переживается, поэтому реален для больного и патологический опыт. «Реальное, – пишет он, – это то и только то, что затрагивает и захватывает переживающего человека. “Реальное” означает “произошедшее со мной”. При этом оно не обязательно должно соответствовать установленным законам природы. Нереального как возможности или вероятности не существует»<sup>17</sup>. Его поддерживает Я. Х. Ван Ден Берг: «В одной вещи можно быть уверенным: мир, о котором говорит пациент, столь же реален для него, как наш мир для нас. Он даже более реален, чем наш; поскольку в то время как мы в состоянии избавиться от чар депрессивного восприятия, пациент неспособен это сделать»<sup>18</sup>.

Переживания психически больных перестают, таким образом, трактоваться как выдумка и продукт больной фантазии и начинают пониматься как полноценная реальность. И эта онтологическая реабилитация патологического опыта – фундаментальное достижение экзистенциально-феноменологической психиатрии. Она ведет к гуманизации отношения к психически больному. В больном, который сидит напротив, психиатры начинают замечать личность. «Те, кто имеет дело с больным человеком, имеют дело с человеком»<sup>19</sup>, – говорит французский философ Анри Мальдини. Уже в рамках антипсихиатрии это высказывание в одном из своих интервью словно бы перефразирует Лэйнг: «Если кто-то стоит по ту сторону

---

<sup>16</sup> Ясперс К. Философская автобиография / пер. с нем. А. В. Перцева // Западная философия: итоги тысячелетия. Екатеринбург: Деловая книга; Бишкек: Одиссей, 1997. С. 33.

<sup>17</sup> Штраус Э. Феноменология галлюцинаций / пер. с англ. О. А. Власовой // Философско-антропологические исследования. 2007. № 2. С. 139.

<sup>18</sup> Van Den Berg J. H. A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology. Pittsburg: Duquesne University Press, 1972. P. 19.

<sup>19</sup> Maldiney H. L'existant // Psychiatrie et existence / P. Fédida, J. Schotte (eds). P.: Jérôme Million, 1991. P. 25.

пропасти, он не перестает быть человеком»<sup>20</sup>.

Произошедшая только благодаря философии реабилитация патологического опыта приводит к изменению мировоззренческих ориентиров. Для XIX в. характерной и общепринятой являлась теория дегенерации, а больной, что естественно при такой трактовке его заболевания, признавался недочеловеком. Считалось, что в психическом заболевании он деградировал до животного состояния, эта деградация была необратима, лечение считалось бесполезным, и единственным методом могла стать муштровка. Психически больные, становясь таковыми, навсегда утрачивали свою дееспособность и человеческое лицо, поэтому и обращение с ними по большей части было как с животными, поэтому и содержали их в «не-человеческих» условиях.

В гуманистическом перевороте психиатрии начала XX в. сыграло свою роль множество факторов, и важнейшим из них стало развитие экзистенциально-феноменологической психиатрии. Первая мировая война принесла Европе всплеск случаев военных неврозов и, как следствие, приток психологических техник. Достижения психофармакологии привели к возможности хотя и незначительного, но купирования острых симптомов и замедления процесса деградации. Мощная экзистенциальная волна в культуре и философии заставила задуматься над человеческой жизнью, страданием и отношениями между людьми, заставила признать, что необходимо относиться к человеку как к человеку. Все эти факторы подготовили почву для того, что сделала экзистенциально-феноменологическая психиатрия.

Обратившись к самой реальности болезни, присмотревшись к больному, экзистенциально-феноменологическая психиатрия разглядела в нем человека, хотя и несколько непохожего на остальных. Позиционируя себя как науку о человеке, она ввела новые критерии разделения нормального и патологического. Психически больной, как говорят ее представители, так же как и все, живет в мире, воспринимает его, действует в нем, только делает он это, исходя из другого модуса существования, не похожего на модус существования большинства людей. «...Болезнь в первую очередь является способом человеческого бытия»<sup>21</sup>, – подчеркивает В. Э. фон Гебзаттель.

Трактовка болезни как модуса человеческого бытия, способа существования больного, приводит к более внимательному отношению к той личности, «патологическое» существование которой раскрывается перед психиатром. Патологический опыт начинает пониматься не как опыт сам по себе (и здесь экзистенциально-феноменологическая психиатрия отходит от принципов феноменологии), а как чей-то опыт, а мир – как мир именно этого больного. Работы экзистенциально-феноменологических психиатров изобилуют не столько клиническими случаями, сколько историями жизни и исповедями больных о своих переживаниях. «Болезни как таковой не существует, – подчеркивает Медард Босс. – Живот и болезнь живота, мышление и общий паралич – это несуществующие абстракции. Но *моя* рука, *мой* живот, *наши* инстинкты, *ваши* мысли реальны. Строго говоря, лишь упоминание о моем, вашем или их *болезненном существовании* отсылает к чему-то реальному. Притяжательные местоимения повседневного языка, используемые для описания реальности бытия больным, все указывают на существование, которое сохраняется и раскрывается в истории жизни»<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> Kirsner D. The Human Condition: An Interview with R. D. Laing // Psychotherapy in Australia. 1996. No. 2. P. 59.

<sup>21</sup> Gebzattel V. E., von. Medizinische Anthropologie. Einführende Gedanken // Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Medizinische Anthropologie. 1959. Nr. 7. S. 198.

<sup>22</sup> Boss M. «Daseinsanalysis» and Psychotherapy // Psychoanalysis and Existential Philosophy. N.Y.: E. P. Dutton & Co, 1962. P. 82.

В мире нормальных людей психически больной поэтому предстает как экзистенциальный чужак, как иностранец. Его переживание мира не похоже на таковое у остальных людей, его образ самого себя отличается от усредненного образа. Именно эта чуждость, по мнению большинства представителей экзистенциально-феноменологической психиатрии, и обозначается в термине «психически больной». Больной, таким образом, признается человеком, но человеком экзистенциально другим. Эрвин Штраус разъясняет: «Устаревшие выражения “психиатр” и “сумасшедший дом” все еще напоминают нам, что инаковость является тем критерием, с опорой на который выстраивают клиническое наблюдение и научное исследование. Психотические симптомы хотя бы косвенно указывают на стандарт, которому пациент не соответствует»<sup>23</sup>.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия развивала в пространстве науки о душевных болезнях идеи феноменологии и экзистенциальной философии, поэтому критерием идентификации психического заболевания стала для нее экзистенциальная чуждость. Антипсихиатрия будет продуктом эпохи 1960-х годов, поэтому ориентиром для нее станет не экзистенциальная, а социальная философия, а критерием дифференциации психического заболевания станет чуждость социальная.

Однако представители экзистенциально-феноменологической психиатрии не просто характеризуют патологический опыт как экзистенциально другой, но и подробно описывают основные его векторы. Как отмечает Роланд Кун: «Основная идея этого течения состоит не в том, чтобы расширить психопатологию, но в том, чтобы *взять за точку ее отсчета существование* и показать, в каком смысле психопатологический подход к больному представляет *дефицитарную модификацию существования*»<sup>24</sup>. Для каждого из представителей при этом эта картина патологического строится в векторах пространства и времени, но описывается на разных языках, в зависимости от приоритетных философских заимствований.

Эжен Минковски особенностью патологического опыта считает угасание «личного порыва». Творчески развивая концепт жизненного порыва А. Бергсона, он характеризует личный порыв как направленность человеческой жизни вперед, личное становление, устремленность к новым рубежам и новым целям. При шизофрении, на его взгляд, этот порыв угасает, что ведет к замедлению временного потока, к отрыву от него, к утрате контакта с реальностью и с другими людьми. Жизнь и личность при этом теряют свою целостность и распадаются на фрагменты, становление блокируется, и человек уже не может двигаться дальше, проектировать свое поведение и даже просто-напросто жить в настоящем, поскольку вне связи с прошлым и будущим это невозможно.

Эрвин Штраус строит свою концепцию патологического опыта подобно Минковски, называя одной из основных его особенностей блокирование темпоральности и становления. «Так как переживание времени является основополагающим пространством опыта в целом, – пишет он, – существуют трансформации этого опыта, которые определяют другие переживания, мысли, действия и их результаты благодаря зависимости как по форме, так и по содержанию, от этих трансформаций»<sup>25</sup>. Он описывает психическое заболевание в рамках

---

<sup>23</sup> Штраус Э. Феноменология галлюцинаций. С. 265.

<sup>24</sup> Kuhn R. Existence et psychiatrie // Psychiatrie et existence. P. 47.

<sup>25</sup> Straus E. W. The Forms of Spatiality // Straus E. W., Natanson M., Ey H. Psychiatry and Philosophy. N.Y.: Springer, 1969. P. 3.



эстезиологии – науки о непосредственном, предлогичном, сенсорном опыте – и характеризует шизофрению как изменение отношений с окружающим миром, а точнее, как утрату границ между «я» и Другим, окружающими предметами и окружающими людьми. Личное пространство вторгается в общее социальное пространство, и так появляются идеи влияния, социальное же переходит границы личного, приводя к идеям воздействия, голосам, вложенным мыслям и навязчивому поведению.

Виктор Эмиль фон Гебзаттель определяет пространство психического заболевания как пространство деперсонализации и ничтожения. Деперсонализация развивается вследствие нарушений отношений с миром, связности с ним: мир как таковой остается прежним, изменяется его данность больному. Гебзаттель отмечает: «Предшествующая отдельной встрече с миром в ощущении, восприятии, переживании всеобщая “целостная взаимосвязь” с миром, обеспечивающая встречу с конкретным содержанием существования, изначально разрушена»<sup>26</sup>. Результатом разрушения этой целостности и связности является то, что существование утрачивает свою направленность и целостность и падает в пропасть, погружается в пустоту, где на арену выходит «не-существование».

Людвиг Бинсвангер объединяет поиски оснований патологического существования вокруг понятия «экзистенциально-априорные структуры», определяя их как пред-формы, матрицу опыта человека, стержень, каркас бытия-в-мире. Так Бинсвангер теоретически завершает все предшествовавшие ему попытки определения экзистенциального генеза патологического опыта. Сам он считает, что психическое заболевание запускается несогласованностью опыта и блокированием возможности непосредственного пребывания среди вещей. В процессе развития заболевания в опыте появляются бреши, и он уже не может развертываться свободно и связно: разрушаются целостность потока времени и целостность пространства. Существование в таком случае словно заходит в тупик: «...Человеческое существование может *зайти слишком далеко*, может достичь *края* и *сейчас*, из которого нет ни отступления, ни движения вперед»<sup>27</sup>.

Медард Босс вслед за Хайдеггером говорит о нарушении открытости Dasein, о сужении горизонта существования, его обеднении и уплощении. За психическим заболеванием, на его взгляд, стоит суженный горизонт видения, который и запускает патологические изменения телесности, пространственности и временности, свободы и настроенности. Видоизмененными оказываются все фундаментальные экзистенциалы человеческого существования, они словно образуют новый патологический ансамбль. Босс пишет: «Болезнь приводит к акцентированию по сравнению с другими или отходу на второй план какой-либо характеристики, но даже если возможность их проявления ограничена, все они продолжают существовать как потенции. То, что на самом деле затрагивает болезнь, так это способность больного человека принимать участие в реализации этих специфических потенций в свободном сосуществовании с тем, с чем он сталкивается в мире»<sup>28</sup>. Существование при этом оказывается парализовано, не может свободно развиваться и полноценно реагировать на мир.

Метод понимания, центральный метод этого движения, дополняется в исследованиях патологического опыта феноменологически-структурным анализом и экзистенциальным

---

<sup>26</sup> *Gebattel V. E., von. Zur Frage der Depersonalisation (Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie) // Gebattel V. E., von. Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer, 1954. S. 32.*

<sup>27</sup> *Бинсвангер Л. Экстравагантность // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире / пер. Е. Сурпиной. М., СПб: КСП+, Ювента, 1999. С. 294.*

<sup>28</sup> *Boss M. Existential Foundations of Medicine and Psychology. N.Y.: Jason Aronson, 1979. P. 199.*

анализом. Структурный анализ позволяет выделить структуру существования, особенности изменения пространственности и темпоральности. Экзистенциальный анализ, основанный на герменевтике бытия, восстанавливает целостную экзистенцию психически больного человека.

При этом экзистенциально-феноменологическая психиатрия не просто развивает философские идеи применительно к проблемам психиатрии или применяет философские методы и понятия к новым для нее областям. В этом экстенсивном развитии она не просто переносит, но и творчески развивает и, более того, дополняет как философскую, так и психиатрическую теории. Поэтому как феноменологическая психиатрия, так и экзистенциальный анализ, составляющие это движение, могут по праву называться не просто прикладными направлениями, но направлениями философско-клиническими, предполагающими характерные черты, собственную методологию, направленность, предметное пространство, проблематику, понятийный аппарат.

Системообразующей особенностью экзистенциально-феноменологической психиатрии является формирование так называемого метаонтического пространства. Метаонтика при этом – нечто среднее на пересечении философской онтологии и конкретной психиатрической антропологии. Термин этот предлагает использовать Дж. Нидлман по отношению к идеям Людвига Бинсвангера. Он пишет: «...Любая дисциплина, которая занимается трансцендентально априорными неотъемлемыми структурами и возможностями конкретного человеческого существования, не является, строго говоря, ни онтологической, ни онтической, а скорее лежит где-то между ними»<sup>29</sup>.

Структурируется это пространство первоначально как прикладное. Онтологические по своей направленности феноменология Гуссерля, экзистенциальная аналитика Хайдеггера, интуитивизм Бергсона и проч. привлекаются для истолкования психической патологии. Философские методы, направленные на работу с сознанием и сферой абсолютных сущностей (феноменологическая редукция, фундаментальная онтология, понимающая психология, герменевтика и т. д.), используются для осмысления самой психиатрии и работы в психиатрической клинике, философские концепты (жизненный порыв, априори и проч.) творчески переосмысляются и переформулируются. В итоге образуется пространство, которое уже является не совсем философским (и по предметной области, и по понятийному и методологическому аппарату), но которое одновременно так никогда и не станет психиатрическим, так и не выработает четкой клинической парадигмы и методов терапии. Несмотря на свою «недо-философскость» и «недо-клиничность», это пространство станет полноценным пространством философской проблематизации.

Метаонтика – это пространство онтологического истолкования антропологической сущности психической патологии, попытка представить психическое заболевание как своеобразный антропологический проект, способ бытия, модус существования. Такое понимание не исключает биологического объяснения причин этого недуга, и обе парадигмы – философскую и биологическую – можно объединить в общий ансамбль. Метаонтика связана с антропологическим пониманием психического заболевания и его онтологическим истолкованием. Именно на пересечении антропологии и онтологии она и вызревает: о болезни говорят с оглядкой на онтологию, а онтологические вопросы ставят, принимая болезнь во внимание.

В рамках метаонтики формируется собственная методология, развитая на основании

---

<sup>29</sup> Нидлман Дж. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Л. Бинсвангера // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 32.

философской методологии путем адаптации к ее основному предмету исследования – психически больному человеку и реальности его патологического опыта. В качестве определяющей начальной методологической установки используется феноменологическая редукция, которая, по мысли экзистенциально-феноменологических психиатров, позволяет увидеть патологический опыт как таковой, открыть за набором симптомов и синдромов модус существования, а за смущенным и дезориентированным чужаком разглядеть человека. Эта феноменологическая редукция определяет оптику, взгляд, мировоззрение, это начальная настройка, позволяющая четко увидеть все, что необходимо.

Редуцирующая стратегия подкрепляется методами понимающей психологии. Понимание – основная задача феноменологических психиатров и экзистенциальных аналитиков как практиков. Именно понимание позволяет проникнуть в опыт, существование больного и обнажить этот опыт, описать и сохранить его. Принципы такого понимающего исследования разработал Карл Ясперс, и его по праву считают одновременно и родоначальником, и предтечей экзистенциально-феноменологической психиатрии. Практическая работа посредством понимания дополняется исследовательской работой. Здесь в ход вступает феноменологически-структурный анализ. Он позволяет зафиксировать как отдельные феномены патологического опыта, так и связи между ними, воссоздавая целостную структуру психического расстройства. Заключительным штрихом на методологическом пути становится экзистенциальная герменевтика, позволяющая связать структурные особенности патологического опыта конкретного больного с онтологической рефлексией и интерпретировать его в контексте бытия-в-мире.

В результате таких методологических стратегий структурируется предмет исследования – патологический опыт, патологический мир, патологический модус бытия в их тесной связи с онтологическим мироустройством и экзистенциалами существования человека. Для его описания используются промежуточные концепты: «жизненный порыв» Бергсона превращается у Минковски в «личный порыв»: исследуются «проживаемые» время и пространство; не априорные структуры познания, а «экзистенциально-априорные структуры». В этих предметных областях и посредством таких промежуточных понятий структурируется метаонтика.

Психическое заболевание начинает восприниматься как искусственная ситуация, в которой феномены существования человека, благодаря их искаженности, можно увидеть и проанализировать наиболее четко. Как подчеркивает Эрвин Штраус, «психозы и неврозы являются изменениями человеческого опыта и поведения. Они, как уже говорилось, – эксперименты, устроенные самой природой <...> психиатрические палаты можно бы было рассматривать как огромные естественные лаборатории психологии»<sup>30</sup>. Посредством анализа патологического опыта, таким образом, экзистенциально-феноменологические психиатры и приближаются к исследованию горизонтов нормального существования.

Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ представляют первую попытку создания полноценной философско-клинической теории, содержанием которой в их случае является метаонтика. Антипсихиатрия продолжит эту традицию. Только если в случае экзистенциально-феноменологической психиатрии формирующим проблематизацию пространством была онтология, для антипсихиатрии таковой будет социальная философия, что даст возможность сформировать и социальную практику. В этом отношении антипсихиатрия как проект – двойник экзистенциально-феноменологической психиатрии, за исключением того,

---

<sup>30</sup> Straus E. W. On Obsession. N.Y.: Coolidge Foundation Publishers, 1948. P. V.

что ее философско-клиническое совмещение станет не настолько тупиковым для практики. Она, хотя так и не сформирует практики психотерапии, окажется способной развивать социальную практику.

Очень много мировоззренческих моментов приходит в антипсихиатрию именно из феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа: нацеленность на переживание и опыт больного, а также полная их реабилитация, признание полноценности существования психически больного человека. Все это запускает в антипсихиатрии вопрос о том, почему, если мы признаем онтологическую полноценность психически больных, мы изолируем их и содержим в заточении. Именно это формирует исходный импульс освобождения. Онтологическая реабилитация психического заболевания становится поэтому предваряющим этапом для критики психиатрии как социальной институции.

И экзистенциально-феноменологическая психиатрия, и антипсихиатрия начинают свое развитие благодаря междисциплинарному «зазору», эдакой «складке междисциплинарности». Их практика строится в пространстве практики психиатрии, а теория движется философией, социально-критической мыслью, антропологией и прочими гуманитарными идеями и теориями. Неизменно образующиеся при таких сочетаниях внутренние противоречия хотя и приводят к интересным следствиям, но непреодолимы. Метаонтические наброски экзистенциально-феноменологических психиатров – ярчайшая страница в истории философии, но психиатрии сложно использовать их в практике. Социально-критическая теория антипсихиатрии станет повторением этого опыта противоречия.

## 2. От культурной антропологии к социальной теории психического заболевания

В 1920–1930-е годы этнология и культурная антропология переживает период своего расцвета, проводятся многочисленные полевые исследования, которые затрагивают все аспекты человеческой культуры, включая область девиаций, в том числе психических.

Еще в 1934 г. Рут Бенедикт в своей статье «Антропология и аномальное»<sup>31</sup> предпринимает первую попытку поставить проблему психических заболеваний в культурном контексте. Рассматривая категории нормального и ненормального, она задается вопросом о том, можно ли расценивать их формирование как функцию культуры.

Бенедикт основывает свое исследование на этнокультурном материале и в этой небольшой работе сосредоточивает свое внимание на непосредственных примерах того, как признанное ненормальным в одной культуре может терпимо приниматься или даже активироваться и приветствоваться в другой. Она обращается к явлениям мистических экстазов, экстрасенсорных способностей, которые считаются не вполне приемлемыми для западной культуры, но в традиционных обществах расцениваются как особенный высший дар. Другой пример – гомосексуализм. В западном обществе он наделен аномальным статусом, но в некоторых традиционных культурах окружен почитанием. Так, для многих племен американских индейцев характерен феномен «бердачес»: это мужчины, после наступления половой зрелости менявшие сексуальную ориентацию, одевавшиеся как женщины и жившие с мужчинами. Все эти люди – мистики, бердачес, – как заключает Бенедикт, интегрированы в

---

<sup>31</sup> Benedict R. Anthropology and the Abnormal // The Journal of General Psychology. 1934. Vol. 10. No. 2. P. 59–82. Перепечатана в: Benedict R. An Anthropologist at Work / M. Mead (ed.). New Brunswick, N.J.: Aldine Transaction, 2011. P. 262–283.

социальные отношения.

Еще более примечательно, на взгляд Бенедикт, то, что ненормальное для нашей культуры может выступать краеугольным камнем социальной структуры других культур. Здесь показателен пример племен Северо-Западной Меланезии, где те черты, которые для нас являются параноическими, структурируют культуру. Там экзогамные племена расценивают друг друга как непримиримых врагов, каждый из которых живет только посредством черной магии: всякий хороший урожай считается свидетельством кражи урожайности у соседнего племени, всякий подарок расценивается как попытка отравления, и ни одна кастрюля не оставляется без присмотра во избежание дурных последствий, а есть чужую пищу запрещено под страхом изгнания из общины даже в периоды голода. Эти племена ведут непрерывную войну и живут в состоянии постоянной подозрительности, и эти подозрительность и «мистическая война» закладывают основание их жизни. Ссылаясь на исследования Р. Фортун, Бенедикт описывает случай одного из членов племени, совершенно не похожего на других: дружелюбного, радушного, доброжелательного и любящего помогать другим, соплеменники которого никогда не говорили о нем без насмешек и считали его сумасшедшим.

«Эти иллюстрации, представленные лишь очень кратко, – заключает после всех примеров Бенедикт, – показывают, что нормальность детерминирована культурой»<sup>32</sup>. Предпочтительные образцы поведения, на ее взгляд, закрепляются автоматически, без всякого сознательного руководства, на протяжении долгого времени и зависят от множества факторов обособленного существования группы, а также контактов с другими культурными группами. Так вначале еле заметные культурные предпочтения развиваются и закрепляются.

Для Бенедикт норма, в том числе норма психическая – это проблема этики, а не психиатрии. Она подчеркивает: «В общем, нормальность, в самом широком смысле этого понятия, определяется культурой. Во всякой культуре это прежде всего термин для обозначения социально культивируемого сегмента человеческого поведения; а ненормальность – термин для того сегмента, который в данной цивилизации не задействован. То, как мы смотрим на эту проблему, обусловлено тем, что принято в нашем обществе»<sup>33</sup>. Исследования антропологов указывают, что норма не основана на неизменной человеческой природе и что она меняется от общества к обществу, как меняется этика. Это то, что одобряется, принимается обществом.

Утверждая, что каждая культура – это обилие различных возможностей поведения, Бенедикт приходит к выводу о том, что культура всегда предполагает как черты, соответствующие общепринятым, так и те черты, которые не соответствуют предпочтительному типу поведения в этом сообществе. Однако группы людей, которые несут эти два типа поведения, не равны. «Большинство индивидов во всякой группе, – пишет Бенедикт, – скроены по культурному образцу. Другими словами, большинство людей пластичны по отношению к прессующей силе общества, в котором они рождаются. В обществе, где поощряется транс, как в Индии, они будут переживать сверхъестественный опыт. В обществе, которое институализирует гомосексуальность, они будут гомосексуальны. В обществе, которое считает основной целью человека накопление богатств, они будут копить имущество. Девианты, вне зависимости от типа поведения, который институализирован культурой, всегда в меньшинстве... Малый процент девиантов в любой культуре связан не с

---

<sup>32</sup> Benedict R. *Anthropology and the Abnormal*. P. 275.

<sup>33</sup> Benedict R. *Anthropology and the Abnormal*. P. 276.

твердостью инстинктов, благодаря которым общество строит себя на основании фундаментального здравомыслия, а с повсеместным фактом, что, по счастью, большая часть человечества с готовностью принимает любую форму, которая ему диктуется...»<sup>34</sup>.

Эту точку зрения разделяли практически все этнологи и антропологи. Так, Мелвилл Херсковиц объяснял статус нормы и девиации в культуре, привлекая понятие «инкультурация». Инкультурация – вхождение в культурную среду, определяющую восприятие реальности, мышление и модели поведения, а также представления о норме и патологии. Именно организация отношений в культуре, по Херсковицу, очерчивает норму и отклонение<sup>35</sup>. Жорж Деверо, основываясь на полевых исследованиях культуры индейцев хопи, папуасов Новой Гвинеи, племени седанг и проч. разработал социологическую теорию шизофрении. Он описывает шизофрению как этнический психоз западной культуры, характеризующийся нереалистичным восприятием окружающего мира, и психозом этим, на его взгляд, страдают и врачи, и пациенты. Восприятие реальности здесь сходно с архаическими формами мышления, заменяющими в случае необходимости ориентацию в реальном мире псевдоориентацией в сверхъестественном. При этом социокультурная реальность является пространством шизофрении: она не может запускать сам шизофренический процесс, но шизофрения предстает как дезориентация в этой реальности. Деверо настаивает, что шизофрения укоренена в западной культуре и именно поэтому западная наука не может определить ни ее анатомические основания, ни этиологию, ни вылечить от нее. Поскольку шизофрения – это феномен культуры, избавиться от нее, по его убеждению, можно только путем культурной революции<sup>36</sup>.

Все эти исследования культурных антропологов указывают на тот факт, что «каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями»<sup>37</sup>. Мишель Фуко подчеркивает, что такое понимание болезни представляет ее одновременно в негативном аспекте и в аспекте возможности: в негативном аспекте, поскольку болезнь сопоставляется со средним, и сущность патологического выражается как отклонение, маргинальное, как поведение, которое не включено в культуру; в аспекте возможности, поскольку болезнь задается антропологическими возможностями, которые сами по себе, вне связи с культурой, патологическими не являются.

Фуко, анализируя американскую антропологию, высказывает очень ценную мысль, которая станет поворотной не только для его собственного творчества, но и для развития антропологических, психологических исследований психического заболевания, а также для формирования антипсихиатрии. Он пишет: «...Наше общество не хочет узнавать себя в том больном, которого оно изгоняет или заточает... <...> В действительности общество позитивно выражается через демонстрируемое его членами психическое заболевание, и происходит это вне зависимости от того, каким статусом оно наделяет эти болезненные формы: помещает ли их в самый центр своей религиозной жизни, как это зачастую бывает у первобытных людей, или, располагая за пределами общественной жизни, стремится экспатриировать их, как это делает

---

<sup>34</sup> *Benedict R.* Anthropology and the Abnormal. P. 278.

<sup>35</sup> *Herskovits M.* Cultural Anthropology. N.Y.: Knopf, 1955. P. 356.

<sup>36</sup> *Devereux G.* Une theorie sociologique de la schizophrénie (1939) // *Devereux G.* Essais d'ethnopsychiatrie generale. P.: Gallimard, 1970. P. 215–247.

<sup>37</sup> *Фуко М.* Психическая болезнь и личность / пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. СПб.: Гуманитарная академия, 2009. С. 166.



наша культура»<sup>38</sup>.

Культурная антропология приносит в традицию биологической психиатрии свежую струю и вводит новое измерение исследований: оказывается, что психическое заболевание зависит от культуры, и это новое открытие требует теперь связывания его с традиционными представлениями. Более того, открытия антропологов актуализируют новые вопросы о функциях психического заболевания в культуре и о структуре общества, предполагающего психическое заболевание. Эти вопросы подталкивают развитие кросс-культурной психиатрии, существование которой ранее было немыслимо.

Стало быть, культурная антропология, наравне с негативным смыслом, негативным аспектом психического заболевания как отклонения принесла ему и позитивный смысл феномена культуры; и для философии, для социальной теории, разумеется, главным стал вопрос его культурной функциональности. Фуко формулировал эти вопросы так: «...Как наша культура пришла к тому, что стала придавать болезни смысл девиации, а больного наделять тем статусом, который сама же и исключает? И как, несмотря на это, наше общество выражается в тех болезненных формах, каковым оно отказывает в признании?»<sup>39</sup>. Эти вопросы ставила уже антипсихиатрия, и ее социальная теория двигалась в поисках ответов на них.

Своеобразным развитием антропологических и этнологических исследований стали идеи группы в Пало-Альто и Грегори Бейтсона. Бейтсон, ассистент этнолога А. Радклифф-Брауна, в начале научного пути занимался исследованиями обычаев и традиций племени ятмулов в Новой Гвинее. Социальная структура первобытных племен подтолкнула его к исследованию социальной структуры развитых обществ и коммуникативных практик современного человека. Так, в процессе длительной работы он пришел к теории «двойного послания», имевшей центральное значение для формирования направленности и содержания проекта британской антипсихиатрии.

Теория «двойного послания» (*double bind*) – плод коллективной работы школы Пало-Альто: она разрабатывалась под руководством Бейтсона группой исследователей в 1952–1956 гг. Коллектив много работал с шизофрениками и их семьями, проводя продолжительные сеансы бесед, которые фиксировались на магнитофон. Так, в бесконечных разборах коммуникативных ходов, и формировалась эта теория. Сама идея двойного послания принадлежала Бейтсону, весомый вклад в проработку этого концепта внесли и его коллеги. В совместной статье, являющейся итогом этого проекта, авторы разъясняли роль каждого из них: «Джею Хейли принадлежит идея, что симптомы шизофрении указывают на неспособность различать логические типы. Г. Бейтсон развил эту идею дальше, придя к выводу, что симптомы шизофрении и ее этиология могут быть формально описаны в рамках гипотезы “двойного послания”. Д. Джексон, ознакомившись с этой гипотезой, обнаружил ее глубокое родство с его концепцией семейного гомеостаза. С тех пор Д. Джексон принимал непосредственное участие в разработке проекта. Изучение формальных аналогий между гипнозом и шизофренией было предметом работы Джона Уикленда и Джея Хейли»<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> Фуко М. Психическая болезнь и личность / пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. СПб.: Гуманитарная академия, 2009. С. 169.

<sup>39</sup> Фуко М. Психическая болезнь и личность / пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. СПб.: Гуманитарная академия, 2009. С. 169–170.

<sup>40</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении / пер. М. Я. Папуша // Бейтсон Г. Экология разума: Избр. ст. по экологии, психиатрии и эпистемологии. М.: Смысл, 2000. С. 227.

Предпосылки этой теории были заложены Бейтсоном еще в 1940-е годы<sup>41</sup>. В конце сороковых Норберт Винер, интеллектуальный наставник Бейсона, познакомил его с теорией логических типов Бертрانا Рассела. Винер был студентом Рассела и с легкостью увлек этой теорией Бейсона. Приблизительно в то же время Бейтсон сотрудничал с психиатром Юргеном Рюшем, и плодом этого сотрудничества стала их совместная книга «Коммуникация: социальная матрица психиатрии», в которой Бейтсон и Рюш пытались выстроить коммуникативную теорию психического заболевания и психотерапии. «Психопатология определяется в понятиях нарушения коммуникации»<sup>42</sup>, – подчеркивали они.

Бейтсон и Рюш были движимы той же ситуацией, что и британская психиатрия и психология. В предисловии к изданию 1968 г. они говорят о военном и послевоенном времени, о необходимости лечения военных неврозов и о бессилии перед ними биологической психиатрии. Они констатируют: «В то время, когда эта книга была написана, стало уже совершенно ясно, что эра индивида закончилась»<sup>43</sup>. Если для британцев спасительной ниточкой оказалась теория групп, на основании которой развивается социальная теория групповой работы и практика терапевтических сообществ, то для Бейсона и Рюша таковой была теория информации Норберта Винера.

В своем предисловии к работе Бейсона и Рюша Пауль Вацлавик, коллега первого по группе Пало-Альто, указывает на тот факт, что понимание мира в этой книге чисто винеровское. Для Бейсона и Рюша мир состоит не из отдельных индивидов, он – мириады посланий, как в 1947 г. его определил Винер. «Целью исследования, – подчеркивает Вацлавик, – стал теперь именно мир, интерпретируемый как “мириады посланий”, рождающих послания, которые воздействуют на те, что породили их»<sup>44</sup>. Эти мириады посланий, окрашенные тотализацией Сартра, мы встретим в вводных строках «Межличностного восприятия» Лэйнга: «Человечество есть мириады преломляющих поверхностей, окрашивающих белое сияние вечности. Каждая из этих поверхностей преломляет преломления преломлений преломлений. Каждое “я” преломляет преломления других преломлений преломлений “я” других преломлений... Это лучезарное сияние, это чудо и мистерия, однако частенько нам хочется проигнорировать или уничтожить те грани, которые преломляют свет иначе, чем мы»<sup>45</sup>.

Кроме перемещения внимания с индивида на пространство коммуникации, в которое он погружен, Бейтсон и Рюш делают и еще один шаг, который впоследствии окажется принципиальным для антипсихиатрии: они рассматривают психиатра и пациента как равноправные части более сложных систем социальных отношений, т. е. ставят психиатра на

---

<sup>41</sup> Об истории теории «двойного послания» см.: Visser M. Gregory Bateson on Deutero-Learning and Double Bind: A Brief Conceptual History // Journal of History of the Behavioral Sciences. 2003. Vol. 39. No. 3. P. 269–278; Lipset D. Gregory Bateson: The Legacy of a Scientist. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.

<sup>42</sup> Ruesch J., Bateson G. Communication: The Social Matrix... P. 79.

<sup>43</sup> Это предисловие (как и цитируемое ниже предисловие Вацлавика) было доступно нам только во французском переводе: Ruesch J., Bateson G. Communication et Société. P.: Seuil, 1988. P. 13.

<sup>44</sup> Это предисловие (как и цитируемое ниже предисловие Вацлавика) было доступно нам только во французском переводе: Ruesch J., Bateson G. Communication et Société. P.: Seuil, 1988. P. 8.

<sup>45</sup> Laing R. D., Phillipson H., Lee A. R. Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research. N.Y.: Harper & Row, 1972. P. 3.

один уровень с пациентом, в рамки общей социальной и культурной матрицы. Поэтому теория, которую они развивают, – больше не психиатрическая теория психического заболевания (поскольку психиатр в ней – такой же участник коммуникации, как и пациент), а социальная теория коммуникативных систем, одним из аспектов которой является теория межличностной коммуникации в патологии.

Авторы намечают стратегию исследования коммуникации, которой впоследствии Бейтсон будет придерживаться в исследованиях семей шизофреников: 1) понимает ли пациент правила, роли и природу социальных ситуаций и способен ли он адекватно оценить контекст той системы коммуникации, в которую погружен; 2) адаптирован ли пациент к сети коммуникации, частью которой он является, способен ли он управлять теми коммуникативными сигналами, которые идут к нему и от него; 3) каковы количественные аспекты коммуникации; 4) имеются ли в коммуникации семантические проблемы; 5) доходят ли коммуникативные сигналы пациента до адресатов, и какова эффективность их воздействия.

В этой работе Бейтсон, уже используя теорию логических типов, настаивает на том, что невербальная информация обладает статусом более высокого логического типа, чем словесное содержание. Он называет этот уровень метакоммуникацией – коммуникацией о коммуникации. «Мы будем обозначать как “метакоммуникацию”, – отмечают авторы, – все взаимные сигналы и суждения о (а) кодировании и (б) отношениях между коммуникаторами»<sup>46</sup>. Конфронтация этих уровней, по Бейтсону, и приводит к прагматическим парадоксам, хорошо заметным на примере игры, творчества, юмора и патологии. Здесь Рюш и Бейтсон пытаются определить патологию в зависимости от специфики коммуникативных нарушений: на их взгляд, психоз сопровождается, в основном, нарушением коммуникативных процессов в сфере восприятия, невроз связан с трудностями в пространстве передачи сообщений.

Определенным фундаментом будущей теории двойного послания становится в этой работе теория научения. Бейтсон и Рюш, описывая социальную матрицу коммуникации, говорят о характерном для общества закреплении стереотипного реагирования. Эти реакции становятся пусковым моментом дальнейшего поведения индивида: стереотипные образцы поведения (ответы) детерминируют поиск определенных стимулов. Авторы сравнивают этот процесс с процессом оформления русла реки: течение оформляет берега, которые затем задают течение. Так «стимул и ответ спаиваются в единстве»<sup>47</sup>.

Это единство Бейтсон и Рюш называют ценностью, при этом определяя ценности как «предпочтительные способы коммуникации и связи»<sup>48</sup>. Зная ценности общества, культуры, группы или семьи, можно интерпретировать составляющие коммуникацию сообщения, а также оказывать влияние на поведение людей. Таким образом, Бейтсон предлагает формальное, коммуникативное определение ценности, которое не только позволяет ему заложить основания для потенциальной культурной антропологии, но делает возможным исследование ценностей на уровне малых социальных групп. Он превращает ценность в категорию, благодаря которой можно преодолевать границы социальных уровней и переходить с одного уровня исследования на другой. Этой стратегией будет активно пользоваться антипсихиатрия: ценности для нее, как и для Бейтсона, станут категориями научения и воспитания.

---

<sup>46</sup> Ruesch J., Bateson G. Communication: Te Social Matrix... P. 209.

<sup>47</sup> Ruesch J., Bateson G. Communication: Te Social Matrix... P. 8.

<sup>48</sup> Ruesch J., Bateson G. Communication: Te Social Matrix... P. 8.

Здание теории двойного послания строится на синтезе теории обучения, теории логических типов Рассела и теории коммуникации. При этом теория обучения описывает генезис шизофрении, теория логических типов – ее механизм, а теория коммуникации – пространство реализации. Надо отметить, что первоначально концепт двойного послания разрабатывался по отношению к культурной антропологии, теории обучения, коммуникации животных, а уже потом, в ходе работы в группе Пало-Альто, был развит по отношению к семьям шизофреников. Бейтсон не устает напоминать, что посредством этого понятия могут быть описаны искусство и религия, юмор и сновидения, и шизофрения – не центральный феномен в этом ряду.

Основой развития концепта применительно к шизофрении выступило ее понимание как совокупности формальных характеристик индивидуального стиля взаимодействий. По Бейтсону, структура этого стиля взаимодействия может указывать на совершенно разнородные первоначальные причины. Бейтсон не исключает генетических, органических или иных факторов шизофрении и настаивает на том, что понятие двойного послания характеризует формальный, функциональный, структурный аспект, поэтому само исходное содержание может быть каким угодно. «Теория даблбайнда, – подчеркивает он, – не содержит исходного положения, оценивающего шизофренические проявления как *плохие*. Эта теория не является нормативной и уж совсем не является “прагматической”. Она не является даже *медицинской теорией* (если такое вообще возможно)»<sup>49</sup>.

Происхождение шизофрении Бейтсон связывает со «слабостью эго», и «слабость эго» понимается здесь в инструментальном, формальном ключе как «затруднение в идентификации и интерпретации тех сигналов, которые должны сообщить индивидууму, к какому типу относится данное сообщение...»<sup>50</sup>. Каждый человек погружен в пространство сложно переплетенных логических типов: языковых связей, имплицитных указаний и наложений, где явные связи уступают место контекстуальным. Мы постоянно намекаем, недоговариваем, шутим, и вся сложность этих логических структур становится понятна только тогда, когда мы пытаемся так же свободно «болтать» на неродном для нас языке. Эта самая сложная, высшая (контекстуальная) ступень погруженности в язык недоступна для шизофреника.

Возможность непонимания контекста укоренена в сущности составляющих язык логических типов, говорит Бейтсон, следуя за идеями Рассела. В языке есть принципиальное различие, разрыв между логическим классом и членами этого логического класса. Понятия, которыми описываются члены класса, принципиально отличаются от понятий, описывающих сам логический класс: они находятся на другом уровне абстракции. На этом разрыве строится множество форм человеческой коммуникации: фантазии и метафоры, ритуалы и игры, юмор и этикет, и что самое важное – на этом разрыве строится обучение от простейших форм выработки условного рефлекса и простейших форм подражания до сложнейших форм научения путем перенесения изученной стратегии в другую модальность и сферу деятельности. При шизофрении это различие нивелируется, и слабость эго приводит к невозможности различения модальностей во внутриличностной и межличностной коммуникации. Страдающий шизофренией не способен идентифицировать модальность: 1) получаемых от других

---

<sup>49</sup> Bateson G. The Double Bind – Misunderstood? // Psychiatric News. 1977. Vol. 13. P. 40–41 (рус. пер.: Бейтсон Г. Теория даблбайнда так и не понята? / пер. Д. Я. Федотова). Цитируемые нами переводы Д. Я. Федотова см.: <<http://cat4chat.narod.ru/bateson.htm>>.

<sup>50</sup> Бейтсон Г. Эпидемиология шизофрении / пер. Д. Я. Федотова // Бейтсон Г. Экология разума. М.: Смысл, 2000. С. 221.

сообщений; 2) сообщений, передаваемых другим им самим; 3) собственных мыслей, ощущений и восприятий.

Путаница с логическими типами всегда возникает в пространстве коммуникации, и Бейтсон с коллегами формулируют необходимые элементы ситуации двойного послания, в которую попадает шизофреник. Их пять: 1) двое или более участников, один из которых обязательно является жертвой; 2) повторяющийся опыт, необходимый не только для появления коммуникативного ответа, но и для его закрепления как устойчивой и единственной реакции; 3) первичное негативное предписание, представляющееся в одном из двух вариантов: «не делай того-то и того-то, иначе я накажу тебя» или «если ты не сделаешь того-то и того-то, я накажу тебя»; 4) вторичное предписание, которое вступает в конфликт с первым на более абстрактном уровне и так же, как и первое, подкрепляется наказаниями или сигналами, угрожающими самому существованию. Обычно оно передается невербальными средствами посредством позы, жестов, тона голоса или речевыми формулировками, описывающими, как следует относиться к первичному предписанию; 5) третичное негативное предписание, лишаящее жертву возможности покинуть поле<sup>51</sup>. Таким образом, человек попадает в ситуацию, в которой значимый для него другой передает ему одновременно два взаимоисключающих друг друга сообщения. К примеру, говорит: «Ты мне дорог», позой, интонацией и выражением лица показывая обратное; или лишает его телевизора, мороженого, прогулок, говоря, что это происходит «для твоего же блага».

Эти ситуации двойного послания провоцируются, по Бейтсону, в раннем возрасте в семьях шизофреников. Основной фигурой при этом оказывается мать, которая испытывает тревожность при близком общении с ребенком, либо не испытывает к нему любви. Всякий раз, когда ребенок психологически приближается к ней, у нее возникает тревога, и она отталкивает его, но внешне, видимо, демонстрирует должное отношение и поведение. Классическим здесь является пример, который позднее от Бейтсона заимствует Лэйнг: раздраженная громкой игрой ребенка (или уставшая) мать говорит ему: «Хватит играть, ты устал, иди спать». Мать так демонстрирует ребенку два рода сигналов, которые противоречат друг другу. Ребенок постепенно запутывается и уже не может идентифицировать идущую как к нему, так и от него информацию. Бейтсон и его коллеги разъясняют: «Иными словами, ему запрещается правильно определять уровни сообщений: в данном случае различать выражение симулируемых чувств (один логический тип) и реальных чувств (другой логический тип). В результате ребенок должен систематически исказить свое восприятие метакоммуникативных сигналов»<sup>52</sup>.

По Бейтсону, губительность ситуации двойного послания не только в ее лживости, но и в том, что она циркулярна: это тупиковая ситуация. Человек попадает в нее словно в тиски, из которых невозможно выбраться, и при любой стратегии он не найдет выхода. Не случайно Бейтсон и его коллеги определяют эту ситуацию как ту, «в которой человек, что бы он ни делал, “не может победить”»<sup>53</sup>.

Теоретически человек может выбраться из ситуации, развивая уровень метакоммуникации, т. е. комментируя свое противоречивое положение. Эта возможность активно используется в психотерапии, и только так человек может освободиться из тисков

---

<sup>51</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении. С. 232–233.

<sup>52</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении. С. 239.

<sup>53</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении. С. 227.

двойного послания. Однако в реальности мать или другой значимый человек, инициирующий саму ситуацию, будет воспринимать такого рода комментарии как обвинения и настаивать на искаженном восприятии ситуации, т. е. развивать ситуацию двойного послания дальше. Поэтому всякая попытка выйти из ситуации снова погружает в нее.

Такая реакция значимого другого следует за разоблачением, по Бейтсону, в силу того, что само двойное послание является одним из главных способов поддержания гомеостаза группы, в которую включен индивид. Любая попытка вскрыть его только развивает двойное послание, поскольку появляется угроза этому гомеостазу. Таким образом, для Бейтсона и его коллег выбраться из ситуации двойного послания без психотерапии практически невозможно. Есть, правда, еще один выход, который выходом на самом деле не является. Это шизофрения. «Психоз, – пишут исследователи, – оказывается отчасти способом совладания с ДП-ситуациями (ситуациями двойного послания. – О. В. ), помогающим справиться с их подавляющим влиянием»<sup>54</sup>. Стало быть, шизофрения – это своеобразная патовая стратегия выживания в ситуации, из которой выбраться невозможно.

По модели шизофреногенной ситуации организована вся окружающая шизофреника среда: как среда семьи, так и психиатрической больницы. На взгляд Бейтсона, господствующая в больницах благожелательность существует не ради пациентов, а во благо врача. В больницах воспроизводится шизофреногенная ситуация двойного послания, поэтому психиатрическая больница с точки зрения коммуникации не лечит пациента, а только усугубляет его состояние. «Сама больничная среда и та обстановка, в которой осуществляется психотерапия больных шизофренией, создают ДП-ситуации»<sup>55</sup>, – подчеркивает он.

Со временем Бейтсон несколько изменяет акценты теории двойного послания и шизофреногенности семьи, расширяя ее и включая в понятия системы. Если сначала шизофреник рассматривался как «козел отпущения», жертва семьи, как тот, кто всегда противостоит ей, то впоследствии Бейтсон приходит к выводу о том, что все члены семьи в равной мере являются жертвами ситуации. «...Довольно скоро, – разъясняет он, – выяснилось, что все члены семьи, содержащей шизофрению, в равной степени являлись жертвами, и что изменений требовала сама семья как целое, включая пациента. Слово “против” более не годилось для описания отношений внутри семьи, и ключевым стало слово “часть”. Возникла необходимость видеть каждого индивидуума как часть семьи, которая плохо функционирует как целое» (пер. Д. Я. Федотова)<sup>56</sup>. Можно сказать, что таким изменением ознаменовался переход Бейтсона от линейного понимания шизофренической семьи к ее системному исследованию, от психоаналитически окрашенной теории к теории кибернетической.

Британская антипсихиатрия заимствует ранний вариант теории двойного послания. Именно этот вариант Лэйнг будет развивать в своих исследованиях семей шизофреников и в понятии мистификации. Однако недостаточность линейного понимания станет ясной не только Бейтсону, но и Лэйнгу. Этот своеобразный тупик раннего, линейного варианта теории двойного послания он будет преодолевать благодаря обращению к идеям Сартра и его социальной онтологии. Там он отыщет то системное мышление, ту множественность связей, о которой говорит Бейтсон.

---

<sup>54</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении. С. 247.

<sup>55</sup> Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. и др. К теории шизофрении. С. 251.

<sup>56</sup> Bateson G. A System Approach. «Evaluation of Family Therapy», by Jay Haley // International Journal of Psychiatry. 1971. Vol 1. 9. P. 242–244 (рус. пер.: <<http://cat4chat.narod.ru/bateson.htm>>).



Примечательно следующее: несмотря на то что социальная теория Лэйнга как раз и будет являться органичной взаимосвязью идей Бейтсона и Сартра, в практике приживется исключительно ранний бейтсоновский вариант. Множество теоретических статей говорит о сартрианском характере Лэйнговой социальной онтологии. Исследователи распутывают клубки метакоммуникации, так хорошо представленной и в относительно ранних исследованиях семей шизофреников, и в относительно поздних диалогах Лэйнга с его детьми. Но когда говорят о влиянии Лэйнга на индивидуальную и семейную психотерапию, вспоминают о мистификации в том смысле, в котором ее можно истолковать сквозь призму раннего Бейтсоновского понимания «двойного послания». По-видимому, эта ситуация указывает на линейный характер самой психотерапии.

В рамках системного подхода Бейтсон характеризует шизофреногенную семью как стабильную или даже гиперстабильную систему. При этом появление больного шизофренией поддерживает и регулирует гомеостаз семьи. «Если у идентифицированного пациента, – пишет он, – происходит улучшение, мы можем наблюдать множество видов скрытого давления, направленных на продление его болезни. <...> Как и многие другие сложные гомеостатические системы, патогенная семья способна восстановить потерянную часть подобно тритону, регенерирующему потерянную конечность»<sup>57</sup>.

Бейтсон затрудняется определить четкие механизмы идентификации роли шизофреника каким-либо членом семьи и говорит только о шизофреногенности как о системном качестве этой группы, выражающемся в искажении коммуникации всех ее членов. Он подчеркивает: «Члены патогенной семьи имеют определенное распределение ролей и образуют взаимодействующую и самоподдерживающуюся систему, внутри которой едва ли возможно указать на одного члена как на причину характеристик семьи в целом»<sup>58</sup>.

Здесь на примере семейной системы можно увидеть то явление, которое наблюдается и в других социальных группах: семья может успешно функционировать и поддерживать свой гомеостаз только при наличии элемента, опровергающего ее мировоззрение, философию, основания. Такую же ситуацию, говорит Бейтсон, мы можем видеть в полицейском государстве, которое нуждается в преступниках, и – можно продолжить его слова – в развитии религии, которая нуждается в еретиках. Подобные шизофреногенной семье группы не могут функционировать без подрывного элемента.

Та ким образом, в шизофреногенной семье существует определенная ролевая ниша шизофреника, которую должен кто-либо занимать. Точно так же существует и ролевая ниша «матери», которая посредством двойного послания формирует коммуникативную стратегию шизофреника. Ролевая структура может быть и менее четкой. Роль матери может играть любой член семьи, или эта роль, как и роль шизофреника, может быть распределена между несколькими членами семейной группы.

Заметно, что Бейтсон переходит от психологической, психоаналитически ориентированной модели к модели кибернетической: определяющими становятся свойства системы, а не индивидуальные и межличностные взаимодействия. «Патогенная природа семейной единицы, – пишет он, – может быть результатом ее характеристик как организационной сети. Если мы видим, что машина ведет себя так, словно содержит регулятор,

---

<sup>57</sup> Бейтсон Г. Культурные проблемы, возникающие при изучении шизофрении / пер. Д. Я. Федотова // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 2. С. 60–76.

<sup>58</sup> Бейтсон Г. Культурные проблемы, возникающие при изучении шизофрении / пер. Д. Я. Федотова // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 2. С. 60–76.

эта внешняя характеристика машины не дает нам права сказать, что внутри системы находится локализованный регулятор. Характерная способность системы к самокоррекции может быть результатом совокупной сетевой структуры»<sup>59</sup>.

Пытаясь мыслить кибернетически, Бейтсон предлагает следующую модель.

1. Имеются три системы гештальтов: отдельный индивид, социальная группа (семья) и общество. Каждый из гештальтов наделен гомеостазом, способностью к обучению, внутренней и внешней коммуникацией.

2. Стабильность внутри гештальта может приводить к дестабилизации гештальта высшего уровня: развитие индивида может выводить его из группы и наносить ей урон как системе. Поэтому гештальт более высокого уровня испытывает потребность в регуляции гомеостаза, в навязываемом управлении. Пространство взаимной коммуникации в таком случае размывает индивидуальность. В этом и состоит шизофреногенность как качество системы.

3. Гештальты трех уровней связаны позитивными и негативными связями. Стабильность системы зависит от гомеостатических процессов гештальта более высокого уровня, направленных против нее. Так, развитие индивида часто входит в противоречие с развитием семейной группы, и в ход идут механизмы регуляции гомеостаза.

Такой системный подход для Бейтсона ставит больше вопросов, чем дает ответов. И одним из самых проблемных пространств здесь оказывается культурная антропология, которая, на его взгляд, привыкла к прямым вопросам о культурации: каковы механизмы погружения в культуру, формирования идентичности, нормативного сознания в культуре. Исследования шизофрении ставят антрополога перед обратными вопросами: «“Каким образом предотвращается превращение детей в гиперболизированные версии культурной нормы, в карикатуры на нее?” Мы знаем, что в некоторых культурах время от времени спорадически появляются такие гиперболизации отдельных культурных паттернов. Какие сбои каких предохранительных процессов приводят к этим спорадическим гиперболизациям? И как предотвращается их более частое появление»<sup>60</sup>.

Таким образом, для того чтобы прояснить социальные и культурные механизмы шизофрении, необходимо выяснить механизмы взаимосочетания гештальтов индивидуума, семьи и общества, препятствующие конфликтным патологическим гомеостазам. По Бейтсону, антропологи находятся в этом направлении лишь на полпути, поэтому культурно-антропологическую теорию шизофрении развить пока невозможно. Однако сама возможность ставить подобные вопросы – уже большое достижение антропологии.

Так в теории двойного послания Бейтсона формируется специфический взгляд на шизофрению, который впоследствии будет развивать британская антипсихиатрия. В обобщенном виде те положения, которые она будет напрямую заимствовать, можно представить следующим образом.

1. Шизофрения является результатом неспособности ориентироваться в имплицитном контексте коммуникации.

2. Фундаментом этой неспособности выступает ситуация раннего детства, которую можно описать как ситуацию двойного послания, когда мать в силу нелюбви к ребенку или собственной тревоги демонстрирует два рода коммуникативных сигналов, которые противоречат друг другу.

---

<sup>59</sup> Бейтсон Г. Культурные проблемы... С. 60–76.

<sup>60</sup> Бейтсон Г. Культурные проблемы... С. 60–76.

3. Двойное послание является стратегией, поддерживающей гомеостаз семьи.

4. Двойное послание – это тупиковая ситуация, из которой невозможно выйти, поскольку каждая попытка сделать это еще больше затягивает человека в прежнюю ситуацию.

5. Шизофрения как коммуникативная стратегия является попыткой справиться с безвыходной ситуацией двойного послания.

6. Ситуация шизофрении требует не индивидуальной, а системной терапии, когда в центре стоит не сам больной, а вся семья.

Бейтсон всячески настаивал, что теория двойного послания не может быть напрямую перенесена в практику психиатрии, поскольку система и структура теории коренным образом отличаются от системы и структуры эмпиризма, на котором основывается практика: «Сегодня происходит нечто новое и не только в области охраны психического здоровья. Теории становятся доступны для людей, ориентированных на действия, чей первый импульс характерен для эмпиризма: “Принесите это в больницу и испытайте. Не тратьте годы на попытки понять теорию. Просто применяйте ее, невзирая на последствия”. Такие люди, скорее всего, принесут фрустрацию себе и вред своим пациентам»<sup>61</sup>.

Надо признать, что Лэйнг и его соратники начнут именно с самого развития теории, и британские антипсихиатрические исследования начала 1960-х годов будут ориентированы на продолжение идей Бейтсона и их проверку. И в конечном счете их восприятие так и останется на уровне теории. Практика антипсихиатрии станет опираться на совершенно другие посылки.

Антипсихиатрия будет не только активно использовать содержательные моменты идей Бейтсона, но и благодаря им сформирует микросоциальный уровень своей социальной теории, построив мост между личностью и обществом. Семья станет моделью социальной группы, типовой микрогруппой большого общества, где в мельчайших переплетениях и парадоксах двойного послания антипсихиатры будут отыскивать механизмы микрополитики власти.

Антропологические и этнографические исследования будут способствовать и еще одному немаловажному для антипсихиатрии моменту. Несмотря на то что в их локусе стоит традиционная группа, социальная структура, описательный характер представления полевого материала способствует тому, что на сцену выводится человек, причем не просто как элемент этой структуры, а как случай, история. Тем самым социальные по своему характеру штудии несут одновременно и антропологическую составляющую. В будущем для антипсихиатрии это даст возможность построения антропологически ориентированной социальной теории.

### 3. Движение терапевтических сообществ

Если свою социальную теорию антипсихиатрия заимствует от марксистски ориентированной философии, взгляд на безумие как на онтологическую реальность – от экзистенциальной мысли и экзистенциально-феноменологической психиатрии, то свою социальную практику она разрабатывает на основе «родных», психиатрических наработок. И это одна из причин, почему антипсихиатрию можно рассматривать как историческое направление психиатрии. Ее практика является закономерным продолжением традиции социально-ориентированных психиатрических проектов.

Заглядывая немного вперед, нужно отметить, что только незнакомый с историей психиатрии человек может назвать практику антипсихиатрии полностью революционной. На самом деле она не совершила, да и не могла совершить (наблюдение за историей наук все-таки

---

<sup>61</sup> Bateson G. The Double Bind – Misunderstood? (рус. пер.: Д. Я. Федотова, см. выше).

дает все основания утверждать, что безоговорочно революционных, беспредпосылочных переворотов не бывает) прорывную революцию на практике. Все, что в этом пространстве делали антипсихиатры, имело свою историю и своих предшественников-первопроходцев, и вся эта история вращается вокруг уже родного в настоящее время для западной психиатрии понятия терапевтических сообществ (*therapeutic community*).

Сама традиция терапевтических сообществ первоначально зарождается в Великобритании в результате интенсивного развития социальной психологии групп и одновременно сложившейся в стране неблагополучной психологической и психиатрической ситуаций. Эксперименты по организации терапевтических сообществ развиваются как практическое приложение теории социальных групп и группового анализа, и неслучайно, что среди пионеров этого движения оказываются У. Бюн, З. Фоукс и другие первопроходцы социально-групповых исследований.

Теоретической основой движения терапевтических сообществ становится положение о том, что социальная группа представляет собой своеобразный организм, не сводящийся к сумме входящих в нее членов и именно в силу этого обладающий большой терапевтической ценностью. Группа сохраняет свободу идентификации, моделирования характеров и ситуаций, а также интерпретации, в то время как индивидуальный анализ может подавить в интерпретации терапевтический процесс. Она чрезвычайно продуктивна и тем, что в ее пространстве участники могут учиться устанавливать и поддерживать межличностные отношения, и последнее имело особенно важное значение для социальной реабилитации. Группа становится зеркалом для человека: рассматривая и вовлекаясь в проблемы других людей, он прорабатывает свои собственные<sup>62</sup>.

Одновременно с социально-психологической платформой в виде группового анализа оформляется потребность в его практическом приложении. Идет Вторая мировая война, и военное время уже во второй раз за XX в. вносит свои коррективы в теорию и особенно практику психиатрии. Британскую армию захлестывает волна посттравматических неврозов, психиатрия стоит перед необходимостью как-то справиться с этой ситуацией. Перед ней встает задача не только избавить от неврозов львиную долю солдат британской армии, но и адаптировать их к повседневной жизни. После этой адаптации солдаты должны были или вновь отправляться на фронт или приносить пользу в тылу. Традиционные методы не всегда помогали, и возникла потребность в новых социально-ориентированных методах.

Говоря о Первой мировой войне, Мартин Стоун указывает, что военный невроз имел большое историческое значение в двух аспектах. Во-первых, он открыл дорогу психотерапевтическим, психоаналитическим и психологическим теориям невроза, и если до войны к неврозам по сравнению с психозами относились не совсем всерьез, то обилие случаев поставило медиков перед необходимостью признания бессилия биологической психиатрии и необходимости новых концепций. Во-вторых, военный невроз способствовал осознанию необходимости реформы психиатрической системы: солдаты заслуживали лучшего обращения и лучшей медицины<sup>63</sup>. То же самое можно с уверенностью сказать и о военной ситуации Второй мировой войны. Именно она принесла в психиатрию вторую волну психологических теорий и техник, она способствовала обращению к режиму открытых дверей, развитию

---

<sup>62</sup> Foulkes S. H., Lewis E. Group Analysis: Studies in the Treatment of Groups on Psycho-Analytic Lines // British Journal of Medical Psychology. 1944. Vol. 2. P. 175–184.

<sup>63</sup> Stone M. Shell Shock and the Psychologist // The Anatomy of Madness / W. Bynum, R. Porter (eds). Vol. 2. L.: Routledge, 1986. P. 242–271.

терапевтических сообществ, появлению практик групповой работы. Гарольд Бриджер говорит об опыте с терапевтическими сообществами: «Это происходило во время Второй мировой войны, в критический период войны, и было неотъемлемой частью военной психиатрии. <...> Воюющая страна всячески акцентировала роль среды, и с этим не могли не считаться персонал и пациенты больниц»<sup>64</sup>. Военная и послевоенная психиатрия допускала даже самые смелые эксперименты. Максвелл Джонс, вспоминая о своих экспериментах по созданию терапевтического сообщества, говорил: «Сомнительно, что такие стремительные трансформации могли допустить в мирное время; традиции больницы очень крепки. Эти общие изменения появились в результате вызванного войной кризиса, зачастую временного характера больницы, сестринской профессии. Мы двигали этот процесс трансформаций не задумываясь, совершенно спонтанно»<sup>65</sup>.

Под влиянием указанных факторов и в силу сложившейся ситуации в психиатрии закладываются основания для своеобразной методологической и мировоззренческой революции: сменяется траектория терапевтической работы и взгляд на человека. Обычно эти значимые трансформации называют одной из психиатрических революций XX в. и связывают ее с переходом от индивидуального лечения к социально-психиатрическому подходу, к групповым методам<sup>66</sup>.

Пионером практики терапевтических сообществ является Максвелл Шоу Джонс (1907–1990)<sup>67</sup>. Он закончил медицинский факультет Эдинбургского университета и в первые годы своего профессионального пути занимался биологической психиатрией, ферментативной химией и биологией психических расстройств. Позднее, разочаровавшись в биохимической теории, он обращается к психологическим и социальным теориям. С 1938 г. Джонс начинает работать под началом Обри Льюиса в лондонской больнице Модсли, и Льюис, будучи сторонником психоанализа, поддерживает и культивирует его новые интересы. Тогда же в Модсли, наблюдая за персоналом больницы, Джонс открывает для себя, что гораздо больший эффект дает не медикаментозное лечение, а общение больного с группой профессионалов, с командой врачей, сестер и персонала. Так он начинает подозревать, что группа – это основное средство лечения.

Коренной переворот в карьере Джонса происходит в 1940 г., когда на базе больницы Модсли организуются два военных психиатрических госпиталя, призванных лечить военные неврозы и возвращать солдат на фронт. В одном из них – больнице Милл-хилл – он и продолжает свою карьеру. Там в отделении синдрома усилия (так в те времена обозначалась нейроциркуляторная дистония) он работает с 1940 по 1945 г.

Здесь Джонс делает первые шаги по реорганизации социальной структуры отделения и

---

<sup>64</sup> Bridger H. The Discovery of the Therapeutic Community: The Northfield Experiments // The Social Engagement of Social Science: A Tavistock Anthology. Vol. 1. The Socio-Psychological Perspective / E. Trist, H. Murray (eds). L.: Free Association Books, 1990. P. 69.

<sup>65</sup> Briggs D. Record of a Friendship. A Memoir of Maxwell Jones. San Francisco: Special Collections. The Library of the University of California, 1993. P. 8.

<sup>66</sup> De Leon G. The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. N.Y.: Springer, 2000. P. 12; Main T. The Concept of the Therapeutic Community: Variations and Vicissitudes // Group Analysis. 1976. Vol. 10. No. 2; Kennard D. An Introduction to Therapeutic Communities. L.: Rutledge and Kegan Paul, 1986.

<sup>67</sup> О жизни и проектах М. Джонса см.: Briggs D. The Therapeutic Community; Vandeveld S. Maxwell Jones and His Work in the Therapeutic Community. Thesis. Belgium: Ghent University, 1999.

больницы. Он проводит исследование 100 пациентов, в котором обнаруживает, что за их симптомами не стоит никаких органических изменений. Оказывается, что расстройства всех этих больных имеют психосоматическую природу. В раздумьях над тем, как сообщить результаты всем «испытуемым», Джонсу приходит идея собрать всех пациентов и организовать нечто вроде групповых встреч для того, чтобы они совместными усилиями справлялись с общей для всех бедой. Он делится этой идеей с медсестрами и организует своеобразную команду активного персонала, который готов работать по-другому и проводить семинары-встречи с пациентами.

Вначале семинары организуются как пространство работы с болезнью, с телом, но постепенно на них начинают обсуждаться проблемы отделения, современные социальные проблемы, психологические трудности их участников и их жизнь. На первый план начинает выходить не только больной с его проблемами, но и сама группа как активный инструмент преодоления трудностей. Больные начинают проявлять все большую и большую активность, и между ними и персоналом возникает свободная от жесткой ролевой структуры коммуникация.

Как и все подобные эксперименты, этот столкнулся с характерной проблемой: часть медицинских сестер и врачей была недовольна практикуемыми Джонсом методами, тем, что больные могут весьма вольно общаться с персоналом. Возмущение постепенно нарастало. В это время Джонсу как раз подвернулась возможность предпринять вторую попытку.

В 1945 г., уже после войны, Максвелл Джонс начинает заведовать отделением реабилитации бывших военнопленных в Южной больнице Дартфорда, пригорода Лондона. Основной задачей этого специально созданного правительством отделения стала реабилитация солдат и возвращение их к нормальной жизни: многие из них были совершенно растеряны и не знали, как жить дальше.

Временное отделение, функционировавшее в общей сложности около 11 месяцев, насчитывало 300 коек и приняло за время своей работы 1200 пациентов. Большую часть персонала – медсестер, психиатров, социального работника, терапевта и психолога – Джонс привел вместе с собой из Милл-хилла. Основой работы отделения были малые социальные группки больных: он разделил 300 пациентов на шесть групп по 50 человек, каждая из этих групп и была структурной единицей отделения<sup>68</sup>.

Как и в Милл-хилле, Джонс делает акцент на командную работу: группы пациентов собирались на встречи ежедневно: две встречи в неделю были посвящены психосоматическим расстройствам, одна – просмотру и обсуждению фильмов и проч. Важное значение имела трудовая реабилитация и включение солдат в жизнь большого общества. Была заключена договоренность с различными магазинами, организациями, фермерскими хозяйствами, расположенными неподалеку от больницы, и солдаты могли подрабатывать, постепенно возвращаясь к привычной жизни.

В отличие от своего первого проекта результаты этого Джонс отслеживал. В исследовании 100 бывших обитателей Дартфорда, поселившихся в Лондоне, было показано, что 22 из них достигли полного восстановления (чувствовали себя так же, как до войны), состояние 66 улучшилось, у 12 улучшений замечено не было, точнее, улучшения были заметны во время пребывания в больнице, а после выписки симптомы невроза вернулись. Джонс отслеживал и показатели занятости: 60 бывших пациентов высказывали полное удовлетворение своей нынешней работой, 16 – надежду на то, что в ближайшем будущем получат работу лучше

---

<sup>68</sup> Jones M. Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities. L.: Tavistock Publications Limited; Routledge & Kegan Paul, 1952.

настоящей.

Все эти результаты – и те, что были зафиксированы во втором проекте, и те, что наблюдались в первом, – привели Джонса к убежденности в эффективности групповой работы, в необходимости реструктурирования социального пространства больницы и смягчения ролевой структуры. «К середине 1940-х годов, – вспоминал он позднее, – я обрел твердую убежденность в том, что мы стоим на пороге открытия новой важнейшей терапевтической модели, но тогда я еще не знал, в каком направлении все это будет развиваться, и как я буду со всем этим связан»<sup>69</sup>.

Однако удача благоволила Джонсу. Молва о его смелых и успешных идеях достигла Министерства здравоохранения, и в 1947 г. он получает новое назначение – заведование отделением техногенных неврозов больницы в Бельмонте. Этот третий в его профессиональной карьере проект прославит его на весь мир как пионера движения терапевтических сообществ, а сама больница станет святыней и местом паломничества многих реформистов и радикально настроенных психиатров.

Вверенное Максвеллу Джонсу отделение было призвано лечить и адаптировать хронически больных безработных и неимущих, лиц с личностными расстройствами, дезадаптированных в техногенном обществе. Официальные документы предписывали: «В процессе реабилитации сначала нужно было сделать акцент на медицинские аспекты, а позднее – на трудоустройство и адаптацию к жизни в обществе. <...> Индустриальная реабилитация должна была быть направлена на то, чтобы вернуть нетрудоспособного человека к нормальной дневной работе в обычных условиях труда, а не на исправление нарушений»<sup>70</sup>.

Это отделение должно было работать с одной из проблем послевоенной Великобритании – увеличивающимся числом безработных, тунеядцев, алкоголиков. Государственные пособия по безработице, которые позволяли вполне сносно жить, только усиливали эту проблему, и постепенно страна столкнулась с ситуацией, когда огромная масса людей не была включена в общество, не хотела работать и была абсолютно социально дезадаптирована. С этой армией «гангстеров», как их впоследствии прозвали, и предстояло находить общий язык Джонсу.

Отделение было рассчитано на 100 койко-мест. Оно принимало взрослых в возрасте от 18 до 60 лет, в основном его обитателями были молодые люди с психопатиями (около 60 %) и неврозами (около 20 %), лишь незначительный процент составляли психотические больные (около 10 %)<sup>71</sup>. В основном там находились те, кого принято называть антиобщественными элементами: тунеядцы, мелкие мошенники, алкоголики, проститутки.

Структура отделения основывалась на принципе «эгалитарной демократии»: она должна была быть как можно более свободной. Приветствовалось свободное общение вне зависимости от ролей и иерархии, общение должно было строиться с теми, с кем было интересно и хотелось общаться. Разрушение иерархии и ролевой структуры вело к общинности: сообщество должно было как можно точнее воспроизводить модель общества, поэтому всячески приветствовалось включение пациента в многочисленные группы и объединения: терапевтические группы, трудовые мастерские, социальные группы. Каждый из пациентов мог освоить разнообразие ролей и вернуть себе ролевую лабильность, которая необходима для успешной адаптации в

---

<sup>69</sup> Briggs D. The Therapeutic Community... P. 22.

<sup>70</sup> Jones M. Industrial Rehabilitation of Mental Patients Still in Hospital // The Lancet. 1956. No. 2. P. 985.

<sup>71</sup> Rapoport R. N. Oscillations and Sociotherapy // Human Relations. 1956. Vol. 9. P. 357–374.



обществе.

Порядки в Бельмонте были достаточно свободными: не было жесткого режима, жестких предписаний, и, несмотря на это, большинство пациентов добровольно участвовали в жизни сообщества. По убеждению Джонса, такие порядки были призваны окружить пациента понимающей средой, в которой он смог бы свободно жить, раскрыться и решить свои проблемы. Все формальные правила были минимальны: «В отделении говорили, что есть только два непреложных правила: каждое утро в 8.30 присутствовать на встречах сообщества и каждый вечер в 21.00 быть готовым ко сну и надеть пижаму»<sup>72</sup>. Если кто-то не подчинялся этим главным правилам, на следующий день на утренней встрече все отделение обсуждало его поведение. Джонс был убежден, что подобная мера гораздо эффективнее обычного наказания.

Основной особенностью организации проживания в Бельмонте было то, что сам процесс лечения, т. е. взаимодействия пациента с врачом, не был центральным и единственным пространством жизни. Джонс считал, что пациент должен стать частью сообщества и жить в нем полноценной жизнью, это, по его мнению, и должно было запустить процесс выздоровления, а также адаптации к большому обществу. Поэтому лечение, конечно, не утрачивало своего приоритета, а становилось одной из сфер, все из которых были равно терапевтическими. Надо признать, что здесь Джонс заложил традицию: подобное смещение акцентов станет основной особенностью терапевтических сообществ.

Для реализации своей цели Джонс располагал многочисленным персоналом, насчитывающим около 30 сотрудников. Кроме психиатров и медсестер были психологи, социальные работники, преподаватели мастерских и проч. Одной из своеобразных, но важных должностей была должность менеджера по трудоустройству, в задачи которого входило возвращение обитателей к трудовой деятельности. Медсестрам платили немного, и Джонс был вынужден нанимать на эти деньги молодых иностранок. Чтобы адекватнее обозначить их важную роль в сообществе, Джонс даже отказался от традиционного наименования этой профессии и предпочитал называть их социальными терапевтами. Наделение властью медсестер выражало убежденность Джонса в том, что ответственность за лечение должна распределяться между всеми членами сообщества. Процесс адаптации и выздоровления не должен был направляться одним лишь врачом-психиатром. Еще в Милл-хилле он получил подтверждение своей идее о том, что более эффективной является групповая работа, эту идею он развивал и здесь.

Основным инструментом групповой работы в Бельмонте были групповые встречи, встречи сообщества<sup>73</sup>. Они делились на несколько типов и охватывали все пространства жизни сообщества и возможные проблемы. Самыми частыми и важными были ежедневные встречи в 8.30 утра, их посещали все пациенты и весь штат. Здесь обсуждались проблемы поведения пациентов, и группа пыталась помочь исправить совершенные ошибки. После 9.00 по будням проводились дискуссии по насущным социальным вопросам – вопросам семьи и брака, воспитания детей и проч. Иногда читались лекции, и лектором мог быть либо кто-то из персонала – социальный работник, психолог или психиатр – либо кто-то из гостей. Так, Джонс стал устраивать лекции приглашенных специалистов, став у истоков еще одной традиции терапевтических сообществ, которая в середине 1960-х годов позволит Лэйнгу превратить свой

---

<sup>72</sup> *Rapoport R. N., Rapoport R.S. . Permissiveness and Treatment in a Therapeutic Community // Psychiatry. 1959. Vol. 22. P. 59.*

<sup>73</sup> *Baker A. A., Jones M., Merry J. et al. A Community Method of Psychotherapy // British Journal of Medical Psychology. 1953. Vol. 26. P. 222–244.*

Кингсли-холл в центр контркультуры.

Еженедельно пациенты вместе с медсестрой и двумя социальными работниками обсуждали функционирование и проблемы отделения, принимая участие в решении многих организационных вопросов. Несмотря на то что в отделении продвигалась идея активного участия пациентов в решении проблем, персонал все-таки имел собственные консилиумы, проходившие ежедневно в первой половине дня, где обсуждались как проблемы и результаты, озвученные на других встречах, так и групповые процессы отделения в целом. Персонал мог обмениваться мнениями и во время ланча, помогая друг другу в профессиональных вопросах, пациенты могли посещать сеансы семейной терапии, уроки танцев и проч.

Если инструментом групповой терапевтической работы были встречи сообщества, то трудовая адаптация продвигалась многочисленными, организованными при отделении мастерскими. Пациенты могли трудиться в них до и после обеда по паре часов: заниматься ручным трудом, рисовать, шить и проч. Джонс считал, что труд должен быть встроен в жизнь сообщества, а не проходить за его пределами, поскольку сообщество воспроизводит модель большого общества. Более того, труд был терапевтическим инструментом, способным изменить поведение пациента. «Сам труд имеет второстепенное значение. Наш основной интерес направлен на поведение пациентов в рабочей обстановке»<sup>74</sup>, – признавался Джонс.

Контингент больных начал постепенно меняться: через некоторое время в Бельмонт стали попадать лица с многообразными личностными расстройствами, при этом не обязательно нетрудоспособные. И уже в последние годы своего функционирования Бельмонт стал принимать и больных психозами. Джонс начал интересоваться возможностями перенесения своих методов на психотиков.

Разумеется, в Бельмонте далеко не все шло гладко. Постоянно возникали конфликты со второй частью больницы, на базе которой было учреждено отделение. Она придерживалась более традиционных методов, и персонал был обеспокоен слишком распушенными соседями. С подачи сотрудников этой части больницы сообщество Джонса прозвали «Макс и его гангстеры». Местные жители также не были в восторге от такого соседства. Пиком конфликта стало вмешательство Англиканской церкви, которая была обеспокоена моральным духом общины. Несмотря на все эти мелкие и крупные неприятности, в целом работа была успешной, и сам Джонс впоследствии вспоминал: «Все это было началом того, что позже стали называть движением терапевтических сообществ»<sup>75</sup>.

После некоторого периода работы во Всемирной организации здравоохранения Максвелл Джонс в своем деле практических терапевтических проектов движется дальше. В 1962 г. он становится главным врачом психиатрической больницы Динглтона в шотландском Мелроузе, городке к югу от Эдинбурга, и этот опыт стал его первым опытом заведования больницей.

Больница Динглтона функционировала в традиционном ключе и имела достаточно жесткие устои: она была строго иерархизирована и использовала общепринятые методы лечения. Больница была рассчитана на 400 койко-мест. Штат насчитывал 90 сотрудников: пять психиатров, один социальный работник и 84 медсестры, но это была не совсем обычная больница. В 1949 г., когда ею руководил Джордж Белл, она стала одним из первых психиатрических стационаров, в котором была развита практика открытых дверей. Поэтому, несмотря на жесткие устои и строгую иерархию, больница имела опыт реформирования и была

---

<sup>74</sup> Jones M. Social Rehabilitation on Work Therapy as a Form of Group Therapy // British Journal of Medical Psychology. 1960. Vol. 33. P. 68.

<sup>75</sup> Jones M. The Process of Change. Boston; L.: Routledge & Kegan Paul, 1982. P. 4.

благодатным материалом для того, что в ее стенах собирался сделать Джонс.

Этот проект отличался от всех остальных его проектов. Если раньше он стремился организовать пациентов и усилить их активность, то теперь это предполагалось как само собой разумеющееся. По прошествии определенного времени больница Динглтона стала терапевтическим сообществом в классическом смысле этого слова: были преодолены ролевые стереотипы, пациенты участвовали в своем лечении и принимали активную роль в решении проблем своих товарищей, проводились многочисленные групповые встречи и семинары. Словом, в этом отношении Джонс повторил здесь все то, что уже профессионально делал. Поэтому в этом проекте акцент был сделан на институциональную структуру больницы, которая, по его мысли, должна была быть приспособлена к целям терапевтического сообщества. Позднее он вспоминал: «Я служил там с 1962 по 1969 г. и смог убедиться, что традиционная деспотичная психиатрическая больница может стать открытой системой, поддерживаемой сверху»<sup>76</sup>.

Первым преобразованием на этом пути становится учреждение Руководящего комитета сотрудников – управляющего органа больницы. Комитет включал 12 человек – медсестер, врачей, социального работника и секретарей, и в его функции вменялось принятие всех важных решений, касающихся организации работы больницы. Джонс был убежден, что в терапевтическом сообществе все решения должны выноситься коллегиальным путем, и хотя это ставило в зависимость от мнения коллектива и его самого, он считал, что это единственно возможная модель управления терапевтическим сообществом. Параллельно были организованы встречи сестер, на которых функционирование больницы и организационные вопросы обсуждали медсестры. Так, Джонс обеспечил участие всего штата в процессе управления.

На основании этих нововведений Джонс хотел внедрить принцип множественного лидерства, поскольку считал, что децентрация идет на пользу сообществу. «Чтобы быть эффективным, – писал он, – терапевтическое сообщество нуждается в нескольких лидерах, которые хорошо обучены групповой работе и имеют педагогические склонности, а также могут заменить формального лидера, когда он отсутствует или же вовлечен в эмоциональное взаимодействие или конфликт с другим членом группы»<sup>77</sup>.

В рамках этого проекта было достигнуто и еще несколько новшеств. В частности, была организована первая группа экс-пациентов, а также общежитие для восьми пациентов-мужчин, работавших за пределами больницы. Взаимодействию с обществом за пределами больницы в этом проекте Джонс уделял большее внимание, чем во всех остальных. С этой целью была собрана специальная команда персонала из психиатра, медсестры и социального работника, задачей которых была организация взаимодействия пациентов и больницы с обществом в целом.

Постепенно структура самой больницы претерпела еще большие изменения. Следуя принципу децентрации, Джонс разделил больницу на три региональных отделения, каждое из которых курировало определенную географическую область. Пациенты попадали в соответствующее населенному пункту отделение, и за каждым отделением был закреплен определенный персонал. Штат отделения преимущественно занимался своими пациентами, обязанности по гериатрическому, приемному отделению и отделению для пациентов с

---

<sup>76</sup> Conversation with Maxwell Jones // *Psychiatric Bulletin*. 1984. Vol. 8. P. 169.

<sup>77</sup> Jones M. *Social Psychiatry in Practice. The Idea of a Therapeutic Community*. Middlesex, England: Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1968. P. 33–34.

трудностями в обучении были разделены между персоналом трех отделений поровну.

Одновременно с новшествами в организационной структуре терапевтического сообщества Джонс начинает обращаться не только к практике, но и к теории, разрабатывая теоретический фундамент своих ранее исключительно практических идей. Основным понятием этой теории становится понятие социального научения. Социальное научение – это поступательный процесс взаимодействия между людьми в доверительной среде. В процессе социального научения большую роль играет координатор, помощник, который направляет человека или группу в их развитии, помогает преодолеть кризисные ситуации и иногда выступает в качестве зеркала в ходе терапевтического процесса. Роль помощника подобна роли акушерки, и здесь в понимании этой фигуры заметно влияние Сократа и его метода сократического диалога. Часто социальное научение проходит через процесс болезненной коммуникации, в которой человек или группа возвращается к более ранним стадиям и стремится преодолеть болезненные комплексы и конфликты, поэтому оно представляет собой трудный и неоднозначный путь, пройти через который гораздо легче в сопровождении опытного и знающего человека.

Несмотря на определенные теоретические достижения, в истории психиатрии Джонс остался как практик, и залогом его популярности стала удачно разработанная структура терапевтических сообществ. Во второй половине шестидесятых интерес к его работе начинают проявлять не только радикально настроенные психиатры, но и университеты.

Практически параллельно с деятельностью Джонса и независимо от нее развивается вторая ветвь движения терапевтических сообществ, которая получила название «эксперименты Нортфилда». «Легенда о Нортфилде, – пишет Том Харрисон в книге-летописи этой больницы, – сродни мифу о творении. Все, кто работает в групповой психотерапии, в терапевтических сообществах, арт-терапии, терапевтических социальных группах или любом другом близком пространстве, знают об этих истоках. В начале 1940-х годов военный госпиталь Нортфилда стал Олимпом психологии и психотерапии. Теперь мы дорожим этим легендарным прошлым и знаем, что мы – потомки богов»<sup>78</sup>.

Оба эксперимента, «Нортфилд-1» и «Нортфилд-2», организуются по инициативе британского Министерства здравоохранения. Проект «Нортфилд-1» стартует в 1943 г. в Бирмингеме в военном госпитале Нортфилда под руководством Уилфреда Биона и при участии Джона Рикмена. Он задумывается как проект реабилитации фронтовиков, которым не помогали обычные методы.

В основе программы лежало переструктурирование пространства больницы. Госпиталь был разделен на две части: восточная часть с отделениями, названными именами британских королей и насчитывающими около 200 койко-мест, стала медицинским, лечебным крылом. Западная часть, насчитывающая около 600 койко-мест и с отделениями, названными именами королей, стала тренинговым крылом. Начальную реабилитацию солдаты проходили хотя и в смягченном, либеральном, но армейском режиме, с военной дисциплиной и военной охраной. Когда они шли на поправку, их переводили в тренинговое крыло, где распорядки уже были «гражданскими». Там за порядком следили социальные работники, задачей которых была адаптация солдат к жизни в обществе и окончательная минимизация их неврозов.

Бион как бывалый воин (он служил командиром танка в Первую мировую войну) решил применить здесь свой армейский опыт. Он считал, что необходимо изменить структуру ролевых отношений между солдатами и врачами, уподобив ее структуре отношений в армии в

---

<sup>78</sup> *Harrison T. Bion, Rickman, Foulkes, and the Nortfeld Experiments: Advancing on a Diferent Front. L.: Jessica Kingsley Publishers, 2000. P. 7.*

военное время: психиатр должен добиться включенности солдат, основанной на их интересе, чтобы лечение и реабилитация стали их общим делом. Он должен добиться не подчинения посредством силы, а взаимоуважения; он должен эмоционально сблизиться с ними и не бояться их реакций и эмоций.

С самого начала работа основывалась на идее групповой терапии как «управляемой попытки культивирования групповых сил, воплощающихся в успешной групповой деятельности»<sup>79</sup>. По мнению Биона, малая группа была наиболее полезна в плане терапии: она обеспечивала невротика признание, поддержку, и работа в такой группе вела в конечном счете к катарсису и излечению. Невроз каждого из солдат должен был стать общим врагом группы, против которого они должны были бороться сообща с психиатрами. Целью терапии стала подготовка «мужчин с чувством собственного достоинства, социально адаптированных в обществе и готовых взять на себя ответственность»<sup>80</sup>. Поэтому в ходе групповой работы необходимо было понять, как невротическое поведение и невроз каждого из солдат и всех их вместе влияли на их повседневную жизнь, на их поведение и общение, чем они мешали их счастью и продуктивной деятельности.

Жизнь солдат в больнице определялась следующими правилами: 1) ежедневно час должен быть посвящен групповой работе; 2) каждый должен войти как минимум в одну (или более) образовательную, ремесленную или управленческую группу; 3) любой человек мог сформировать вокруг себя новую группу, отвечающую его специфическим увлечениям и интересам; 4) тот, кто чувствовал, что не может посещать группу, должен был находиться в комнате отдыха, где в спокойной обстановке и при надлежащем сестринском уходе он мог расслабиться или провести время за настольными играми. Одним из первых новшеств стали групповые встречи: пациенты были разбиты по группам и встречались, чтобы обсуждать свои проблемы. Постепенно после первых успехов (именно благодаря им некоторые солдаты были успешно реабилитированы и отправлены обратно на фронт) было решено собираться не только отдельными группами, но и всем вместе. Встречи обычно длились около 30 минут и проходили после полудня.

Гарольд Бриджер выделяет следующие основные принципы проекта:

- цель каждой группы состоит в исследовании внутригрупповых отношений и возникающего в них напряжения, а также влияния невротического поведения, являющегося следствием невротического расстройства, на возникающие в группе проблемы;
- проработка всякой проблемы должна происходить только после того, как ее характер и масштабы станут понятны большей части группы;
- средство разрешения проблемы обязательно должно быть предложено и осмыслено группой;
- исследование проблем напряженных внутригрупповых отношений должно проходить без перерывов, в течение всех суток;
- предложенные и внедренные в жизнь стратегии совладания с проблемой нужно практиковать не только во внутригрупповых отношениях, но и в других сферах жизни и проч.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Bion W. R., Rickman J. Intra-Group Tensions in Therapy: Their Study as the Task of the Group // *The Lancet*. 1943. Vol. 242. P. 678.

<sup>80</sup> Bion W. R., Rickman J. Intra-Group Tensions in Therapy...

<sup>81</sup> Bridger H. The Discovery of the Therapeutic Community... P. 72.

Такая интенсивная групповая работа дала свои плоды и способствовала развитию самокритики у солдат. В скором времени солдаты стали замечать, что в отделении грязно, и была организована группа, которая следила за чистотой. Такая простая проблема способствовала развитию сплоченности и совместной деятельности. В скором времени у каждого из солдат появилось свое дело. Это отвлекало от проблем и возвращало их к повседневной жизни, способствовало развитию морального духа и отзывчивости.

В итоге грамотно организованной работы через несколько недель большинство пациентов были реабилитированы и вернулись на фронт, но ослабление больничных порядков привело к анархии и нарушению дисциплины. Слухи об этом дошли до Министерства обороны, была организована внезапная проверка, которая только подтвердила нарушения. В итоге через шесть недель проект был закрыт.

Второй проект, «Нортфилд-2», стартовал в 1944 г. в той же больнице Нортфилда, но возглавлялся уже Гарольдом Бриджером. Проект разрабатывали также Эммануэль Миллер и Альфред Торри, в его реализации принимали участие Том Мэйн и Зигмунд Фоукс.

По мысли Бриджера, сам проект должен был предполагать следующие шаги: 1) семинары персонала для уяснения мишеней социальной терапии и ее возможных результатов; 2) независимые профессиональные дискуссии с участием психиатров, медицинских сестер и др.; 3) встречи отделения с целью исследования результата «внешних воздействий» – от внутренних стрессов до широкого окружения; 4) акцент на супервизию при изменении паттерна отношений с пациентами с предписаний и распоряжений на инициативу с их стороны и ответственности за них; 5) развитие клуба госпиталя как пространства для раскрытия индивидуальности пациента и залатывания социальных брешей его жизненного пространства<sup>82</sup>. В ходе проекта стали явными следующие изменения акцентов: 1) от человека, избегающего лидерства, к группе; 2) от центрированности на человеке к центрированности на группе; 3) от разговоров к действиям; 4) от управления и директив к спонтанности; 5) от прошлого к ситуации настоящего и др.<sup>83</sup>

Одним из нововведений второго проекта становится образование так называемого клуба госпиталя – переоборудованной, освобожденной от кроватей палаты для встреч групп пациентов. Многие из солдат до мобилизации на фронт были людьми творческих профессий: художниками, музыкантами, актерами. В Нортфилде образовалось множество творческих групп: свой журнал, музыкальные ансамбли и театральные труппы. Кроме того, была учреждена газета госпиталя, имевшая собственную редакцию и отдельное для нее помещение, функционировали группы танцев, садоводства, плотницкий кружок и теннисный корт.

Пациенты помогали детским домам и поликлиникам: мастерили и делали игрушки, развлекали детей. В Нортфилде была полная свобода для активности и творчества, пациенты могли почувствовать себя востребованными, по договоренности с компаниями они могли работать и за пределами госпиталя: в гаражах, фермерских хозяйствах, различных конторах и фирмах. Налаживались связи с местными жителями – устраивались совместные катки и игры в гольф.

Постепенно, ближе к концу войны, армейская традиция уступает место демократическим порядкам набирающего обороты эксперимента. Уже после 1944 г. больница стала двигаться по пути терапевтического сообщества в полном смысле этого слова. Представители от каждой палаты принимали участие в собраниях персонала, и некоторые из них вошли в состав

---

<sup>82</sup> Bridger H. The Discovery of the Therapeutic Community... P. 78.

<sup>83</sup> Bridger H. The Discovery of the Therapeutic Community... P. 85.

управляющих органов больницы. Таким образом, активность пациентов поощрялась и в организационных вопросах. Два крыла больницы объединили, и военное командование дало разрешение на преобразование больницы в самоуправляемое сообщество.

Эти два течения – проекты Максвелла Джонса и эксперименты Нортфилда – заложили основания теории и практики коммунарного движения в «большой» психиатрии. В теоретическом отношении появление терапевтических сообществ было закономерным развитием английской психологии и психоанализа. Как подчеркивает Гарольд Бриджер, «Винникот говорил, что в развитии ребенка важную роль имеет преобразующее и помогающее окружение. Нортфилд показал, что помогающая среда может привести к неожиданному преобразованию и у взрослых»<sup>84</sup>.

Современные терапевтические сообщества продолжают эту традицию. При этом необходимо отметить, что, в то время как движение терапевтических сообществ выступило системообразующим для практики антипсихиатрии, сама антипсихиатрия для его последующего развития имела не такое большое значение. В этом отношении ее практические эксперименты были вполне традиционны.

В настоящий момент движение терапевтических сообществ интенсивно развивается: действуют всемирная и европейская федерации терапевтических сообществ, издается международный журнал «*Therapeutic Communities*», проводится международная конференция, и в ноябре 2012 г. была проведена уже 25-я ежегодная встреча. Практика терапевтических сообществ широко распространена и в Америке.

Американская традиция имеет, правда, несколько иные истоки: Оксфордская группа, Анонимные алкоголики и «Синанон»<sup>85</sup>, основанные на групповой реабилитации людей с алкогольной зависимостью. Общими для всех трех проектов были те характеристики, которые потом стали основными для всех терапевтических сообществ: активная позиция самого человека, понимание выздоровления как результата терапевтических отношений с другими, вера и установка на изменение и самосовершенствование, групповая работа<sup>86</sup>. Зависимость, как и любое бедствие, рассматривалась не как изолированное личностное расстройство, индивидуальная проблема, а считалась комплексной проблемой, в которую втянуты другие люди и окружающая человека среда. Поэтому эта комплексная проблема требовала комплексной социально ориентированной работы. Более того, зависимость рассматривалась не как патология, расстройство, которое нужно лечить (а по сути, удалить), а как проблема, от которой невозможно избавиться просто так, работа с которой требует перестройки ценностной системы, отношений, жизни человека. Все эти установки заложили основания для развития метода терапевтических сообществ.

Все многообразное движение терапевтических сообществ, как говорил Максвелл Джонс, отражает ситуацию современности: «Их жизнеспособность как модели изменений, их позитивное влияние на здоровье вовлеченных в них людей, их ответ на злоупотребления властью посредством делегирования ответственности и полномочий тому уровню системы, которым необходимо управлять, их концептуальный фундамент множественного лидерства,

---

<sup>84</sup> Bridger H. The Discovery of the Therapeutic Community... P. 86.

<sup>85</sup> Анализ идей и методов этих групп как предтеч терапевтических сообществ см.: De Leon G. The Therapeutic Community... P. 15–21.

<sup>86</sup> Анализ идей и методов этих групп как предтеч терапевтических сообществ см.: De Leon G. The Therapeutic Community... P. 18.



социального научения, развития и творческого потенциала отражает один из подходов к культурной дилемме нашего времени. Общие принципы, выработанные в больнице как микромире общества, если они, как они того требуют, будут адаптированы к культурным и социальным условиям, могут быть применены ко всем уровням нашего общества»<sup>87</sup>.

Антипсихиатрия заимствует эту практику не только в ее терапевтическом смысле, но и как практику перестройки микрообщества, как революционную подрывную практику реальной борьбы на микроуровне. Если для традиции терапевтических сообществ – это пространство, «организованное как сообщество, в котором, как ожидается, каждый способствует общей для всех цели создания социальной организации с лечебными свойствами»<sup>88</sup>, то для антипсихиатрии такая организация приобретает и политический смысл, где каждый способствует перестройке не только пространства своего сознания и своей жизни, но и пространства общества и его идеологии.

#### 4. История антипсихиатрического движения: регионы и смыслы

Само движение антипсихиатрии развивалось преимущественно в трех странах: Великобритании, США и Италии. Именно в них были осуществлены первые антипсихиатрические эксперименты и достигнуты самые масштабные результаты деинституализации, именно они стали прообразами и образцами антипсихиатрических теорий и реформ по всему миру.

Разумеется, невозможно свести все под одну гребенку и писать о единых истоках по одной простой причине: исходная ситуация в системе здравоохранения, в системе психиатрической помощи имела свою специфику, а иногда была и совершенно различной. Америка была не похожа на Великобританию, и ни на ту, ни на другую была совершенно не похожа Италия.

Некоторые общие черты, в особенности для англо-американского мира, выделить все-таки можно. Майкл Доннелли в своей работе «Политика психического здоровья в Италии» называет две тенденции психиатрической системы послевоенного времени: 1) расширение психиатрического пространства за счет расширения охватываемых расстройств, разнообразия услуг и числа клиентов; 2) реорганизация работы психиатрической больницы – появление психиатрических амбулаторий, дневных стационаров, психиатрических отделений в больницах общесоматического профиля<sup>89</sup>.

Первая тенденция, расширение психиатрического пространства, была задана скорее не самой психиатрией, а социально-экономическим климатом эпохи. С одной стороны, война и послевоенное время со всем многообразием невротических расстройств стали благодатной почвой для развития малой психиатрии. С другой – изменение системы социального обеспечения способствовало включению в государственную систему психиатрической помощи самых разнообразных категорий граждан. Сама психиатрическая помощь, психиатрическая институция, должна была реагировать на эти новые изменения, на новые категории клиентов, и это привело к некоторому смягчению системы.

---

<sup>87</sup> Conversation with Maxwell Jones... P. 170.

<sup>88</sup> *Rappoport R. N.* Community as Doctor. L.: Tavistock Publications, 1960. P. 10.

<sup>89</sup> *Donnelly M.* The Politics of Mental Health in Italy. L.: Routledge, 1992. P. 1.

Критические тенденции подтолкнули и к сравнению тогдашних условий психиатрических больниц с условиями других тоталитарных учреждений. Больницы сопоставлялись с нацистскими концентрационными лагерями: сотни голых тел в грязных отделениях, забытые и никому не нужные, без лечения и внимания полуголодные больные. «Во время войны, – отмечал французский психиатр Жан Ори, – многие санитары попали в плен, некоторые прошли через концентрационные лагеря. Когда они вернулись, они стали смотреть на мир по-другому: их профессиональная среда, которая осталась такой же, какой была до войны, напоминала им о том опыте, который они совсем недавно пережили, находясь в концентрационных лагерях»<sup>90</sup>.

После опыта нацизма и практики уничтожения психически больных особое звучание приобретает вопрос о сущности психиатрии и психиатрической больницы. Эти события, по мнению немецкого историка и социолога психиатрии Клауса Дернаера, ставят психиатрию перед вопросами идентификации. «Поэтому, – подчеркивает он, – и сегодня остается открытым вопрос, какой наукой в большей мере является психиатрия – наукой об эмансипации или об интеграции, т. е. стремится ли она к освобождению психически больных или к укреплению дисциплины в обществе. Самое позднее с 1940 г., с газовых камер Гадамара во всяком случае, никто больше не может быть назван психиатром, если для него размышления об этом вопросе не стали буднично-мучительным элементом практического отношения к себе и к тем, кто от него зависит»<sup>91</sup>.

Эти дискуссии подталкивались и сложной ситуацией с медикаментозной терапией психических расстройств. Первый нейролептик, хлорпромазин, был синтезирован лишь в 1952 г., поэтому тогда использовались более жесткие методы лечения. Повсеместно применялись соли брома и барбитураты, но относительно новыми и прогрессивными методами считались электрошок и терапия инсулиновыми комами, широко использовалась тогда и лоботомия. Эти жесткие методы породили волну реакций протеста.

Введение в повсеместное использование нейролептиков сослужило психиатрии хорошую службу. Нейролептики по сравнению с другими методами действовали относительно мягко, они снимали острые симптомы психоза, успокаивали больных и давали возможность установить с ними продолжительный контакт. Уже в конце 1960-х и в 1970-е годы лечение нейролептиками начнет критиковать и сама психиатрия, рассматривая его как убийство личности и расширение психиатрической власти, но надо помнить, что само движение деинституционализации и серия альтернативных экспериментов в психиатрии стали возможны благодаря их введению в медицинскую практику. Гуманистическая волна в психиатрии конца 1950–1960-х годов – это следствие (о чем в том числе и антипсихиатры говорить очень не любят) введения нейролептиков в медицинскую практику.

На волне обсуждения многочисленных проблем где-то начиная с середины 1950-х годов в англо-американской психиатрии стали появляться исследования внутреннего функционирования психиатрических больниц. Именно тогда вышли «Человеческие проблемы государственной психиатрической больницы»<sup>92</sup>, «Культура государственной психиатрической

---

<sup>90</sup> Oury J. La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban a Laborde. <<http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr/Auteurs/OURY%20Jean/Textes/texte1.htm>>.

<sup>91</sup> Дернаер К. Гражданин и безумие. С. 427–428.

<sup>92</sup> Belknap I. Human Problems of the State Mental Hospital. N.Y.: McGraw-Hill, 1956.

больницы»<sup>93</sup>, «От опекунов к лечению пациентов в психиатрических больницах»<sup>94</sup>, «Психиатрическая больница»<sup>95</sup> и др. Во всех этих работах в центре внимания оказывалась иерархическая структура организации персонала, вообще внутренняя ролевая структура психиатрической больницы, возможность преодоления ее жесткости и налаживания коммуникации с пациентом. Описания успешного опыта организации терапевтических сообществ как раз и оказывалось подтверждением возможности и необходимости смягчения жесткой ролевой структуры.

Этот процесс разочарования психиатрическими больницами проходил в послевоенное время (при всех различиях) в три этапа: 1) начальная фаза реформы, сопровождающаяся попытками либерализовать, трансформировать и гуманизировать традиционную психиатрическую больницу; 2) переходный период, характеризующийся философским осмыслением раннего этапа, при котором необходимость сокращения больниц становится совершенно очевидной; 3) формирование альтернатив психиатрической больнице и координация частей новой многосоставной системы<sup>96</sup>. Можно сказать, что в этой схеме этапов развитие англо-американской антипсихиатрии приходится на вторую фазу и чуть захватывает третью, развитие итальянской антипсихиатрии, напротив, отчасти захватывает вторую фазу и разворачивается на третьей. Однако особенности ситуации оказания психиатрической помощи в разных странах не ограничиваются только временной динамикой.

В Великобритании полемика и общественный резонанс вокруг психиатрических реформ второй половины XX в. в какой-то мере напоминали более давнюю полемику с обратными целями: строительством психиатрических больниц и отчуждением психически больных. Великобритания была на передовой этих реформ и значительно раньше, чем другие страны, подняла вопрос о необходимости социального интернирования безумцев. К. Дернер отмечает: «Еще в первой трети XVIII в. социальный институт геометрического разделения пространства между разумом и неразумием стал темой дискуссии, которая и подготовила его упразднение. В Англии очень рано было проведено разграничение, согласно которому от подобных заведений ждали не столько выполнения нравственных и воспитательных функций, сколько непосредственной пользы для общества и самих изолированных, различия между которыми именно в силу этого становились очевидными»<sup>97</sup>.

Объясняя такую ситуацию, Дернер обращается к Хабермасу и говорит о формировании в Великобритании «политической общественности», о том, что там традиционно значительно раньше других стран назревшие конфликты выносятся на общественное обсуждение и приобретают общественный резонанс. Эта гражданская общественность набирает свою мощь в начале XVIII в., и ее институтами становятся кофейни и чайные, клубы и улицы. Общественность говорит о безумцах и сплине, о причинах меланхолии и средствах совладания с ней. Эти дискуссии прорывают границы профессий, в них включаются Локк и Мандевиль,

---

<sup>93</sup> Dunham W., Weinberg S. The Culture of the State Mental Hospital. Detroit: Wayne State, 1960.

<sup>94</sup> Greenblatt M., York R. H., Brown E. L. From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals: Explorations in Social Treatment. N.Y.: Russell Sage Foundation, 1955.

<sup>95</sup> Stanton A. H., Schwartz M. The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. L.: Tavistock, 1954.

<sup>96</sup> Donnelly M. The Politics of Mental Health... P. 4.

<sup>97</sup> Дернер К. Гражданин и безумие. С. 42.

Бойль и Хук, Дефо и Свифт. Эти жаркие дискуссии приводят к романтизации болезни, и первым из романтических образов становится меланхолия – типичный для англичан сплин. Английский сплин попадает в категорию национальных особенностей, определяющих характер англичан и их индивидуальность. О нем пишут поэты и романисты, его живописуют на полотнах, а психиатры выпускают в свет огромные трактаты, достаточно вспомнить хотя бы «Анатомию меланхолии» Роберта Бертона<sup>98</sup>.

Эта ситуация жарких общественных дискуссий, тогда сформировавшая романтический образ сплина, вновь актуализируется в XX в., но уже с другим «героем» – шизофренией. Именно для британской психиатрии будет характерна романтизация шизофрении, нашедшая свое выражение в концепте метанойи. Представление о продуктивности шизофрении, ее революционности как для самого человека, так и для общества сформируется во многом на волне этой романтизации.

Примечательно также и то, что в XVIII в., сделав первые шаги в организации психиатрических больниц и упразднении изоляции, Великобритания уступает ведущую роль Франции, где в реформах Пинеля и его последователей завершается процесс институционализации психиатрии как науки и практики. Франция при меньшем общественном резонансе, развивая то, что уже было достигнуто в Англии, проводит, организывает и завершает саму реформу. Сходную ситуацию мы видим в XX в. в антипсихиатрии. Великобритания начинает масштабный процесс общественного обсуждения и осуществляет первые и не всегда успешные эксперименты. Продолжает ее путь, правда, уже не Франция, а Италия, которая гораздо быстрее и эффективнее ставит антипсихиатрию на службу реформирования института психиатрии. Это своеобразное повторение ситуации облегчит путь самой антипсихиатрии.

Как в послевоенной Великобритании, так и в послевоенной Америке где-то к середине 1950-х годов ситуация с психически больными ухудшается: число психически больных достигло своего пика к 1955 г. В Великобритании на начало 1960-х годов в стране насчитывалось несколько десятков старых больниц, численность пациентов в которых превышала 2 тыс. Правительство взяло курс на строительство новых больниц и перераспределение в них пациентов.

Американская психиатрия, как и психиатрия других стран, в первой половине XX в. была всецело биологически ориентированной и переживала не лучшие времена. В 1950-е годы больницы Америки были переполнены: на каждого врача приходилось приблизительно до 20 больных, и девять из десяти так и не дожидались никакой помощи. Психически больные по численности составляли половину всех больных США, один из 9–12 американцев хотя бы один раз в жизни попадал в психиатрическую больницу. В некоторых штатах на психиатрию тратилось более трети бюджета, при этом недобровольная госпитализация составляла 75 %, в то время как в Великобритании с ее не менее мощной волной антипсихиатрии этот процент был не более 30<sup>99</sup>. Во время мобилизации на Вторую мировую войну 750 тыс. мужчин не были призваны по причине выявленных у них психических расстройств, еще ровно столько по той же причине тогда были уволены с действительной военной службы. Ситуация несколько изменилась с появлением транквилизаторов и нейролептиков, но до настоящих изменений было

---

<sup>98</sup> Бертон Р. *Анатомия меланхолии* / пер. с англ. А. Г. Ингера. М.: Прогресс-Традиция, 2005.

<sup>99</sup> Ridenour N. *Mental Health in the United States: A Fifty Year History*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1961.

еще далеко. Это привело к тому, что сформировалась совершенно специфическая ситуация, не характерная для других стран антипсихиатрического пояса. Медики были вынуждены привлечь общественность, чтобы нация смогла осознать проблему психического расстройства и справиться с ней. Эта ситуация могла только благоприятствовать формированию и развитию антипсихиатрических идей.

История защиты психического здоровья начинается в Америке с 1909 г. Это год основания Национального комитета психической гигиены, в цели которого входило сохранение психического здоровья, профилактика развития психических расстройств и усовершенствование системы психиатрического лечения. Инициатива по созданию комитета принадлежала Клиффорду Вирсу, бывшему пациенту, боровшемуся за привлечение внимания общественности к психическому заболеванию. В 1920-е годы зарождаются движения по работе с трудными детьми и преступниками, и психическое заболевание начинает рассматриваться в тесной связке с девиацией и преступлением. Так внимание общественности обращается к правовой стороне этой проблемы.

Одновременно появляющиеся тогда движения сосредоточивают свое внимание не только на медицинском, но и на гуманистическом аспекте психиатрии. Так, в 1946 г. Уильям Меннингер основывает группу по совершенствованию психиатрии, которая развивает идею о том, что психиатрия должна интересоваться не только психически больными и их лечением, но прежде всего нормальными людьми и их социальной жизнью. Многочисленные движения за психическое здоровье приводят к появлению новых структур и новых исследований. В 1946 г. учрежден Национальный институт психического здоровья. В 1955 г. стартовало широкомасштабное национальное исследование психического здоровья, которое было закончено в 1961 г. Это стало настоящей вехой в истории американской психиатрии и стимулировало множество дальнейших исследований и разработок<sup>100</sup>. Постепенно в Америке формируется система открытых и обращенных к обществу больниц: возникают общественные центры психического здоровья – центры терапии, консультативной помощи и профилактической работы.

В 1950-е – начале 1960-х годов Великобритания и Америка уже на официальном уровне переходят к более мягким методам и структурам психиатрического обслуживания. В 1953 г. экспертный комитет по психическому здоровью Всемирной организации здравоохранения предписывает отдавать приоритет развитию психиатрического обслуживания в самом обществе, где больница служит лишь дополнением<sup>101</sup>. В 1957 г. Британская Королевская комиссия, проанализировав законодательство в области психического здоровья, отмечает, что «практически в отношении всех форм психических расстройств усилено внимание врачей к формам лечения, обучения и социального обслуживания, которые могут быть реализованы без госпитализации пациента в больницы или которые делают возможной их выписку гораздо быстрее, чем раньше»<sup>102</sup>. В 1961 г. министр здравоохранения Энок Пауэл обращается к Национальной ассоциации психического здоровья с требованием закрытия этих

---

<sup>100</sup> Mora G. Recent Psychiatric Developments (Since 1939) // American Handbook of Psychiatry / S. Arieti (ed.). Vol. I. N.Y.: Basic Books, 1974. P. 94.

<sup>101</sup> The Community Mental Hospital: Tird Report of the Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization, 1953.

<sup>102</sup> Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Defciency, 1954–1957: Report. L.: Her Majesty's Stationery Ofce, 1957. P. 207.

учреждений<sup>103</sup>.

В начале 1960-х Американская комиссия, определяющая политику психического здоровья, отмечала: «целью новейшего лечения людей с глубокими психическими расстройствами является обеспечение для пациента возможности поддержания нормального функционирования в сообществе. Для этого необходимо: 1) насколько это возможно, уберечь пациента от губительного воздействия институционализации; 2) если пациенту требовалась госпитализация, нужно вернуть его домой и к жизни в сообществе как можно скорее; 3) после того поддерживать его в сообществе как можно дольше»<sup>104</sup>. Практически вслед за этим в 1963 г. президент Кеннеди призвал к «смелому новому подходу» к проблемам психического здоровья. Таким образом, президент страны впервые обратил личное внимание на проблемы психического здоровья и заговорил о необходимости организованной национальной политики в этом отношении<sup>105</sup>.

Середина прошлого столетия становится временем постепенного развития терапевтических сообществ. В Великобритании после успешного опыта Максвелла Джонса в больницах, по системе открытых дверей, стали функционировать некоторые отделения. Так было в больнице Мапперли в Ноттингеме (с 1953 г.) и в больнице Уорлингем-парк (с 1954 г.). Вскоре к ним присоединились и другие: к концу 1950-х годов таких больниц было достаточно много. В 1954 г. Джошуа Бирер в рамках деятельности Центра социальной психотерапии организует в Хампстеде первый дневной и ночной психиатрический стационар, закрывающийся на выходные. Начиная с середины 1950-х система открытых дверей психиатрических больниц очень активно обсуждается на страницах журнала «Ланцет».

В Америке массовое развитие сообществ для психически больных приходится на 1960-е годы. В основу новой национальной программы кладется принцип коммунальности и организация общественных центров психического здоровья, работа которых была направлена на сокращение случаев и сроков госпитализации в психиатрические больницы. Реформа, как и все реформы, развивалась чрезвычайно медленно: в 1967 г. таких центров было организовано 186, в 1975 г. их число достигло 603, располагались они преимущественно на северо-востоке или на западном побережье<sup>106</sup>.

Как и любая психиатрическая реформа, эта и в Великобритании, и в Америке сопровождалась смутой. Многие пациенты, которым требовалось лечение, оказались без наблюдения, многие вовсе на улицах, что привело к всплеску уличной преступности.

Ситуация в Италии была противоположна ситуации в англоговорящем мире и в практическом, и в теоретическом отношении. Если Великобритания (а с ней большая часть англоговорящего мира) и Франция прошли этап освобождения психиатрии от наследия тюремного прошлого и медикализировали систему психиатрической помощи, сформировав на ее основе институт клинической психиатрии, то в Италии психиатрия по-прежнему была общественным институтом.

---

<sup>103</sup> *Powell E.* Report of the Annual Conference of the National Association for Mental Health. L.: National Association for Mental Health, 1961. P. 4–10.

<sup>104</sup> *Action for Mental Health: Final Report of the Joint Commission on Mental Illness and Health.* N.Y.: Basic Books, 1961. P. 270.

<sup>105</sup> *Levine M.* The History and Politics of Community Mental Health. N.Y.: Oxford University Press, 1981.

<sup>106</sup> *Donnelly M.* The Politics of Mental Health... P. 21.

На практике в середине XX в. итальянская психиатрия опиралась на законодательство 1904 г., аналогичное французскому закону 1838 г. Он имел свою специфику, которая и задавала совершенно отличную ситуацию в организации психиатрической помощи<sup>107</sup>. Исходя из этого закона психиатрическая больница имела по сути не медицинский, а юридический статус: она была важнейшим рычагом поддержания общественной безопасности и ограждения общества от неугодных и опасных элементов<sup>108</sup>. Закон предписывал психиатрической больнице две функции: опекуно-репрессивную, т. е. защиту общества от безумцев, и гуманитарно-санитарную, т. е. реализацию опеки и лечения психически больных. Как отмечает Марио Мэй, первая функция была, несомненно, преобладающей<sup>109</sup>.

Закон о психиатрической помощи был разработан, чтобы дополнять другие законы об общественной безопасности и согласовываться с нормами уголовного законодательства. Психиатрическая больница находилась в ведении Министерства внутренних дел и подчинялась полиции. По этим причинам психическое заболевание понималось исключительно как сопряженное с опасностью для общества, многообразие форм психических заболеваний этот закон не учитывал, не было и градаций для этих форм. «Иными словами, – подчеркивает М. Доннелли, – закон касался не болезни, но социально опасного поведения, которое могло стать его следствием»<sup>110</sup>.

По этому закону госпитализация наравне с медицинским освидетельствованием требовала судебного расследования и судебного сопровождения лечения, подобного тому, которое предписывалось при лечении преступников. Госпитализация, как и в случае признания вины преступников, влекла утрату гражданских свобод, т. е. недееспособность пациента. Единственным отличием содержания и лечения психически больных была отмена механического ограничения их свободы в пределах больницы. А в остальном, как отмечают Джованни де Плато и Джан Франко Мингуцци, предписываемая законом структура лечения и содержания психически больных в психиатрической больнице напоминала тюремную<sup>111</sup>.

Было и еще два момента. Во-первых, в Италии наравне с психиатрическими больницами имелись университетские психиатрические клиники, пациенты которых были гораздо богаче. В государственные психиатрические больницы имели обыкновение помещать не только действительно опасных больных, но и умственно отсталых подростков, слабоумных стариков и прочие группы людей, которые не могли сами обеспечить собственное проживание. Они как бы поступали под опеку государства. Более богатые слои населения, даже в случае психического заболевания, могли себе позволить альтернативное неинституционализованное лечение, что они и делали. Поэтому больница несла функцию институционализации бедности. Эта классовая специфика психиатрической помощи впоследствии будет одной из линий критики психиатрических институций в антипсихиатрии.

---

<sup>107</sup> Основная направленность закона анализируется по: *Donnelly M. The Politics of Mental Health...* P. 31–32.

<sup>108</sup> *Crepet P., De Plato G. Psychiatry without Asylums: Origin and Prospects in Italy // International Journal of Health Services. 1983. Vol. 13. P. 119–129.*

<sup>109</sup> *Maj M. Brief History of Italian Psychiatric Legislation from 1904 to the 1978 Reform Act // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1985. Suppl. Vol. 316. P. 16.*

<sup>110</sup> *Donnelly M. The Politics of Mental Health...* P. 31.

<sup>111</sup> *De Plato G., Minguzzi G. F. A Short History of Psychiatric Renewal in Italy // Psychiatry and Social Science. 1981. Vol. 1. P. 72.*



Во-вторых, близость закона о психиатрической больнице уголовному законодательству выражалась и в примечательном пункте установления ответственности директора. По этому закону директор психиатрической больницы лично нес уголовную ответственность за своих пациентов, в частности, был ответствен перед законом за их возможные социально опасные действия после выписки. Это предписание оказалось решающим в установлении сроков пребывания в психиатрической больнице: пациентов выписывали нехотя, поскольку нести ответственность за их поступки директорам не хотелось. Психиатрические больницы превращались в тюрьмы с долгими или пожизненными сроками.

В теоретическом аспекте в Италии совершенно не развивалась традиция социальной психиатрии и социальных исследований психического заболевания и психиатрических институций. Практически не было и никаких гуманитарных исследований в рамках психиатрии. Психо анализ был ассимилирован гораздо позже, чем в других странах, уже в 1970-е годы единственной философской традицией, воспринятой психиатрией, стала феноменология, под влиянием которой стала развиваться волна экзистенциально-феноменологической психиатрии. А в остальном психиатрия была всецело органической. Подготовка психиатров велась, как правило, на кафедрах нейропсихиатрии, и поэтому биологическая концепция XIX в. была единственной, в рамках которой в официальной психиатрической традиции могли трактоваться психические расстройства.

В 1950-е под влиянием трансформаций в психиатрии Великобритании и Америки Италия также начинает ощущать необходимость изменений. В 1951 и 1953 гг. в итальянский парламент поступают предложения о пересмотре закона 1904 г. и изменении трактовки психических расстройств на медицинскую. Однако это предложение не встречает большого одобрения даже в психиатрических кругах, и его рассмотрение откладывается. В 1964 г. организована Национальная конференция психиатров «Суд над психиатрической лечебницей». В ходе ее работы подчеркивалась необходимость модернизации психиатрической системы и предлагались многочисленные альтернативы и пути реформирования, в частности особое внимание уделялось территориальной модели организации психиатрической службы. В 1968 г. принимается поправка о добровольной психиатрической помощи и возможности оказания психиатрических услуг амбулаторно; допускается, что больной может обратиться в психиатрическую больницу инициативно, получить там гарантированное лечение, сохраняя при этом все права и свободы, в том числе возможность быть выписанным в любой момент. Однако в то время перспектив каких-либо изменений по-прежнему не было<sup>112</sup>.

На фоне этих тенденций и начинает свое развитие антипсихиатрия. Впервые в обиход термин «антипсихиатрия» вводит Дэвид Купер в своей работе «Психиатрия и антипсихиатрия»<sup>113</sup>, а также в предисловии к сборнику докладов конгресса «Диалектика освобождения», где он пишет: «Организационная группа включала четырех психиатров, которые интересовались радикальными новациями в собственной области – вплоть до обозначения своей дисциплины как антипсихиатрии. В эту четверку входили д-р Р. Д. Лэйнг и я, а также д-р Джозеф Берк и д-р Леон Редлер»<sup>114</sup>. С тех пор само понятие «антипсихиатрия» в его узком смысле отождествляли с работами и проектами Лэйнга и его ближайших коллег, а

---

<sup>112</sup> Donnelly M. *The Politics of Mental Health...* P. 37–38.

<sup>113</sup> Cooper D. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. L.; N.Y.: Tavistock Publications, 1967.

<sup>114</sup> Cooper D. Introduction // *The Dialectics of Liberation* / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968. P. 7.

также с деятельностью организованной ими Филадельфийской ассоциации.

Лэйнг никогда не отождествлял себя с этим движением и с этим термином, напротив, он всячески протестовал против его использования: «Я никогда не именовал себя антипсихиатром, и когда мой коллега Дэвид Купер ввел этот термин, напротив, я выступал против него»<sup>115</sup>, – подчеркивал он. Уже в конце 1980-х в интервью Десмонду Келли он разъяснял свою позицию: «Я назвал бы себя психиатром, и мне бы очень хотелось избавиться от ярлыка “антипсихиатр”, я антипсихиатр не более, чем Пастер антиврач, хотя он и выступал против некоторых современных ему методов медицины... Конечно же, и в теоретическом, и в практическом отношении я критикую большинство современных методов психиатрии. Но это еще не делает меня антипсихиатром, и именно от имени психиатрии я развиваю свою критику психиатров, и даже некоторых психиатров, которые, как мне кажется, придерживаются антипсихиатрических позиций. Я расцениваю себя как психиатра, работающего в традиции западной медицины. Философский фундамент моей работы сформировался в традиции западной медицины, западной философии, западной мысли»<sup>116</sup>. Последняя из приведенных цитат как раз и помогает понять критическую позицию Лэйнга и многих его соратников, их мировоззренческую ориентацию, а также то, почему антипсихиатрия является психиатрическим движением и не ограничивается голым критицизмом.

Британская антипсихиатрия складывается тем не менее вокруг фигуры Лэйнга, объединяет его соратников Дэвида Купера и Аарона Эстерсона, а также многочисленных последователей, в том числе и за пределами Великобритании (например, его коллег Л. Мошера и Дж. Берка). Ее теоретическая и практическая специфика задается теоретическими исканиями самого Лэйнга. Среди особенностей, которые отличают ее теорию, можно бы было назвать острую критику психиатрии как института власти и акцентирование микросоциального уровня внутригрупповых и семейных отношений, относительно разработанную социальную онтологию. Внимание к семье, группе, в которую включен индивид, к межличностному взаимодействию – это то, что отличает британскую ветвь от других, примечательна она также и своей наибольшей теоретичностью (во многом за счет теоретичности работ Лэйнга и Купера).

Если говорить о практике британской антипсихиатрии, то в чем-то она вполне традиционна. Все практические проекты, даже революционные проекты Лэйнга, развиваются в рамках традиции терапевтических сообществ. В «Шумной комнате», Кингсли-холле, «Вилле 21», «Уиндхосе», «Сотерии» мы замечаем черты первых проектов Максвелла Джонса, но здесь есть одна особенность. В своей практике британская антипсихиатрия направлена скорее на выработку практической альтернативы, чем на реальную деинституционализацию. Несмотря на жесткую и обширную критику психиатрии как института власти, она не предлагает программы его реформирования.

Эстафету британской антипсихиатрии продолжает антипсихиатрия итальянская. Правда, здесь мы наблюдаем то же недоверие к самому термину. Родоначальник и основная фигура антипсихиатрии в Италии, Франко Базалья, неоднократно подчеркивает, что не имеет с антипсихиатрией ничего общего. «Лично я не принимаю ярлык антипсихиатра»<sup>117</sup>, – говорит он в феврале 1971 г.

<sup>115</sup> Laing R. D. *Wisdom, Madness and Folly: The Making of a Psychiatrist*. N.Y.: McGraw-Hill, 1985. P. 8–9.

<sup>116</sup> Kelly D. *An Interview with R. D. Laing* // *Audio Colloquies*. L.: Harper & Row, 1987.

<sup>117</sup> Лагранж Ж. Контекст курса // Фуко М. Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / пер. А. В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. С. 426.

Базалья и его последователи, так же как и английские антипсихиатры, сосредоточиваются на критике психиатрии как институции. Если в Великобритании эта критика имела преимущественно микросоциальный акцент, то в Италии она становится макросоциальной и приобретает политическое измерение. Проблема психического заболевания при этом включается в широкую политико-экономическую перспективу.

Итальянцы развивают и совершенно другую практику, которая направлена не на выработку альтернативы, а на реформирование психиатрии как институции и на разрушение психиатрической больницы. Английские антипсихиатры считали, что систему можно изменить только извне, Базалья и его последователи показали, что это можно сделать и изнутри, разрушив само пространство психиатрической больницы. Лэйнг всегда сомневался в успешности такой стратегии: «Если Франко думает, что он может, как хочет, значительно изменить положение дел в руководстве, оставаясь при этом внутри институций, и что это вообще возможно, я уважаю его точку зрения и надеюсь, что ему удастся сделать это»<sup>118</sup>.

Базалья признавал достижения предшественников, он наследовал традицию британских терапевтических сообществ, учился у Лэйнга, но одновременно и четко осознавал различия: «В последние годы наша деятельность шла путями, в чем-то похожими, в чем-то отличными от тех, которыми двигался Рональд Лэйнг. Хотя наши методы и различны, мы оба отдали себя борьбе за изменение реальности. Теория и практика Лэйнга фокусируются и концентрируются на индивидуальном субъективном изменении, тогда как мы склонны концентрироваться на социальном преобразовании, сосредоточивая внимание на других уровнях этой проблемы. Лэйнг стремится встряхнуть человека с его инерцией изнутри; мы посредством специфической деятельности стремимся преодолеть инерцию общества. Концентрация на чем-то не означает материализации, и эти два аспекта, субъективный и социальный, являются двумя сторонами одной реальности. Они разворачиваются в нас и одновременно определяют нас»<sup>119</sup>. Так или иначе, но психиатрическая ситуация в Италии принципиально отличалась от таковой в Великобритании, и Базалья посчитал, что гораздо правильнее будет сломать ее, чем последовательно изменять.

Американскую антипсихиатрию и близкие ей идеи можно разделить на три лагеря. Во-первых, это идеи и проекты последователей британской антипсихиатрии Дж. Берка, Л. Мошера и проч., под влиянием которых развивалось американское коммунальное движение в психиатрии. Во-вторых, это социально и антропологически ориентированные исследования, в центре которых психиатрическая больница как институт власти, психическое заболевание как социально обусловленная девиация. Это прежде всего работы Ирвинга Гофмана и Томаса Шеффа, а также близкие им труды по социологии девиации. В-третьих, это критические взгляды Томаса Саса, основного «самобытного», «американского» представителя антипсихиатрии. Как видно, пространство американской антипсихиатрии, точнее, того, что так можно назвать, наиболее неоднородно, хотя никто из ее представителей никогда не признавал своего «родства» с этим движением.

Томас Сас не просто не отождествлял себя с антипсихиатрическим движением, но всю жизнь активно боролся с ним. Открещиваясь от ярлыка антипсихиатра, Сас охотно навешивал его на Лэйнга, при этом не скрывая своего крайне негативного отношения к нему. В 1976 г.

---

<sup>118</sup> Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds). N.Y.: Columbia University Press, 1987. P. 195–196.

<sup>119</sup> Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds). N.Y.: Columbia University Press, 1987. P. 194.

в статье, опубликованной в «New Lef Review», он набрасывается с резкой критикой на его идеи и деятельность. Через 28 лет Сас начинает аналогичную статью следующей фразой: «Психиатры и те, кто интересуется психиатрией, “знают”, что Рональд Д. (Дэвид) Лэйнг (1927–1989), шотландский психиатр, и я разделяют одни и те же идеи о психическом заболевании и принудительной психиатрической госпитализации. Мы оба рассматриваемся как основатели и лидеры движения антипсихиатрии. В этом кратком эссе я задаюсь целью доказать, что это не так»<sup>120</sup>. Сас соглашается, что в некоторых моментах, в частности в критике психиатрии как социальной институции, его взгляды совпадают со взглядами Лэйнга, но признает при этом, что основанием этого совпадения является лишь общий враг – тоталитарная система психиатрии. Поэтому сам он по собственному признанию чувствует к Лэйнгу такие же чувства, какие испытывал Черчилль к Сталину. «...Антипсихиатры, – пишет он, – объявляли себя социалистами, коммунистами или, по меньшей мере, антикапиталистами и коллективистами. Точно так же, как коммунисты пытаются поставить бедных выше богатых, антипсихиатры ставят “безумие” выше “разума”»<sup>121</sup>.

Лэйнг был настроен по отношению к Сасу более позитивно. Он никогда не высказывал открытой враждебности и, напротив, настаивал больше на общности, чем на различии их идей. К примеру, во введении к «Здравомыслию, безумию и семье» он ссылаясь на «Миф душевной болезни» Саса и высоко оценивал его идеи, как и в интервью Бобу Маллану<sup>122</sup>.

Разногласия между самими антипсихиатрами отражают многообразие антипсихиатрических проектов. Это разношерстное пространство антипсихиатрических и околоантипсихиатрических проектов и идей отмечено тройной нагрузкой. Во-первых, оно обусловлено комплексом теоретических и мировоззренческих влияний: заимствованным вариантом марксизма, мировоззренческой (экзистенциалистской, либертарианской и проч.) позицией, доминирующим уровнем критической социальной теории (микро– или макросоциальным), а также комплексом смежных немагистральных заимствований. Во-вторых, задается культурным фоном, социально-политическим климатом того времени, в которое оформляется конкретный вариант антипсихиатрии. В-третьих, отягощается национальными особенностями системы оказания психиатрической помощи и организации психиатрических больниц.

Антипсихиатрия становится не только движением на границе наук и дисциплин, но и общественно-политическим движением, подготовленным развитием леваческой мысли и развивавшимся в ее контексте. Говоря о социокультурных основаниях движения терапевтических сообществ, Максвелл Джонс отмечает: «На Западе есть огромное множество специфических культурных движений: группы по защите окружающей среды и прав потребителей, феминистки, движение за мир и многие другие. Один из аспектов такого изменения общественного мнения – нарастающее разочарование в злоупотреблении властью профессионалами в области права и закона, медицины, в правительстве вообще»<sup>123</sup>. Антипсихиатрия, так же как и все контркультурные движения, выступает против буржуазного

<sup>120</sup> Szasz T. S. «Knowing What Ain't So»: R. D. Laing and Tomas Szasz // *Psychoanalytic Review*. 2004. Vol. 91. No. 3. P. 331–346.

<sup>121</sup> Szasz T. S. *Anti-Psychiatry: The Paradigm of Plundered Mind* // *The New Review*. 1976. No. 3. P. 3.

<sup>122</sup> Mullan B. *Mad to Be Normal: Conversations with R. D. Laing*. L.: Free Association Books, 1995. P. 202.

<sup>123</sup> Conversation with Maxwell Jones. P. 170.

общества и его власти, структур социальных институций, против подчинения человека экономике и общественному мнению, против обобществления его сознания и подавления его индивидуальности. Как точно подмечает К. Дернер, «...реформа в психиатрии – всего лишь небольшое, хотя и очень важное, звено в общем социальном отказе от изоляции»<sup>124</sup>.

В XX в. вопрос об освобождении психически больных представляется в контексте современной культурной, политической и экономической ситуации. Это соединение культуры, политики и экономики было характерно и для эпохи появления психиатрии и института психиатрической больницы. В истории вопрос об освобождении безумцев всегда был скорее политическим и социальным, чем исключительно научным. Поэтому все территориальные традиции антипсихиатрии так или иначе объединяются вокруг единого социального проекта: вокруг своеобразной социальной теории и практики.

## II. Рональд Лэйнг

### 1. На пути к феноменологии шизофрении

Рональд Дэвид Лэйнг родился в 1926 г. в Глазго. В 1945–1951 гг. он учится на медицинском факультете Университета Глазго и после обучения выбирает в качестве своей специализации неврологию. Под началом бывшего полевого хирурга Джо Шорстейна он проходит интернатуру в нейрохирургическом отделении Киллерна, ассистируя на сложнейших нейрохирургических операциях и ухаживая за неврологическими больными. Столкновение со смертью, тяжелыми заболеваниями и неизлечимыми больными ставит Лэйнга перед проблемой переживания болезни, бытия больного и особенностей взаимоотношений. Под влиянием Джо Шорстейна, ставшего его интеллектуальным наставником, он погружается в европейскую интеллектуальную традицию, «проглатывая» Канта и Гуссерля, Хайдеггера и Сартра, Мерло-Понти и Ясперса, Фрейда и Юнга, Ницше и Кьеркегора, Маркса и Витгенштейна.

В 1951–1953 гг. Лэйнг в должности военного психиатра проходит службу в Королевском военно-медицинском корпусе. В это время он впервые начинает доверительно общаться с больными, разговаривая с кататониками и спасая шизофреников от электрошоковой и инсулиновой терапии. Здесь он встречает больных, случаи которых будет разбирать в своей первой книге. Некоторые из них именно благодаря его вмешательству возвратятся к нормальной жизни. Сразу же после демобилизации он получает должность психиатра в Гартнавельской Королевской психиатрической больнице, где проводит свой первый исследовательский эксперимент – «Шумную комнату» (1954–1955 гг.). С 1955 г. он переходит на работу (в должности старшего ординатора) в Южную общую больницу и приблизительно в это время начинает активно писать; вся эта работа ляжет в основу его первой книги.

Особенно значимым оказывается в жизни Лэйнга 1956 г.: он с семьей перебирается в Лондон, где в должности старшего ординатора начинает работать в Тавистокской клинике и проходит психоаналитическое обучение. Вскоре его профессиональная карьера приносит первые плоды. В 1960 г. выходит его первая книга «Разделенное Я», через год за ней следует вторая – «Я и Другие», которые становятся своеобразным итогом всей его теоретической работы в 1950-е. Однако пик его творчества и деятельности, впрочем, как и пик его популярности, приходится на 1963–1967 гг.

---

<sup>124</sup> Дернер К. Гражданин и безумие. С. 9.

Шестидесятые для Лэйнга – время коллективных теоретических и практических проектов. В первой их половине совместно с Гербертом Филлипсоном и Расселом Ли он работает над книгой «Межличностное восприятие», с Дэвидом Купером – над критическим анализом творчества Ж.-П. Сартра, книгой «Разум и насилие», с А. Эстерсоном он проводит исследование семей шизофреников, которое ляжет в основу книги «Здравомыслие, безумие и семья». Интенсивная исследовательская деятельность приведет его и коллег к осознанию необходимости практического продолжения работы. В 1965 г. стартует самый известный проект Лэйнга Кингсли-холл – терапевтическая коммуна, сообщество для психически больных. Она станет одним из контркультурных центров Великобритании и превратит Лэйнга в гурзу целого поколения. Он постоянно «концертирует» с лекциями и докладами: в конце 1960-х выходят сборники выступлений «Политика переживания» (1967) и «Политика семьи» (1971).

Семидесятые отмечают полную смену курса и приоритетов. Кингслихолл закрывается, а сам Лэйнг отправляется в путешествие на Восток: в 1971–1972 гг. он живет на Шри-Ланке и в Индии, медитирует, отходит от круговорота своей, теперь уже звездной, жизни и пытается постичь восточную мудрость. После возвращения он развивает совершенно другие проекты: отправляется в лекционное турне по Америке, начинает интересоваться пренатальным опытом и опытом рождения (этот интерес отражают его книги «Факты жизни» (1976) и «Голос опыта» (1978)) и издает несколько книг-диалогов – «Узелки» (1970), «Ты любишь меня?» (1978), «Беседы с Адамом и Наташей» (1977), а также поэтические «Сонеты» (1979). Восьмидесятые только отнимают, но не приносят ему ничего нового: у Лэйнга отбирают медицинскую лицензию, и уже мало кто вспоминает об этом «герое бунтарских шестидесятых». Лэйнг умирает в августе 1989 г. от сердечного приступа.

В теоретическом отношении Лэйнг начинает свой путь традиционно для европейской интеллектуальной психиатрии: с экзистенциально-феноменологической книги и феноменологической теории психического заболевания. В этих первых шагах он намечает преемственность двух философских парадигм психиатрии – экзистенциально-феноменологической психиатрии и антипсихиатрии, показывая, что вторая не смогла бы сформироваться без первой. Исключительно личностный ракурс и экзистенциальную тематику несет только первая книга Лэйнга «Разделенное Я». Она отличается от всех остальных его работ и по стилю, и по содержанию, являясь наименее политизированной и декларативной его книгой. Здесь он, как метко выражается Эндрю Коллиер, «...читает свои экзистенциалистские идеи <...> в умах своих пациентов...»<sup>125</sup>.

В то время, когда было написано «Разделенное Я», экзистенциально-феноменологическая психиатрия была малоизвестна в англоязычных странах, практически отсутствовали переводы работ основоположников этой традиции, выходило мало критических переосмыслений. В этой ситуации Лэйнг стал тем человеком, который принес экзистенциально-феноменологическую психиатрию Великобритании, поразительно полно передав ее дух и проблематику. Питер Седжвик отмечает: «...Лэйнг перенял продуктивную способность проникновения в психотические и подобные им состояния сознания не только от клиницистов европейской феноменологической школы (Бинсвангера, Минковски, Босса), но и от философов и писателей (Сартра, Беккета, Тиллиха, Хайдеггера и даже Гегеля). <...> Экзистенциальная философия с ее духом интровертированной мрачности и спекулятивной нечеткости была здесь поставлена на службу конкретной, социально важной цели (понимания психически больного)...»<sup>126</sup>.

<sup>125</sup> Collier A. R. D. Laing: The Philosophy and Politics of Psychotherapy. N.Y.: Pantheon Books, 1977. P. 21.

<sup>126</sup> Sedgwick P. R. D. Laing: Self, Symptom and Society // R. D. Laing and Anti-Psychiatry / R. Boyers (ed.). N.Y.:

Критика естественно-научного подхода, представление психического заболевания как особого модуса бытия, внимание к больному, поиск онтологических оснований психопатологии – все это выдает отчетливый почерк экзистенциально-феноменологической психиатрии. В таком следовании традиции на первой же странице признается и сам Лэйнг: «В этой книге предпринимается попытка экзистенциально-феноменологического описания некоторых шизоидных и шизофренических личностей. <...> Экзистенциальная феноменология пытается описать природу переживания личностью своего мира и самой себя. Это попытка не столько описать частности переживания человека, сколько поставить частные переживания в контекст всего его бытия-в-его-мире. Безумные вещи, сказанные и сделанные шизофреником, по сути, останутся закрытой книгой, если не понять их экзистенциального контекста»<sup>127</sup>.

Однако, несмотря на сходное движение, Лэйнг актуализирует пласт, который остался недостаточно освоенным экзистенциально-феноменологической психиатрией, – проблему соотношения психопатологии и межличностного диссонанса. Уже в этой своей первой книге он обозначает важность исследования коммуникации в психиатрии и подчеркивает, что именно с нарушением коммуникации связана постановка психиатрического диагноза: «...Я полагаю, что нормальность или психоз проверяются степенью схожести двух личностей, одна из которых по общему согласию является нормальной. <...> “Психически больной” – это имя, которое мы даем другой личности при разобщенных взаимоотношениях определенного рода. Только из-за этого межличностного разобщения мы начинаем брать на анализ его мочу и искать аномалии в графиках электрической активности его мозга»<sup>128</sup>.

Положение о психической патологии как о разобщенной коммуникации между людьми уже заранее предполагает реабилитацию статуса психически больного, что и проделывает Лэйнг. Он отходит от принятого в психиатрии рассмотрения больного как организма и машины: «Ниже мы будем особо интересоваться людьми, переживающими себя как автоматы, роботы, части машин и даже как животные. Подобные личности справедливо рассматриваются как сумасшедшие. Однако почему мы не считаем теорию, стремящуюся превратить личности в автоматы или в животных, равным образом безумной?»<sup>129</sup>.

Критическая позиция по отношению к традиционной психиатрии, которую Лэйнг отчетливо демонстрирует уже на первых страницах, наследуется им от экзистенциализма и по своей направленности является не обвинительной, отрицательной, а позитивной стратегией, направленной на выработку иного взгляда. Этот момент его идей проясняет более ранняя работа, посвященная анализу идей Тиллиха, в которой Лэйнг подчеркивает: «Тиллих не заинтересован деструктивным критическим нападением на наши базирующиеся на клиническом опыте теории, а, скорее, содействует их прояснению. Мы все должны признать, что фундаментальные основания нашей работы прояснены не настолько, как нам бы хотелось. Тиллих полагает, что их разъяснение должно быть основано на познании онтологических оснований человека»<sup>130</sup>. Такая методологическая экзистенциальная критика свойственна и

---

Harper & Row, 1971. P. 4.

<sup>127</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотое «Я». СПб.: Белый Кролик. 1995. С. 7.

<sup>128</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотое «Я». С. 30.

<sup>129</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотое «Я». С. 14.

<sup>130</sup> Laing R. An Examination of Tillich's of Anxiety and Neurosis // British Journal of Medical Psychology. 1957. No. 30. P. 88.



«Разделенному Я».

Лэйнг обращается к самому больному, к его переживаниям, опыту, его взгляду на мир, его непосредственному окружению и переживанию им самого себя. Он предлагает начать с человека, его бытия. Для достижения этой цели он выбирает исключительно описательную стратегию, оставив в стороне различные теоретические и практические вопросы психиатрии, отбросив расщепляющую человека психиатрическую терминологию и обратившись – несомненно, развивая проект Ясперса – к описанию целостности человеческого бытия. Эта целостность, на его взгляд, существует до и глубже всяких научных и философских теорий, методов исследования и терапевтических подходов, поэтому требует первостепенного внимания. Кирк Шнайдер отмечает, что именно в движении к целостности (уже в «Разделенном Я») и заметно влияние на Лэйнга экзистенциально-феноменологической традиции, которое выражается во внимании к: 1) целостному человеку в противоположность частным процессам; 2) человеку в его специфическом мире или жизненном контексте; 3) человеческому бытию в отношении к экзистенции или творению<sup>131</sup>.

В этом экзистенциально-феноменологическом проекте Лэйнг осмеливается на достаточно рискованный шаг. Он обращается к самому безумию, к самому безумному опыту, стремясь максимально приблизиться к той границе нормального и патологического, разума и неразумия, пересечь которую и вернуться удастся лишь единицам. Он стремится заглянуть в глаза безумия, вскрыть самую его природу, словно вырвать из оков психиатрии его сердце и в голых руках донести его бьющимся до остальных людей. Его манил опыт шизофрении, и теперь он задумал нырнуть в него с головой: «Самым великим психопатологом стал Фрейд. Фрейд был героем. Он сошел в “Преисподнюю” и встретился там с абсолютным ужасом. Он принес с собой свою теорию, как голову Медузы, превратившую эти ужасы в камень. Мы, следующие за Фрейдом, обладаем знанием, с которым он возвратился и передал нам. Он выжил. Мы должны увидеть, сможем ли мы выжить, не пользуясь теорией, которая в некоторой степени является оборонительным оружием»<sup>132</sup>.

Общая настроенность «Разделенного Я» задается настроенностью кьеркегоровского экзистенциализма. Потерянность, отчаянье, утрата оснований бытия – вот основные черты шизофренического сознания и мира. Как замечает А. Паломо-Ламарка, для Лэйнга шизофрения является не психическим заболеванием, а если говорить экзистенциально, философски, – душевной болезнью, а точнее, болезнью духовной. Точно так же, как болезнь духа, представляется у Кьеркегора отчаянье: «“Разделенное Я” четко показывает, что для того чтобы понять шизофрению, необходимо понять *отчаянье*, поскольку на самом деле шизофреник живет в отчаянии. Страх и отчаянье – наши душевные грехи, но они могут быть исцелены. Лэйнг очень хорошо знал об этом, поэтому он и включил это в свои описания шизофрении»<sup>133</sup>.

Это отчаянье, как и у Кьеркегора, запускается изменением существования, бытия человека. Иное бытие-в-мире, которое лежит в основе развития шизофрении, на взгляд Лэйнга,

---

<sup>131</sup> *Schneider K. J.* R. D. Laing's Existential-Humanistic Practice: What Was He Actually Doing? // *The Psychoanalytic Review*. 2000. Vol. 87. No. 4. Special Issue. P. 592.

<sup>132</sup> *Лэйнг Р. Д.* Расколотое «Я». С. 16.

<sup>133</sup> *Palomo-Lamarca A.* Existential Knots: Laing's Anti-psychiatry and Kierkegaard's Existentialism // *A Parte Rei. Revista de Filosofía*. 2003. No. 25. P. 1.

возникает по причине *онтологической незащищенности*<sup>134</sup>, которая присуща потенциальному шизофренику. Сама онтологическая защищенность формируется в раннем детстве, на этапе *экзистенциального рождения* (экзистенциальное рождение приводит к восприятию ребенком себя и мира как реального и живого), следующего за биологическим рождением. Это сформированное в детстве образование, являющееся ядром онтологической защищенности, Лэйнг называет *первичной онтологической безопасностью*. Ее формирование является частью происходящего в раннем детстве процесса структурирования бытия на основные элементы. При нормальном протекании этого процесса формируется стабильная структура, а конституированное на ее основе бытие личности является гибким и пластичным. В шизоидном состоянии все происходит наоборот: фундамент бытия становится гибким, а надстройка чрезмерно жесткой.

Онтологически защищенный человек, по Лэйнгу, переживает внешний мир как целостный и непрерывный, а других людей – как реальных и живых. Он обладает «чувством своего присутствия в мире в качестве реальной, живой, цельной и, во временном смысле, непрерывной личности»<sup>135</sup>. В противоположность этому онтологически незащищенный человек ощущает себя при тех же условиях нереальным, несвязным, несогласованным, раздробленным, неавтономным, лишенным индивидуальности и временной непрерывности. Даже обычные условия существования угрожают нижнему порогу онтологической защищенности такой личности. Эрнесто Спинелли<sup>136</sup> подчеркивает, что у онтологически неуверенного индивида происходит нарушение осознания на трех уровнях: на уровне существования, сущности (чем является человек) и идентичности (кто он такой).

При всех формах онтологической ненадежности другой человек и внешняя реальность переживаются как преследующие, угрожающие, убийственные для «я». При этом «я» отказывается от своей собственной автономии и индивидуальности, но отказ от собственной автономии является средством ее скрытой охраны, а симуляция болезни и смерти становится средством сохранения жизни. Этот отказ необходим для экзистенциального выживания и в то же время ведет к экзистенциальной смерти. Человек попадает в порочный круг. Он боится уничтожения собственной субъективности (хотя она почти уничтожена) и одновременно пытается уничтожить индивидуальность и субъективность другого как потенциально опасную. Он пытается отгородиться от угрожающей внешней среды и погружается в пустоту своего внутреннего мира. Но с отрицанием онтологического статуса реальности и бытия других уменьшается собственная онтологическая безопасность. Чем сильнее защищается «я», чем больше оно разрушается, тем больше растет угроза для «я» со стороны других людей, и «я» приходится защищаться с еще большей силой. Само «я», а не другие личности или внешняя реальность губит и уничтожает себя.

Шизофреник пытается убить свое «я» для того, чтобы его сохранить. Как замечает Роберт Янг, «страх превращения в небытие становится настолько сильным, что “я” заточает себя в крепость»<sup>137</sup>. Все бытие при этом находится где-то вне «я», которое пытается быть вне «всего

---

<sup>134</sup> «Ontological insecurity» – онтологическая незащищенность, неуверенность, ненадежность. В русском переводе работы «Разделенное Я» этот термин переводится как «онтологическая неуверенность».

<sup>135</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотое «Я». С. 33.

<sup>136</sup> Spinelli E. The Interpreted World: An Introduction to Phenomenological Psychology. L.: Sage Publications, 1989. P. 75.

<sup>137</sup> Young R. M. The Divided Science // Delta. 1966. No. 38. P. 17.

сущего», оно лишается субстанции, становится *невоплощенным*. Раскол между переживанием своего тела и своего «я», который Лэйнг называет *«невоплощенным “я”»*, по его мнению, является основной предпосылкой онтологической незащищенности.

У Лэйнга невоплощенное «я» является следствием расщепления на разум и тело, расщепление, в свою очередь, – это попытка справиться с онтологической незащищенностью. Человек отождествляет себя с той частью, которую ощущает как невоплощенную, как правило, этой частью является разум. В противоположность воплощенному «я», которое можно представить схемой «(“я” / тело) ↔ другой», невоплощенное «я» Лэйнг описывает как «“я” ↔ (тело / другой)». Онтологически защищенный человек ощущает тесную связь со своим телом, осознает себя субстанциональным, биологически жизнеспособным и реальным, чувствует, что родился с рождением своего тела и умрет с его смертью. Онтологически неуверенный человек не чувствует себя связанным со своим телом, он отстранен от тела, невоплощен. Тело ощущается не как ядро индивидуального бытия, а как один из внешних объектов. По причине того, что человек отделен от тела, он отделяется и от всего своего бытия, становится его сторонним наблюдателем.

Так как человек не ощущает себя хозяином своего тела и внутреннего мира, в его «я» ничего не остается, все становится по отношению к нему внешним, «я» делается «невидимой трансцендентной сущностью», пустотой, вакуумом: «Все находится вовне, снаружи; здесь, внутри, нет ничего»<sup>138</sup>. По мнению Лэйнга, в самом начале такого процесса «опустошения» образуется оболочка, которая окружает «я» и несет защитную функцию, но затем эта оболочка ведет «я» к гибели.

Отделенность и отстраненность от внешнего мира онтологически неуверенного и невоплощенного человека приводит к тому, что он начинает конструировать внутри себя «микрокосм», в котором стремится стать полным хозяином. В этом мире нет реальных людей и отношений, есть лишь фантомы, заменитель внешнего мира. Если «я» не связано с телом, а действия не ощущаются как выражение собственного «я», то последнее превращается в ложное «я», ядром которого и становится невоплощенное «я». Точнее, «я» расщепляется на *истинное «я»* и *ложное «я»*. По мнению Дж. Миллса, «в разделенном “я” не существует единственного ложного “я”, но только частично развитые фрагменты, которые могли бы составить индивидуальность»<sup>139</sup>. Ни один из фрагментов не развит настолько, чтобы обладать своей собственной «всесторонней личностью».

Раскол между собственной внутренней фантазией и реальным внешним миром основан на расщеплении «я» на истинное и ложное. При этом расщеплении как ложное, так и истинное «я» становятся отчужденными: маска не связана с внутренней сущностью, а фантазия не укоренена во внешнем мире. Целью человека становится стремление «стать чистым субъектом без какой-либо объективной экзистенции»<sup>140</sup>. Лэйнг называет это состояние состоянием «хаотичного небытия». Небытие хаотично, потому что «я» не может быть совершенно разрушенным. Оно несомненно продолжает существовать. Поэтому позиция онтологически неуверенной личности – это вхождение в «состояние небытия» с целью сохранить бытие.

---

<sup>138</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотовое «Я». С. 78.

<sup>139</sup> Mills J. The False Dasein: From Heidegger to Sartre and Psychoanalysis // Journal of Phenomenological Psychology. 1997. No. 1. P. 58.

<sup>140</sup> Лэйнг Р. Д. Расколотовое «Я». С. 96–97.

«Я» и мир больного все больше и больше становятся нереальными, а поскольку у них нет реальности, они обедняются, уплощаются, становятся пустыми, лишенными жизни, раздробленными. Человек погружается в пустоту. Из этой пустоты, на взгляд Лэйнга, только два выхода: во-первых, можно, несмотря ни на что, решиться быть самим собой, и, во-вторых, можно попытаться окончательно убить свое «я». Но ни первого, ни второго больной сделать не может – ситуация оказывается безвыходной.

В своем описании шизофренического мира в «Разделенном Я» Лэйнг доходит до того же рубежа, до которого в своих исследованиях уже добирались феноменологические психиатры и экзистенциальные аналитики. В силу определенных трансформаций экзистенциального порядка бытия (изменения темпоральности или пространственности, угасания личного порыва или развития онтологической ненадежности) существование больного погружается в пустоту, в ничто – ситуация, когда-то так хорошо описанная экзистенциалистами. Как справедливо отмечает Кирк Шнайдер, Лэйнг в своих исследованиях путешествует в глубинах внутреннего пространства личности: «Эта книга была написана так, словно д-р Лэйнг руководил командой исследователей, побывавших на заброшенном острове психотиков. <...> Лэйнг был в нашей области пионером. Он одним из первых исследовал *смысл* психотического опыта. В этом отношении его можно сравнить с Пинелем, когда-то во Франции “освободившим” психиатрических пациентов от тюрьмы. Так же и Лэйнг снял с психически больных кандалы организованной психиатрии. <...> Он был астронавтом сознания»<sup>141</sup>.

Несмотря на приоритетное внимание к коммуникации с миром, в этой книге точка отсчета пока располагается внутри индивида. Как двигаться дальше, он еще не знает, поэтому погружение в пустоту для него пока остается предельным моментом психоза. Но недостаточность этой трактовки ему понятна, и уже в этой работе он начинает говорить об обществе, о нормальности как о результате социального сопоставления, т. е. дополняет психологический ракурс социальным, который он будет разрабатывать в дальнейшем.

## 2. Теория групп и теория общества

Первая книга Лэйнга «Разделенное Я» должна была включать две части – «Я» и «Другие», в конце концов изданные отдельными книгами как «Разделенное Я» и «Я и Другие». Чистой теории личности без теории коммуникации Лэйнг никогда не мыслил. Однако разработка межличностной теории и теории общества для него была связана не только с собственной работой, но и с командными проектами, которые он реализует в 1960–1964-е годы во время работы в Тавистокском институте человеческих отношений.

Теория межличностной коммуникации, как и теория групп, формируется у Лэйнга на основании практических исследований и развивается в двух работах: «Я и Другие» и «Межличностное восприятие». Если книга «Я и Другие» была результатом доработки второй части его первой книги в отдельное издание, то за «Межличностным восприятием» стоял коллективный исследовательский проект.

Лэйнг работает над теорией межличностного восприятия с двумя своими коллегами: Гербертом Филлипсоном и Расселом Ли. Филлипсон был ведущим клиническим психологом Тавистокской клиники, Ли – американским психиатром-исследователем, направленным Национальным институтом психического здоровья для своих изысканий в Бетесда, штат Мэриленд. Проект охватывал все многообразие человеческого опыта, не ограничиваясь

---

<sup>141</sup> Schneider K. R. D. Laing Remembered // Journal of Humanistic Psychology. 1990. Vol. 30. No. 2. P. 40, 42.

изолированными психологическими феноменами, привлекая для этой цели авторскую методику, по своей оригинальности соразмерную с лежащей в ее основе теорией. Книга была закончена весной 1963 г., но увидела свет только в 1966-м.<sup>142</sup>

Поиски Лэйнга, по его собственному признанию, движимы характерной для современной ему психиатрии неудовлетворенностью изучением отдельного индивида вне его социального контекста. Именно поэтому он переходит от теории патологической личности к пространству межличностной коммуникации. В предисловии к работе «Я и Другие» он формулирует основную цель подобных исследований: «Эта книга пытается описать человека в рамках социальной системы или “связки” других людей; она стремится понять тот путь, которым другие воздействуют на его переживание себя самого и других, и как таким образом его действия обретают определенную форму...»<sup>143</sup>.

Без «другого» для Лэйнга не существует «я», поскольку «другой» формирует идентичность (и здесь заметно психоаналитическое образование Лэйнга в рамках британской школы, которая всегда акцентировала влияние детско-родительских отношений на развитие личности) и задает вектор ее реализации. Сама идентичность, которая составляет ядро личности и поддерживает ее целостность, включает в себя множество своеобразных подсистем: идентичность-для-себя-самого; идентичность-для-других; идентичность, приписываемая другими; идентичности, которые человек приписывает другим; идентичности, которые, как он думает, приписывают ему, и т. д. Другие люди позволяют реализовываться идентичности человека, поскольку идентичность всегда требует отношений с другими, именно в них самоидентификация индивида достигает своего завершения. «Я» всегда требует других, потому что другие – это материал идентичности «я». Поэтому, по мнению Лэйнга: «Даже описывая отдельного человека, мы не можем позволить себе забыть, что любой человек постоянно *действует* на других и *подвергается действию* с их стороны. Другие всегда присутствуют. Нет никого, кто бы действовал или переживал в вакууме»<sup>144</sup>.

Система взаимоотношений с другими многополюсна, и она всегда предполагает то, что Лэйнг в своей совместной с Филлипсоном и Ли книге называет *мета* перспективами, – «мое» восприятие восприятия другим «меня», «мой» взгляд на оценку «меня» другим. Человек никогда не сможет доподлинно оценить, как его воспринимают другие, однако он всегда знает, что они имеют о нем определенное представление и мнение, смотрят на него определенным образом, и он всегда действует на основании предполагаемого им отношения, мнения, восприятия другого. В процессе взаимодействия с другими, по Лэйнгу, формируется метаядентичность, вмещающая в себя мнение, взгляд, действия другого по отношению к индивиду: «...Поскольку моя идентичность преломляется через множество различных граней “других” – сингулярных и множественных, мужских и женских, тебя, его, ее, их – моя идентичность подвергается бесчисленным метаморфозам или перестройкам, в присутствии других я становлюсь другим»<sup>145</sup>.

Каким же образом это происходит? В прояснении механизмов межличностного

<sup>142</sup> Laing R. D., Phillipson H., Lee A. R. Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research. L.: Tavistock Publications; N.Y.: Springer Pub. Co, 1966.

<sup>143</sup> Laing R. D. Self and Others. L.: Tavistock Publications, 1961. P. IX.

<sup>144</sup> Лэйнг Р. Д. «Я» и Другие / пер. с англ. Е. Загородной. М.: Класс, 2002. С. 76.

<sup>145</sup> Laing R. D., Phillipson H., Lee A. R. Interpersonal Perception... P. 5.

взаимодействия Лэйнг опирается на два постулата: 1) поведение – это функция переживания; 2) и переживание, и опыт всегда соотносятся с чем-то или кем-то другим по отношению к «я». Отсюда следует, что самое простое схематическое изображение понимания одного человека всегда должно предполагать как минимум три элемента: двух человек и общую ситуацию. Оно должно отображать не только взаимодействие этих двоих, но и их взаимное переживание.

Поэтому поведение двух человек, по убеждению Лэйнга, не может быть описано исключительно в рамках поведенческой схемы и уж совсем никак не может быть представлено в рамках внутриличностного исследования. Поведение всегда опосредуется переживанием, которое, в свою очередь, зависит от поведения. При этом опыт другого всегда включает в себя интерпретацию его поведения, зависящую от социального, семейного и прочего контекстов. Выходит, что посредством своего поведения один человек может повлиять на три значимых пространства другого: на его переживание «меня», на мое переживание его и на его поведение. Один человек не может воздействовать на другого непосредственно, но он может воздействовать на свое собственное переживание его.

Узел проблем межличностного восприятия, по мнению Лэйнга, в непонимании. Люди ведут себя тем или иным образом в зависимости от того, были ли они поняты или нет. Чувство того, что тебя понимают, является важной частью самосознания, а также центральной составляющей отношений. При этом Лэйнг определяет понимание как связь между метаперспективой одного человека и прямой перспективой другого. «Быть понятым» отсылает к существованию связи между метаперспективой одного человека и метаперспективой другого, а чувство того, что тебя поняли, основано на связи собственной прямой перспективы с собственной метаперспективой.

Сеть межличностного взаимодействия, метаперспектив – это для Лэйнга элементарный уровень социального, на котором разворачивается опыт индивида, уровень, где опыт из внутриличностного оформляется как межличностный. При этом опыт (*experience*) у Лэйнга – и в этой трактовке он продолжает традицию экзистенциально-феноменологической психиатрии – это непосредственное переживание реальности, дологическое, довербальное, внерациональное проживание мира и себя в нем.

Следующим уровнем становится уровень социальной группы, где межличностное взаимодействие оформляется как пространство унификации, а над уровнем метаперспектив надстраивается уровень социальной фантазии.

Построение теории социальных групп и теории общества становится для Лэйнга возможным благодаря обращению к идеям Ж.-П. Сартра, к его онтологии социальной реальности. В интервью Макс Чарлзуэрту он выделяет три линии влияния мысли Сартра на его собственное творчество: 1) концепт диалектики; 2) исследование идеи взаимодействия людей в контексте социальных систем, в которые они включены; 3) разграничение процесса и практики. Одновременно Лэйнг отвергает приоритетность влияния Сартра на его теорию и говорит, что философия Сартра дала ему идеи и категории, которые он впоследствии переинтерпретировал в авторском ключе<sup>146</sup>.

Творческое развитие идей Сартра проходило для Лэйнга в рамках совместного с Дэвидом Купером теоретического проекта анализа творчества Сартра 1950–1960-х годов и совместного с Ароном Эстерсоном практического проекта исследования семей шизофреников. Часто, говоря об антипсихиатрии, называют именно эти три имени – Лэйнг, Эстерсон, Купер, однако

---

<sup>146</sup> Charlesworth M. Sartre, Laing, and Freud // Review of Existential Psychology and Psychiatry. 1980. Vol. 17. No. 1. P. 23–39.

отношения в этой тройке были совсем не такими, какими их часто представляют. «...Это были абсолютно различные люди. Эстерсон на дух не переносил Дэвида Купера, а Дэвид Купер <...> – мне не кажется, что он имел что-то против Эстерсона, но Эстерсон никогда не был человеком, которому Дэвид симпатизировал»<sup>147</sup>, – говорил Лэйнг.

Работа «Разум и насилие: десятилетие творчества Сартра»<sup>148</sup> стала пространством сотрудничества и дружеского общения познакомившихся в 1958 г. Лэйнга и Купера. Будучи изданной при жизни Сартра, книга вошла в ряд классических критических работ, касающихся его творчества. Но из этого ряда ее выделяло одна удивительная особенность: страничное предисловие к ней написано самим героем их критического анализа. Вот эти несколько предложений: «Я внимательно прочел работу, которую вы любезно мне доверили, и я рад, что нашел в ней весьма ясное и точное изложение моей мысли. Кроме вашего совершенно адекватного понимания “Критики диалектического разума”, в этой книге, как и в ваших более ранних работах, мне импонируют ваши неиссякаемые усилия разработать “экзистенциальный” подход к душевному заболеванию. Я, так же как и вы, думаю, что мы не сможем понять психические расстройства *извне*, с опорой на позитивистский детерминизм или воссоздавая их на основании произвольного сочетания понятий, остающихся внешними по отношению к переживаемой болезни. Мне также кажется, что мы не можем ни исследовать, ни излечить неврозы без изначального уважения к личности пациента, без неиссякаемого стремления схватить его фундаментальную ситуацию и попытаться пережить ее, без стремления раскрыть то, как личность отвечает на эту ситуацию, и, как и вы, я считаю психическое заболевание выходом, который свободный организм в своем всеобщем единстве изобретает в этой невыносимой ситуации. Поэтому я чрезвычайно высоко ценю ваши исследования, в особенности те, что касаются изучения семейной среды как группы и как серии, и я убежден, что ваши усилия приблизят нас к тому дню, когда психиатрия наконец-то станет человеческой»<sup>149</sup>.

Книгу «Здравомыслие, безумие и семья»<sup>150</sup> Лэйнг пишет в соавторстве со своим коллегой Аароном Эстерсоном. Работа базировалась на проведенном ими исследовании семей шизофреников. Лэйнг и его коллеги говорили не столько о шизофрении, сколько о шизофрениках, называя так человека, которому был поставлен диагноз «шизофрения». Авторы работы воздерживались от каких-либо суждений или комментариев относительно изменений личности шизофреника, их интересовал коммуникативный аспект. Единственное положение, которое они выдвигали, касалось того, что шизофрения не является болезнью, поскольку человек не страдает от нее в общепринятом медицинском смысле этого слова. Он лишь тот, чей опыт и поведение являются необычными по мнению его окружения<sup>151</sup>. Поэтому исследование

---

<sup>147</sup> Mullan B. Mad to be Normal... P. 194.

<sup>148</sup> Laing R. D., Cooper D. G. Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy, 1950–1960. L.: Tavistock Publications, 1964.

<sup>149</sup> Laing R. D., Cooper D. G. Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy, 1950–1960. N.Y.: Pantheon Books, 1971. P. 6 (далее анализируется по этому изданию).

<sup>150</sup> Laing R. D., Esterson A. Sanity, Madness and Family. Vol. 1. Families of Schizophrenics. L.: Tavistock Publications, 1964.

<sup>151</sup> Laing R. D., Esterson A. Sanity, Madness and Family. Harmondsworth: Penguin Books, 1970. P. 18 (далее анализируется по этому изданию).



и касалось тех, кого называли (т. е. диагностировали) шизофрениками.

Были проведены многочасовые интервью более чем с десятком семей. Сначала беседовали с родителями шизофреников, а затем в исследование вовлекали других членов семьи, включая и самого больного. Были проведены множественные парные перестановки: члены семей интервьюировались по отдельности, по парам, по тройкам и всей семейной группой. Были сделаны сотни часов магнитофонных записей, которые потом расшифровывались секретарями Тавистокского института.

Беседы были направлены на фиксацию так называемой тангенциальной коммуникации, т. е. той, при которой в ответ на вопросы двое или более людей говорили об одних и тех же вещах, но при этом демонстрировали совершенно противоположные цели и контексты. Такого рода коммуникация фиксировалась просто как факт без уточнения ее выраженности. Лэйнг и его группа стремились сравнить частоту встречаемости тангенциальной коммуникации в нормальных семьях и в семьях больных шизофренией. Они полагали, что сопоставление двух групп позволит обнаружить в семьях шизофреников специфический тип взаимодействия – «двойное послание», и в этом очевидным было влияние Грегори Бейтсона.

Идеи обеих работ – «Разум и насилие» и «Здравомыслие, безумие и семья» – взаимосвязаны. Кроме того, теоретическое осмысление результатов собственного опыта в коллективных проектах составит серию лекций Лэйнга (1964–1965), на материалах которых будет основана его самая известная книга «Политика переживания». Все эти работы реализуют идею социальной онтологии группы и общества.

Развивая идеи Сартра, Лэйнг предлагает схему образования и функционирования общества, при этом связывая все его процессы с переживанием входящих в него индивидов. На его взгляд, общество представляет собой множество отчужденных «я», объединенных в единство и постоянно, благодаря отсылкам друг к другу, поддерживающих целостность своего объединения. В «Разуме и насилии» Лэйнг и Купер уже говорили о тотализации как основном принципе образования и функционирования группы. Сохраняется эта идея и в «Политике переживания».

Социальная группа и общество в целом, по мнению Лэйнга, возникают путем того, что он называет элементарным синтезированием группы. Несколько личностей начинают воспринимать друг друга как единое целое, а себя – как одного из этой социальной общности. Группа при этом не является чем-то внешним по отношению к входящим в нее индивидам, она составлена ими. Более того, группа возникает на основании переживания индивидов, на основании взаимопереживания, на основании переживания множества как единства.

Здесь существует не просто одно-единственное разделение переживания – я переживаю себя как себя, как отдельную личность и одновременно осознаю себя членом группы. Здесь все несколько сложнее. В процесс образования и функционирования группы вовлекается опыт всех ее членов, образуется своеобразное единое пространство опыта/переживания, множеством видимых и невидимых нитей соединяющее переживания отдельных людей. Центральное понятие здесь – «тотализация». Тотализация – это преодоление и превосхождение, не претендующие на законченность и четкую завершенность. Концепт тотализации в Сартровой трактовке Лэйнг и Купер превращают в принцип организации социальной группы и ставят на службу исследования межличностных отношений, которые в тот период особенно интересуют Лэйнга.

Социальная группа описывается Лэйнгом как сплав единства и множества, возникающий в процессе преобразования тотализации в тотальность: «Группа формируется в акте восприятия *множества* (людей) как группы. Этот акт рудиментарного группового синтеза объединяет множество людей вместе. Я объединяю тебя и его вместе – я воспринимаю тебя и

его и думаю о тебе, о нем как о Вы или Они. “Вы” или “Они” являются теперь социальной реальностью, социальным гештальтом, который я конституировал как таковой для себя, составив целостность из двух отдельных индивидов. Один плюс один равно один»<sup>152</sup>.

В итоге образуется весьма любопытная структура – социальный организм, изначально не имеющий ни общего объекта, ни организационной структуры, но чрезвычайно крепко сцепленный изнутри: каждый связан с другим каждым. Каждый человек конституирует себя и других в социальные общности посредством актов тотализации: «...Я вбираю тебя в моей тотализации, а ты включаешь мою тотализацию тебя в свою тотализацию меня, я, в свою очередь, тотализирую твою тотализацию моей тотализации тебя и так далее...»<sup>153</sup>. Такая группа существует лишь постольку, поскольку образована отдельными личностями и полностью зависит от них, она существует одновременно везде (в каждой без исключения личности) и нигде (поскольку указать на место ее фиксации за пределами конкретных людей невозможно). Это социальное образование в «Политике переживания» Лэйнг называет связкой. В книге «Я и Другие» он подчеркивает, что такая социальная структура основана на мультивалентной «социальной системе фантазии». Связка – это группа, «единство которой достигается путем взаимной интериоризации каждым каждого другого и в которой нет ни общего объекта, ни организационной и институциональной структуры и т. д., изначально выполняющих функцию своеобразного “цемента” группы»<sup>154</sup>.

Связка интересна не только механизмом своего образования, но и происходящим внутри нее отчуждением. Получается, что за ее социальной реальностью ничего не стоит, у нее нет онтологического гаранта и фундамента. Связка появляется из воздуха, но ей каким-то образом необходимо поддерживать свою жизнеспособность, ей необходимо конкурировать и побеждать в этой борьбе с другими социальными и индивидуальными образованиями. По такой жизненной необходимости запускается отчуждение и конституируется Другой как гарант истинности социальной реальности. Другой – это отчужденный опыт каждого из членов группы, он – опыт, перенесенный вовне. У него нет никакой онтологической реальности, поскольку он – фантом, но для связки это лучше, чем ничего: «Связующим звеном между Нами может быть Другой. Других даже не обязательно локализовать как вполне определенных Их, на которых можно четко указать. В социальной цепочке сплетен, слухов, скрытой расовой дискриминации Другой находится всюду и нигде. Этот Другой, который управляет каждым, одновременно является этим каждым, находящимся в позиции не себя самого, в кого-то другого. Другой становится внутренним опытом каждого. Каждый человек может и не воспринимать другого как причину его действий. Другой всегда находится где-то не здесь»<sup>155</sup>.

Другой – эта самая прочная из всех возможных связей. Он нигде не локализован и от него невозможно избавиться, но самое главное – то, что является ядром каждого, полностью совпадает с тем, что является ядром группы. Отсутствие онтологического фундамента компенсируется чрезвычайно жесткой и устойчивой структурой, в противном случае связка

---

<sup>152</sup> Laing R. D., Cooper D. G. Reason and Violence... P. 11–12.

<sup>153</sup> Laing R. D., Cooper D. G. Reason and Violence... P. 121.

<sup>154</sup> Laing R. D., Esterson A. Sanity, Madness and Family. P. 11. См. также: Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания / пер. Е. Н. Махнычевой // Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 88.

<sup>155</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания... С. 93.

просто не выжила бы.

В силу особенностей поддержания социальной реальности связки наиболее сильным в ней является этический компонент, вторичный и выполняющий своеобразную компенсаторную функцию. «В такой группе, основанной на взаимной преданности и нерушимом братстве, свобода каждой личности гарантируется другими членами группы»<sup>156</sup>, – подчеркивает Лэйнг. Для поддержания прочности связей необходимыми становятся любовь и опека, забота и терпимость – именно эти ценности и чувства культивируются в связке. Каждый должен быть связан с другим каждым, чувство любви и ее террор в такой группе чрезвычайно сильны.

Есть и еще один момент. Объединение с другими и необходимость поддержания постоянных и нерушимых связей требуют унификации, в данном случае – унификации переживания/опыта, усреднения. Все должны быть похожи на всех, все должны разделять одни и те же принципы, испытывать одни и те же чувства, поскольку все они стоят на службе у одной социальной реальности. Автономный и непохожий на других индивид попросту не сможет установить множественные связи, он просто не сможет интериоризировать других, а они не смогут вобрать его в себя. Чем больше связей необходимо выстроить между индивидами, тем более унифицированный и усредненный опыт они должны испытывать – именно на этом положении настаивает Лэйнг. Отличие – основная угроза связки. Поэтому общество функционирует, культивируя отчуждение и уничтожая индивидуальность. В 1971 г. в сборнике статей и лекций «Политика семьи» Лэйнг прозревает современность: «Наши города – это фабрики; семьи, школы, церкви – бойни для наших детей, колледжи и другие подобные места – это кухни. Будучи взрослыми, вступая в брак и ведя дела, мы потребляем получившийся продукт»<sup>157</sup>.

Ребенок, по Лэйнгу, рождается в этот мир невинным, таким же, какими рождались дети в каменном веке, а затем этот мир портит его, отчуждает от его опыта, и в этом отчуждении центральную роль играет семья. В процессе воспитания в семье ребенку объясняют, как нужно переживать мир, в каких словах его описывать, и маленький ребенок постепенно начинает забывать себя и становится таким, каким его желает видеть общество. Над ребенком совершают насилие, которое в современном обществе называется любовью: «К тому времени, когда новому человеку исполняется лет пятнадцать, перед нами уже во всем подобное нам существо – полубезумное создание, более или менее приспособленное к свихнувшемуся миру. В наш век это нормальное состояние. <...> Мы весьма эффективно разрушаем самих себя насилием, замаскированным под любовь»<sup>158</sup>.

Картина развития общества и истории в устах Лэйнга, как и в устах всякого пророка, звучит апокалиптически. Как точно подмечает Теодор Лидс, «философия Лэйнга... – это, скорее, не философия надежды, а философия отчаянья»<sup>159</sup>. Он, словно слепой старец, прозревает грядущий конец: «Нас окружают псевдособытия, которые наше ложное сознание приучает нас принимать как истинные и реальные и даже находить в них красоту. В современном человеческом обществе гораздо меньше правды содержится в том, чем вещи в

---

<sup>156</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания... С. 88.

<sup>157</sup> Laing R. D. *The Politics of the Family and Other Essays*. L.; N.Y.: Routledge, 1999. P. 102.

<sup>158</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 63.

<sup>159</sup> Schizophrenia, R. D. Laing, and the Contemporary Treatment of Psychosis: An Interview with Dr. Theodore Lids // R. D. Laing and Anti-Psychiatry. P. 196.

действительности являются, чем в том, чем они не являются. Наши социальные реалии безобразны, если взглянуть на них в свете изгнанной истины, а красота без лжи кажется практически невозможной. Мы живем в такой исторический момент, когда все меняется настолько быстро, что мы обращаемся к настоящему только тогда, когда оно уже ускользает. <...> Человечество отчуждено от своих истинных возможностей. <...> Наше отчуждение затрагивает наши глубочайшие основы»<sup>160</sup>.

Эти пророчества звучат в унисон с прозрениями левых интеллектуалов. И это не случайно. В начале апреля 1967 г. Лэйнг вместе со своими коллегами Дэвидом Купером, Джозефом Берком и Леоном Редлером начинают готовить конгресс «Диалектика освобождения». Конгресс начался 15 июня 1967 г. и продолжался в течение двух недель. Он проходил в Раундхаусе, известном тогда центре британского андеграунда. Это была значимая встреча левых активистов и контр-лидеров со всего мира, которые, как отмечал Купер в предисловии к материалам, «были озабочены поиском новых путей, которыми интеллектуалы могли изменить мир...»<sup>161</sup>. Конгресс открывал Лэйнг со своей речью «Очевидность». Выступали также Грегори Бейтсон («Сознательный замысел versus природа»), Жюль Генри («Социальная и психологическая подготовка к вой не»), Джон Джерасси («Империализм и революция в Америке»), Пол Суизи («Будущее капитализма»), Пол Гудман («Объективные ценности»), Люсьен Гольдман («Критика и догматизм в литературе»), лидер американского черного движения Стокли Кармайл («Черная власть»), Герберт Маркузе («Освобождение от общества изобилия»). Завершал конгресс Дэвид Купер.

Выступление Лэйнга отмечало то же движение, которое было заметно в других работах этого периода, – от микроисследований отдельных социальных групп к макроисследованию и критике общественного функционирования. Лэйнг, по его собственному убеждению, стремился привлечь внимание общественности к тем особенностям европейского и североамериканского обществ, которые поддерживают мировую социальную систему, но одновременно являются опасными и угрожающими для человечества. Он отталкивается от очевидных и несомненных фактов общественной и политической жизни. «Очевидно, что мировая социальная ситуация угрожает жизни на планете»<sup>162</sup>, – подчеркивал он.

Очевидность – это то, что отмечает переход с одного уровня социальной системы на другой и позволяет обнаружить контекст внутриуровневого изменения. Очевидная нелогичность поведения в микроситуации может обернуться очевидной понятностью в макроситуации. Нелогичность поведения шизофреника может быть осмыслена в пределах семейного контекста, нелогичность семьи – в рамках сложных социальных сетей, социальные сети – в рамках социальных организаций и институций: «Ткань социальности – это переплетенная сеть контекстов, подсистем, сплетенных с другими подсистемами контекстов, сплетенных с метаконтекстами и метаметаконтекстами и так далее до достижения теоретического предела, контекста всех возможных социальных контекстов, объединенных со всеми входящими в них контекстами, что можно назвать *всеобщей мировой социальной системой*»<sup>163</sup>.

---

<sup>160</sup> Лэйнг Р. Д. . Феноменология переживания. С. 23, 24.

<sup>161</sup> Cooper D. Introduction // *The Dialectics of Liberation* / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968. P. 11.

<sup>162</sup> Laing R. D. *The Obvious* // *The Dialectics of Liberation*. P. 13.

<sup>163</sup> Laing R. D. *The Obvious* // *The Dialectics of Liberation*. P. 15.

В этой социальной системе имеет место институционализированное и организованное насилие, особенностью которого является то, что его агенты (врачи, учителя и т. п.) не осознают себя его агентами: врачи заботятся о пациентах, проявляя искреннее беспокойство. В малых социальных группах насилие концентрируется на отдельных людях, например, на психически больных, в рамках обширной социальной системы насилие направляется на неопределенную массу, находящуюся вне этой подсистемы, – на Них. Очевидная нелогичность насилия в малой социальной группе при этом становится понятной в широком социальном контексте.

Промежуточные уровни и связи социальной системы, по Лэйнг, имеют самое важное значение. Они соединяют уровни социальной системы между собой, обеспечивая связность контекстов. И самое главное то, что именно «внезапными, структурными, радикальными качественными трансформациями»<sup>164</sup> идут революционные изменения: путем изменений на фабриках, в больницах, школах, университетах и т. д. Такие микрореволюции и проводил Лэйнг и его соратники.

Однако задача Лэйнга как психиатра – не только построить онтологию современного ему общества, но и показать место в нем психического заболевания. И здесь Лэйнг переходит в своей работе к самому интересному. Если до этого он просто продолжал идеи Сартра, то теперь он будет дополнять и расширять их уже собственными наработками.

В отличие от экзистенциально-феноменологических психиатров теория Лэйнга укоренена не в феноменологической онтологии опыта, а в социальной онтологии реальности. «Реальность» здесь – по-прежнему понятие ключевое. Лэйнг говорит об онтологическом статусе не реальности патологического опыта, а социальной реальности общества и поднимает вопрос о критериях правильного ее восприятия: «Наше восприятие “реальности” является в полной мере достижением нашей цивилизации. Воспринимать *реальность* ! Когда же люди перестали ощущать, что то, что они *воспринимают*, *нереально* ? Возможно, ощущение и сама мысль, что то, что мы воспринимаем, реально, возникли совсем недавно в человеческой истории»<sup>165</sup>.

Параметры реальности задаются, по Лэйngu, обществом, и общество же отслеживает соответствие этим параметрам человека. Здесь и встает вопрос психического заболевания. В коммуникативной теории Лэйнга, в его теории социальных групп такой болезни, как шизофрения, не существует. Для него теперь шизофрения – это не патология поведения, не изменение личности, но патология коммуникации: «“Шизофрения” – это диагноз, ярлык, приклеенный одними людьми другим. Но приклеенный кому-то ярлык вовсе не доказывает, что этот человек подвержен патологическому процессу неизвестной природы и происхождения, протекающему в его организме. <...> Нет такого “состояния” как “шизофрения”, но ярлык является социальным фактом, а социальный факт – фактом *стратегическим* »<sup>166</sup>.

По мысли Лэйнга, психическое заболевание определяется в момент включения человека с его совершенно индивидуальной практикой в социальный процесс. Именно в этом двойственном характере человеческого бытия как практики и процесса, в точке их взаимоперехода и может быть определено это событие как социальный факт. В конце своего

---

<sup>164</sup> Laing R. D. The Obvious // The Dialectics of Liberation. P. 16.

<sup>165</sup> Лэйнг Р. Д. «Я» и Другие. С. 44.

<sup>166</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 117, 118.

исследования Лэйнг и Эстерсон, в частности, пишут: «...Мы задавались *определенной целью* и, по нашему мнению, сейчас мы достигли ее. Мы могли бы, возможно, представить больше доказательств, обсудить еще множество аспектов функционирования этой семьи, но мы убеждены, что представили достаточное количество фактов в доказательство того, что два специфических симптома, обычно рассматриваемые как важнейшие симптомы органического шизофренического *процесса* – уплощения аффекта и несогласованности аффектов и мышления, – могут быть поняты как социальная *практика*»<sup>167</sup>.

Шизофрения – это обозначение трудности коммуникации, невозможности установления прочных коммуникативных связей и трудности вхождения в систему социальной фантазии. Такое нарушение и выпадение из системы социальных связей указывает, как подчеркивает Лэйнг, что тот, кого называют шизофреником, движется «вне строя» системы социальной фантазии. Это еще не означает, что курс шизофреника не правилен, неправильно может двигаться и все общество. Стремясь посмотреть на этот факт рассогласования онтологически, отбросив ложные допущения позитивизма, Лэйнг пытается наметить, в чем же действительная разница путей шизофреника и общества. Приведем этот пассаж целиком: «Представим себе, что мы с наблюдательного пункта на земле следим за строем самолетов в воздухе. Один из самолетов может находиться вне строя. Но и весь строй может отклоняться от курса. Самолет, находящийся “вне строя”, с точки зрения строя может быть признан отклонившимся от нормы, испорченным или “безумным”. Но и сам строй с точки зрения воображаемого наблюдателя может быть признан испорченным или безумным. Или же и самолет, и сам строй могут – в той или иной степени – отклоняться от курса. Критерий пребывания “вне строя” является критерием клинициста и позитивиста. Критерий “отклонения от курса” – это критерий онтологический. Принимая во внимание эти отличные друг от друга параметры, следует представить две различные точки зрения. В частности, принципиально важно не вводить в заблуждение человека, находящегося “вне строя”, говоря, что он “отклонился от курса”, если это не так. Принципиально важно не совершать позитивистской ошибки, полагая, что коль скоро группа организована “в строй”, то она, безусловно, следует “верным курсом”. Это софистика гадаринских свиней. Но также безусловно и то, что человек, находящийся “вне строя” следует более “верным курсом”, чем сам строй. Не стоит идеализировать кого-то лишь потому, что его считают находящимся “вне строя”. Также нет необходимости убеждать человека, оказавшегося “вне строя”, что его исцеление состоит в том, чтобы вернуться в строй. Личность “вне строя” часто полна ненависти к формирующей строй группе и страха быть отвергнутой. *Если сам строй отклонился от курса, то человек, который действительно хочет следовать “верным курсом”, должен покинуть строй*»<sup>168</sup>.

Куда движет человека шизофрения и какова окончательная цель этого движения с точки зрения курса общества, Лэйнг сказать не может. Он лишь предполагает, что шизофрения может иметь какое-то социобиологическое значение в биологически дисфункциональном обществе, и говорит, что исследование этой функции еще впереди. Но каким путем ведет шизофрения и чем он отличается от пути социального большинства? Обращаясь к этому вопросу, Лэйнг переходит, пожалуй, к основному концепту своего творчества.

### 3. Метанойя: шизофреническое перерождение

<sup>167</sup> Laing R. D., Esterson A. Sanity, Madness and Family. P. 105–106.

<sup>168</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 116–117.

Критическая теория в те беспокойные времена шестидесятых не была чем-то новым, и в своих нападениях на психиатрию Лэйнг тоже не был первым. Уникальность его идей была в том, что социальная критика психиатрических и общественных институций и теория экзистенциальных оснований психического заболевания в единстве теоретического и практического аспектов слились воедино в концепте метанойи.

Сам термин «метанойя» Лэйнг позаимствовал у Юнга, а тот, в свою очередь, взял его из Нового Завета. Метанойя для Лэйнга – это путь перерождения, преображения личности, мучительный путь обретения своего истинного «я», проходящий через психоз. Надо признать, что у него были предшественники, кроме Юнга. В 1961 г. на подобную перспективу рассматривания шизофрении в одной из своих работ намекал и Грегори Бейтсон.

Трактовать психическое заболевание как метанойю Лэйнг начинает в 1964 г. в своем докладе «Является ли шизофрения болезнью?», где связывает этот целебный процесс с церемониями инициации, что ясно указывает на сходство этой трактовки с предложенной Бейтсоном. Однако само понимание психотического процесса как исцеления проходит некоторую эволюцию. В выступлении 1964 г. этот процесс осмысливается, как и у Бейтсона, во многом в антропологическом ключе. Затем начиная с 1965 г. на первый план выходят его религиозная, мистическая и политическая трактовки. В статье «Религиозный опыт в религии и психозе» (1965) Лэйнг связывает истоки психотического путешествия как с мирской, социальной, так и с трансцендентальной сферами. Он отмечает, что такое путешествие включает в себя разрушение нормального эго с его ложной позицией приспособления к отчужденной реальности современного общества и возрождение нового эго, теперь являющегося не предателем, а слугой божественного<sup>169</sup>. Тогда же, в 1965 г., в оригинальной версии статьи о десятидневном путешествии Лэйнг акцентирует политический акцент шизофренического перерождения: «Такой опыт прорывает заслоны ложного сознания и псевдособытий, которые считаются в нашем обществе священными. Отказ признать такой опыт укоренен в его подрывном характере. Он является подрывным, поскольку он *подлинный*. Абсолютно все... начинается мистикой и заканчивается в политике»<sup>170</sup>.

Оба обозначенных фрагмента из «Трансцендентального опыта...» и «Десятидневного путешествия...» не входят в «Политику переживания», поскольку в это время Лэйнг уже начинает рассматривать психотическое путешествие в клиническом ключе. Его интересует не только сам опыт шизофренического перерождения, но и его отношение к терапии шизофрении. Возможно, эта переориентация связана для Лэйнга с поиском новых терапевтических стратегий для организации работы Кингсли-холла.

Аналогия с Новым Заветом и заимствование терминологии из области религии здесь не случайны. По Лэйngu, переживание психически больного в острой стадии психоза часто походит на мистические, религиозные переживания и выражает естественный путь обретения своего подлинного «я» и приближения к истинной сущности: «Если род человеческий выживет, то люди будущего, я думаю, будут рассматривать нашу просвещенную эпоху как истинный Век Тьмы. Скорее всего, они отнесутся к этой ситуации с большей долей иронии, чем мы. Вероятно, они посмеются над нами. Они поймут, что так называемая шизофрения – это одна из форм, в которой, часто при посредстве обычных людей, свет начал пробиваться сквозь наши наглухо

<sup>169</sup> Laing R. D. Transcendental Experience in Relation to Religion and Psychosis // *Psychedelic Review*. 1965. No. 6. P. 15.

<sup>170</sup> Laing R. D. A Ten-Day Voyage // *Views*. 1965. No. 8. P. 35.



закрытые умы»<sup>171</sup>.

Метанойя сопряжена с уходом от внешнего социального мира общества во внутреннее царство уникального и индивидуального опыта. В этой области исчезают знакомые ориентиры, привычная разметка и общепринятые схемы. Путешествие, которое предпринимает больной, – всегда поисковое путешествие, каждый шизофреник в этом мире первопроходец, в том-то и состоит вся сложность пути.

Мир, в который погружается шизофреник, лишен каких бы то ни было ориентиров, поэтому вместо ожидаемой родины, теплоты и спокойствия он встречает по ту сторону общества только страх и потерянность. Человек неминуемо погружается в хаос и пустоту, поэтому путешествие, которое претерпевает шизофреник, не всегда обречено на успех. Он начинает его, не зная, что будет с ним дальше, на собственный страх и риск. Возможно, ему придется не раз сбиваться с пути, многое потерять, а может, даже и потерпеть полное поражение. Успех метанойи не гарантирован никому, поэтому на этом пути страннику необходим тот, кто проведет его через эту бездну с наименьшими потерями. «В этой ситуации, – отмечает Лэйнг, – светский психотерапевт оказывается слепым поводырем полуслепого. <...> Среди психиатров и священников должны найтись такие, которые могли бы взять на себя роль проводников, способных вывести человека из этого мира и ввести его в другой мир. Помочь ему попасть туда и вернуться обратно»<sup>172</sup>.

Погружение в безумие для Лэйнга имеет экзистенциальное значение, поскольку сопряжено с утратой онтологических оснований бытия и полной потерей смысла мира, в котором живет человек. Ориентиры мира исчезают, вещи больше не связываются друг с другом, и становятся возможны чудесные перемещения. Центр мира, который когда-то имел для человека значение, смещается от эго к самости, от земного к вечному. Утрачивается ощущение собственного «я», в исчезнувшей привычной социальной разметке оно словно уплывает. Экзистенциально такой путешественник умирает, и иногда из этого состояния экзистенциальной смерти он больше не возвращается назад. Лэйнг подчеркивает: «Свет, озаряющий безумца, – это свет неземной. Это не всегда преломленное отражение его земной жизненной ситуации. Человек может быть озарен светом иных миров. И этот свет может испепелить его»<sup>173</sup>.

Основной механизм метанойи – полное крушение и растворение мира социальной фантазии. Все, что значимо в обществе – идеалы, принципы, стремления – исчезает и рассыпается. Так, шизофреник преодолевает отчуждение, печать которого лежит на всех членах общества, но, поскольку социальная реальность составляла его мир, за пределами которого нет ничего, он погружается в небытие. Позитивный и полезный, казалось бы, процесс оборачивается не возрождением, а смертью.

При «правильном» течении метанойи вслед за погружением в пустоту запускается в каком-то смысле обратный процесс возвращения. Только возвращение это не к ложному, а к истинному «я». «Подлинность – ключевое понятие во взгляде Лэйнга на исцеление»<sup>174</sup>, –

---

<sup>171</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 126.

<sup>172</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 137, 134.

<sup>173</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 134.

<sup>174</sup> Friedenberg E. Z. R. D. Laing. L.: Fontana, 1973. P. 28.

отмечает Эдгар Фриденберг. Эти два этапа путешествия Лэйнг кратко представляет следующим образом:

- I) от внешнего к внутреннему;
- II) от жизни к некоему подобию смерти;
- III) от движения вперед к движению назад;
- IV) от движения времени к остановке времени;
- V) от земного времени к времени эонному;
- VI) от эго к самости;
- VIII) от пребывания вовне (постнатальная стадия) к возвращению в лоно всех вещей (пренатальная стадия), а затем обратное путешествие:
  - 1) от внутреннего к внешнему;
  - 2) от смерти к жизни;
  - 3) от движения назад к движению вперед;
  - 4) от бессмертного вновь к смертному;
  - 5) от вечности ко времени;
  - 6) от самости к новому эго;
  - 7) от космической эмбриональности к экзистенциальному возрождению<sup>175</sup>.

В настоящее время, подчеркивает Лэйнг, больше уже нельзя говорить, что подобное путешествие является болезнью и такое состояние требует психиатрического вмешательства, поскольку лечение здесь – лишь грубое вмешательство и прерывание этого своеобразного переживания. «Они скажут, что мы регрессируем, что мы сбились с пути и утратили контакт с ними. Все верно, нас ждет долгий, долгий путь назад, прежде чем сумеем вновь обрести связь с реальностью, связь, давно нами утраченную. Но поскольку они гуманны и заботливы и даже любят нас и очень о нас беспокоятся, они постараются нас вылечить. Возможно, им удастся. Но все же есть надежда, что им не повезет. <...> Неужели мы не можем понять, что *такое путешествие не нуждается в лечении, что оно само является естественным средством исцеления нас от нашей отчужденности, которую принято называть нормальностью?*»<sup>176</sup>.

В «Политике переживания» Лэйнг рассматривает шизофреническое путешествие на конкретном примере. С героем истории десятидневного путешествия через безумие Джессом Уоткинсом Лэйнг познакомился, когда тому было уже за 60. Он был неплохим скульптором и художественно одаренным человеком. Уоткинс рассказал ему, что когда-то служил на флоте и пережил острый психотический эпизод. Лечивший его психиатр оказался неплохим и сочувствующим человеком. Он понимал, что снять симптомы можно только электрошоком, но решил не принимать скоропалительных решений, которые могли бы испортить пациенту жизнь. В случае острых психотических приступов его отправляли в мягкую палату. Спустя некоторое время психоз отступил, а в эти 10 дней Джесс пережил незабываемый опыт. Лэйнга очень заинтересовала эта история. Он заплатил Джессу 20 ф. ст. и попросил в подробностях воссоздать этот опыт. Так было записано «Десятидневное путешествие».

Джесс стал классическим для Лэйнга случаем, сродни тому, кем была для Фрейда Анна О. Он не увлекался чтением, не знал о мистике и не испытывал никаких интенсивных религиозных переживаний, но то, что он пережил во время психоза, было наполнено глубоким философским, мистическим, религиозным смыслом и полностью подтверждало теорию Лэйнга

---

<sup>175</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 125.

<sup>176</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 157, 156.

о метанойе. Вот как проходило это путешествие:

...Я вдруг посмотрел на часы. Было включено радио, и играла музыка – что-то известное. <...> И тогда я вдруг почувствовал, что время потекло вспять. Я ощущал это текущее вспять время, и у меня было необыкновенное чувство – э – в этот момент самым восхитительным было чувство, что время течет вспять. <...>

Я испугался, потому что вдруг почувствовал, что нахожусь на чем-то вроде ленты конвейера и не в состоянии ничего с этим сделать, я словно скользил и падал вниз – будто стремительно катился по крутому склону и – э – не мог остановиться. <...>

Я пошел в другую комнату и там посмотрел на себя в зеркало – я выглядел очень странно, мне казалось, что я вижу кого-то – кого-то как будто знакомого, но – э – какого-то чужого и не похожего на меня – как мне казалось... и тогда меня охватило неожиданное чувство, что я могу делать с самим собой все что угодно, я почувствовал, что все в моей власти – мои способности, мое тело и все остальное... и тогда пошло-поехало. <...>

В определенный момент мне и в самом деле казалось, что я блуждаю по какой-то местности – мм – пустынной местности, – как если бы я был животным, вернее – большим животным. <...> И – мм – временами я чувствовал себя, как ребенок – я мог даже – я – мог даже слышать свой собственный младенческий плач... <...>

Но иногда у меня возникало ощущение, что меня ждет великое путешествие, совершенно – э – фантастическое путешествие, мне казалось, что я, наконец, понял вещи, которые долгое время пытался понять, проб лемы добра и зла и т.п.; мне казалось, что я разрешил эти проблемы, так как пришел к заключению, благодаря всем чувствам, которые я тогда испытывал, что я был больше – больше, чем я мог себе вообразить, что я не просто существую сейчас, но существовал с самого начала – э – начиная от, ну, в общем, от низших форм жизни до своей нынешней формы, и именно это было сутью моих подлинных переживаний, и все, что со мной происходило, было переживанием их заново. <...>

Я почувствовал присутствие – э – богов, не просто Бога, но именно богов, существ, которые превосходят нас... должен наступить такой момент, когда каждый обязан взвалить на себя эту ношу. Это была обязанность, сама мысль о которой казалась разрушительной, но в определенный период жизни необходимо – э – взвалить на себя эту ношу, пусть даже на короткое время, потому что только тогда можно постичь суть вещей. <...>

...это было переживание, через которое – мм – все мы должны на определенном этапе пройти...<sup>177</sup>.

Метанойя для Лэйнга – это не просто теоретический концепт, а пространство конкретного переживания конкретных людей. Он всегда собирал истории метанойи, как ученый-естественник, ищущий подтверждения своей гипотезы. И в том, что ему рассказывали, он эти подтверждения находил. В диспуте с Морисом Карстэрзом Лэйнг поясняет свое понимание происходящего при шизофрении.

Карстэрз: Если я буду страдать от мучительного психического расстройства, похожего на те, что он (Лэйнг. – О. В.) так ярко описывал, я надеюсь, что мне не случится обратиться к доктору, который скажет мне, что я отправился в путешествие во внутреннее пространство и время.

<sup>177</sup> Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. С. 141, 142, 144, 146–147, 149, 150.

Лэйнг: Так я никогда не говорю.

Карстэрз: Но Вы пишете об этом в своих книгах.

Лэйнг: Я прислушиваюсь к тому, что мне рассказывают сами люди, к тому, на что, по их мнению, походит то, что Вы называете страданием от психического расстройства. Я не придумывал этого и никому этого не приписывал; я услышал это от множества людей, вновь и вновь пытающихся передать мне, через что они прошли...<sup>178</sup>.

Сам термин «метанойя» встречается отнюдь не во всех работах, касающихся шизофренического путешествия. Лэйнг употреблял его крайне редко. В «Политике переживания», которая выходит в январе 1967 г., и предшествующих ей статьях и выступлениях Лэйнг говорит о шизофреническом путешествии, но метанойей его еще не называет. Впервые этот термин он употребляет на Первом Рочестерском международном конгрессе по происхождению шизофрении в марте 1967 г. В своем докладе он говорит: «Цикл метанойи представляет собой метафору путешествия внутрь и назад до достижения поворотного момента и возвращения путешественника посредством стремительного обновления, движения вперед и вовне, в мир, но без утраты “я”... Это своеобразный цикл смерти-перерождения, при котором в случае успешного его протекания человек возвращается в мир, ощущая себя родившимся заново, обновленным и перешедшим на более высокий уровень функционирования, чем прежде»<sup>179</sup>.

Единственное сколько-нибудь подробное исследование шизофренического путешествия как метанойи содержится в лекции, прочитанной Лэйнгом в Сорбонне и изданной под названием «Метанойя: опыт Кингсли-холла». Она была дана в рамках одной из конференций, организованных лаканистами, в которой Лэйнг участвовал вместе с Купером и Берком<sup>180</sup>.

Эту лекцию Лэйнг начал с двух гипотез: 1) может ли шизофрения или шизофреноформное расстройство вне зависимости от подобного поставленного диагноза быть какой-то позитивной возможностью человеческого бытия, когда все остальные возможности уже исчерпаны; 2) может ли опыт быть настолько преобразован (если мы изменим установку или установки в рамках психиатрической больницы), что вообще перестанет расцениваться как психотический<sup>181</sup>.

Пытаясь развить эти гипотезы, Лэйнг так говорит о метанойе: «Я предложил термин *метанойя*. Это традиционный термин. Это греческий эквивалент понятия из Нового Завета, переводимый на английский язык как *repentance*, на французский как *conversion*. Буквально это означает “изменение сознания”»<sup>182</sup>.

---

<sup>178</sup> Цит. по: *Howarth-Williams M.* R. D. Laing: His Work and its Relevance for Sociology. L.: Henley; Boston: Routledge, Kegan Paul, 1977. P. 105.

<sup>179</sup> *Laing R. D.* The Study of Family and Social Contexts in Relation to the Origin of Schizophrenia // *The Origins of Schizophrenia: Proceedings of the First Rochester International Conference on Schizophrenia. March 29–31, 1967* / J. Romano (ed.). P. 142–143.

<sup>180</sup> На этой конференции Лэйнг познакомился с Жаком Лаканом. Ему с со товарищами посчастливилось даже пообедать с ним, но впоследствии он признавался, что тогда еще совершенно не понимал, кто такой Лакан, и не смог оценить масштаб его фигуры.

<sup>181</sup> *Laing R. D.* Metanoia: Some Experience at Kingsley Hall // *Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others* / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto, N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 11.

<sup>182</sup> *Laing R. D.* Metanoia: Some Experience at Kingsley Hall // *Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and*

Он сравнивает метанойю с ЛСД-путешествием. На его взгляд, переживаемый при биохимическом воздействии ЛСД-опыт имеет естественный аналог – метанойю. Содержание и направленность метанойи при этом может быть как позитивной, так и негативной, в зависимости от занимаемой по отношению к ней установки. В рамках традиционной психиатрической системы и практики психиатрической больницы это путешествие определяется как безумие и катастрофа, расстройство, как патологический процесс, который в обязательном порядке должен быть исцелен любыми медицинскими средствами. Тот же самый процесс можно рассматривать и в позитивном ключе, понимая его как потенциально революционный процесс открытия своего подлинного «я».

Сравнение с ЛСД-опытом наталкивает на мысль о том, что Лэйнг вывел этот концепт исходя из собственных психоделических переживаний. Мы знаем, что ЛСД-путешествия он совершал не раз. Но сам Лэйнг утверждает обратное, указывая на то, что этот фундаментальный опыт психотического перерождения встречал только у своих пациентов: «Они совершают путешествие. Я сам никогда не переживал этого путешествия...»<sup>183</sup>.

Господствующее негативное понимание метанойи, на взгляд Лэйнга, связано с не вполне адекватным пониманием шизофрении, свойственным современной культуре. Шизофрения считается чем-то находящимся в одном человеке: в мозге, сознании, мышлении, поведении, образе жизни или стиле общения. «Этот ответ, однако, – подчеркивает он, – может выступать частью социального процесса, порождающего шизофрению, которую мы стремимся вылечить»<sup>184</sup>. Поэтому шизофрения для Лэйнга – это совокупность атрибуций.

Для того чтобы понять метанойю, необходимо, на взгляд Лэйнга, изменить мировоззрение: «Мы изменили парадигму. Человек втягивается в отчаянную стратегию освобождения, в границах микросоциальной ситуации он ищет себя. Мы пытаемся следовать за ним и помочь развитию того, что называют “острым шизофреническим эпизодом”, вместо того чтобы приостановить его»<sup>185</sup>.

Такая стратегия поддержания развития метанойи, на его взгляд, является более сложной, чем обычная для психиатрии стратегия медикаментозного лечения. Изменения одного человека вызывают изменения других людей, вовлеченных в совместные с ним отношения, а это требует постоянной работы как от психиатра, так и от социального окружения человека.

Основываясь на собственной теории образования и функционирования группы, Лэйнг подчеркивает революционное значение метанойи. Действительно, если меняется один человек из связки, это влечет за собой изменение остальных, и теоретически один человек своим изменением может изменить всю связку: «Всякое изменение в одном человеке индуцирует приспособительные изменения в других. Однако у нас есть хорошо развитые стратегии исключения и изоляции для предотвращения подобного. Это грозит микрореволюцией. Мы постоянно сталкиваемся с возможностью революции, и оттого контрреволюционная сила и реакция очень сильны. Большинство микросоциальных революций этого типа “пресекаются на корню”»<sup>186</sup>.

---

Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto, N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 16.

<sup>183</sup> Laing R. D. Metanoia... P. 19.

<sup>184</sup> Laing R. D. Metanoia... P. 13.

<sup>185</sup> Laing R. D. Metanoia... P. 15.

<sup>186</sup> Laing R. D. Metanoia... P. 16.

При трактовке психического заболевания как метанойи психиатрическая диагностическая схема переворачивается с ног на голову. Все поведенческие и личностные признаки, рассматриваемые психиатрией как симптомы психического расстройства, трактуются как нормальные и даже сверх-нормальные проявления.

Очень важно подчеркнуть, что посредством введения концепта метанойи Лэйнг сделал революционный шаг в понимании как самого психотического опыта, так и психического заболевания в целом. Это интересный факт, который не упоминается ни в одной из работ, посвященных его творчеству. Лишь Рон Лейфер в беседе с Сетом Фарбером замечает вскользь: «Я не думаю, что Лэйнг романтизировал психическое заболевание, мне кажется, его романтизировали те, кто читал Лэйнга. Лэйнг на самом деле говорил, что психоз не является разновидностью пассивного опыта. Это активный опыт, в котором индивид пытается нащупать и разрешить противоречия действительности»<sup>187</sup>. Однако для оценки вклада Лэйнга он – один из основных.

Дело в том, что психическое заболевание традиционно понимается в психиатрии как заболевание соматическое, и для его истолкования используется в основном инфекционная метафора. Эта метафора в пространстве психиатрии работает следующим образом: 1) считается, что психическое заболевание завладевает человеком, тот не может с ним совладать, утрачивает критику и становится пассивной жертвой болезни;

2) для излечения от психического заболевания призывается врач, который, как активный агент, только и может справиться с силой болезни;

3) признается, что период заболевания является «темной фазой» в жизни человека, поскольку он перестает существовать как личность и должен поскорее избавиться от этого недуга. Фактически об этом в «Истории безумия в классическую эпоху» говорит Фуко. Выстраивая свою историческую перспективу, он отмечает, что безумие по эпистемологическому статусу оказалось подобно проказе и пришло ей на смену<sup>188</sup>.

Первые попытки хоть чуть-чуть, но отойти от инфекционной метафоры можно отнести к началу XX в. и исследованиям творчества душевнобольных. Ханс Принцхорн и Карл Ясперс в своих работах, анализирующих творчество знаменитых и неизвестных шизофреников, впервые стали говорить о том, что само это творчество не является исключительно проявлением болезни, симптомом, а предстает важной частью личностной жизни человека. Таким образом, болезнь впервые стала трактоваться как несущая не только негативные, но и позитивные элементы.

Несколько дальше пошли феноменологические психиатры и экзистенциальные аналитики. Они положили в основу своих теорий утверждение о том, что болезнь – это не соматическое нарушение, а специфический опыт, не инфекция, а экзистенция. Однако в смене акцентов им еще не удалось избавиться от элемента пассивности. Признавалось, что этот модус бытия захватывает больного, ввергает его в пучину ничтожения и несет к небытию. Больной оказывался брошенным в болезнь.

Лэйнг сделал более радикальный шаг: он попытался полностью уйти от инфекционной метафоры, и этот отход как раз и был сопряжен с введением концепта метанойи. Вспомним, что

---

<sup>187</sup> Psychiatry and Social Control: An Interview with Ron Leifer // Farber S. Madness, Heresy, and the Rumor of Angels: Te Revolt against the Mental Health System. Chicago, Ill.: Open Court, 1993. P. 151.

<sup>188</sup> Фуко М. История безумия в классическую эпоху / пер. с фр. И. К. Стаф. СПб.: Университетская книга; М.: Рудомино, 1997.

в «Разделенном Я» шизофрения еще понималась не так революционно, как в «Политике переживания». Она признавалась специфическим модусом бытия, но возникающим вследствие онтологической ненадежности, т. е. этот модус бытия был, как это резко ни звучит, дефективен. В «Политике переживания» шизофрения начинает трактоваться совершенно по-другому. Лэйнг подчеркивает, что она может быть не погибелью, а прорывом, процессом поиска своего истинного «я». Таким образом, он признает, что шизофрения является, во-первых, активным состоянием, в котором личность может обрести свое подлинное бытие, а во-вторых, состоянием позитивным, т. е. приводит к лучшему, чем до шизофрении, существованию.

Разумеется, метанойя излишне романтизирует шизофрению и психически больных. С медицинской точки зрения этот концепт не вполне обоснован. Лэйнг проделывает своеобразный эксперимент, аналогов которому в истории психиатрии не существует: он полностью отходит от соматической инфекционной метафоры, и мы можем посмотреть, что получается в результате. В этом безусловный плюс и несомненное новаторство «Политики переживания» в целом и понятия метанойи в частности.

Эта работа окончательно закрепила за Лэйнгом репутацию лидера контркультуры, гуру безумцев и революционера от психиатрии. Она не только мгновенно вознесла его на вершину славы, но расколола общественное мнение: одни поддерживали его идеи, другие выступали с яркой критикой, но никто не оставался равнодушным. Лэйнг задел истеблишмент за живое. Примечательно, что он избрал очень грамотный и последовательный путь провокации общества. В «Политике переживания» Лэйнг говорил о том, что, отстраняясь от общества и его системы социальной фантазии, индивид наносит удар по каждому из его членов. Так он и поступил. Он обозначил свой разрыв со всеми социальными группами и институтами: он был политически нейтрален, держался в стороне от толп ЛСД-революционеров, выступая против психиатрии, он всячески отрицал свою причастность к антипсихиатрии. Он был одиночкой, и самым фактом своего одиночества нанес удар по каждому из членов общества. Эта был исключительно сартрианский ход, сартрианские революция и протест.

#### 4. Революционная практика: гартнавельский эксперимент и Кингсли-холл

Уже с первых шагов на профессиональном поприще, во время службы в Королевском военно-медицинском корпусе, Лэйнг начинает интересоваться больными больше, чем того требует современная ему психиатрическая практика. Он сразу же встает на сторону больных, выслушивая их жалобы и добиваясь от военного командования справедливого отношения: «Не стану же я слушать психов, думали они. *Но я уже слушал психов*»<sup>189</sup>.

Здесь, в Королевской больнице Виктории, Лэйнг встретил своих первых пациентов – тех, кто войдет в его жизнь как клинические случаи. Первый из них, Лэйнг называет его Джон, был буйным шизофреником с бредовыми идеями. Позднее Лэйнг вспоминал: «Я вошел в мягкую палату и сел; перед тем как сделать ему инъекцию, я хотел некоторое время послушать, что же он говорит. Он постепенно успокаивался. Я пробыл там с полчаса или около того. Я понял, что инъекции были ему не нужны. Несколько последующих ночей я проводил с ним все больше и больше времени, пока, наконец, не начал ночами напролет “болтаться” в его мягкой палате. Что удивительно, там, на полу, я чувствовал себя как дома. Впервые за всю мою карьеру в присутствии больного я чувствовал себя спокойно, непринужденно, не ища смысла, не пытаюсь подобрать верный диагноз, интерпретировать поведение как неврологический симптом или

---

<sup>189</sup> Mullan B. Mad to Be Normal... P. 124.



отыскать стоящее за ним заболевание ЦНС. Впервые я почти понимал его, я почти шел за ним»<sup>190</sup>.

Джон жил в мягкой палате, поскольку был чересчур агрессивен, в том числе и по отношению к себе самому. Он с разбега бросался на кирпичную стену и уже расколотил себе голову. Джон обитал в фантастическом мире, и в этом мире он мог быть кем угодно, часто меняя роли. Большую часть времени он был вором, взломщиком сейфов, промышлявшим в различных районах Манхеттена и Лондона. Он проникал в высотные здания, недоступные окна, проходил через самые крепкие и надежные двери, вскрывал сейфы с самой хитроумной комбинацией. И разумеется, ему удавалось скрыться: он уходил незамеченным или удачно скрывался от преследования. Свою добычу – золото и драгоценные камни – он отдавал беднякам. Он был настоящим Робин Гудом. И в некоторых из этих подвигов у него был сообщник – Лэйнг.

Лэйнг обсуждал фантазии и галлюцинации Джона, разделял их, говорил с ним по душам, пил с ним виски, слушал его. Они стали добрыми приятелями. Это живое общение было совсем не таким, о котором писали в учебниках по психотерапии. Лэйнг сознательно не использовал никаких методик. Он просто прислушивался к нему, стремился понять его, просто и непринужденно общался с ним, пытаясь угнаться за быстротой его чувств и мыслей. Джон действительно стал для него настоящим приятелем и другом. «Это, – писал Лэйнг позднее, – не входило в мои обязанности. Его мягкая палата стала для меня убежищем, а его компания – настоящим утешением»<sup>191</sup>. Он стал Горацио Гамлету-Джону. И тот постепенно пошел на поправку, а через некоторое время и вовсе выписался из больницы. После выписки на имя Лэйнга пришло благодарственное письмо, начинавшееся словами: «Дорогой Горацио!...».

Здесь же он встретил и Питера, который впоследствии станет «героем» двух его книг – «Разделенное Я» и «Я и Другие». Питер заболел шизофренией через некоторое время после призыва. Его лечили электрошоком и инсулином. И Лэйнг начал сомневаться в том, приносит ли это лечение позитивные результаты. Так совпало, что на неделю он собирался отлучиться в положенный периодически отпуск, и решил взять Питера с собой. Они вместе отдыхали и путешествовали, спали в одной комнате и жили как добрые приятели или братья. По окончании отпуска они вернулись назад. И через несколько недель Питер выписался из больницы. Он успешно жил и спустя несколько лет даже стал директором престижного колледжа танца и драмы. Не встретиться на его пути Лэйнг, инсулин и электрошок погубили бы его.

Первую попытку организованной работы с группой больных он осуществляет после демобилизации в Гартнавельской Королевской больнице в Глазго. Гартнавельская психиатрическая больница была решительным шагом вперед. В ней Лэйнг впервые повстречался с «хрониками». «В Гартнавеле были больные, находившиеся там уже десять, тридцать, шестьдесят лет: те, которых положили в больницу еще в XIX веке»<sup>192</sup>, – поражаясь, вспоминал Лэйнг.

Лэйнг работал в женском отделении для неизлечимых больных. Там еще сохранились мягкие палаты для буйных, и большинство больных имели опыт лечения шоковой терапией и инсулиновыми комами. Некоторые пережили лоботомию. Атмосфера этого отделения

---

<sup>190</sup> Laing R. D. *Wisdom, Madness and Folly: The Making of a Psychiatrist*. N.Y.: McGraw-Hill, 1985. P. 127.

<sup>191</sup> Laing R. D. *Wisdom, Madness and Folly...* P. 128.

<sup>192</sup> Laing R. D. *Wisdom, Madness and Folly...* P. 148.

напоминала ему описания Гомера, его тени Аида. «Как же можно возвратить этих призраков к жизни, преодолев отделяющую их неизмеримую пропасть и реки *нашего* страха?»<sup>193</sup>, – думал тогда Лэйнг.

Один-два часа в день на протяжении нескольких месяцев Лэйнг проводил в комнате отдыха этого отделения. Вместе с ним там обычно находилось около 50 больных. Большинство из них сидели, углубившись в себя, не общаясь ни с кем, или в качестве собеседников довольствовались лишь собой. Всего в этом отделении находилось 65 пациенток, на которых приходилось четыре (а иногда только две) медицинских сестры.

Пациентки были исключительно шумными и дезорганизованными. В основном они сидели около стены или лежали на полу, каждый день на одном и том же месте, некоторые выкрикивали отборную брань или бросались на других. Никакой терапии не проводилось: даже если кто-то из больных начинал что-то делать, пытался шить или что-то мастерить, вмешивались другие пациенты, и все шло наперекосяк. Персонала не хватало, и на пациентов никто не обращал внимания. Они существовали в своих собственных мирах, были замкнуты и необщительны. «Иногда, – рассказывал Лэйнг, – за вуалью безумия мне удавалось увидеть мгновения пробуждения. И это было пробуждение (при воспоминании о нем у меня все еще пробегают мурашки) от тотального и абсолютного отчаянья, от ничто, от небытия. Внутри пациентов была лишь пустота, наполненная только непрекращающимся террором против окружающих их существ, которые угрожали стереть их с лица земли. “Шизоидно-параноидное состояние” воистину является лишь живой смертью»<sup>194</sup>.

Коллега Лэйнга доктор Рой заметил, что отделение напоминало расстроенный оркестр, где каждый из инструментов играл сам по себе, не обращая внимания на другие, никто не прислушивался ни к кому и не было дирижера: «Он сказал, что в самом начале [все это] напоминало настраивающийся оркестр, когда инструменты не связаны друг с другом и выдается абсолютно хаотичный звук»<sup>195</sup>.

Лэйнг продолжал много читать и решил наконец-то воплотить свои идеи на практике. Здесь, в больнице, он планирует эксперимент, который должен был стать первым исследованием особенностей терапии психически больных. В этом эксперименте Лэйнг убедил поучаствовать двух своих коллег – докторов Кэмерона и Макги.

Эксперимент, который впоследствии стал известен как «Шумная комната»<sup>196</sup> («Te

---

<sup>193</sup> Laing R. D. Wisdom, Madness and Folly... P. 148.

<sup>194</sup> Laing R. D. Te Rumpus Room 1954–1955. Неопубликованная работа (1956). Цит. по: Abrahamson D. R. D. Laing and Long-Stay Patients: Discrepant Accounts of the Refractory Ward and «Rumpus Room» at Gartnavel Royal Hospital // History of Psychiatry. 2007. V o l. 18. No. 2. P. 205.

<sup>195</sup> Laing R. D. Te Rumpus Room 1954–1955. Неопубликованная работа (1956). Цит. по: Abrahamson D. R. D. Laing and Long-Stay Patients: Discrepant Accounts of the Refractory Ward and «Rumpus Room» at Gartnavel Royal Hospital // History of Psychiatry. 2007. V o l. 18. No. 2. P. 205.

<sup>196</sup> «The Rumpus Room» можно переводить и как «шумная», и как «игровая» комната. В русскоязычной литературе традиции не выработано, логичнее (по сущности эксперимента) передать это название как «игровая комната». Одно из примечаний в статье Дэвида Абрахамсона рассеивает все сомнения, знакомя нас с историческим контекстом. Ссылаясь на неопубликованную версию отчета об эксперименте, а также на разъяснения Иэна Смита, психиатра-консультанта Гартнавельской Королевской психиатрической больницы, он пишет: «Название “Шумная комната”, как сообщалось, было введено медсестрами и через несколько месяцев отброшено, однако впоследствии оно часто использовалось как Лэйнгом, так и другими. Оно, очевидно, отсылает к шуму скорее в самом отделении, за стенами комнаты, а не внутри ее» (Abrahamson D. R. D. Laing and Long-Stay Patients... P. 213).

Rumpus Room»), проходил в 1954–1955 гг. в отделении неизлечимых больных. Тогда Лэйнг предполагал, что если персонал будет дружелюбно и внимательно относиться к больным, то это поможет смягчить течение болезни. Лечение медикаментами, инсулиновыми комами и электрошоком, считал он, только усиливает болезненный процесс.

Суть эксперимента заключалась в следующем. Одиннадцать безнадежных пациенток с хроническими формами шизофрении и две медицинские сестры каждый день с понедельника по пятницу с девяти утра до пяти вечера находились в большой специально оборудованной, недавно отремонтированной, хорошо освещенной и полностью меблированной комнате. Возраст пациенток колебался от 22 до 63, но все они находились в больнице уже не менее четырех лет.

Вот как Лэйнг описывает второй день эксперимента: «На второй день в половине восьмого утра меня ожидало одно из самых волнующих переживаний за все время, проведенное в этой палате. Двенадцать пациенток сгрудились около закрытых дверей и просто-таки не могли дожидаться момента, когда они выберутся отсюда и окажутся там вместе со мной и двумя сестрами. И пока мы шли туда, они пританцовывали, припрыгивали, делали нетерпеливые круги и тому подобное. Совсем не мало для “окончательно съехавших”»<sup>197</sup>.

Основой эксперимента было живое общение между персоналом и больными. Последние проводили время в занятиях кулинарией, искусством и т. д. В комнате все было предназначено для легкого общения и отдыха: журналы и материалы для вязания и шитья, кисти и краски. На час в день заходил в «Шумную комнату» и сам Лэйнг, отслеживая изменения. Помимо этого медсестры ежедневно сдавали ему отчеты, необходимость в которых, впрочем, скоро отпала. Лэйнг беседовал с ними раз в неделю.

Через несколько месяцев медсестры полностью наладили отношения с пациентками, которые находились в замечательных отношениях друг с другом. Женщины были опрятно одеты: все носили белье, платья, чулки и туфли. Волосы были аккуратно уложены, и некоторые пользовались косметикой. Они часто покидали комнату и помогали персоналу: кто-то ассистировал на кухне, кто-то полировал пол или убирал лестницы. Иногда они выбирались и за стены больницы, отправляясь за чаем или конфетами, косметикой или материалами для рукоделия. Хотя у некоторых и сохранялись симптомы шизофрении (в частности, речь большинства пациенток все еще была речью психотиков), они вновь стали выглядеть как обычные люди.

После некоторых колебаний пациенткам было позволено обзавестись газовой плитой и духовкой. Теперь они могли готовить себе еду и баловаться выпечкой. Чай с выпечкой стал постоянным блюдом этой комнаты. Лэйнг вспоминал: «Один из психиатров, Ян Кэмерон, прихватил несколько булочек в ординаторскую и предложил угоститься своим коллегам. Там, коротая время, сидело семь-восемь человек. И только двое или трое оказались достаточно смелы или безрассудны, чтобы попробовать булочку, испеченную хронической шизофреничкой»<sup>198</sup>.

Этот случай подвел Лэйнга к вопросу о том, кто является по-настоящему сумасшедшим: пациентки или персонал, и почему так зазорно съесть булочку, испеченную человеком с диагнозом «шизофрения».

Отчет об этом эксперименте появился в 1955 г. в журнале «Ланцет»: «За прошедшие 12

---

<sup>197</sup> Лэйнг Р. Д. О важном: Эссе о чувствах, фактах и фантазии / пер. с англ. С. В. Попова // Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 308.

<sup>198</sup> Laing R. D. Wisdom, Madness and Folly. P. 154.

месяцев в этих пациентах произошло много изменений. Их поведение стало социально-ориентированным, они стали осуществлять активность, которая имела смысл в их маленьком обществе. Они лучше выглядели, поскольку стали интересоваться окружающими. Эти изменения весьма радовали штат. У пациентов исчезли многие симптомы хронического психоза; в отношениях друг с другом и со штатом они стали менее вспыльчивыми, более аккуратными и перестали допускать непристойности в языке. Медсестры начали хорошо и тепло отзываться о них.

В своей работе мы отталкивались от идеи предоставить пациентам и сестрам возможность построить свободные и прочные отношения. Пациенты содержались в чистоте, у них было все, для того чтобы вязать, шить и рисовать, был граммофон, продукты и все условия для приготовления пищи; пациенты и сестры были вольны пользоваться всем, как им было угодно. Но, как нам кажется, результаты эксперимента подтвердили наши первоначальные догадки о том, что самое главное в той среде, в которую включен пациент, – это окружающие его люди. Медсестры сочли ненужным заставлять больных делать что-либо насильно, но после того как больные начали доверять им, помощь сестер стала основой для самостоятельной деятельности с предоставленным материалом. Нарушение и разлад отношений, происходившие из-за отсутствия какой-то сестры или ее непонимания, мешали этой деятельности.

Используемый материал или содержание деятельности имели вторичное значение. Одни пациенты шли на поправку, когда убирали, другие – когда пекли, вязали коврики или рисовали картины. Следовательно, физический материал в окружающей больного среде, несмотря на свою пользу, не является решающим фактором для изменений. Им были медсестры. И самым важным для них, как и для других людей в окружении, было то, что они чувствуют к больным. Нам кажется, наш эксперимент доказал, что барьер между больными и штатом воздвигается не только больными, он строится обеими сторонами. И устранение этого барьера должно быть совместным»<sup>199</sup>.

Через некоторое время все обитательницы «Шумной комнаты» были выписаны. Но вскоре они снова возвратились в больницу. Конечно, не стоит трактовать это возвращение как следствие ошибок Лэйнга, общепризнанным фактом является то, что за пределами больницы для бывших пациентов необходимо поддерживать терапевтическую среду. По-видимому, эти женщины не нашли тех теплых отношений, которые они выстроили за эти восемь месяцев за пределами больницы. Позднее Лэйнг говорил: «Результаты показали, что через 18 месяцев все мои пациентки вернулись назад, к своим семьям, поскольку чувствовали себя намного лучше. И год назад они все вновь вернулись. Естественно! В те дни в отношении шизофрении никто еще не думал о семье»<sup>200</sup>.

Этот эксперимент стал решающим этапом для профессиональной эволюции Лэйнга. Он впервые доказал то, что ранее лишь смутно чувствовал, и это подвигло его к дальнейшим шагам.

Дэвид Абрахамсон, поработав в архиве Лэйнга в библиотеке Университета Глазго, а также в отделе отчетов Гартнавельской Королевской больницы, отыскал несколько документов, которые представляют этот первый и решающий для Лэйнга эксперимент совершенно по-другому.

---

<sup>199</sup> Cameron J. L., Laing R. D., McGhie A. Patient and Nurse: Effects of Environmental Changes in the Care of Chronic Schizophrenics // *The Lancet*. 1956. December 31. P. 1386.

<sup>200</sup> Mezan P. After Freud and Jung, Now Comes R. D. Laing // *Esquire*. 1972. Vol. 77. P. 171.

Абрахамсон обнаружил, что в терапии пациенток «Шумной комнаты» использовался ларгактил; после увольнения из больницы Лэйнг утратил контакт с пациентками и практически не следил за ходом эксперимента, и самое главное – вопреки утверждениям Лэйнга, ни одна из пациенток после прохождения «Шумной комнаты» не была выписана из больницы.

Абрахамсон отмечает, что расширенная версия отчета об эксперименте, которая так и не была опубликована, включает упоминание о сопутствующей терапии нейролептиком ларгактилом (хлорпромазином): «Перед этим в больнице была очевидна выраженная напряженность и возбуждение... Отделение (для хроников) было вечным бедламом... С введением ларгактила сразу же стал заметен эффект: от этого препарата у пациентов наблюдалось значительное улучшение. Многие изменились коренным образом...»<sup>201</sup>. Надо признать, что из этого отрывка не явствует точно, использовался ли ларгактил вообще в этом отделении или конкретно в самом эксперименте.

Именно увольнением и тем, что Лэйнг оставил эксперимент, Абрахамсон и объясняет то, что Лэйнг искажает результаты эксперимента. На самом деле не все пациентки тогда были выписаны из больницы. Три умерли в больнице естественной смертью от старости намного позже увольнения Лэйнга, две, когда состарились, были направлены в частные санатории, одна пациентка так и оставалась там еще 50 лет.

В феврале 1955 г. Лэйнг покинул Гартнавельскую больницу. Он продолжал периодически посещать своих пациенток, но работа проходила уже без его участия. Его коллеги, Кэмерон и Макги, завершили эксперимент и издали книгу. В ней, описывая результаты своих экспериментов с 6 мужчинами и 12 женщинами (Лэйнг работал только с женщинами), они указывают лишь на два случая выписки<sup>202</sup>.

Знал Лэйнг или нет об истинных результатах, неизвестно. В чем-то здесь вспоминаются лучшие традиции психиатрии XIX в., когда ассистенты великого психиатра и невролога Шарко заранее репетировали с больными истерические припадки, чтобы не поколебать теории мэтра и не расстроить его. Какова правда с Гартнавелем, мы узнать уже не сможем. Лэйнг говорил об этих результатах очень уверенно, а он был не из тех, кто любил приукрасить. Гартнавель был для него во всех смыслах первым самостоятельным профессиональным опытом. В его карьере на смену исследовательским пришли эксперименты терапевтические.

В 1963 г. после неудавшегося сотрудничества по реализации практической части исследования «Здоровье, безумие и семья» Лэйнгу и его окружению приходит идея организации терапевтического сообщества. Каждую пятницу Лэйнг собирает коллег в своем доме, и они ночи напролет обсуждают возможные действия. В этот узкий круг входили Арон Эстерсон, Дэвид Купер, Сидни Брискин (секретарь «Открытого пути»), офтальмолог Джон Хитон и американский романист и социальный критик Клэнси Сигал. Последний называл этот союз «братья».

У ядра компании уже был антипсихиатрический опыт. Лэйнг провел свою «Шумную комнату», Купер продолжал проект «Вилла 21», Эстерсон имел опыт организации терапевтического кибуца, причем сообщество Купера даже поставляло пациентов: первые обитатели Кингсли-холла прибыли туда из «Виллы 21». Образцом для Лэйнга служили также терапевтические сообщества Максвелла Джонса и «Община на острове Айоне» Джорджа

---

<sup>201</sup> *Cameron J. L., Laing R. D., McGhie A.* Chronic Schizophrenic Patients and Their Nurses: A Study in the Essentials of Environment. Неопубликованная работа (1955). Цит. по: *Abrahamson D. R. D. Laing and Long-Stay Patients...* P. 210.

<sup>202</sup> *Freeman T., Cameron J. L., McGhie A.* Chronic Schizophrenia. L.: Tavistock Publications, 1958. P. 121–124.

Маклауда на одном из маленьких шотландских островков. «Местечко», как его называли «братья», для своего терапевтического сообщества начинают искать и Лэйнг с коллегами.

В ноябре 1963 г. Клэнси Сигал готовит об этом «местечке» доклад, в котором описывает идеальное сообщество, коммуну, куда прибывают для того, чтобы поразмыслить о жизни, поправиться и узнать что-либо новое. «Местечко», по замыслу Сигала, должно было включать три дома: для «братьев», семей и друзей, для общения с внешним миром. Предполагалось, что подобное «местечко» лучше подыскать в окрестностях Лондона, этот вариант считался идеальным.

Летом 1964 г. Сидни Брискин предложил использовать в качестве места проживания коммуны собственный дом. Он навестил «Виллу 21» Купера, познакомился с ее обитателями и персоналом и заключил, что был бы не против принять их в своем доме. 10 октября 1964 г. первые обитатели «Виллы 21» переселились в дом Брискина. Жильцы старались сделать новое жилище похожим на «Виллу 21». Такое мирное проживание продолжалось до сентября 1968 г. Была также и попытка организовать терапевтическую коммуну в бывшем доме Лэйнга на Гранвилл-роуд, 23. Этой коммуной управлял Билл Мэйсон, одно время работавший с Максвеллом Джонсом. После него бразды правления на себя взял Бен Черчилл вместе со своей женой Лесли. Основным местом антипсихиатрической коммуны стал все-таки Кингсли-холл: «В рабочем районе лондонского Ист-Энда, там, где река Лем образует болота, за газовым заводом и совсем рядом с Темзой возвышается трехэтажное шестидесятилетнее здание из потемневшего кирпича, которое называется Кингсли-холл. Поблизости расположены унылые ряды современных домишек. Остальной район представлен викторианскими домами, перестроенными в многоквартирное жилье. В нескольких кварталах расположены пабы, бакалеи и другие магазинчики. Через улицу от одиноко стоящего Кингсли-холла есть небольшая площадь»<sup>203</sup>.

Кингсли-холл как нельзя лучше подходил для эксперимента, поскольку история здания идеально вписывалась в ту, которой его хотели наградить Лэйнг с соратниками. Он был основан в 1923 г. сестрами Мюриэл и Дороти Лестер и назван в честь их брата, писателя и историка Чарльза Кингсли. Первоначально он функционировал как баптистская церковь и детский дом. Сестры Лестер были известными пацифистками, они превратили Кингсли-холл в центр пацифизма. В 1931 г. во время своего пребывания в Лондоне на конференции по вопросу о независимости Индии именно в нем останавливался Махатма Ганди, проживая в крошечной комнатке на чердаке. Об этом событии напоминала мемориальная табличка на фасаде здания. Связывая проект Лэйнга с этой историей, Джеймс Гордон отмечает, что деятельность Лэйнга и его соратников «была, возможно, настолько же важна для терапии шизофрении и для развития концепций здоровья и безумия, насколько визит Ганди для будущего Индии»<sup>204</sup>.

Здание Кингсли-холла было построено с высочайшим мастерством и даже роскошью. Паркет был сделан из лучших образцов австрийского дуба. Джордж Лэнсбери, лидер лейбористской партии, пожертвовал витражи. Паркет был положен так, чтобы рассеивать солнечный свет или электрическое освещение на множество мелких отблесков. На втором этаже над роскошным холлом с арочными окнами располагались комнаты, кухня и другие хозяйственные помещения. К дому прилегал сад.

---

<sup>203</sup> *Gordon J. S. Who Is Mad? Who is Sane? R. D. Laing: In Search of a New Psychiatry // Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto, N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 65.*

<sup>204</sup> *Gordon J. S. Who Is Mad? Who is Sane? R. D. Laing: In Search of a New Psychiatry // Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto, N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 66.*

Нашли Кингсли-холл благодаря Филиппу Коуэну, молодому социологу левых взглядов, который в конце 1964 г. подготовил статью «Будущее Кингсли-холла» и, прознав о поиске места для коммуны, послал ее Лэйнгу. Тогда Кингсли-холл пустовал, в величественном здании проживали только привратник и его жена. Сидни Брискин осмотрел дом, и он ему понравился.

Лэйнг несколько раз встречался с Мюриэл Лестер, старейшим членом семьи Лестеров, управлявшей делами семьи. Мюриэл была знакома с Ганди и Мао Цзе Дуном, знала всех премьер-министров Великобритании и была вхожа в круги известнейших политиков и финансистов. Во многом именно ей Кингсли-холл был обязан своей примечательной историей. После нескольких встреч была достигнута договоренность об аренде. Договор не мог быть заключен с частным лицом, и для этих целей Лэйнгом и его окружением 8 апреля 1965 г. создана Филадельфийская ассоциация – некоммерческая организация, первоначально включавшая Лэйнга, Джона Хитона, Сидни Брискина, Аарона Эстерсона, Дэвида Купера, Клэнси Сигала, Раймонда Блейка и Джоан Канноулд. Филадельфийская ассоциация стала пространством пересечения различных наук и сфер деятельности. Все они, по первоначальному замыслу, встретившись в этом поле, должны были вдохновлять друг друга. Лэйнг позаимствовал для своего детища модель организации «Открытый путь».

Филадельфийская ассоциация патронировала большинство проектов Лэйнга и его соратников. В ее Представлении, датированном приблизительно 1964–1965 гг., говорится: «Филадельфийская ассоциация была сформирована как благотворительная организация, первичная задача которой – профилактика, выявление и забота о психическом здоровье и нездоровье, а также исследование причин, препятствующих достижению целостности и завершенности в жизни. Исходя из представлений Филадельфийской ассоциации, основными факторами имеющихся человеческих расстройств, на которые можно воздействовать в пределах социального окружения, являются семья, локальное сообщество и большое общество. Недавние научные исследования, проведенные членами ассоциации, всесторонне описывают механизмы, посредством которых социальные факторы разрушают дух мужчин и женщин, отчуждая их как друг от друга, так и от первоисточков... Всякий человек становится человеком только посредством гармонии с Богом, с самим собой и со своими сотоварищами. Альтернатива – лихорадочная активность по поиску ненужных материальных благ и преходящих удовольствий, что слишком часто приводит к личным, национальным и международным катастрофам»<sup>205</sup>.

Практически под таким же девизом существует Филадельфийская ассоциация и сегодня, реализуя научные, образовательные и терапевтические программы<sup>206</sup>. Но ее первым проектом когда-то стал Кингсли-холл. В 1967 г. в проекте одного из документов ассоциации Лэйнг писал: «Наш первоначальный замысел состоял в том, чтобы найти для нас (для всех нас) место, где можно танцевать и петь и т. д. Но нужно найти путь преобразовать этот первоначальный замысел в эффективный социальный акт»<sup>207</sup>. Таким местом и стал Кингсли-холл.

Условия его аренды были следующими: Лестеры отдавали Кингсли-холл в аренду Филадельфийской ассоциации сроком на пять лет, с 1965 по 1970 г., она должна была содержать его в надлежащем виде и сохранить доступ к нему всем группам, которые прежде

---

<sup>205</sup> Цит. по: Redler L. R. D. Laing's Contribution to the «Treatment» of «Schizophrenia»: Responsible Responses to Suffering and Malaise // The Psychoanalytic Review. 2000. Vol. 87. No. 4. Special Issue. P. 575–576.

<sup>206</sup> Официальный сайт Филадельфийской ассоциации: <<http://www.philadelphiaassociation.co.uk>>.

<sup>207</sup> Цит. по: Redler L. R. D. Laing's Contribution to the «Treatment»... P. 576.



встречались в его стенах (например, воскресной группе евангелистов) и позволять владельцам беспрепятственно посещать его в любое время. Арендная плата была номинальна – 1 ф. ст. в год.

Мюриэл Лестер была человеком с убеждениями и, очевидно, увидела в Лэйнге родственную душу. «Вообще-то, она не привыкла тратить свое время на людей, которые не могли правильно завязать галстук, носить белую рубашку с белоснежным воротником и отполированные ботинки. <...> Я нанес ей визит в ее доме в северном Лондоне и разъяснил ей мою идею, она ничего не слышала об этом, но сразу же ею прониклась»<sup>208</sup>, – вспоминал он о своем посещении. Здание было отдано фактически просто так, и это была помощь одного человека с убеждениями другому человеку, тоже имевшему убеждения и цели.

Этот эксперимент Лэйнга отличался от множества сходных экспериментов и проектов – и от его ранней «шумной комнаты», и от «Виллы 21» Купера, и от деятельности Франко Базальи в Италии, и от «La Borde» Жана Ори и Феликса Гваттари, и от гейдельбергского Социалистического союза пациентов. Проект развивал Лэйнг, а он не любил никакой зависимости от институций и социальных групп. Кингсли-холл не был связан ни с какой психиатрической больницей, он вообще не был включен в систему здравоохранения: это была свободная коммуна. Кингсли-холл не поддерживался никакой политической партией, объединением или группировкой, всегда оставался вне политики. Это был совершенно свободный проект: истинное детище своего ни от кого не зависящего творца Лэйнга. Однако такой статус Кингсли-холла не все оценивали позитивно. Джованни Джервис, итальянский психиатр и активист движения «Демократическая психиатрия» отмечал, что подобный независимый статус Кингсли-холла ослабит его воздействие на общество. На его взгляд, при такой независимости трудно воздействовать на проблему использования обществом психиатрии как репрессивной силы. Такой независимый проект будет ограничен, малоэффективен и в высокой степени маргинализован<sup>209</sup>.

Кингсли-холл открыл свои двери в начале июня 1965 г. и, согласно отчету Филадельфийской ассоциации 1969 г., с июня 1965 г. по июнь 1970 г. принял 119 постояльцев, 40 женщин и 79 мужчин. Основное число обитателей (85 %) были в возрасте от 20 до 40 лет, около 65 % имели психиатрический диагноз, три четверти из них были шизофрениками и более чем половина ранее уже проходили стационарное лечение, и только девять из этих 65 % после отъезда из Кингсли-холла были госпитализированы вновь.

Одновременно в Кингсли-холле могли находиться всего 14 человек. Кроме этого, иногда там обитали и временные гости – выписавшиеся из психиатрических больниц или заболевшие часто проводили там ночь или две, а затем уходили. Проводились также дни открытых дверей и воскресные завтраки, присоединиться к которым мог любой желающий, устраивались и публичные лекции, собиравшие иногда до 200 человек. Лэйнг и его коллеги вели постоянный ежемесячный семинар по феноменологии и социальной теории, участниками которого были около 50 психиатров и психотерапевтов. Мортон Шатцман вспоминал: «ФА спонсировала в Кингсли-холле лекции по психиатрии, “антипсихиатрии” и феноменологии и организовывала семинары и встречи со многими специалистами из различных областей... В течение последних трех с половиной лет с обитателями Кингсли-холла встречались экспериментальные драматические труппы, авангардные поэты, художники, музыканты, танцоры и фотографы,

<sup>208</sup> Mullan B. Mad to be Normal... P. 17.

<sup>209</sup> Jervis G. Psychiatrists and Politics // The Politics of Mental Health in Italy / B. Kaplan (ed.). L.: Routledge, 1967.

представители “новых левых”, группы лондонского антиуниверситета, лидеры коммунарного движения»<sup>210</sup>.

Особенностью проекта было также и то, что «текучка» больных была сродни «текучке» врачей. Даром, что все ролевые рамки были разрушены. Лэйнг прожил там около года, то же самое можно сказать и об Эстерсоне и других. Ни один врач не продержался в коммуне более двух лет.

В организации проживания Лэйнг придерживался того, что он называл ауторитмией. Он позаимствовал это понятие из практики афонских монастырей в Греции, где монахам позволялось организовывать свой быт, исходя из собственного пути. Лэйнг считал, что необходимо предоставить людям возможность существовать в собственном подлинном ритме, а не навязывать коммунальные образцы поведения. По этим причинам жизнь Кингсли-холла не была строго регламентирована. В ней были только своеобразные антиправила: 1) все правила могут подвергаться сомнению, включая и это; 2) если вы нуждаетесь в экзистенциальной, психологической, социальной, экономической, физической поддержке, попросите ее; 3) саморегулирование и ауторитмия великолепны до тех пор, пока не нарушают границ других. За исключением ужина за большим деревянным столом в холле и (хотя и в меньшей степени) утренних групповых бесед, каждый из обитателей мог строить свой день, как хотел. У каждого была своя крошечная комната, где он мог уединиться в любой момент. Такая организация была хороша не во всем. Необходимые для поддержания коммуны функции – закупка продуктов, приготовление еды, уборка и мытье посуды – выполнялись не всегда регулярно и вовремя. Все 14 обитателей отчисляли в коммунальную копилку Кингсли-холла 3 фунта (7 долл.) в неделю на содержание жилища в порядке и пропитание.

В ноябре 1965 г. Кингсли-холл принимал в неделю около сотни посетителей. Он был не просто терапевтической коммуной или антибольницей, а настоящим контркультурным центром – прибежищем для музыкантов и поэтов, художников и левых радикалов, хиппи и тех, кому просто надоело подчиняться условностям. Это была точка революционности в Лондоне шестидесятых.

По вечерам обитатели и гости Кингсли-холла собирались за ужином, и это была целая традиция. Все сидели за огромным старинным деревянным столом, главным всегда оставался Лэйнг. Здесь выступали с импровизированными лекциями, рассказывали истории из своей жизни, обсуждали психоанализ, политику и шутили. Слабый свет электрических люстр, на стенах картины Мэри Барнс – «гостиная» представляла собой волшебное и таинственное зрелище. Иногда на такие застольные посиделки приглашали гостей.

С декабря 1965 г. в течение года Лэйнг жил в Кингсли-холле. С декабря 1966 г. он стал ограничиваться лишь пятничными визитами. Его Кингсли-холл практически исчез. Начал появляться уже другой Кингсли-холл.

В 1968 г. помещение оставляло желать лучшего, поскольку за его состоянием никто не следил. Самое важное – такого соседства не одобряли окрестные жители. Иногда возвращавшаяся ночью из паба молодежь бросала в окна пустые бутылки и, проходя мимо, хором кричала: «Лунатики! Наркоманы! Извращенцы!». Местная детвора и молодежь в традициях прошлых веков взяли за обыкновение посещать Кингсли-холл с развлекательными визитами. По выходным они иногда заходили в здание, глазели на его обитателей, показывали на них пальцами и хихикали. В окна часто летели камни, страдала входная дверь, злобные

---

<sup>210</sup> *Schatzman M. Madness and Morals // Counter Culture: The Creation of an Alternative Society / J. Berke (ed.). L.: Peter Owen, 1969. P. 301.*

местные жители выкручивали дверной звонок, били пустые бутылки из-под молока, оставляемые на пороге, иногда в зал первого этажа забрасывали собачьи экскременты.

От соседей часто поступали жалобы на громкую музыку, а надо отметить, что мелодии «Битлз» и Боба Дилана были здесь излюбленными. Даже тихие и приличные люди не испытывали к постояльцам коммуны доверия. Лэйнг рассказывал: «Сосед жаловался мне: “Доктор Лэйнг, но это же полное безобразие, этих бедных людей нужно надлежащим образом лечить, а не позволять им разгуливать зимой по улицам босиком – без башмаков и без носков”»<sup>211</sup>.

О Кингсли-холле ходило много легенд. Поговаривали, что это обитель произвола и наркомании, свободных отношений и разгула. Сам Лэйнг опровергал эти домыслы. Несмотря на то что в Кингсли-холле активно использовался ЛСД, он всячески препятствовал, во всяком случае с его собственных слов, нарушению порядка в стенах коммуны. Лэйнг рассказывал: «Алекс Троччи возвратился в Кингсли-холл. Однажды, сидя в холле, он вытащил шприц и начал накачиваться героином. “Нет”, – сказал я ему на это. <...> То, что вы сошли с ума, не означает, что можно взять молоток и расколотить чей-нибудь череп. Если вам кажется, что вы можете так вести себя, тогда я позвоню в полицию. Меня не волнует, в каком мире вы живете: в шестом или в двадцать седьмом измерении, так делать нельзя. Я никогда не поощрял людей устраивать беспорядки»<sup>212</sup>.

Случаи возмущения общественного спокойствия, надо признать, иногда действительно имели место. Мортон Шатцман вспоминал: «Местных жителей очень тревожили обитатели, которые выходили из здания и вели себя странным образом. Парень 28 лет <...> имел обыкновение посещать соседние пабы и магазины, он брал со столов и прилавков стаканы, опустошал их и шел прочь, не говоря ни слова. Если он видел оставленную открытой дверь дома, он заходил внутрь, садился на стул в гостиной и сидел там до тех пор, пока не заходил кто-либо из домочадцев. Тогда он просто вставал и молча выходил. Он никогда никому не угрожал и никогда ни к кому не прикасался, но он беспокоил людей. Они подошли к нему на улице и сказали, что он “будет чувствовать себя лучше” в психиатрической больнице. Другой обитатель посреди ночи будил жителей рядом стоящего дома, включая свой проигрыватель настолько громко, насколько мог. Он ощущал, что его тело “окоченело”, и “жизнь” возвращалась к нему только тогда, когда играла громкая музыка. Он не хотел никого беспокоить, и когда соседи предъявляли ему жалобы, он выключал ее и приносил свои извинения»<sup>213</sup>.

Для того чтобы наладить отношения с местными жителями, были приняты некоторые меры. В здании регулярно встречались пенсионеры, толкователи Библии, приходили музыканты. Предпринимались неоднократные попытки объяснить, что представляет собой Кингсли-холл и что переживают люди с психическими заболеваниями.

Вслед за отъездом Лэйнга следующей переломной вехой в судьбе Кингсли-холла стала смерть Мюриэл Лестер в феврале 1968 г. Ей нравился Лэйнг, его идеалы и деятельность, и она всячески поддерживала его. Ее наследники были лишены идеалов и убеждений и считали, что зданию необходимо вернуть первоначальные функции. Действительно, состояние строения

---

<sup>211</sup> Mullan B. Mad to Be Normal... P. 180.

<sup>212</sup> Mullan B. Mad to Be Normal... P. 177, 188.

<sup>213</sup> Schatzman M. Madness and Morals. P. 309.

изменилось к худшему, соседи постоянно жаловались. В итоге попечительский совет Кингсли-холла потребовал выплаты 5 тыс. ф.ст. на восстановление здания, а также в течение 18 месяцев освободить его. Выходит, что уход Лэйнга и кончина Мюриэл Лестер стали символическим концом проекта.

Кингсли-холл и его «политика», деятельность Лэйнга и его статьи породили множество реакций. Среди них были как хвалебные, так и не очень. Журналистка Рут Абель на основании беседы с Сидни Брискином писала в «Guardian» 4 октября 1966 г. о замечательной жизни в Кингсли-холле, о многочисленных случаях выздоровления, о его истории и принципах работы. Но врачи этот проект так и не приняли. Еще в его начале директор Тавистокской клиники Джон Сазерленд по-дружески предостерег Лэйнга, что ничего хорошего из этого получиться не сможет, и он так и не изменил своей точки зрения. Уже позднее через знакомых до Лэйнга дошли слова Сазерленда. Он говорил, что, открыв Кингсли-холл, Лэйнг совершил «профессиональное самоубийство». То, что это было непрофессионально, шло вразрез с основными устоями медицины, ему напоминали постоянно. Однажды, сняв трубку телефона, он услышал врача, который сразу же стал напоминать ему о принципах врачебной этики: «Что же вы делаете, доктор Лэйнг? Ведь это все равно, что не сделать больному с гемолитическим кризом переливание или не давать диабетiku инсулина, ведь эти люди находятся в шизофренической коме, а вы отказываетесь давать им транквилизаторы. Они испытывают галлюцинации, а вы не лечите их. Вы поощряете их?»<sup>214</sup>.

В 1969 г. Кингсли-холл как проект уверенно двигался к своему логическому завершению. Договор аренды истекал в мае 1970 г. Здание было в ужасном состоянии, и Филадельфийской ассоциации пришлось заплатить владельцам некоторую компенсацию. Уже полностью осознавая то, к чему идет проект, 19 марта 1969 г. Лэйнг писал в дневнике: «Мы с Ароном Эстерсоном в течение нескольких лет много говорили об “этом”. И никогда не было ясно, чем “это” должно было быть, или, скорее, это было то одно, то другое. Ничего не подходило полностью. Но выяснить это можно было лишь реализовав тот или иной проект на практике»<sup>215</sup>.

В октябре-ноябре 1969 г. Лэйнг, Леон Редлер, Сидни Брискин и Пол Зил собрались вместе, чтобы обсудить историю Кингсли-холла. Из этих записываемых на магнитофон бесед они хотели собрать книги о Кингсли-холле и Филадельфийской ассоциации, но проект так и не был реализован. Эти многочасовые записи показывают, что цель Кингсли-холла состояла не просто в упразднении ролей и лечении без медикаментов и что ожидания Лэйнга в отношении Кингсли-холла так и не оправдались. В одной из последних бесед, 17 ноября 1969 г., Лэйнг среди прочего говорит: «Если бы мне предложили это сейчас, я бы никогда не стал жить в этом гробаном месте. А если бы и стал, то только бы при условии, что там все было бы изменено, потому что это была жалкая помойка»<sup>216</sup>.

Лэйнг был разочарован этим проектом. Он получил совсем не то, что ожидал: проект не стал практическим воплощением его идей. И 31 мая 1970 г. Кингсли-холл был закрыт. Впоследствии, уже в конце 1980-х годов, Лэйнг менее пессимистичен, он будет находить в нем и позитивные стороны: «В то время там жили люди, которые не могли жить больше нигде,

---

<sup>214</sup> *Mullan B* . Mad to Be Normal... P. 192.

<sup>215</sup> *Laing A . R. D. Laing: A Biography*. N.Y.: Tunder's Mouth Press, 1996. P. 148.

<sup>216</sup> *Laing A . R. D. Laing: A Biography*. N.Y.: Tunder's Mouth Press, 1996. P. 149.

кроме как в психиатрической больнице, они не получали лекарств, электрошока или другого лечения, они просто приезжали и жили там, потому что им так хотелось. Не было ни самоубийств, ни убийств, никто не умер, никто никого не убил, никто не забеременел и никто ничего ни запрещал. Это показало, что если другие люди готовы помочь, то происходит улучшение, даже при тех условиях мы кое-что продемонстрировали. Могло казаться, что все умрут от голода, или от пневмонии, или будут убивать, избивать и насиловать друг друга, или сторчатся на наркотиках, или умрут от передозировки. Но люди этого не делали. <...> Я сам понимаю, что Кингсли-холл не был триумфом. Но мы можем извлечь из него уроки, нам есть от чего оттолкнуться, даже если он просто-напросто показывает, что тот путь, которым мы шли, не работает. Это необходимо переосмыслить, на его ошибках нужно учиться. Я думаю, что подобный проект можно запустить вновь: на самом деле я все еще периодически получаю письма от людей, запускающих где-то тот или иной проект. Все они вдохновлены Кингсли-холлом»<sup>217</sup>.

Это событие совпало с концом шестидесятых, поэтому проект и был детищем той эпохи. Несмотря на то что он потерпел крах, Филадельфийская ассоциация продолжила свое существование. Она профинансировала десятки проектов терапевтических сообществ, разработала множество обучающих программ и объединила вокруг себя тысячи людей.

В своих идеях и проектах Лэйнг «потревожил» психиатрию именно тем, что посмотрел на ее крепость со стороны, избрав другую точку опоры, и в своей трактовке природы и механизмов психического заболевания, заговорив от имени философии и социальной критики.

Следуя феноменологическому девизу «Назад к вещам!», Лэйнг всегда старался избежать всякого систематического теоретизирования. Он обращался к тем сферам человеческой деятельности и бытия, которые с трудом возможно сколь-нибудь внятно описать, которые всегда ускользают от артикуляции. Он говорил о переживании психически больного, об опыте собственного рождения, о выходе за пределы своего сознания и о психоделическом опыте, т. е. о тех человеческих феноменах, которые в пределах самого человека с трудом поддаются рефлексии. Пытаясь оставаться к ним как можно ближе, он не выстраивал теоретические системы, а описывал переживаемое, предпочитая описательную стратегию. Простой язык, множество примеров, максимум критики и минимум теории – это помогало ему оставаться на уровне обыденного опыта, не погружаясь в дебри теоретических хитросплетений.

Возможно, в неспециализированности теории Лэйнга, в ее маргинальности по отношению ко всем предметным областям и укоренен секрет его популярности. Каждый может найти в его идеях что-то для себя. Он многое сказал теоретикам культуры, продолжив в радикальной форме дискуссии по вопросу о статусе психического заболевания, о механизмах культурации и исключения, принятия культурных норм и отвержения культурной маргинальности. Он вплел вопрос о психическом заболевании в широкий историко-культурный контекст, подняв проблему здоровья и нездоровья современной эпохи. В предисловии к сборнику статей «Лэйнг и антипсихиатрия» Роберт Бойерс пишет: «...надо думать, известность Лэйнга была известностью культурного критика, нового образа психиатра – пророка, поскольку в своих недавних работах он стремится совместить исследование тяжелых расстройств психики с общей атакой оснований западной цивилизации. Это проект, который привлек внимание широких масс философов, социологов, литераторов, религиоведов – всех тех, кто интересуется историей идей и измерениями современной культуры, вызвав недовольство коллег Лэйнга по

---

<sup>217</sup> Mullan B. Mad to Be Normal... P. 188, 190.

психиатрии»<sup>218</sup>. И именно как теоретик культуры он выражал свою эпоху, сам став для нее фигурой культуры.

Вслед за другими философствующими психиатрами Лэйнг поставил важные вопросы об онтологическом статусе патологического опыта, о процедурах и границах понимания, об основаниях человеческого существования, о путях и механизмах вхождения человека в общество и о причинах его отторжения и исключения. При этом отправным моментом, первичным философским интересом для него всегда оставался опыт психически больного человека. «Если Лэйнг был гениален, – пишет Клэнси Сигал, – то гениальность эта состояла в той настойчивости, с которой, вопреки традиционному медицинскому знанию, он доказывал, что шизофрения – это не болезнь, а опыт»<sup>219</sup>. Об этом факте англоязычный мир узнал именно от Лэйнга.

Благодаря апелляции к феноменологии и экзистенциализму, благодаря продолжению традиции экзистенциально-феноменологической психиатрии и ее сочетанию с марксизмом Лэйнг политизировал патологический опыт. И внимание к опыту, и его политизация прочно закрепились в умах его современников. Этот взгляд стал теперь обязательной оговоркой при исследовании психических заболеваний.

Если экзистенциально-феноменологическая психиатрия говорила о том, что психическое заболевание – это специфическое, непохожее на наше существование, то Лэйнг поднял вопрос о социальном, культурном статусе этого существования и опыта, он вновь вернул патологический опыт миру, возложив на него ответственность за эти «чудные» трансформации. Для него оказалось недостаточным сказать, что больной не похож на других, он подчеркивал, что больной таков, поскольку такова наша культура, наше общество, наша семья. Лэйнг включил само психическое заболевание не в онтологию бытия, в абстрактную онтологию мироздания, а в онтологию общества, в котором мы живем и частью которого каждый из нас является.

Благодаря обращению к Сартру, Лэйнг совершил своеобразный переход к практике, практике в теории. Безумец с другим своеобразным и специфическим бытием так и продолжал оставаться чужаком, только теперь чужаком не природы, а бытия. Для Лэйнга безумец всегда был частью социальной системы, такой специфической данности социальной онтологии, опыт которого был конституирован не бытием как таковым, независимым от меня или от него, а практикой социальной реальности – тем, что мы делаем и как мы мыслим, будучи социальными существами.

Лэйнг попытался вернуть обществу ответственность за безумие и, таким образом, из безмолвия психиатрических больниц вновь ввел его в пространство общественных дискуссий. Такой ход имел закономерный вывод: «Это не они больны, больно общество». Укорененность безумия в социальной онтологии предполагала, что безумие – такой же полноправный элемент социальной системы, как и все остальные. Таким образом, Лэйнг заставил воспринимать безумца как данность социальной системы. В этом и состояла политизация безумия.

Идеи, которые выдвигал Лэйнг, можно обобщенно представить как социальную теорию, более или менее целостную социальную феноменологию, включающую теорию образования и функционирования группы, механизмов поддержания ее целостности, теорию функционирования власти, а также теорию взаимодействия индивида и общества. В 1987 г., за

---

<sup>218</sup> *Boyers R.* Preface // *R. D. Laing and Anti-Psychiatry* / R. Boyers (ed.). P. VII–VIII.

<sup>219</sup> *Sigal C.* Working with Laing // *The New York Review of Books*. 1996. December 19. Vol. 43. No. 20. <<http://www.nybooks.com/articles/archives/1996/dec/19/working-with-laing/>>.

два года до смерти, в коротком резюме о себе, написанном для «*The Oxford Companion to the Mind*» от третьего лица, он характеризует себя как социального феноменолога, «заинтересованного главным образом в выделении и описании того, что происходит в опыте людей, опосредованном их взаимодействием»<sup>220</sup>. Именно социальная феноменология занимает Лэйнга во всех его работах. Появившись впервые в совместной с Эстерсоном книге о семьях шизофреников в 1964 г., социальная феноменология становится его исследовательской стратегией. Лэйнга интересует опыт, переживание, проживание. Но это уже не непосредственные факты сознания или чистое сознание, как это было в феноменологии, это даже не просто опыт человека как опыт существования, как в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе. Это опыт человека как социального индивида, неизменно социальный, социально индуцированный и социально управляемый.

Самый важный этап образования общества Лэйнг, следуя за Сартром, связывает именно с опытом, а точнее, с усреднением переживания и его отчуждением. По его мнению, отчуждение уже заложено в самой онтологии общества, ибо иначе социум просто-напросто бы не возник. Опыт и его отчуждение – основные темы социальной теории Лэйнга. Поскольку психическое заболевание начинает трактоваться исходя из социальной онтологии, оно перестает быть исключительно клиническим концептом и становится социальной, философской проблемой. Как и всякая социальная и философская проблема, психическое заболевание становится проблемой неразрешимой, ведь невозможно избавиться от того, что неотъемлемо присуще обществу, а психическое заболевание как возможность – это свойство всякой социальной группы. Однако Лэйнг идет дальше.

Он определенным образом смещает акценты, ведет себя вполне в духе модной тогда леворадикальной критики общества, точно так же, как представители Франкфуртской школы или постструктурализма. Поскольку отчуждение для него – бесспорно отрицательный феномен, а безумие противоположно отчуждению; безумие начинает трактоваться им как событие, негативное в жизни общества, но позитивное для личности. Здесь дает о себе знать та связка марксизма и феноменологии/ экзистенциализма, которую Лэйнг так удачно обозначает, используя термин «социальная феноменология».

Здесь Лэйнг отрывается от своей первоначальной специальности и начинает романтизировать безумие, поскольку превращает его в концепт своей социальной феноменологии. Наивно было бы полагать, будто он не представлял, что означает психическое заболевание и какое страдание стоит за ним. Наивно было бы полагать, что для него оно совсем не окрашивается негативными чертами. Но в определенный момент своего творчества он превращается из психиатра в теоретика-философа, в теоретика-гуманитария, в борца и революционера, а гуманитарии, как известно, должны прибегать к абстрактным категориям. Безумие не становится для Лэйнга исключительно позитивной силой, просто оно превращается в инструмент теоретизации и отрывается от своих «практических корней». Такова цена и оборотная сторона его гуманитаризации.

### III. Дэвид Купер

---

<sup>220</sup> Laing's Understanding of Interpersonal Experience // *The Oxford Companion to the Mind* / R. L. Gregory (ed.) Oxford: Oxford University Press, 1987. P. 417.



## 1. Радикальный марксизм и революционная установка

Дэвид Купер – выходец из ЮАР по происхождению, британец по академической карьере, француз по месту жительства – стал второй фигурой британской психиатрии, а его сотрудничество с Лэйнгом на несколько лет определило облик не только антипсихиатрической теории, но и антипсихиатрической практики.

Купер родился в Кейптауне в 1931 г., там же получил медицинское образование, но в 24 года навсегда покинул свою родину. Он направился в Париж, где женился, а затем двинулся в Лондон. Там он снял квартиру на престижной Харли-стрит и открыл частную практику. Правда, в конце 1960-х годов бросил ее по политическим соображениям, больше не желая поддерживать обслуживающую власть социальную институцию, отпустил волосы и бороду, одевался преимущественно в черное. Этот период и стал в творчестве Купера наиболее продуктивным. В начале 1972 г. Купер покинул Лондон и перебрался в Аргентину, а в конце 1970-х вновь возвратился в Париж, где дописывал свою последнюю книгу «Язык безумия» и некоторое время преподавал в Венсенне. Говорили, что тогда он злоупотреблял алкоголем и постепенно опускался. Умер в 1986 г. от внезапного сердечного приступа в своей парижской квартире.

Часто имя Купера ставят рядом с именем Лэйнга, особенно когда говорят о его политической и социальной теории, а также о практических проектах, но они были непохожими теоретиками и абсолютно самостоятельными практиками. Хотя, несмотря на различия характеров и целей, эти люди понимали друг друга. Лэйнг вспоминал: «Он был очень живой и во многих отношениях отличался от большинства. Я встречал немного людей, похожих на него, и он встречал немного таких, как я. Так что в то недолгое время, когда мы работали вместе, мы наслаждались обществом друг друга»<sup>221</sup>.

Купер был романтиком и идеалистом, еще большим, чем Лэйнг. Он, как и Лэйнг, был харизматичен: высокий, статный, с длинными волосами и бородой, он чем-то напоминал Маркса. Стефен Тиктин пишет: «Он был крупным, возбужденным человеком с длинными златокудрыми волосами и огненно-рыжей бородой. <...> Его голубые глаза были наполнены нежностью, а говорил он мягким голосом. И он был предельно погружен в себя. У всех сразу же возникало впечатление, что перед ними очень глубокий и красивый человек. <...> Мне кажется, что в своей внешности “гуру” он являл великое смирение и сострадание, и именно эти качества поразили меня больше всего»<sup>222</sup>. Революционность Купера была излишне радикальной даже для Лэйнга. Его кумиром был Антонен Арто, а идеалом – подлинная революционность. Он постоянно ввязывался в антипроекты: антибольница, антиуниверситет, антишкола, антисемья, антипсихиатрия. В октябре 1972 г. в дружеском письме к Лэйнгу из Аргентины Купер описывал свою жизнь как «насыщенную настолько, что невозможно описать словами, прекрасную, захватывающую дух и прежде всего опасную...»<sup>223</sup>. Он постоянно воплощал в жизнь свой манифест «Постель – основное пространство революции», о его сексуальном либерализме и свободе ходили легенды: он практиковал этот метод лечения со

---

<sup>221</sup> Mullan B. Mad to be Normal: Conversations with R. D. Laing. L.: Free Association Books, 1995. P. 195.

<sup>222</sup> Ticktin S. Brother Beast: A Personal Memoir of David Cooper // Asylum: Magazine for Democratic Psychiatry. 1986. Vol.1. No. 3.

<sup>223</sup> Laing A. R. D. Laing: A Biography. L.; Chester Springs, PA: P. Owen, 1994. P. 188.

всеми нуждающимися в нем пациентками, а их было предостаточно<sup>224</sup>. Исцелять для него означало обладать и давать свободу выражения, а это обладание и свобода наиболее ярко, на его взгляд, достигались в постели.

Купер прошел путь от развития идей, сформулированных им совместно с Лэйнгом, до самостоятельной теории. Этот путь был связан с нарастанием радикальности, отходом от экзистенциально ориентированных идей и усилением марксистских элементов. В процессе эволюции менялась и тематика исследований. Куперу принадлежат четыре самостоятельные работы – «Психиатрия и антипсихиатрия», «Смерть семьи», «Грамматика жизни», «Язык безумия» – и одна книга, написанная в соавторстве с Лэйном – «Разум и насилие: десятилетие творчества Сартра». Сам Купер говорил, что каждая его книга была связана с тем, что он оставлял позади. Стефен Тиктин поясняет, что для «Психиатрии и антипсихиатрии» это была больница Шенли и психиатрия, для «Смерти семьи» – собственная семья Купера, для «Грамматики жизни» – Англия, для «Языка безумия» – Аргентина<sup>225</sup>.

Основным источником вдохновения для Купера является, несомненно, марксизм. Однако сам он последовательно отрицает марксистский характер своих идей, причем отрицает в духе марксистского отрицания. Марксистский анализ, на его взгляд, – это методологический инструмент, но марксизм – такой же, как и другие, буржуазный фетиш, догматическая религия. «Нельзя *быть* “марксистом”, точно так же, как нельзя быть “шизофреником” или “антипсихиатром”»<sup>226</sup>, – подчеркивает он.

Некоторое время перед прибытием в Великобританию Купер жил во Франции, у него была француженка жена, и он отлично ориентировался в современной французской философии. По этим причинам к традиционной для антипсихиатрии смеси марксизма и экзистенциализма, сочетающихся в своих радикальных вариантах, в плане влияний следует добавить и еще одно направление – французский структурализм и постструктурализм. В последние годы своей жизни в Париже Купер пересекался с наиболее известными фигурами французской философии, в частности, вместе с Жаком Деррида и прочими организовал Международный колледж философии.

Купер искал, разумеется, марксизм, а марксизм во Франции тогда был радикализирован именно в работах структуралистов и постструктуралистов. Если для других антипсихиатров, в особенности антипсихиатров британских, характерна некоторая обособленность от современного им постструктурализма, то Купер частенько привлекает в своих работах постструктуралистские концепты смерти субъекта, смерти автора, приоритетности языка и власти и проч. Так, в работе «Грамматика жизни» он выбирает оппозиционную стратегию по отношению к традиционной форме письма. Он подчеркивает: «Эта форма, предполагающая бинарную ролевую структуру автора и читателя, воплощает один из типов социального насилия, и посредством свойственной ей не-обоюдности и не-взаимности может привести лишь к порабощению умов и так называемого автора, и так называемого читателя. Это метод социального контроля, метод микрополитической манипуляции людьми, в эксплуататорском обществе могущий повлечь лишь ложную взаимность – взаимность эксплуатации, которая угнетает абсолютно всех. Эта односторонняя бинарная ролевая структура выражает такое же

---

<sup>224</sup> Gale D. Far Out // The Guardian. 2001. September. Saturday 8.

<sup>225</sup> Ticktin S. Brother Beast...

<sup>226</sup> Cooper D. The Language of Madness. L.: Allen Lane, 1978. P. 48.

насилие и в других областях опыта и поведения...»<sup>227</sup>.

Читая книги Купера, написанные с расчетом на диалог, с их острой призывностью, ты не можешь не ответить: не обязательно действием, хотя бы мыслью. Но мысль эта должна обязательно появиться как реакция. Именно на это рассчитывает Купер. «Я полагаю, – пишет он, – что основная иллюзия, которую мы должны попытаться развеять, – это иллюзия нашего собственного бессилия. Если каждый из нас скажет то, что имеет значение, хотя бы одному-другому человеку, это значение будет резонировать в сознании десятков, сотен, тысяч других людей, с которыми мы общаемся напрямую, а также в сознании многих поколений»<sup>228</sup>.

Все работы Купера имеют яркий критический оттенок, но критичность эта отличается, например, от критичности Саса. Сас – полемист, обличитель, критик, Купер – революционер. Его критика – всегда призыв. И это видно даже невооруженным глазом в его очень заразительном стиле, который так и хочется перенять, в краткости формулировок, подразумевающих переход к действиям и предполагающих, что ситуация и так всем ясна. И Купер, и Сас словно выступают с трибуны, но трибуна Саса расположена в зале суда, а трибуна Купера – на улице, посреди ревушей массы людей. «Мы, – провозглашает он, – не должны представлять свои идеи в книгах, фильмах и на телевидении, поскольку имеется уже существующее пространство коммуникации прямо здесь и сейчас. *Единственно подлинная и действительная массовая среда – это одновременно нечто большее и нечто меньшее, чем масса как таковая, это масса, которую составляем мы сами*»<sup>229</sup>.

Купер отчетливо революционен, но его революция – это не революция одиночки, а призыв к объединению. Быть одиночкой, как признается он сам, он не отваживается. «Нам, – подчеркивает он в самом начале одной из своих книг, – не хотелось бы повторить пути Ницше, который в поиске тех немногих, к кому он мог бы обратиться и которые бы мыслили в унисон с ним, сошел с ума»<sup>230</sup>. Он призывал к борьбе и революции и, идя под знаменами марксизма, верил, что он и его современники живут в предреволюционной ситуации. «Его самым значимым наследием, – пишет Стефен Тиктин, – был призыв против угнетения и ортодоксий его времени – политических, философских, религиозных, и, более всего, психиатрических»<sup>231</sup>.

В основе идей Купера лежит утверждение, что шизофрении не существует, но это несуществование приводит к множеству семантических и философских вопросов и социально-исторических проблем. Шизофрения, по Куперу, – это социальный факт, медицинская стигма, которую одни люди навязывают другим для того, чтобы выйти из неразрешимой ситуации, выражение микросоциального кризиса. Понятию шизофрении в силу его пустотности Купер предпочитает другое – «безумие». «Если шизофрении не существует, *безумие, конечно же, существует*»<sup>232</sup>, – подчеркивает он. И именно с безумием имеют дело психиатрия и антипсихиатрия.

---

<sup>227</sup> Cooper D. Te Grammar of Living: An Examination of Political Acts. L.: Allen Lane, 1974. P. 7–8.

<sup>228</sup> Cooper D. Te Grammar of Living: An Examination of Political Acts. L.: Allen Lane, 1974. P. 10.

<sup>229</sup> Cooper D. Te Grammar of Living: An Examination of Political Acts. L.: Allen Lane, 1974. P. 11.

<sup>230</sup> Cooper D. Te Language of Madness. P. 11.

<sup>231</sup> Ticktin S. Brother Beast...

<sup>232</sup> Cooper D. Te Language of Madness. P. 154.

Безумие, по Куперу, является самым распространенным и самым выраженным страхом общества. Это страх перед безумием, которое не может существовать в рамках обозначаемых обществом границ и постоянно преступает их, которое разрушает структурированную жизнь не только того человека, что становится безумцем, но и социальную жизнь общества. Таким образом, дабы не испытывать воздействие этого безумия, общество локализует и разрушает его, отказывая ему в праве на существование. «Их безумие, – отмечает Купер, – становится общим свойством, это теперь – *наше* безумие, и сразу же появляется проблема того, каким же образом теперь лучше всего локализовать безумие в безопасном месте, т. е. месте, в котором изгнанный “чужак” будет надежно хранить наше безумие от нас, находящихся далеко от него»<sup>233</sup>.

В силу такого статуса безумия его освобождение должно стать первой задачей революции, революцией безумия. «Все безумцы, – подчеркивает Купер, – политические диссиденты. Всякое наше безумие – политическое диссидентство»<sup>234</sup>. Язык безумия демистифицирует обычный язык, привычную болтовню нормальности, точно так же, как и язык поэтический. Безумец, подобно поэту используя метафору, метонимию, синекдоху и проч., достигает радикального изменения режима языка, ломает правила, которые делают язык инструментом порабощения. Тем не менее, поэт еще сохраняет контакт с миром нормальных, безумец же становится подлинным революционером: «Язык безумия есть бесконечное скольжение от слов к действиям, *пока слово не станет чистым актом*»<sup>235</sup>.

В том случае, если задача революции безумия будет успешно реализована в буржуазном обществе, оно станет менее контролируемым и жестким или же неконтролируемым вовсе, внутренняя структура власти будет разрушена, а следовательно, внешняя власть, т. е. империалистическое насилие над третьим миром, прекратится. Освобождение безумия, таким образом, является для Купера политическим актом, вовлекающим революционные изменения во всем мире. Революция безумия должна, по его замыслу, парализовать функционирование каждой семьи, каждой школы, университета, фабрики и т. д. и поставить на их место мобильные неиерархические структуры. При этом всякая революция должна начинаться с преобразований в революционных группах. Члены этих групп, по Куперу, в отличие от руководителей государств и обычных людей обладают осознанием того, что в настоящий момент происходит с миром. Они видят эту ситуацию словно через мистификацию, которая для них не застилает истины.

Революционным потенциалом обладает не только социальная группа, но и один человек, который способен, изменившись сам, изменить отношения в своей ядерной семье и других социальных группах, а чтобы разрушить систему, необходимо актуализировать свою собственную мощь. Власть системы – в ее деструкции, в нашем подчинении и в нашей готовности приписывать системе силу, которой у нее нет: «Таким образом, мы должны признать, что их власть, власть режима в первом мире и во многом в социалистической Европе, их власть является ничем иным как нашей властью. Нашей властью, которую мы ошибочно приписываем им, поскольку выбираем бессилие»<sup>236</sup>. Мы, на взгляд Купера, часто становимся

---

<sup>233</sup> Cooper D. *The Death of the Family*. L.: Allen Lane, 1971. P. 91.

<sup>234</sup> Cooper D. *The Language of Madness*. P. 132.

<sup>235</sup> Cooper D. *The Language of Madness*. P. 20.

<sup>236</sup> Cooper D. *Beyond Words // The Dialectics of Liberation* / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968. P. 195.

жертвами очень старой техники колонизации, обозначаемой принципом «разделяй и властвуй». Реформаторы и новаторы в различных социальных областях – в области образования и психиатрии, искусства и науки – часто никак не связаны с другими такими же деятелями в других областях. Так, одиночки попадают во власть социальной бюрократической системы, с властью которой они совладать не в состоянии, поскольку для этого необходимо объединиться.

Стало быть, революция должна сочетать в себе как коллективную борьбу, так и индивидуальную работу. В послесловии к материалам конференции «Диалектика освобождения» Купер говорит о необходимости создания революционных центров сознания. Они могли бы, на его взгляд, иметь вид антиинституциональных, спонтанных групп людей, функционирующих вне формальных бюрократических структур фабрик, школ, университетов, больниц и т. д. Эти группы действовали бы без подавления личности, развивая ее автономию.

Ключевым в революционных изысканиях Купера во все периоды его творчества является «антипсихиатрия». Он вводит этот термин в своей первой работе в 1967 г., тогда же повторяя его в предисловии к сборнику докладов конференции «Диалектика освобождения». Несколько позже в книге «Грамматика переживания», оглядываясь назад, он пишет: «Когда шесть лет назад я вводил термин “антипсихиатрия” в книгу, изданной под названием “Психиатрия и антипсихиатрия”, я даже не имел понятия, сколько, казалось бы, не имеющих к нему отношения специалистов, связанных с пространством безумия – по обе стороны от воображаемой черты между безумцами и их врачами, – будут вовлечены в мифическую и мистическую сеть, постепенно разросшуюся вокруг этого, на первый взгляд, простого, написанного через дефис, слова. Я также не представлял, насколько много специалистов будут использовать его для обозначения собственной идентичности»<sup>237</sup>.

Термин «антипсихиатрия», и это признает сам Купер, актуализирует примечательное противоречие между позитивной направленностью клинической психиатрии и ее негативной в действительности сущностью. Это противоречие, на его взгляд, укоренено в глубоких социальных механизмах. Клиническая психиатрия является лишь маленькой частью масштабной системы насилия буржуазного общества, направленной на возвращение конформизма у своих членов, и поэтому, благодаря своей традиции постановки диагноза, прогноза и, наконец, лечения, превращает человека в подчиняющегося системе робота. Разбирая эти отличия психиатрии и антипсихиатрии, пытаясь наметить наиболее адекватные подходы к психически больному человеку, Купер сосредоточивает свое внимание на методологическом различии естественных наук и «наук о человеке» (социологии, психологии, психиатрии).

Экспериментальное естествознание, как отмечает Купер, основывается на точном наблюдении и данных в наблюдении явлениях. При этом в большинстве случаев эти явления и вещи инертны, т. е. никак не влияют на наблюдателя, не вызывают у него никакой эмоциональной реакции. В противоположность этому науки о человеке развиваются в ситуации личностного взаимодействия, и всякая возникающая в этом пространстве теория порождена опытом взаимного влияния, которое имеет место в связке «наблюдаемый факт – наблюдатель».

В антропологических науках, кроме того, наблюдаемые факты отличаются от таковых в естествознании онтологическим статусом. Купер пишет: «Отношение “наблюдатель – наблюдаемое” в науках о человеке онтологически непрерывно (субъект – объект *vis-à-vis* субъект – объект), тогда как в естествознании – онтологически прерывно (субъект *vis-à-vis*

---

<sup>237</sup> Cooper D. Te Grammar of Living. P. 54.

объект) и допускает просто внешнее описание наблюдаемой области»<sup>238</sup>. Научный процесс в естественных науках связан с предсказанием: исследователь выдвигает гипотезу, которую затем экспериментально проверяет, на результатах этой проверки и базируется научная теория. В противоположность естественным наукам, где наблюдатель *предсказывает* события (если... то...), в науках о человеке наблюдатель *ожидает* определенное поведение. Человеческое поведение и опыт являются слишком многомерными феноменами и не могут быть с точностью предсказаны. Есть и еще одно отличие. В естественных науках верифицируемость или фальсифицируемость выдвигаемых гипотез связана с последующей проверкой путем воспроизведения, повторения эксперимента, и воспроизводимость – одно из основных требований верификации результатов. В науках о человеке повторение опыта или поведения человека или группы в принципе невозможно, поскольку любое повторение здесь будет результатом деисторизации.

Эти и другие отличия подчеркивают необходимость различения двух подходов – аналитической и диалектической рациональности. *Аналитической рациональностью* Купер называет такой подход, при котором выводы делаются на основании критериев и суждений, лежащих вне исследуемого поля. На основе аналитической рациональности построены естественные науки. Их суждения и факты (параллельные прямые не пересекаются; масса веществ, вступающих в реакцию и получающихся после нее, не изменяется) выносятся людьми как внешними наблюдателями. Эпистемологическая модель в этом случае характеризуется двойной пассивностью: наблюдаемая система пассивна по отношению к наблюдателю (вне зависимости от того, продолжаются ли реакции в пределах системы), наблюдатель пассивен по отношению к наблюдаемой системе.

В исследовании человека, по мнению Купера, необходима *диалектическая рациональность*. Используя терминологию Сартра, он говорит о том, что основным способом бытия человека является *тотализация*. В ходе взаимодействия двух людей происходит следующее: «я суммирую (*totalized*) тебя, но ты в своем суммировании меня включаешь мое суммирование тебя, содержащее суммирование твоего суммирования меня и так далее»<sup>239</sup>. С этим уже не справляется аналитическая ситуация, она может лишь суммировать наблюдаемого человека как целостность, но вместить в «суммирование» и его реакцию уже не способна. Только диалектическая рациональность может охватить это общение как подвижное синтетическое единство тотализации – детотализации. Купер сравнивает процесс наблюдения за человеком с подглядыванием. «Представьте, – говорит он, – что вы смотрите за кем-то в замочную скважину, через некоторое время вы оборачиваетесь и замечаете, что за вами кто-то подглядывает, а за этим человеком подглядывает еще один и так до бесконечности». Этот процесс бесконечного взаимодействия, по мнению Купера, может охватить лишь диалектическая рациональность.

Биологические науки могут рассматривать человека как объект, занимая позицию внешнего наблюдателя, но рациональность таких каузалистических теорий и подходов исключает из своего пространства любую интерсубъективность. Диалектическая же рациональность функционирует по-другому: «Это метод познания, при котором, познавая, мы понимаем и схватываем интеллигибельные структуры в *их интеллигибельности*»<sup>240</sup>, –

<sup>238</sup> Cooper D. Te Grammar of Living. P. 5.

<sup>239</sup> Cooper D. Te Grammar of Living. P. 8.

<sup>240</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. L.; N.Y.: Tavistock Publications, 1967. P. 10.

подчеркивает Купер. Диалектическая рациональность и диалектика являются поэтому не только эпистемологическим, но и онтологическим принципом, это не инертный процесс, но практика, и диалектическая рациональность делает человека понятным, включенным в практику.

Если изучать психическое заболевание в рамках наук о человеке, используя диалектическую рациональность, то разграничение на внешнее и внутреннее, как считает Купер, исчезает, и психическое заболевание представляется не как нарушение поведения или изъян характера конкретного индивида, а как следствие взаимодействия между людьми. С опорой на диалектическую рациональность можно выстроить метатеорию, которая и послужит основанием для диалектического исследования психического заболевания. Человек посредством своего поведения представляет себя другим, в них можно проследить интенцию или интенции, которые отражают изначальный, фундаментальный выбор своего «я» – чистый поток, неизменно больший, чем его объективации в мире. Это движение к фундаментальному выбору подчинено конститутивной диалектике. Далее от феноменологического описания этого конститутивного момента посредством регрессивного движения необходимо обратиться к социальному окружению: к определяющим выбор внутрисемейным, экстрасемейным, экономическо-классовым, социально-историческим факторам. Посредством прогрессивного движения нужно приблизиться к самому личному синтезу – общей тотализации личности: тотализации условий, тотализации выбора. «Другими словами, – пишет Купер, – что человек делает с тем, что делается по отношению к нему, что он делает на основании того, что его составляет»<sup>241</sup>.

Одновременно с рассмотрением аналитической и диалектической рациональности Купер обращает внимание еще на один пласт исследований: необходимость феноменологического подхода. При этом сам термин «феноменология» он трактует достаточно традиционно, понимая под этим непосредственный опыт человека или объекта без привлечения предвзятых мнений<sup>242</sup>. Он отмечает, что изначальным уровнем исследования в психиатрии является уровень, который мы назвали бы описательным (сам он именования ему не дает), чьим результатом является совокупность суждений, отражающих количественные отношения, показатели. Хотя эти суждения и основываются на статистике, они, по Куперу, не имеют никакого отношения к реальной ситуации и к тому, что на самом деле происходит с людьми. Поэтому, кроме этого, необходим и второй уровень – феноменологическое описание.

Феноменологическое описание ориентируется на изменения во внутреннем и внешнем пространствах людей в их сравнении с ранее определенными благоприятными и неблагоприятными изменениями. Исследователь при этом имеет дело с реальными событиями реальных людей с индивидуальными и свойственными только им мирами. «Феноменологический подход, – отмечает Купер, – не означает, что может быть достигнут уровень обобщения, просто прежде, чем двинуться к абстрактному обобщению, нужно опереться на конкретную особенность»<sup>243</sup>. Такой подход противопоставляется традиционному медицинскому подходу. В этом случае отношения между людьми и их внутреннее пространство отбрасываются ради чистоты абстракций, которые утаивают больше, чем

---

<sup>241</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 14.

<sup>242</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 66.

<sup>243</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 131.



показывают.

Развивая диалектически ориентированный феноменологический подход, Купер задается целью пристальнее взглянуть на человека, который был классифицирован как шизофреник, посмотреть на него в его «актуальном человеческом контексте» и попытаться понять, как получилось так, что ему был поставлен диагноз, кто оценил его как шизофреника и что это значит для самого этого человека. Закономерно, что при таком ракурсе исследования он направляет свое внимание на семью как исходное социальное пространство человеческой жизни.

## 2. Грамматика политического: насилие, семья, психиатрия

Купер следует тем же путем, которым шел Лэйнг. Он говорит о механизмах образования группы и функционирования общества, об экзистенциальном подтексте безумия, об опыте и его статусе в обществе. То, что Лэйнг назвал бы политикой опыта (если отбросить содержание работы с одноименным названием), Купер именуется грамматикой политического, или грамматикой жизни. «Грамматика жизни, – как пишет он сам, – касается способов структурирования риска в их совершенной понятности в каждой жизненной ситуации. <...> Риск заключается в том, чтобы принять на себя ответственность в ситуации отсутствия выбора»<sup>244</sup>. Отсутствие риска при этом расценивается Купером как убийственная безопасность и уступка удобству.

Внимание Купера сосредоточено на грамматике развертывания власти в социальном пространстве, выражающейся на нескольких уровнях.

1. Микрополитический уровень внутреннего пространства личности – сознание и тело, включенные в развертывание власти. Это воспоминания, мечты, сознательные и неосознаваемые ожидания и фантазии, телесные проявления и телесные органы как таковые. Глубокая личная обеспокоенность вовлекает в политику наше сознание и тело, так что даже язва желудка, по Куперу, может расцениваться как политический акт.

2. Микрополитический уровень семьи, основной единицей которого является буржуазная ядерная семья. Она – посредник в осуществлении власти политического правящего класса и путем социализации задает для человека принимаемую им роль, которая отвечает господствующей системе. Здесь семья возвращает конфликт между активной реальностью, опытом и поведением человека и принимаемой им пассивной социальной ролью, именно с семьи начинается разрушение правящим классом угнетаемых им граждан.

3. Микрополитический уровень конфронтационных групп – это группы, копирующие семейный опыт и ролевую структуру семьи: полиция, армия, образовательные и медицинские институты, с которыми человек, так же как с семьей, сталкивается с первых лет жизни.

4. Макрополитический уровень – уровень политических образований как системы и политической активности.

Наиболее пристальное внимание Купер уделяет микро-макрополитическому переходу. На его взгляд, поляризация человеческой жизни на микро– и макрополюса является одной из основных тактик буржуазного общества. Сущность микро-макроперехода состоит в перемещении от области непосредственных отношений с другими к пространству анонимной социальной организации. В макрогруппе один человек может что-то знать о другом, но никто не может знать о других все. Человек может быть чрезвычайно активным макрополитически,

---

<sup>244</sup> Cooper D. The Grammar of Living. P. 2.

вступать в революционные объединения и открыто противостоять системе, однако не обращать внимания на микрополитику. Может быть и наоборот: некоторые могут сосредотачиваться на противоречиях и сущности отношений между людьми и поведения людей, но быть не в состоянии присоединиться к макрополитическому противостоянию.

В силу такой специфики микро– и макрополитики, на взгляд Купера, важным является схватывание этого момента микро-макрополитического перехода, которое может обеспечить постоянное преобразование микрополитики в макрополитику и наоборот. В противном случае всеобщая анонимность рискует заслонить конкретные задачи и конкретных людей, а непосредственное взаимодействие и конкретные политические действия рискуют утратить всеобщие цели.

Центральным феноменом, через который Купер исследует политику жизни и властных отношений, является безумие, а основным пространством этого исследования становится микрополитический уровень семьи. В центре интересов Купера – нуклеарная семейная единица капиталистического общества, являющаяся, на его взгляд, наиболее типичной для общества второй половины XX в.

В анализе семьи Купер движим вполне постструктуралистской задачей, считая, что деконструкция семьи должна стоять в центре преобразования общества и культуры. Вполне в постструктуралистском духе он заявляет: «Бессмысленно говорить о смерти Бога или смерти Человека, пародируя серьезные намерения некоторых современных богословов и философов-структуралистов, пока мы не увидим своими глазами смерть семьи, – той системы, социальная функция которой состоит в незаметной фильтрации нашего опыта и последующем лишении наших действий всякой подлинной и полноценной спонтанности»<sup>245</sup>. К этим лозунгам добавляется и ярый критицизм марксистского толка: «Из-за отсутствия богов мы должны были создать могущественные абстракции, ни одна из которых не обладает такой деструктивной силой, как семья»<sup>246</sup>.

Купер определяет семью как группу социально трансформированных безымянных людей, работающих и проживающих совместно в определенной институциональной структуре<sup>247</sup>. Основная особенность семьи состоит в ее центральной функции – функции посредника. Для Купера семья неизменно является агентом государства: она поддерживает власть правящего класса и одновременно выступает прообразом для всех институциональных структур общества: «Общество должно быть большой и счастливой семьей с ордой послушных детишек. Нужно быть безумцем, чтобы не желать такой завидной ситуации»<sup>248</sup>.

По подобию семьи организованы политические партии и правительственный аппарат, школы и университеты, фабрики и профсоюзы, армия и церковь, больницы. Все они имеют «семейную» структуру. Модель семьи, по Куперу, универсальна для общества, поскольку универсальна функция посредничества, которую должна реализовывать всякая социальная институция. И универсальность эта – самая большая беда. Выстраивая свою систему, семья

---

<sup>245</sup> *Cooper D. The Death of the Family. P. 6.*

<sup>246</sup> *Cooper D. The Death of the Family. P. 4.*

<sup>247</sup> Это определение практически полностью совпадает с тем, которое социолог И. Гофман дает тотальным институциям (*Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. N.Y.: Anchor Books, 1961. P. 3.*).

<sup>248</sup> *Cooper D. The Language of Madness. P. 22.*

развивает два плана функционирования в соответствии с двумя ракурсами своего существования. С одной стороны, она поддерживает власть правящего класса, государства и общества, а с другой – она должна обеспечить себя поддержкой входящих в нее членов. Для этого она обманывает их. Поэтому любовь семьи никогда не бывает бескорыстной, безопасность, которая дается ее членам, требует расплаты, и расплата эта – ложь.

Купер словно срывает с семьи маску радушия, любви и поддержки, маску теплоты, и обнаруживает за ней пустоту, одиночество и утрату автономности, необходимые для поддержания власти общества. Так называемая счастливая семья, на его взгляд, является жесткой институцией, делающей несчастными и убивающей своих членов. Он подчеркивает: «Это семья, где вместе молятся, где вместе до самой смерти переживают болезнь и здоровье, семья, которая украшает наши надгробные плиты эпитафиями тех, кто скорбит по нам... Этот ложный траур – лишь поэтическая метафора, ведь никакая настоящая скорбь невозможна, если люди, которые оплакивают друг друга, никогда не встречались. Буржуазная нуклеарная семейная единица (если говорить на языке ее агентов – академических социологов и политологов) стала в настоящем столетии совершенной формой не-встречи и посему предельным опровержением скорби, смерти, рождения и царства опыта, которое всякому рождению и теории предшествует»<sup>249</sup>.

Функцию посредничества в реализации власти семья выполняет благодаря некоторым своим свойствам.

1. Семья – это связанные друг с другом люди, каждый из которых наделен чувством собственной незавершенности. Члены семьи словно приклеены друг к другу, поскольку для того чтобы существовать, им жизненно необходим другой, а разрыв связи с другим равносителен самоубийству.

2. Семья определяет роли своих членов, приемлемый в данной семейной группе способ поведения, и впоследствии желаемый способ поведения, навязывается рожденному ребенку; его задача – обязательно следовать роли, а не развивать собственную идентичность.

3. Семья в своей функции социализации прививает своим детям социальные средства контроля; каждый ребенок, по Куперу, – художник, музыкант и поэт, но семья постепенно уничтожает всякое творческое начало.

4. Семья прививает ребенку сложную систему табу, например, ограничивает сенсорные модальности коммуникации лишь аудио-визуальными и вводит запрет на использование в семейном общении прикосновений, обоняния и вкусовых ощущений.

Таким образом, в семье всегда имеет место антитеза «родители – дети», «властители – подвластные», и именно в этой структуре навязывается приемлемый и социально одобряемый способ поведения. Однако разорвать семейные отношения достаточно сложно, поскольку самое жесткое табу семьи, по Куперу, – запрет одиночества. Семья не может позволить своим членам быть одинокими.

Избавиться и отдалиться от семьи – значит отдалиться от себя, поскольку поле социализации «я» человека – это и есть семья. Купер предлагает историю о тибетском монахе: «Тибетскому монаху, погруженному в продолжительное уединение и медитацию, явился паук. Каждый день он посещал его, становясь раз за разом больше и больше, пока наконец не вырос размерами с человека и не стал казаться очень страшным. Монах решил попросить совета у своего гуру и услышал: “Следующий раз, как паук к тебе явится, нарисуй на его животе крест, а затем мысленно воткни нож в середину этого креста”. На следующий день монах вновь увидел

---

<sup>249</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 3–4.

паука, нарисовал на его брюхе крест и погрузился в сосредоточение. Когда же он сконцентрировался на том, чтобы воткнуть нож тому в брюхо, он опустил глаза и с изумлением увидел метку на своем собственном пупе». Купер заключает: «Очевидно, что умение отличить внутреннего противника от внешнего является буквально вопросом жизни и смерти»<sup>250</sup>.

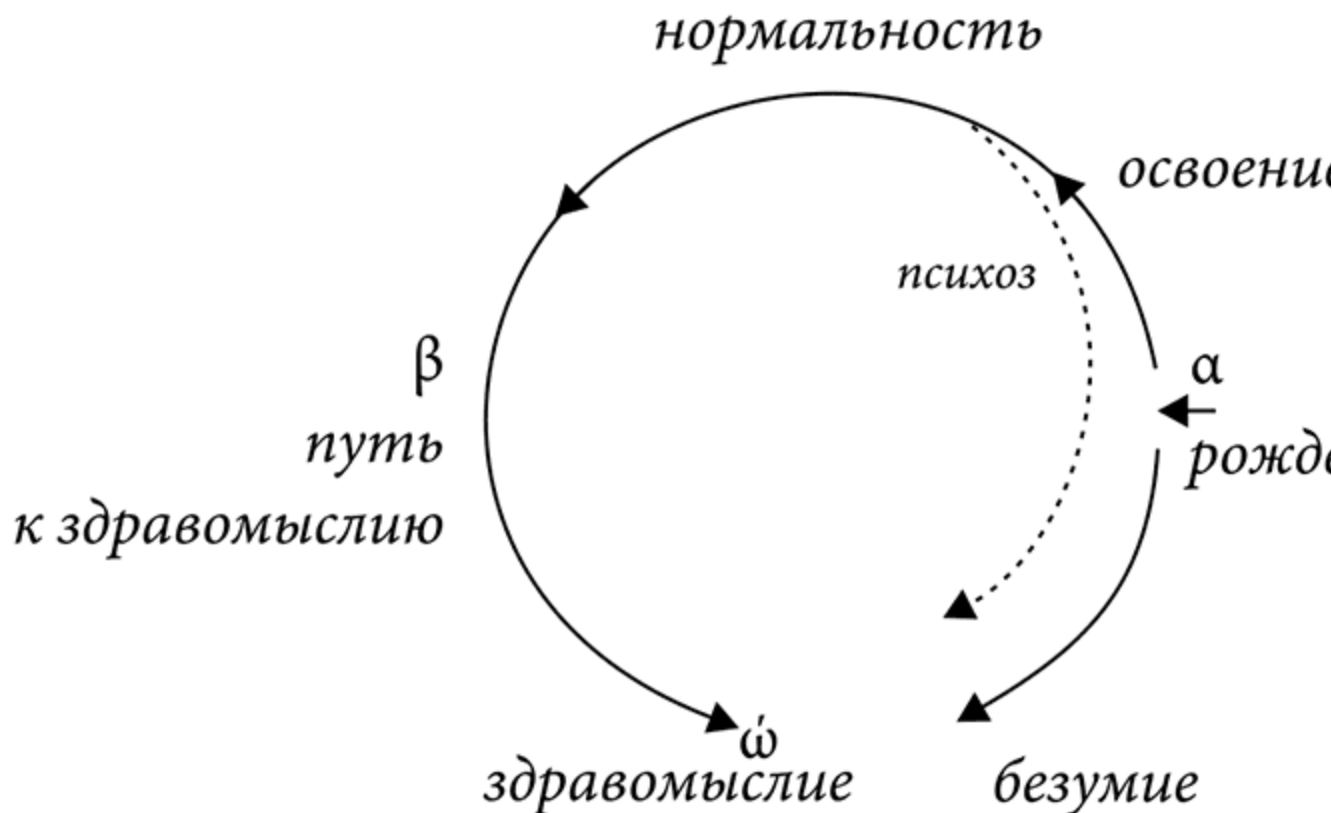


РИС. 1. Диаграмма личностного развития

Рождаясь, человек прогрессирует и развивается. По примеру родителей и благодаря их воспитанию он учится «правильно», как нужно, воспринимать реальность, действовать и воздействовать. Он усваивает соответствующую его полу, мужскую или женскую, социальную роль и правила ролевого поведения в обществе. Если развитие идет гладко, то человек благополучно достигает кризиса идентичности, в процессе которого он завершает все более ранние идентификации, становится личностью и реализует поведение социально нормального индивида. Он начинает проектировать себя в будущее и далее живет, не изменяясь коренным образом. Большинство людей при этом прогрессируют по инерции.

Не все люди развиваются таким образом. Некоторые так и не завершают этого пути: во время прогрессивного развития они внезапно ломаются и регрессируют к тому состоянию, которое называют безумием. Купер подчеркивает, что нормальность далека и даже противоположна не только безумию, но и истинному здоровомыслию. Здравомыслие, в свою очередь, ближе к безумию, чем к нормальности (рис. 1).

Социальная действительность семьи базируется на практике членов семьи, которая отчуждается и превращается в безликий семейный процесс. Вхождение человека в семью и функционирование в ней, как считает Купер, проходит два важных этапа: во-первых,

<sup>250</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 19.

первичную социализацию во младенчестве, а во-вторых, стабилизацию индивидуальности в юношеском и взрослом возрасте. Посредством такой двухфазной идеологической обработки микрогруппа (семья) и микрокультура прививают индивиду ценности и поведенческие нормы макрогруппы и макрокультуры (общества). В результате этого процесса ребенок проходит через последовательность позитивных и негативных идентификаций и обретает собственную идентичность. Взрослый воплощает себя в мире, выражает свою субъективную реальность в объектах, проходя процедуру объективации собственного существования, а затем он должен реинтернализовать эту объективацию как объективную реальность. Поэтому социальное присутствие – это всегда уже отсутствие, а принятие определенной социальной роли и выстраивание социальной идентичности – это всегда сначала бытие-для-других, а уже затем бытие-для-себя. Человек, по убеждению Купера, постоянно подчиняется правилам игры какой-то группы: «Из матки мы рождаемся в клетку семьи, из которой перемещаемся в клетку школы. К тому времени, когда мы покидаем школьную клетку, мы настолько привыкаем жить в клетке, что сооружаем вокруг себя свою собственную клетку, тюрьму, бункер, и в конце концов с чувством облегчения мы уходим в гроб или в кремационную печь»<sup>251</sup>.

Поскольку Купер провозглашает приоритетность семьи как образцовой модели в социальных исследованиях, закономерным является вывод, что, так же как и все социальные институты, психиатрия построена по модели семьи. Следовательно, она имеет те же функции, те же ролевые модели и механизмы воздействия на находящихся внутри своей системы индивидов. В какой-то мере, если мы говорим о насилии, психиатрия продолжает семейные традиции. По Куперу, буржуазная семья не может существовать без инвалидации ролей, поскольку эта инвалидация обосновывает и подтверждает ролевую систему. Движимая общей целью насилия и принуждения, психиатрия завершает «дело» семьи, если последняя по каким-то причинам не типизировала кого-то из своих членов.

Социальная группа и семья развивают ложную рациональность, и тот, кто не соблюдает ее нормы и правила, часто маркируется как иррациональный, нелогичный. Автономия наносит смертельный удар по семейной системе. В картезианском духе Купер заявляет, что семья уничтожает в человеке способность сомневаться и представляет ему как данность несомненную социальную систему. Сомнение же имеет разрушительную силу: «Если мы прекращаем сомневаться, мы становимся сомнительными в своих собственных глазах и можем лишь отказаться от собственного взгляда и смотреть на себя лишь глазами других, – а глаза других... будут смотреть на нас как на надежного и уверенного в других человека. <...> Сомнение одновременно и замораживает, и “разогревает” нашу сущность, словно костный мозг в костях. Оно встряхивает их, словно во время игры в кости, которые никогда не выбрасываются, оно исполняет мистическую и величественную органную музыку на наших артериях, оно нежно и зловеще звучит в наших бронхиолах, пузыре и кишечнике»<sup>252</sup>.

Психическое заболевание есть следствие сомнения и представляет собой движение от семейственности к автономии, оно нарушает самое жесткое табу семьи и поэтому подвергается такой интенсивной репрессии. Разбирая случай Эрика, одного из своих пациентов, Купер пишет о происхождении и механизмах его изменений: «Именно это отстаивание своей автономии и привело его к тому, что он попал в больницу. Его драматичное решение вести себя как свободная личность угрожало целостности структуры существования семьи: оно должно было

---

<sup>251</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 21.

<sup>252</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 8.

быть инвалидизировано посредством изобретения болезни. Если он считался больным, все происходящее превращалось в нейтральный процесс, который происходил только внутри него самого. Вызвавшие беспокойство практика, интенция и акт исчезали сами собой»<sup>253</sup>.

С того момента, когда человек признается психически больным, его статус меняется. Ему отказывают в активности и рассматривают как пассивный объект, вещь. Он предстает лишь носителем симптомов, и психиатрия трактует его как «придаток» к его болезни. Он больше не может принимать решений, теперь он должен делать все, что говорит, предписывает и прописывает ему доктор, делать под четким наблюдением медицинских сестер или семьи. «Предполагается, – подчеркивает Купер, – что кроме *mise en scène* психиатра, который (обычно губя) искореняет распад, никто ничего не делает. <...> Пациент находится в подчиненном положении, его стремятся изменить, и его собственные действия и трансформации больше не принимаются во внимание. Он овеществляется и превращается в объект, в котором проявляется патологический процесс»<sup>254</sup>.

В семейном контексте, который выстраивает Купер, проблема шизофрении трансформируется в проблему отчуждения. Шизофрения возникает в тех семьях, где отчуждение особенно велико, но эта чуждая реальность не перестает как социальная реальность и социальная роль навязываться ее членам. «Психиатрические симптомы, – как указывает Купер, – сразу же становятся понятны, если рассматривать их как одну из форм вызова социальной лжи. Они есть протест, хотя и противоречивый по своей сущности»<sup>255</sup>. Признавая, что и нормальные, и невротические, и психотические семьи неизменно отмечены высокой степенью отчуждения личностной автономии и ответственности, Купер считает, что именно в семьях, где степень отчуждения чрезвычайно высока, появляется то, что общество называет шизофренией. Так называемый шизофреник стремится вырваться из оков отчужденной семейной системы, поэтому шизофрения у Купера, как и у Лэйнга, – свидетельство кризиса группы: «...Шизофрения – это микросоциальная кризисная ситуация, при которой поведение и опыт какого-то человека по определенным понятным культурным или микрокультурным (обычно семейным) причинам инвалидируются другими, приводя к тому, что он идентифицируется как “психически больной”, а затем медицинскими или квазимедицинскими агентами закрепляется (путем определенной, но при этом весьма произвольной процедуры маркирования) его идентичность как “шизофренического пациента”»<sup>256</sup>.

Шизофрения, по Куперу, представляет собой и попытку человека восстановить утраченную былую целостность. Эта целостность идет в разрез с требуемым обществом дифференцированием опыта, она подрывает ложный раскол, поддерживаемый наукой и искусством, образованием и семьей. «Шизофрения, – подчеркивает Купер, – это abortивная и всегда abortируемая попытка достигнуть более высокой степени здравомыслия. Чтобы найти настоящее сущестствие, нужно искать во дворцах правителей. В этом случае мы отыщем его очень скоро»<sup>257</sup>.

---

<sup>253</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 70.

<sup>254</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 32.

<sup>255</sup> Cooper D. The Grammar of Living. P. 76.

<sup>256</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 2.

<sup>257</sup> Cooper D. Beyond Words. P. 196.

Почему же один человек превращается в шизофреника, а другой совершенно бесп проблемно функционирует внутри семейной системы? Ответа на этот вопрос Купер не дает. Если следовать его логике, один может стерпеть отчуждение собственного «я», а другой такого пережить не может. Отчуждаясь, утрачивая себя, он не может заменить «я» навязываемой социальной идентичностью. Но почему один может смириться с утратой, а другой – нет, непонятно, и Купер этим вопросом не задается. При таком ракурсе исследования шизофрении превращается из заболевания с неясным происхождением в проблемную ситуацию, в затруднительное положение, и сам этот феномен приобретает антропологическое звучание.

### 3. Теория и практика метанойи: «Вилла 21»

Будучи соратником Лэйнга, Купер не мог не использовать столь яркий концепт, как метанойя, и не мог не превратить его в терапевтическую стратегию. О метанойе в общих чертах Купер говорит уже в своей первой книге «Психиатрия и антипсихиатрия», где указывает, насколько походят друг на друга процессы психического расстройства и экзистенциального прорыва, основанные на разрушении социальной надстройки, и отмечает, что «психотический опыт благодаря правильному сопровождению может привести к более успешному состоянию человека...»<sup>258</sup>.

Это положение о метанойе Купер подкрепляет концепцией Мишеля Фуко. В предисловии к английскому переводу его знаменитой «Истории безумия в классическую эпоху» Купер отмечает, что Фуко совершенно прав, утверждая, что шизофрения является болезнью нашей цивилизации. Он подчеркивает, что мы воображаем это заболевание, чтобы отгородиться от определенных моментов нашего собственного существования. Безумие, на его взгляд, появляется, поскольку человек не может противостоять хаосу в себе самом. «Безумие, – пишет Купер, – стало в наш век своего рода знаком утраченной Истины. Эта истина связана, возможно, не только с последовательностью связанных значений, и конечно же не является обычным соединением псевдофактов и псевдоопыта. Одновременно это не есть и мистифицирующий себя лексикографический поиск значения, которое ускользает от себя самого. Безумие, как это совершенно ясно показывает Фуко в своей замечательной книге, есть возможность схватить в ее крайних проявлениях корень той истины, что стоит за нашим специфическим пониманием себя самих. Истина безумия сопряжена с тем, что есть безумие»<sup>259</sup>. Чтобы воссоздать подлинное объединение, необходимо позволить человеку обособиться и объединиться.

Метанойя, по Куперу, является подлинно революционным актом, подрывающим устой общества и выводящим человека за пределы социальной системы. Одновременно метанойя ведет к его подлинному «я», словно воскрешая то, что он потеряет в процессе воспитания и образования. Ведь, как подчеркивает Купер, «“воспитание” ребенка на практике больше походит на убийство человека. Подобным же образом далеко от себя самого уводит человека образование»<sup>260</sup>.

В работе «Смерть семьи» Купер выстраивает четырехэтапную схему метанойи. Метанойя

---

<sup>258</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 93.

<sup>259</sup> Cooper D. Introduction // Foucault M. Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason / transl. by R. Howard. L.: Routledge, 2001. P. VII.

<sup>260</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 11.



– это движение между четырьмя состояниями, это «изменение, идущее от глубин “я” к поверхности нашей социальной наружности»<sup>261</sup>. Она проходит четыре точки и три метаноических изменения (рис. 2).

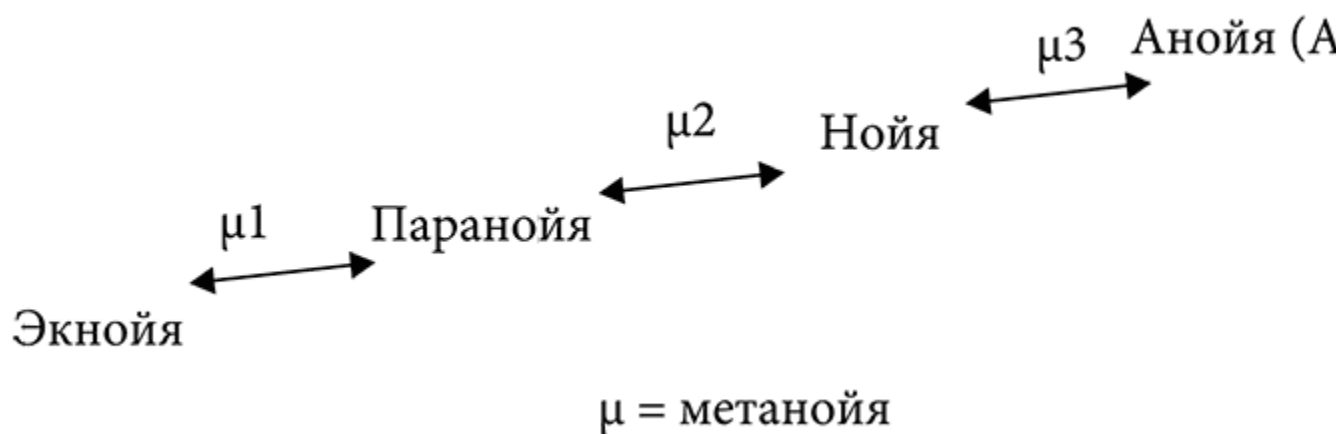


РИС. 2. Этапы метанойи

1. Экнойя – состояние большинства живущих в социуме людей, контролируемого и послушного гражданина. Это состояние, на первый взгляд, исключительно позитивно, поскольку находящийся в нем человек наиболее успешен в обществе. Однако, по Куперу, экнойя сопряжена с хроническим убийством своего «я», это состояние наиболее отдалено от подлинного «я», от тела-для-себя, это нахождение человека вне своего сознания.

2. Паранойя – переходное состояние, сопряженное с первыми этапами личностных изменений. Это как бы полутон изменения. Это состояние вне своего «я», при котором человек начинает существовать вблизи сознания.

3. Нойя – состояние, сопряженное с переживанием депрессии и печали. На этом уровне происходит отделение «я» от других людей, его культивирование. В «я» помещается новый центр, и, взаимодействуя с новым опытом, «я» свободно и интенсивно реализует себя в мире. Это состояние в пределах собственного сознания.

4. Антинойя – состояние беглого перемещения между активным и автономным «я» и выходом за пределы «я». Это движение через уничтожение ранее сформированного «я».

Переход от этапа к этапу сопряжен с тем, что Купер называет процессом деструктурирования – реструктурирования. При этом человек словно входит в кризис, проходя через радикальные изменения с целью установления менее отчужденного способа существования. «Безумие – это деструктурирование отчужденных структур существования и реструктурирование менее отчужденного модуса бытия», – подчеркивает он. Именно поэтому, по Куперу, «безумие – непрекращающаяся революция в жизни человека»<sup>262</sup>.

Одним из механизмов метанойи является переживание экстаза сродни тому, что в своем опыте запредельного переживает мистик. Только у Купера переживание экстаза иногда сопрягается с другими разновидностями опыта: с наркотическим ЛСД-опытом и сексуальным

<sup>261</sup> Cooper D. The Death of the Family.

<sup>262</sup> Cooper D. The Language of Madness. P. 36.

опытом. Способствует обращению к своему истинному «я» и медитативный опыт, деструктурируя социальный опыт и возвращая человека от иллюзорных проблем к реальным.

Деструктурирование сопряжено с активированием более ответственного поведения, с выработкой собственного голоса и собственной автономии, с устранением из существования следов другого, который поработает человека и культивирует опустошенное существование. Основной задачей деструктурирования является преодоление отчуждения. Этот процесс сопровождается часто ярко выраженными эмоциональными переживаниями: имеет место союз восторженной радости и полного отчаяния, язык денормализуется и демистифицируется. Парадоксальный союз радости и отчаяния – обязательное предварительное условие преобразования. Это состояние противоречит нормам социальной реальности, которые, в свою очередь, отражают общие противоречия буржуазного общества. Добровольное, ответственное переживание этого опыта как результат индивидуального выбора, по Куперу, есть залог подлинного освобождения.

Вмешательство психиатрии на этом этапе приводит, по мнению Купера, к тому, что радость разрушается лечением, уходит и отчаяние. Психиатрия таким образом производит «никакого» человека. Для нее вообще нет места в практике перерождения, поскольку она, как, впрочем, и семья, является институцией капиталистического общества и в идеале должна быть упразднена. «Если, – подчеркивает Купер, – мы рассматриваем безумие как подготовительный шаг к преодолению отчуждения, и если мы рассматриваем наиболее распространенные и актуальные формы отчуждения как результат классового разделения общества, то в обществе развитого социализма (т. е. в обществе, в котором разрыв между политической революцией и социальной революцией был во многом сокращен) нет никакого места психиатрии, а в коммунистическом обществе вообще нет места никаким формам психотехнологий»<sup>263</sup>. Здесь возникает вопрос, каким образом помочь психически больному, и в рамках каких институций это возможно и возможно ли в принципе.

Уже в своей первой книге, «Психиатрия и антипсихиатрия», Купер указывает, что одним из самых проблематичных моментов психиатрии является терапия. На его взгляд, «вылечить пациента» – это основная проблема психиатра, поскольку сам термин «лечение» проблематичен. Лечение предполагает конституирование пациента как того, кого будут лечить, за кем будут ухаживать и кто будет вписан в систему психиатрических институций. Стремясь отойти от традиций терапии психически больных, а также в противовес семейной системе, которая не может предоставить человеку в тяжелой жизненной ситуации условия для ее преодоления, Купер выдвигает идеал терапевтического сообщества.

Терапевтическое сообщество, или терапевтическая коммуна, построено на другой форме отношений между «я» и другими. «Сообщество, – пишет он, – это микросоциальная структура, в которой достигается плодотворная диалектика между одиночеством и бытием-с-другими...»<sup>264</sup>. В этих отношениях должна поддерживаться автономность и уникальность структуры «я» и устанавливаться контакт между внутренним миром личности и окружающим ее миром других людей. Внутренний мир здесь выступает как свободное и интенциональное ядро человека, источник всех его действий и внешнего мира. Цель свободного терапевтического сообщества, по Куперу, – «создать такую ситуацию, в которой люди могли

---

<sup>263</sup> Cooper D. The Language of Madness. P. 36.

<sup>264</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 44.

бы взаимодействовать, не нарушая автономии друг друга»<sup>265</sup>. Такие цели и сама необходимость организации терапевтической коммуны связаны с тем, что человек с самого рождения и на протяжении всей своей жизни испытывает потребность в автономии, которую никогда не может полностью удовлетворить. Однако только на основании возможности быть автономным, быть одиноким, как считает Купер, можно установить подлинные отношения с другими.

Подобное терапевтическое сообщество характеризуют следующие черты антиорганизации.

1. Отсутствие психиатрической диагностики и диагноза как такового, инвалидация и смещение реальности человека к неопределенности социальной псевдообъективности.

2. Отсутствие иерархизации и ролевой стратификации группы. Без диагностики терапевтическая коммуна превращается в место, где люди живут и существуют, где между ними нет различий, поскольку диагноз является центральным признаком, по которому они могут быть разделены<sup>266</sup>.

Строя систему терапевтической коммуны, Купер отталкивается от антипсихиатрической трактовки шизофрении не как чего-то свойственного человеку, характеризующего исключительно одну личность, а как специфической ситуации, складывающейся в межличностном пространстве. Поведение так называемого шизофреника рассматривается при этом в двух плоскостях: во-первых, в вертикальной плоскости его семейной истории; во-вторых, в горизонтальной плоскости взаимодействия в терапевтической коммуне, а также в актуальной семейной ситуации. Только благодаря такой стратегии можно определить «те формы инвалидации, с которыми человек столкнулся, и те недостатки его собственной жизненной стратегии, из-за которых он стал их мишенью»<sup>267</sup>. Одновременно со вскрытием форм инвалидации необходима также работа с потребностью в автономии «я», т. е. создание межличностных условий для ее реализации.

Эти теоретические идеи Купер воплощает на практике. В январе 1962 г. он организует терапевтическую коммуну «Вилла 21», функционировавшую в течение четырех лет. Во время проведения этого своеобразного эксперимента преследовалось несколько целей:

1) непосредственно терапевтическая – апробация авторского подхода к лечению. Предполагалось, что если в отделении реализовать более мягкий подход к лечению, с менее жестко структурированными ролями, при котором пациенты через общение с другими могут обрести собственную автономию и разрешить собственные конфликты, выздоровление пойдет быстрее;

2) исследовательская – сравнение взаимодействия в естественных группах (семье) с взаимодействием в искусственной терапевтической группе, а также исследование особенностей семейного взаимодействия в семьях шизофреников, подобное тому, которое уже проводилось Лэйнгом и Эстерсоном;

3) организационная – создание жизнеспособного организма, обособленного от психиатрической больницы и функционирующего вне психиатрического контекста<sup>268</sup>. Третья

---

<sup>265</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 87.

<sup>266</sup> Cooper D. The Death of the Family. P. 56–57.

<sup>267</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 90–91.

<sup>268</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 97–98.

цель была основной. Купер рассчитывал, что это автономное отделение, поскольку оно допускало большую степень свободы, может создать для пациентов оптимальную терапевтическую среду.

Поставленные задачи потребовали разработанной программы и рабочих рук. Главной проблемой здесь стала, как это ни удивительно, не разработка методики и внедрение новых достижений, а люди, которые бы осмелились отбросить институциональные предрассудки. «Я чувствовал, что то, что действительно было нужно для организации новой разновидности психиатрической ситуации, так это не методы или программа, а адекватные люди»<sup>269</sup>, – вспоминал Купер.

Местом проведения эксперимента выбрали одно из отделений обычной психиатрической больницы Шенли в северо-западной части Лондона, когда-то предназначенное для лечения инсулиновыми комами. От лечения инсулином начали постепенно отказываться, и отделение освободилось. Оно располагалось на двух этажах: на втором была оборудована спальня с 19 кроватями и четыре сообщающиеся с ней комнаты, на первом – гостиная, столовая, комната персонала и раздевалка, а также еще две маленькие комнаты, в одной из которых проходили групповые собрания, в другой организовали комнату отдыха.

В проекте участвовали молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет. Две трети из них имели диагноз «шизофрения», остальные – «психопатия» и «расстройство личности»; все были госпитализированы впервые или имели малый срок госпитализации. Медицинский персонал также подбирался по принципу малого стажа работы в психиатрической клинике. Такие критерии для отбора пациентов и персонала были обусловлены необходимостью участия в эксперименте людей, которые мало сталкивались с условиями институционализации. С пациентами работали три доктора, каждый взаимодействовал с группой, состоящей из 5–7 человек.

Обычный распорядок дня предполагал четыре групповых собрания: 1) ежедневные встречи терапевтического сообщества (9.45–10.30) посещали все пациенты и весь персонал сообщества, на них обсуждались проблемы, которые имели отношение к сообществу: конфликты, образ жизни или происходящие в сообществе события; 2) терапевтические группы (10.30–11.30) – пациенты делились на две группы, которые встречались с сопровождающим их терапевтом; 3) две рабочие группы (14.00–16.30) – одна работала с доктором, другая – с медицинской сестрой (к примеру, одна занималась внутренним декором помещений, другая изготовлением игрушек); 4) групповые собрания персонала (ежедневно утром и вечером) – встречи сотрудников, где обсуждались происходящие изменения и планировалась дальнейшая работа.

Первоочередной исследовательской задачей, в особенности на первых этапах работы, Купер называл прояснение того диапазона предвзятых трактовок, предубеждений и фантазий, через которые персонал воспринимает пациентов и друг друга. Он подчеркивал, что в течение своего исторического становления психиатрическая больница выработала целый комплекс защитных средств от безумия, которое считается «грязным», «опасным», «буйным». Такое необоснованное отношение к мнимым опасностям безумия со стороны медицинского персонала он называет «институциональной глупостью»<sup>270</sup>. Задача избавиться от этой глупости и ставилась в этом проекте.

---

<sup>269</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 95.

<sup>270</sup> Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 102.

Купер особенно останавливается на двух предрассудках, которые, на его взгляд, составляют основу институциональной разметки режима психиатрической больницы: техника пробуждения и трудовые обязанности пациентов. Говоря о первом предрассудке, он разъясняет, что основу режима больницы составляет представление о том, что если не вынуждать пациента повиноваться институционально закреплённому режиму и не контролировать его исполнение, то пациенты станут игнорировать всякий распорядок и не смогут функционировать как организованная группа. Эти предрассудки не оправдались. Несмотря на то что никто не следил за режимом, в особенности за режимом сна, пациенты самостоятельно продолжали следовать принятому распорядку. Не оправдались и предрассудки, связанные с предписанием обязательного труда как основного механизма институционализации пациентов.

Одним из механизмов разрушения институциональной разметки было также постепенное размывание ролей. В обычной больничной разметке средний медицинский персонал и пациенты всегда ожидают, что врач исполняет роль лидера группы. Контролирующую функцию традиционно осуществлял средний медицинский персонал. В своем проекте Купер стремился уйти от этих стереотипов, сместив некоторые функции врачей и персонала: роль лидера в терапевтическом процессе, а также контролирующую роль в повседневной жизни сообщества иногда должны были брать на себя сами пациенты.

За четыре года, в течение которых экспериментом руководил Купер, в функционировании этого «мини-отделения» были достигнуты следующие изменения: произошла смена ролей (пациенты стали принимать активное участие в собственном лечении и жизни отделения); отброшены многие принятые в психиатрической больнице правила (преодолен четкий распорядок дня, обязательность труда и др.) и т. д. Эти изменения не привели к ухудшению ситуации. Купер, так же как Лэйнг, описывая эксперимент в Кингсли-холле, отмечает: «Фактически, за последние два года никто не получил от пациентов тяжелых телесных повреждений, никто из молодых пациенток не забеременел, хотя они часто посещали своих приятелей в отделении, а также выходили с ними за пределы больницы»<sup>271</sup>.

Проект столкнулся и с определенными трудностями. В частности, так и не удалось полностью преодолеть ролевое разделение, ведь персонал и пациенты не могли полностью поменяться местами. Персоналу нужно было платить, и он должен был исполнять медицинские функции. Еще большие трудности представляло и вхождение больного в привычную жизнь по окончании лечения. Многие пациенты были вынуждены возвращаться назад, чтобы проводить там выходные или время от времени гостить. Дело в том, что только это пространство давало им ту среду принятия, которой они не могли найти за пределами этого уникального проекта. Некоторые пациенты после выписки в течение некоторого времени жили с «надежными» людьми, которые не были отмечены печатью социальной мистификации.

Купер пишет, что проведенный эксперимент «привел к четкому результату и позволил сделать важный вывод. Результат – определение пределов возможных институциональных изменений»<sup>272</sup>... Вывод заключается в том, что если подобная структура продолжает далее развиваться, это развитие должно проходить вне границ самого института...»<sup>273</sup>. Дело в том,

---

<sup>271</sup> *Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 116.*

<sup>272</sup> К таким рамкам относился, например, официальный запрет бывшим пациентам «Виллы 21» работать там санитарями.

<sup>273</sup> *Cooper D. Psychiatry and Anti-Psychiatry. P. 121.* Практически, примером того, о чем говорит Купер, будет Кингсли-холл Лэйнга.

что психическая больница как социальная система ограничивает себя определенными рамками, внутри которых и возможны изменения, если же изменения переходят эти границы, они начинают угрожать стабильности целостной структуры, т. е. психиатрии как таковой. Поэтому Купер не задавался в этом проекте целью разрушения института психиатрии, он хотел выяснить, какие изменения возможны в рамках самой психиатрии при сохранении ее как социального института. Несмотря на внешние сходства, основная направленность проекта «Вилла 21» отличалась от таковой у «Шумной комнаты». Если основной целью для Лэйнга была терапевтическая, то Купер ставил преимущественно организационную задачу.

Этот проведенный Купером эксперимент во многом был значим именно для него самого, а также для внутренней эволюции антипсихиатрии. В контексте совершенствования психиатрической практики в нем, по сравнению с более ранними сообществами хотя бы того же Максвелла Джонса, было не так уж много нового. Здесь мы видим черты коммунальной организации системы психиатрической помощи: значимость и открытость общения между персоналом и больными; смещение ролей; поощрение активности пациентов; групповая работа и групповая рефлексия наблюдающихся изменений и проч. Коммуна Купера отличалась и выделялась от предшествующих не внутренним содержанием практики, а ее статусом.

По своему статусу «Вилла 21» стала первым антипсихиатрическим экспериментом. Лэйнг организовывал свою «Шумную комнату» еще до того, как начал развивать антипсихиатрические критические идеи. В основе практики этого эксперимента лежала теория коммуникации, необходимость которой как решающий фактор выздоровления и была акцентирована в проекте. Эксперимент Купера формировался в контексте антипсихиатрической критики, и это первый эксперимент, который был вписан в антипсихиатрическую идеологию. В центре него – недовольство психиатрией как терапевтической институцией и попытка организации альтернативной помощи. Поэтому неслучайно «Вилла 21» стала предшественником Кингсли-холла, многие ее обитатели стали первыми обитателями коммуны Лэйнга, и Купер описал «Виллу 21» в своей программной работе «Психиатрия и антипсихиатрия». Однако здесь за терапевтическим процессом еще не стояло никакой идеи, коммуна была организована «вопреки», а не «для». Купер говорил, что ее цель заключалась в выяснении пределов возможных изменений.

Революция безумия, революция в психиатрии у Купера – это только первый шаг. За этим должны последовать революции во всех социальных институциях. Купер выдает так и не сбывшийся прогноз. На его взгляд, в течение следующих двух десятилетий психиатрические институции будут полностью дискредитированы, правда, на смену им так и не придут институциональные формы антипсихиатрии, поскольку это в принципе невозможно, ибо антипсихиатрия является революционной по своей природе. Этим прогнозам суждено было сбыться лишь отчасти: психиатрия, разумеется, до сих пор существует, а антипсихиатрия, правда, имеющая уже мало общего с Куперовой, все еще борется.

В своей последней работе (конец 1970-х) Купер подчеркивает, что антипсихиатрия до сих пор актуальна: «Сейчас некоторые психиатры утверждают, что антипсихиатрия осталась в прошлом. Мы им поверим только тогда, когда они реализуют большую часть этой программной идеологии на практике»<sup>274</sup>. Надо ли говорить, что эта программная идеология так и осталась утопией шестидесятых.

---

<sup>274</sup> Cooper D. *The Language of Madness*. P. 132.

## IV. Лэйнгианцы

### 1. Аарон Эстерсон: психоаналитическая феноменология идентичности

Лэйнг редко работал в одиночестве. Многие его книги были написаны в соавторстве. Развивая в теории и на практике идеи социальной феноменологии, он следовал ее духу и в жизни. Он предпочитал коллективные проекты и коллективную работу, возможно, считая, что многократная тотализация в работе приводит к лучшим результатам. Уже начиная с первых проектов, с исследования семей шизофреников, он собирает вокруг себя множество людей, и эта группа будет расширяться вплоть до его самого масштабного в плане командного ресурса проекта – Кингсли-холла.

Несмотря на то что Лэйнг не сформировал никакой школы и говорить о лэйнгианстве невозможно, многие его соратники и коллеги в теории и практике уже после сотрудничества с ним развивали его идеи. Может быть, поэтому британская антипсихиатрия более или менее однородна: в ней акцентируется социально-феноменологическая ориентация, внимание к семье, в тех или иных вариациях развивается концепт метанойи и практика терапевтических сообществ. Все эти моменты первоначально были заявлены именно в коллективных проектах Лэйнга. Он разрабатывал самобытную и убедительную теорию, и в этой теории с ним вряд ли можно было сравниться. Поэтому практическая ориентация ближнего круга коллег закономерна. Единственное исключение – Аарон Эстерсон, самый давний знакомый, коллега и соавтор.

Лэйнг и Эстерсон познакомились в клубе альпинизма Университета Глазго. Эстерсон учился двумя курсами старше, они были людьми с разными взглядами на жизнь и многие профессиональные вопросы, никогда не дружили, но между ними было много общего. Они оба крайне негативно относились к традиционной психиатрии, считая ее постулаты необоснованными и не имеющими реального отношения к человеку. Эстерсон и Лэйнг много читали, вращались в одних и тех же интеллектуальных кругах. Лэйнг влиял на Эстерсона, Эстерсон – на Лэйнга. Именно с подачи своего друга и коллеги Лэйнг познакомился с «Тибетской книгой мертвых».

После университета Эстерсон организовал в Израиле терапевтическую коммуну, кибуц, в котором статус психически больного был упразднен, и коммуну управляли сами пациенты. Вновь они сошлись уже в конце 1950-х, когда решили заниматься изучением семей шизофреников и организовали исследовательскую группу. Сотрудничество длилось около пяти лет, книга по материалам проекта была сдана в издательство в августе 1963 г., а издана в апреле 1964 г.<sup>275</sup>

Разные характеры и мировоззрение дали знать о себе уже в этом проекте. Они постоянно соперничали, их мнения расходились даже в оценке вклада друг друга. Эстерсон настаивал, что вклад Лэйнга был исключительно литературным и что тот не принимал никакого участия в процессе исследования<sup>276</sup>, Лэйнг, в свою очередь, говорил, что Эстерсон не написал ни одной

---

<sup>275</sup> Laing R. D., Esterson A. . *Sanity, Madness and Family*. Vol. 1. *Families of Schizophrenics*. L.: Tavistock Publications, 1964.

<sup>276</sup> Laing A. R. D. *Laing: A Biography*.



страницы книги<sup>277</sup>.

После завершения проекта они сотрудничали уже в рамках Филадельфийской ассоциации и Кингсли-холла, но и здесь их разногласия продолжались. С самого начала Эстерсон настаивал на жестком управлении коммуной, в частности, ставил вопрос о необходимости должности медицинского директора. Лэйнг же исповедовал принцип отсутствия правил и рамок, должностей и иерархии. Эстерсон боролся за установление в Кингсли-холле порядка, но каждый раз отступал перед обаянием и харизмой Лэйнга. К 1966 г. разногласия достигли предела, и 4 сентября 1968 г. Эстерсон покинул коммуну и ряды Филадельфийской ассоциации.

Однако проект по исследованию семей шизофреников так и не был закончен, проведен был только первый этап работы. Из-за своеобразной незавершенности исследования при прочтении книги создавалось впечатление, что все семьи провоцируют шизофрению, что семья как социальная группа по своей природе шизофреногенна. Сам Лэйнг не придерживался такой категоричной точки зрения. В конце работы Лэйнг и Эстерсон пришли к выводу, что механизмы манипулирования, выявленные ими в семьях шизофреников, встречаются и в нормальных семьях, но происходит это гораздо реже. Такие результаты требовали продолжения исследования. И Лэйнг, и Эстерсон постоянно возобновляли разговор о завершении проекта и книги, но по причине непреодолимых разногласий они так и не смогли работать вместе. Эстерсон продолжил только свою часть. В конце 1970 г. была опубликована книга «Весенние листья», продолжающая традиции «Здравомыслия, безумия и семьи».

Эстерсон развивает начатые вместе с Лэйнгом исследования, дополняя заложенные в них идеи. Если в первом томе, написанном вместе с Лэйнгом, большее внимание уделялось теоретическому аспекту, а анализ шел от разбора случаев к построению обобщенной теории социальной феноменологии, то в самостоятельной книге Эстерсона исследовательская стратегия выстраивается от клинического случая к методологии, теоретический анализ и определение понятий являются лишь дорогой к методу.

В центре книги Эстерсона «Весенние листья» подробный анализ клинического случая, уже представленного и проанализированного в совместной работе с Лэйнгом. Эстерсон использует его для развития собственного метода: он продолжает метод социальной феноменологии, разработанный Лэйнгом, и дополняет его психоанализом. В предисловии, объясняя специфику и цель работы, он пишет: «Эта работа задумана как исследование разрушения связи, синхронизации и превосхождения в новом синтезе социальной феноменологии, как она представлена в ранней работе, и психоанализа опыта»<sup>278</sup>. Этот синтез, по убеждению Эстерсона, позволит прояснить переживание членами социальной группы друг друга и группы в целом с акцентом на неосознаваемых паттернах опыта и фантазии.

Эстерсон продолжает исследовать шизофреногенные семьи в понятиях практики и процесса, ряда и связки. Он отходит от понимания болезни как патологического процесса, нацеливая свое внимание на семейные паттерны мистификации взаимодействия и пытаясь вскрыть смысл и значения амбивалентности семейной практики. Шизофрения для Эстерсона – это ответ на социальную практику семьи, в которую включен больной, а отнюдь не проблема одного человека. В запутанной сети взаимодействия, перебирая семейные диалоги и событийные сюжеты, Эстерсон пытается нащупать методы возможного понимания шизофрении.

---

<sup>277</sup> Mullan B. Mad to be Normal: Conversations with R. D. Laing. L.: Free Association Books, 1995. P. 179.

<sup>278</sup> Esterson A. The Leaves of Spring: A Study in the Dialectics of Madness. L.: Tavistock Publications, 1970. P. XI.

Стремясь отграничить свой метод от естественнонаучной парадигмы и понимания психического заболевания как процесса, Эстерсон настаивает, что только диалектическое исследование может пролить свет на смысл социальной ситуации. Он дает следующее определение: «Под диалектической наукой я подразумеваю исследование взаимодействия людей и групп людей, противопоставляя его исследованию естественных событий, входящему в предметную область естествознания»<sup>279</sup>.

Эстерсон подчеркивает, что основной особенностью человеческого существования, в отличие от существования предметов, является то, что человек принадлежит одновременно системам пассивных и активных отношений. Включаясь как пассивный объект в ход естественных событий, человек вступает в пассивные отношения, к примеру, общаясь и жестикулируя, он двигает руками и ногами как совокупностью мышц, костей и связок. Так понятое поведение человека и предстает, по мнению Эстерсона, как процесс, входя в область исследования естествознания. Однако человек включен и в активные отношения. Он взаимодействует с другими людьми, он жестикулирует, выражая гнев или любовь, соглашаясь или протестуя. В этом случае жестикуляция имеет подтекст и не может быть понята изолированно: она включена в практику социального взаимодействия и сама является социальной практикой. Изучением последнего и должна заниматься диалектическая наука.

Диалектическая наука представляет жизнь людей как пространство межличностных отношений. В этой ситуации взаимодействия люди переживают себя в связи с другими людьми и могут познавать формы и природу этих отношений. Поэтому взаимодействие предстает в диалектической науке как центральное событие человеческой жизни, как конституирующее пространство человеческой личности, пространство формирования идентичности. Это формирование идентичности в ситуации взаимодействия является для Эстерсона узловым моментом теории диалектической науки, и он описывает его через понятие «сущность отношений». «Направленность взаимоотношений, которая формирует идентичность человека, можно определить как *сущность (nature)* взаимоотношений, в которые он вступает»<sup>280</sup>, – пишет он. Это паттерн отношений, включающий в себя формы и способы взаимодействия в группе.

Специфику межличностных отношений Эстерсон совершенно логично выводит из самой ситуации – из взаимодействия людей. Межличностные отношения – это отношения, в которых участники взаимодействия признают и воспринимают друг друга как личности. Поэтому одна из центральных особенностей этого взаимодействия – взаимность, или реципрокность. Каждый, кто вступает в отношения, должен воспринимать как личность другого и быть воспринят каждым другим как личность. Такая же взаимность имеет место и при конституировании идентичности. «В этом взаимодействии, – указывает Эстерсон, – каждый из участников невольно конституирует себя как личность, подтверждающая других и подтверждаемая другими»<sup>281</sup>. Ситуация взаимности и приводит к необходимости учета межличностного взаимодействия: поскольку люди постоянно вступают в межличностные отношения, нельзя исследовать личность, не обращая внимания на ее связь с другими личностями. Всякое исследование личности, по Эстерсону, – это исследование отношений, в которые эта личность

---

<sup>279</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring: A Study in the Dialectics of Madness*. L.: Tavistock Publications, 1970. P. 186.

<sup>280</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring: A Study in the Dialectics of Madness*. L.: Tavistock Publications, 1970. P. 187.

<sup>281</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring: A Study in the Dialectics of Madness*. L.: Tavistock Publications, 1970. P. 188.

вступает. Однако исследование отношений – и это центральный момент в разработке Эстерсоном собственного метода – предполагает вовлечение и исследователя. Всякий наблюдатель, исследующий отношения человека, неизменно включается в их сеть. Исследователь одновременно и изучает, и конституирует область исследования.

Такая специфическая ситуация, с которой мы всегда сталкиваемся, погружаясь в пространство межличностного взаимодействия, требует, по Эстерсону, разработки специфического метода и выбора соответствующей формы рациональности. Этот метод должен отталкиваться от ситуации, в которую теперь включен сам исследователь, а исследователь должен благодаря этому методу осмыслять ситуацию, в которой он является одним из реципрокных звеньев, поэтому он должен опираться не на естествознание, а на диалектическую рациональность.

Естествознание, как оговаривается Эстерсон, правда, тоже может выступать платформой для исследования человека и его взаимодействия. Так, на его взгляд, происходит в психиатрии. В этом случае взаимодействие предстает как взаимодействие одушевленного с неодушевленным, неодушевленным при этом становится больной. Он исследуется подобно объекту или вещи, он мистифицируется, что приводит к переживанию им себя самого как не-личности. Объективное исследование способствует пониманию социальной группы как объективного единства, функционирование которого подчинено естественным законам. Возникает представление, что группа движима не собственными членами, а посторонними ей законами, и социальная практика группы подменяется процессом. Все события начинают толковаться в парадигме процесса, в том числе и то, что процессуально называется психическим заболеванием.

Так ведется аналитическое исследование. В противоположность диалектическому оно предполагает внешнего по отношению к исследуемой системе наблюдателя, рассматривающего объекты своего исследования как объективные события. Продуктивная работа в рамках такой рациональности, по мнению Эстерсона, невозможна, поэтому для того чтобы исследовать больного шизофренией, необходимо в корне изменить рациональность. В рамках клинического мировоззрения, даже если мы признаем в больном человека, это невыполнимо. Исследователь в этом случае должен не только рассматривать больного в сети взаимодействия и социальной ситуации, в единстве его опыта и поведения, но и понимать себя и клиническое взаимодействие как часть пространства исследования.

В основе диалектического метода, превосходящего аналитическое исследование, лежит исследование человека как включенного в социальную систему. При этом всякая социальная система существует в единстве лишь в том случае, если все ее члены разделяют основной принцип ее общей практики. Эстерсон подчеркивает: «Все необходимые отношения выражают то, что можно назвать *базисной*, или *основной, практикой группы*. Эта практика – паттерн связи, которая конституирует и поддерживает группу как группу. Центральный принцип группы – принцип этой практики»<sup>282</sup>. Группа как раз и существует как носитель практики.

Практика группы является пространством ее противоречий, впоследствии запускающих внутригрупповые проблемы и, возможно, даже приводящей к развитию шизофрении. Противоречие при этом Эстерсон характеризует следующим образом: «В социальной системе противоречие может быть определено как опыт одновременной констатации и отрицания проблемы в пределах системы»<sup>283</sup>.

---

<sup>282</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 242.

<sup>283</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 221.

Стремясь упорядочить все многообразие противоречий, Эстерсон выделяет следующие их формы, описывая в них структуру противоречий: 1) простые противоречия, где противостоящие стороны очевидны для тех членов общества, которые хотят увидеть проблему; 2) противоречия-парадоксы, в которых одна или обе стороны конфликта сокрыты от членов группы; 3) двойные противоречия, построенные на двойном отрицании негативных эмоций или проблем; 4) множественные противоречия с запутанной структурой и неопределенным, двусмысленным последним элементом. В этом случае неясно, отрицается или подтверждается «отрицание/утверждение». Примером такого противоречия Эстерсон называет описанную Бейтсоном ситуацию двойного послания.

Противоречие, по Эстерсону, не синонимично конфликту: открытая конфронтация еще не означает противоречия, поскольку такое противостояние не всегда вовлекает установки и ожидания его участников. О противоречии можно говорить, только когда в конфликте один или несколько участников взаимодействия демонстрируют неожиданную реакцию на ситуацию или отсутствие ожидаемой реакции, и эта реакция идет вразрез с принятой в социальной группе практикой. В социальной ситуации, как отмечает Эстерсон, противоречие является функцией паттерна неожиданного поведения или функцией отсутствия ожидаемого паттерна. Эти паттерны поведения могут быть межличностными, внутригрупповыми и межгрупповыми, такими же могут быть и противоречия<sup>284</sup>.

Строя здание диалектической науки, Эстерсон развивает идеи, сформулированные Лэйнгом в отношении социальной феноменологии как науки об опыте людей, поведения и взаимодействия как функциях опыта. Он подчеркивает, что опыт при этом всегда является интерсубъективным, поэтому взаимодействие предстает решающей структурой диалектического исследования. Включение исследователя в пространство взаимодействия и является новшеством Эстерсона, и это, по его убеждению, позволяют сделать диалектические парадигма и рациональность.

На основании диалектической теории Эстерсон пытается наметить серию конкретных действий по снятию противоречия социальной системы. В основе методологических наборок положение о том, что противоречие социальной системы – «порождение внутригрупповой практики»<sup>285</sup>. Социальная группа устанавливает образцы поведения или межличностного взаимодействия, которые должны разделять все ее члены. Противоречие – результат кризиса этих образцов, поэтому снять противоречие могут только сами члены группы, одному терапевту-исследователю это не под силу.

Терапевт, следовательно, не может каким-либо воздействием изменить социальную систему, не может стать источником изменений, он может воздействовать лишь опосредованно, подталкивая и активизируя внутригрупповые процессы. В сопоставлении его опыта и опыта членов социальной группы можно открыть отличительные особенности внутригрупповой социальной практики, прояснить характерные для группы паттерны поведения и опыта. Диалектическую природу социальных внутригрупповых процессов, по Эстерсону, можно понять только изнутри, поэтому здесь неприменима аналитическая рациональность. И только изнутри группы может быть прочувствовано и вскрыто основное противоречие, которое отягощает социальную ситуацию и требует снятия.

Диалектический метод погружения в группу необходим и еще по одной причине. Как

---

<sup>284</sup> Esterson A. *The Leaves of Spring...* P. 227–229.

<sup>285</sup> Esterson A. *The Leaves of Spring...* P. 214.

совершенно справедливо подчеркивает Эстерсон, опыт, переживания, в отличие от поведения, не могут наблюдаться и исследоваться непосредственно. Опыт может быть схвачен только в сети опыта взаимного восприятия. Поэтому для того чтобы схватить опыт больного, опыт восприятия его семьей, а также опыт каждого члена семейной системы, нужно включиться в группу и тотализировать весь предшествующий опыт, все предшествующие синтезы и все тотализации. «Диалектика – это изменения и в наблюдателе, и в наблюдаемой системе...»<sup>286</sup>, – подчеркивает Эстерсон. Поэтому диалектический процесс исследования носит одновременно и индивидуальный, и социальный характер: он затрагивает индивидуальный опыт исследователя и опыт каждого члена семьи, самосознание, самопереживание и проясняет взаимосвязи и основной принцип практики семьи как социальной системы.

Посредником для социальной группы, на взгляд Эстерсона, может стать психоаналитически ориентированный терапевт. В интерпретациях происходящих процессов он описывает свой опыт; путем сопоставления члены группы могут определить особенности своих переживаний и поведения, своего восприятия внутригрупповых процессов. Интерпретация психоаналитика, таким образом, конституирует промежуточное пространство посредничества, благодаря которому могут быть лучше поняты особенности социальной системы. Снятие противоречия социальной системы и тотализация его в более широкой социальной практике приводит к изменению опыта и поведения всех участников взаимодействия, для Эстерсона «успешный психоанализ, таким образом, – это и терапия для аналитика»<sup>287</sup>.

Диалектическое мышление направлено одновременно и на наблюдателя, и на наблюдаемую систему, рассматривая последнюю как социальную и личностную практику и позволяя разделять в этом исследовании и личность, и систему. Его процесс, по Эстерсону, включает три компонента:

1) развитие взаимности между наблюдателем и исследуемым социальным пространством. Исследователь чувствует себя включенным в систему, влияет на нее и испытывает ее влияние, но он не может оценивать эту социальную систему, поскольку погружен в нее;

2) временная нигилизация, отход от активной включенности в систему. Исследователь обращается к своему опыту, сопоставляя его с опытом и событиями исследуемой социальной системы; социальная система становится «фоном» в гештальте опыта наблюдателя, и на первый план как «фигура» выходит динамика собственного опыта исследователя;

3) возвращение взаимности с социальной системой: исследователь, осознав границы собственного опыта и особенности системы, возвращается в нее, чтобы прояснить ее структуру и связи, чтобы наметить пути возможных изменений<sup>288</sup>.

Иногда группа может быть не готова к осознанию противоречия и последующим изменениям, тогда терапевтические отношения могут формироваться только с теми членами группы, которые готовы двигаться дальше, поэтому групповая терапия может включать элементы индивидуальных сессий. Здесь нельзя использовать силу и осуществлять воздействие, поскольку изменение социальной ситуации может быть достигнуто только добровольно и всеми членами группы. Такая же ситуация часто наблюдается и на макроуровне: многие революционные преобразования продвигаются вначале узкой группой людей, осознающих

---

<sup>286</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 214.

<sup>287</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 216.

<sup>288</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 195–196.

противоречие макросоциальной системы, и только впоследствии в это движение вовлекаются широкие массы. В таком случае залогом успешных изменений могут стать даже первоначальный провал и регрессия. Неудача тогда рассматривается как стимул к повторной тотализации ситуации, и эта тотализация будет включать уже и факт предыдущей неудачи. Процесс должен постепенно развиваться дальше. Эстерсон пишет: «Роль диалектически ориентированного исследователя подобна роли акушерки, терпеливо способствующей рождению нового экзистенциального порядка, уже готового появиться на свет»<sup>289</sup>.

Диалектическое мышление, таким образом, привносит в исследование динамизм, позволяя не только наблюдать социальную систему, но и посредством личностных изменений самого исследователя изменять ее. «Это изменение, – подчеркивает Эстерсон, – является неотъемлемой частью метода»<sup>290</sup>. Трехэтапный процесс диалектического мышления развивается по спирали, и третий момент представляет собой возвращение к первому на более высоком уровне социального и личностного развития. Сам он предлагает представленную на рис. 3 условную схему.

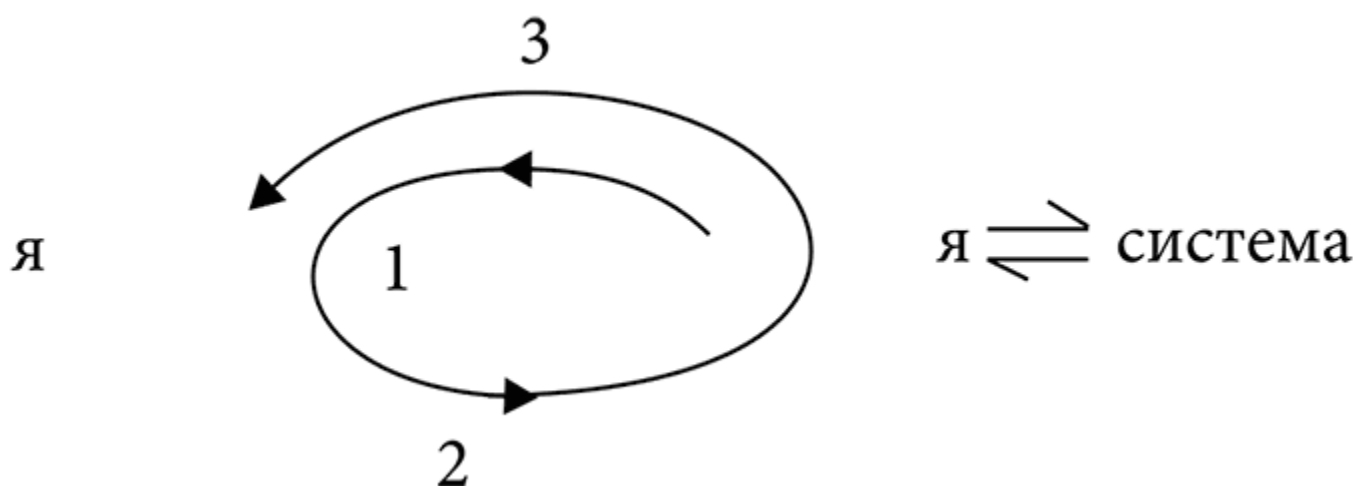


РИС. 3. Спираль диалектического мышления

Исследователь на каждом из этапов вновь переосмысляет свое видение ситуации и приводит противоречащие ему события в непротиворечивое единство. Этот синтез Эстерсон называет тотализацией. Тотализация включает в себя и саму социальную ситуацию, и опыт исследователя, и возникающие противоречия, единство этих элементов обеспечивает учет всех факторов и постепенное прогрессирование исследования. Нарастающий синтез идет путем последовательного и прогрессивного согласования противоречий, которому по образцу вышеприведенной трехчастной схемы соответствует постоянная тотализация, детотализация и ретотализация противоречивых элементов опыта.

Само движение от тотализации к ретотализации носит, по Эстерсону, регрессивно-прогрессивный характер в соответствии с тремя моментами тотализации: 1) исследователь производит феноменологическое описание ситуации и ее противоречий, а также своего собственного переживания этих противоречий; 2) путем регрессивно-аналитического движения он проводит исторический анализ проблем с позиции истории социальной системы и

<sup>289</sup> Esterson A. *The Leaves of Spring...* P. 218–219.

<sup>290</sup> Esterson A. *The Leaves of Spring...* P. 197.

одновременно с позиции изменения его отношения к ним; 3) в прогрессивно-синтетическом движении исторический анализ объединяется с феноменологически наблюдаемыми событиями и развивается вмещающая их тотализация. В этой тотализации и происходит «раскрытие» (*revelation*) смысла происходящего.

Диалектическое понимание ситуации, проясняя практику и само являясь практикой, по Эстерсону, предполагает не только диалектическое мышление, но и диалектическое действие (*acting*), конституирующее в исследовании смысл социальной ситуации. Эстерсон подчеркивает: «Рациональная социальная практика есть деятельность, основанная на диалектически разворачивающемся посредством тотализации рефлексивном постижении. В этом и состоит ее логика – рефлексивное познание социальной и исторической практики и процесса посредством и для социального и исторического действия»<sup>291</sup>. Поэтому для исследователя в пределах диалектической рациональности рефлексия социальной ситуации и действие в ней неразделимы. Само исследование в этом случае – практика, способствующая экзистенциальной реализации, а диалектическое осмысление – это рациональность, требующая действия и достигаемая посредством действия. Динамизм, а также сочетание осмысления и действия – неотъемлемое и специфическое свойство человека.

Развертывая такую схему анализа и работы, Эстерсон конкретизирует ее составляющие и ставит вопрос о критериях истинности анализа и проверки гипотез и действий. Он сопоставляет макроуровень исторического и социального анализа и микроуровень анализа отношений и личности. При этом первый представляется марксистским анализом истории, второй – психоаналитически феноменологическим анализом семейной ситуации. Он пытается соединить марксизм, феноменологию и психоанализ в продуктивную схему возможной работы с внутрисемейными конфликтами.

На пути от тотализации к ретотализации взаимоотношения исследователя и системы могут быть проверены, на взгляд Эстерсона, в двух узловых точках: на теоретической стадии согласования и на практической стадии эффективного действия. На теоретической стадии основной задачей является вскрытие противоречия, которое представляется как руководящая нить всего анализа и связующее звено всех рассогласований в семейной системе. Это противоречие упорядочивает неупорядоченность социальной системы.

Практическая стадия стартует одновременно с тотализацией. Практические проблемы становятся понятными в синтезе опыта и действия, именно этот синтез делает противоречие окончательно ясным и понятным. В этот момент, по Эстерсону, как раз и возможна ошибка, поэтому он задается вопросом, каким образом на этом этапе избежать неправильного истолкования и неправильной тотализации, как не впасть в ошибку мистификации.

Основной критерий, который предлагает здесь Эстерсон, – это критерий практической реализации. Валидная, истинная тотализация приводит к эффективному и продуктивному действию в социальном пространстве<sup>292</sup>. Так, на макроуровне истинность и валидность оценки Лениным социальной системы царизма измеряется успешностью предпринятой им социальной революции. На микроуровне практики психоанализа эффективность предположений аналитика и эффективность психоаналитической терапии проверяется степенью облегчения реализации ранее заблокированного опыта. Процедура такой проверки приводит Эстерсона к формулированию принципа диалектической реализации, описывающего направленность

---

<sup>291</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 201.

<sup>292</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 203–204.



диалектического процесса.

Эстерсон настаивает, что действие на микросоциальном уровне должно быть направлено на радикальное изменение имеющейся социальной ситуации. Он разъясняет: «Социальная система претерпевает радикальные изменения, когда снимается актуальное принципиальное социальное противоречие»<sup>293</sup>, а это, в свою очередь, может произойти только посредством расширения социальной практики, включающей имеющееся противоречие в более широкий социальный контекст. На уровне психотерапевтической ситуации это означает осознание неосознаваемых противоречий посредством рассмотрения их в межличностном и внутриличностном контексте.

Проверка тотализации, как мы видим, является ретроспективной, и никакая тотализация не может быть абсолютно правильной. По этим причинам исследователь и терапевт социальной ситуации всегда вынужден двигаться наощупь, он должен быть готов к неожиданностям, поскольку ни одна тотализация не повторяет другую, и ни одно противоречие не является точным ключом к разрешению следующего. Исследователь должен подходить к социальной ситуации без предвзятости и предубежденности, открываясь для настоящего противоречия, дабы снять его в адекватном ему и эффективном для практики синтезе<sup>294</sup>.

Строя такую тактику работы, Эстерсон отмечает, что снятие противоречия не означает его упразднения и исчезновения. Развитие практики приводит к возникновению нового противоречия, которое хотя и будет иметь другие истоки, но представится не менее актуальным и принципиальным, чем предыдущее. По сути, Эстерсон высказывает гегельянские идеи: «Диалектическая практика успешна, когда существующая социальная или межличностная ситуация разрешена так, что в более широком практическом синтезе удалось превзойти имевшееся ведущее противоречие и открыть новое ведущее противоречие, которое основано уже на иных принципах практики»<sup>295</sup>.

Противоречие для Эстерсона является ведущим стимулом личностного и социального развития и не всегда представляется разрушительным для социальной системы или для самого человека. Оно утрачивает свой позитивный характер, если становится исторически избыточным, не обусловленным больше социальной или исторической необходимостью, или же если устанавливается табу на его признание, осознание и исследование. В последнем случае противоречие удваивается: нарастает исходное социальное или межличностное противоречие, которое подкрепляется противоречием табу. В процессе работы с социальной ситуацией, по Эстерсону, успех возможен, только если при переходе с одной стадии на другую последовательно прорабатываются существующие противоречия. В противном случае прогрессивное движение становится невозможным.

Диалектическую теорию отклонения и шизофрении Эстерсон строит на основании понятия противоречия. Именно такая трактовка, на его взгляд, позволяет выстроить динамическую диалектическую модель и осуществить эффективную терапию.

Шизофрения, по Эстерсону, – результат неразрешенного внутригруппового, внутрисемейного противоречия. Все без исключения выделенные им разновидности противоречий могут встречаться как на макро– так и на микроуровне и сопровождаются

---

<sup>293</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 206.

<sup>294</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 212–213.

<sup>295</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 210.

мистификацией. Эта мистификация часто приводит к проблемам с идентичностью, а часто и к формированию шизофрении.

Эстерсон придерживается реалистической трактовки шизофрении. Хотя он и говорит, что необходимо различать шизофрению как диагноз и шизофрению как болезнь, он все же признает, что некоторые люди действительно страдают этой болезнью, в основе которой лежит раскол личности.

Вслед за Лэйнгом он развивает теорию перерождения – пути обретения нового личностного единства и личностного постижения. Этот путь он называет реверсией, и именно о нем, на его взгляд, говорят, когда имеют в виду трансцендентальный опыт. Длиться такой опыт может от нескольких мгновений до нескольких лет, запускает его работа с глубинными слоями личности, проводящаяся в рамках йоги или психоанализа; личностная фрагментация в социальной ситуации, сопровождающаяся мистификацией и неподлинным опытом; а также употребление наркотических веществ вроде ЛСД и мескалина в том случае, если они используются под контролем профессионалов-медиков.

Путь обновления не имеет для самого человека даже изначальной точки, поскольку в опыте реверсии утрачивается всякая способность к дифференцированному восприятию и памяти. И только ретроспективно, уже после прохождения всей этой дороги, сам человек может восстановить его моменты, а также сказать, когда именно его мир и опыт разлетелись вдребезги, а сам он пошел по пути обретения нового взамен вмиг утраченного.

Этот опыт, как называет его Эстерсон, опыт персонального бытия-для-себя-самого (*being-for-self*), содержит в себе три момента: 1) уровень элементарной нерефлексивной импульсивной активности по достижению желаемого или избеганию нежелаемого; 2) уровень рефлексивного отношения, переживания и выстраивания реципрокного единства опыта; 3) триединство опыта, переживания опыта и опыта этого переживания опыта<sup>296</sup>. В итоге обращение к глубинным слоям опыта приводит к пониманию этого опыта и познанию «животного» я.

Реверсия для Эстерсона основана на регрессе в прошлое, путешествие во вневременный мир, пред-личный и вне-личный. Акцентируется переход между пред-личным и личным, выходят на первый план связи между пред-личностным и космическим, личным и мирским. Основным пространством реверсии становится мир опыта. Он отмечает: «Во вневременном опыте обновления отсутствует всякий опыт “я” и “не-я”, всякое различие между “здесь” и “не-здесь”, нет никакого перцептивного опознания. Поэтому человек беззащитен и социально зависим»<sup>297</sup>.

Этот опыт еще пред-эгоистичен: в нем еще нет разделения на личный и общий мир, разделения на «я» и других, поэтому все, что происходит, воспринимается как происходящее с самим человеком, и даже не с самим человеком, а как происходящее в едином и неделимом еще пространстве до-рефлексивного опыта. В этом пространстве с утраченной перцептивной различенностью утрачивается даже первичная матрица опыта, т. е. полностью исчезает «я» человека, утрачивается различие между многим и одним. В итоге, по Эстерсону, все воспринимается одновременно как принадлежащее к «я» и как к нему не принадлежащее, множественный окружающий мир и мир внутриличностный становятся едины и сливаются.

Успешный опыт обновления, разумеется, предполагает и обратное движение к

---

<sup>296</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 257–258.

<sup>297</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 259.

восстановлению. Для Эстерсона это регрессивно-прогрессивное движение. В процессе перехода от регресса к прогрессу дезинтегрированное сознание устремляется к собственной обновленной интеграции. Это сопровождается открытием и осознанием собственных подлинных возможностей с их последующей реализацией.

Процесс прогресса не настолько безобиден и безопасен: он может привести к падению в переживаемый мистический, космогонический, мифологический и прочий опыт: в этом случае не человек интегрирует опыт, а опыт поглощает его. Свидетельством такой поглощенности, по мнению Эстерсона, отчасти является и шизофрения<sup>298</sup>, на макроуровне это также и нацизм как мистическая одержимость. Обновление поэтому не всегда идет благополучно, иногда приводя только к укреплению эгоцентризма и блокированию позитивных изменений личности, а иногда даже к личностной катастрофе. Как всякое рождение, оно несет риск неблагоприятного исхода.

В случае же продуктивно протекающего прогрессивного процесса происходит изменение центра сознания и трансформация модуса опыта на более успешный для человека в его общении с другими и с самим собой. Эстерсон подчеркивает: «Под подлинным центрированием, изменением центра сознания от опыта к взаимодействию доктора имеют в виду не антиэгоцентричный опыт отсутствия “я”. Это означает, что человек переживает преобразованный опыт эго, опыт своего “я”, где эго представляется как инструмент, посредством которого он актуализирует в открытости другим свои подлинные личностные возможности в свете пережитого им опыта личностной деструкции и восстанавливает отношения с истоками этого опыта»<sup>299</sup>.

Процесс личностного изменения, изменения идентичности путем реверсии при шизофрении сопровождается и социальными трансформациями и перестройками. И этот социальный смысл понятий диагноза и нормальности, на взгляд Эстерсона, более значим. При шизофрении происходит децентрация от человека к группе и, как следствие, детотализация социальной ситуации и повторная тотализация в новую целостность. Нормальность в этом случае основана на соответствии общепринятым социальным нормам. «Человек признается психически здоровым, если соответствует институциональным нормам»<sup>300</sup>, – подчеркивает он. Поэтому психиатры обычно оценивают психическое здоровье людей на основании общепринятых норм поведения и опыта. В случае несоответствия им человек признается больным и ему начинает навязываться помощь в развитии стратегий адаптации к обществу.

Эстерсон настаивает на том, что подобное понимание шизофрении как свойственного исключительно одному человеку эндогенного процесса является следствием ошибочного аналитически-позитивистского мировоззрения. В противоположность такой позиции он сосредоточивает свой исследовательский интерес на шизофрении как социальной ситуации, как стратегии, посредством которой семья формулирует то, что не может быть сформулировано в рамках семейной системы, ее норм и принципов организации.

В семейных группах шизофреников, отмечает Эстерсон, имеет место нарушение восприятия группой самой себя, а следовательно, нарушение восприятия себя отдельными членами, а также измененное восприятие группой отдельных ее членов, в частности, тех, кого называют шизофрениками. Мистифицированные отношения приводят к тому, что группа за

---

<sup>298</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 263.

<sup>299</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 265.

<sup>300</sup> Esterson A. *Te Leaves of Spring...* P. 234.

сфантазированными ими же самими отношениями перестает видеть отношения реальные: к примеру, супруги могут описывать свои отношения как замечательные, при этом давно перестав быть по-настоящему близкими людьми. Эстерсон пишет: «Если в своей самооценке они не рефлексировали или рефлексировали лишь частично то, что они вместе делали как группа, тогда в своем коллективном опыте они переживали разделяемую ими всеми практику просто как отношения между объектами фантазии, не понимая их. Поэтому группа с разрушенным взаимовосприятием не может развиваться. Она не может конституировать и поддерживать себя как целостность по отношению к окружающему ее обществу. Она не может быть семьей»<sup>301</sup>.

Говоря о социальном смысле шизофрении и пытаясь выстроить его по отношению к исследуемому им конкретному клиническому случаю, Эстерсон обращается к ветхозаветной метафоре козла отпущения, пытаясь посредством ее указать всю двойственность, которую несет этот диагноз. Он напоминает, что это явление имеет символический смысл изгнания жертвы, на которой вымещается вся вина и ненависть племени, и описывает функцию этой процедуры как инстинктивную репрессию социальной группы. То же самое, на его взгляд, повторяется и в семьях шизофреников. Стигматизация одного из членов семьи как психически больного является результатом возвращения подавляемого инстинкта в неинстинктивной форме. Социальная группа вымещает на этого единственного «козла отпущения» свои собственные проблемы, проблемы с поддержанием собственной целостности.

Эстерсон напоминает, что у этой церемонии есть и еще один неявный контекст. Эта церемония носила название «азазель, но так зовут и падшего ангела, который совершил тот же грех, что и первые люди: соблазнился знанием и мудростью. Поэтому психически больной в социальном смысле – не только носитель вытесняемого конфликта группы, но и носитель мудрости прогрессивной тотализации, инициатор конфликтов, подталкивающих к рефлексии опыта группы и его структуры»<sup>302</sup>.

Диалектическое исследование психического заболевания поэтому должно связать больного со средой, с той социальной группой, в которую он включен. Эстерсон настаивает, что социально-ориентированное исследование шизофрении должно быть последовательно направлено на: 1) каждого члена семьи; 2) отношения между членами семьи; 3) семью как систему<sup>303</sup>. Исследователь-терапевт, таким образом, движется по следующему пути: 1) исследование случая; 2) прояснение паттернов группового поведения; 3) разъяснение паттернов опыта; 4) связывание опыта с поведением, межличностным опытом и межличностным взаимодействием. На протяжении всего движения исследования необходима идентификация и снятие противоречий социальной системы, и только так можно прояснить базовые паттерны социальной практики группы.

Такое исследование опирается на сомнение в диагнозе, в методах диагностики, сомнение в представляемой семьей точке зрения, и вообще сомнение в том, что патологический процесс является внутриличностным процессом, а не результатом социальной практики. Центр исследования при этом смещается от того члена семьи, который считается психически больным, на саму семью как целостность.

---

<sup>301</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 248.

<sup>302</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 267.

<sup>303</sup> Esterson A. Te Leaves of Spring... P. 241.

Первыми зацепками здесь представляются самоопределение самого больного и особенности идентификации его остальными членами семьи, в рамках социальной группы взаимосвязанные в неразрывном единстве. Как подчеркивает Эстерсон, эти маркеры и позволяют уже на первых стадиях вскрыть особенности групповых отношений, особенности социальной практики группы. Терапевт или исследователь, таким образом, должен погрузиться в сложную и запутанную сеть идентификаций: в сеть взаимной симпатии и антипатии, повседневных отношений и обязанностей, обид и ссор, в сеть взаимных претензий, сеть приятия и неприятия. Такое понимание социальной группы формируется у Эстерсона не без влияния психоанализа и основано на представлении о том, что все проблемы личности коренятся в межличностных конфликтах, в возникших на почве неудачного социального взаимодействия комплексах. Вскрыть социальную связку означает вскрыть и проработать конфликт, а следовательно, минимизировать и сами личностные симптомы. Для того чтобы помочь самому человеку, нужно работать с его социальным окружением – таков основной тезис теории Эстерсона, и этот тезис, как мы видим, он повторяет вслед за Лэйнгом.

Если кратко представлять метод анализа коммуникации, который ведет Эстерсона к вскрытию базисной социальной практики группы, то его можно определить как процесс поиска ответов на три взаимосвязанных вопроса, которые могут быть адресованы как отдельным членам группы, так и группе в целом: 1) почему они так делают; 2) что они делают; 3) когда они это делают. Как подчеркивает Эстерсон, «причина, стиль и темпорализация – все это функции базисного принципа практики человека или группы»<sup>304</sup>. Эти функции понятны исследователю не всегда, и почти никогда они не явны для человека и членов его семьи.

Эстерсон логически продолжил начатый с Лэйнгом проект. Теоретическое развитие понятия противоречия и разработки методологии работы с этим противоречием в группах – это то, что вполне закономерно вытекало из социальной феноменологии шизофрении. Однако эти исследования Эстерсона, как и их первоначальные совместные исследования с Лэйнгом, по большому счету так и остались исключительно теоретическими. Он описал пространство работы – противоречие и инструмент воздействия – самого психотерапевта, но конкретных механизмов изменений так и не выделил. Социальная феноменология в том смысле, который вкладывал в это понятие Лэйнг, в принципе этого и не предполагала. Другие соратники Лэйнга и коллеги Эстерсона пошли по другому пути: они продолжили идеи Лэйнга не в теории, а на практике, и, принимая социальную феноменологию как исходную теоретическую и методологическую данность, стали развивать свои терапевтические проекты.

## 2. Джозеф Берк и кризисный центр «Шатры»

Если Эстерсон продолжил идеи Лэйнга в исследовательском пространстве, то Джозеф Берк стал отталкиваться от практики, и все его теоретические идеи вторичны по отношению к его практической работе. Берк познакомился с Лэйнгом еще студентом и, находясь под его влиянием, не испытывал потребности в формировании собственной теории. Они встретились в 1963–1964 гг. во время визита Лэйнга в Америку, а в сентябре 1965 г. Джозеф Берк со своими друзьями Мортон Шатцманом и Леоном Редлером прибыл в Кингсли-холл.

Лэйнг был об этой компании не очень высокого мнения: «Они были типичными американцами, и я не мог их привлечь ни к какому исследованию. Здесь я мыслил как начальник исследовательской группы Тавистокского института. Они были типичными

---

<sup>304</sup> Esterson A. The Leaves of Spring... P. 247.

“нахальными и болтливыми американцами” в худшем смысле этого слова, в особенности Джо Берк и, конечно, в меньшей степени Леон. Они были типичными янки... <...> Они не подходили для участия в исследовании нормальных семей, которое я проводил в Великобритании. Сначала я должен был разъяснить им, как постучать в дверь, как войти в дом, как сесть и как нужно вести себя в семье во время чаепития»<sup>305</sup>.

В Кингсли-холле Джозеф Берк вел самую известную пациентку этой коммуны – Мэри Барнс. В 1963 г. на Уимпол-стрит она познакомилась с Лэйнгом. В 1953 г. в течение года Барнс лежала в психиатрической больнице с диагнозом «шизофрения». Через некоторое время после прибытия в Кингсли-холл Мэри стала вновь обнаруживать симптомы шизофрении. Как любил говорить Лэйнг, эта больная нуждалась в терапии 24 часа в сутки. Барнс стала хрестоматийным примером тех идей, которые развивал тогда Лэйнг. Он считал, что психическое заболевание может стать мостом к новому существованию, кризисом, через который при грамотном сопровождении можно пройти и «переродиться». Именно этот кризис Мэри и продемонстрировала.

В конце 1965 г. поведение Мэри Барнс начало вызывать серьезное беспокойство. У нее наметились явные тенденции регресса. Сначала она еще продолжала выполнять свои обязанности медицинской сестры, но, возвращаясь в свою комнату, сбрасывала с себя всю одежду и проводила время, лежа на матрасе, на полу, произвольно испуская мочу и кал. В шесть часов утра следующего дня она вставала, принимала душ и вновь приступала к своим обязанностям. Через несколько недель она попросила освободить ее от работы и совершенно ушла в себя, поддавшись захватившему ее регрессу. Она отказывалась от еды, ни с кем не разговаривала и забивалась в подвальное помещение, где, закутанная в грязное одеяло, жила нагишом. Стены подвального помещения, как и сама Мэри, были покрыты ее экскрементами. Ела она только из детской бутылочки, тем самым возвращаясь к состоянию новорожденного.

Постепенно Мэри достигла весьма рискованного состояния. Она катастрофически похудела и превратилась в настоящий скелет. Она не ела, перестала разговаривать и не могла встать. Она на самом деле могла умереть. По ее собственным словам, она возвращалась к внутриутробному состоянию. Лэйнг и его соратники попали в не очень хорошую ситуацию. Смерть Мэри могла стать приговором для Кингсли-холла и любых других подобных проектов. Кингсли-холл только что открыли, и такой исход был крайне нежелателен. Насильно отправить Мэри в обычную психиатрическую больницу также было нельзя, поскольку репутация как психиатров Кингсли-холла, так и самого проекта изрядно пострадала бы.

Нужно было что-то делать. Разгорелся нешуточный спор. Все предлагали свои варианты выхода из ситуации. Наконец, после ночи споров, было решено делегировать Лэйнга, чтобы он вошел к ней и попытался поговорить. Так он и поступил. Он объяснил Мэри, что судьба Кингсли-холла находится в ее руках и что именно она должна принять решение, от которого зависит жизнь других людей. Через некоторое время она согласилась поесть. Кризис миновал, поведение Мэри стало образцом для подражания, и другие обитатели следовали ее примеру. Это были нелегкие времена.

Именно тогда Джозеф Берк сыграл на одном из недостатков Лэйнга: тот строил свои отношения с пациентами по одному и тому же сценарию. Он как никто другой умел внушить революционные идеалы, дать почувствовать надежду и увидеть свет в конце туннеля (вспомним, только он смог совладать с Мэри Барнс), но после этого пациент становился ему неинтересен. Он никогда не доводил пациента до полной победы. Берк подхватил в таком

---

<sup>305</sup> Mullan B. Mad to Be Normal... P. 197.

«брошенном» состоянии Мэри Барнс. Она по-прежнему требовала внимания 24 часа в сутки, но уже не получала его. Это именно он стал работать с ней часами и днями, выносил запах ее испражнений, которыми она так любила рисовать, подолгу разговаривал с ней. Позднее эта работа и эта история легли в основу их совместной книги «Мэри Барнс: Два отчета о путешествии через безумие».

Мэри Барнс прошла цикл перерождения примерно за 5–6 недель, и, если бы не было этого хрестоматийного случая, возможно, Кингсли-холл не был бы овеян таким романтическим ореолом. А так, посредством метанойи Мэри Барнс, этот проект, несмотря на то что он продолжал свое существование, уже стал успешным. Мэри Барнс показала, что то, ради чего был создан Кингсли-холл, возможно в его стенах. Она писала: «Кингсли-холл, моя “вторая” жизнь, моя “вторая” семья, он всегда со мной. Жизнь в моей жизни»<sup>306</sup>. Как и в некоторых других историях-экспериментах антипсихиатрии, в этой, как утверждают критики, не все было гладко. В 1978 г. Джон Уинг на основании подробного анализа пришел к выводу, что была допущена диагностическая ошибка и что Мэри Барнс была больна не шизофренией, а истерией<sup>307</sup>.

Благодаря Кингсли-холлу Мэри Барнс стала известной, после 1967 г. Джозеф Берк и Мэри Барнс все больше и больше выходят на первый план. В июне 1968 г. в «Sunday Observer» вышла статья под названием «Как Мэри Барнс в 42 родилась заново». Весной (11 апреля) того же года в Центре искусств Камдена состоялась ее первая персональная выставка картин. Ее случай стал хрестоматийным примером эффективности пребывания в терапевтических сообществах, а сама Мэри, вплоть до своей смерти в 2002 г., – культовой фигурой британской контркультуры. Благодаря этому путешествию она стала известна, ее картины продавались, а в 1979 г. Дэвид Эдгар издал пьесу под названием «Мэри Барнс»<sup>308</sup>.

Берк тоже постепенно закреплялся в кругу радикально настроенных психиатров и антипсихиатров. В 1967 г. он входит в организационный комитет конгресса «Диалектика освобождения», а после этого антиконгресса, как он его называл, вдохновленный его успехом, он привлекает Лэйнга и Купера к реализации еще одного контркультурного проекта – Антиуниверситета<sup>309</sup>. Институт феноменологических исследований выделяет беспроцентную ссуду в 350 ф. ст., на которые арендуется помещение, печатаются программы и нанимаются секретари. Антиуниверситет открывает свои двери для всех желающих 12 февраля 1968 г. в Шордиче на Ривингтон-стрит, 49.

Учредителями Антиуниверситета выступили Джозеф Берк и Аллен Кребс. В координирующий комитет вошли также Дэвид Купер, Леон Редлер, Джульетт Митчелл, Мортон Шатцман, Стюарт Мантгомери и Эйс Бенвенист. До прибытия в Кингсли-холл Берк принимал участие в организации Свободного университета Нью-Йорка, поэтому здесь он в какой-то мере продолжал опыт экспериментальных и антиинституциональных учебных заведений. Эта идея обсуждалась и на конгрессе «Диалектика освобождения». Посетивший его основатель Свободного университета Нью-Йорка Пол Гудмен критиковал современное образование, настаивал на необходимости возвращения к средневековой университетской

<sup>306</sup> Barnes M. Flection // R. D. Laing and Anti-Psychiatry. P. 287.

<sup>307</sup> Wing J. K. Reasoning about Madness. Oxford: Oxford University Press, 1978. P. 162.

<sup>308</sup> Edgar D. Mary Barnes. L.: Methuen, 1979.

<sup>309</sup> См. подробнее: Elzey R. Founding an Anti-University // Counter Culture / J. Berke (ed.). P. 229–248.



модели наставничества, передачи опыта и говорил об университете не как об административной структуре, а как о сообществе ученых и исследователей. Эти дискуссии шли одновременно со студенческими волнениями во Франции, и неудивительно, что среди левой молодежи эта идея получила большую популярность.

Этот проект был подобен другим антиинституциональным и антипсихиатрическим проектам и строился на том же посыле. Джозеф Берк считал, что для того чтобы увидеть негативность структуры, необходимо посмотреть на нее со стороны, однако за рамки этой структуры невозможно выйти, если из нее некуда выбраться. Для университетской системы таким своеобразным наблюдательным пунктом, не-институциональной альтернативой, из которой возможно оценить структуру университетского образования, и стал Антиуниверситет.

Радикализм проекта вписывался в радикализм европейского протеста, возвещая о смерти университета, очередной смерти в череде «смертей» 1960-х. В 1968 г. Берк писал: «Школы и университеты мертвы. Их нужно разрушить и вновь построить так, как хотим мы»<sup>310</sup>. Поэтому закономерно, что в первом проспекте Антиуниверситета, выпущенном в феврале 1968 г., обозначалась следующая ситуация его возникновения: «Антиуниверситет Лондона был основан в ответ на интеллектуальное банкротство и духовное опустошение системы образования как в Великобритании, так и по всему миру»<sup>311</sup>. По мысли учредителей, университетская система замкнулась на своих внутренних проблемах и оторвалась от социального контекста, в рамках которого она существует. Университет перестал отвечать потребностям и ситуации современности. Антиуниверситет должен был восстановить эту связь с обществом, культурой и политикой.

Антиуниверситет был ориентирован на изменение ролей и отношений: хотя статус преподавателя и лектора по-прежнему сохранялся, приветствовалось активное участие всех присутствующих. Не имели значения степени и квалификации, образовательная среда была потенциально открыта всем желающим. Антиуниверситет стремился возратить исходный смысл наставничества как передачи опыта от учителя к ученику, а учебные курсы при этом становились пространством встречи. Практически сразу он стал работать по принципам коммуны, и большинство участников проекта проживало там же.

Слушателям предлагались разнообразные курсы, которые читались еженедельно или раз в две недели по вечерам. Курсы по политической теории курировали активисты «New Lef Review»; художники-авангардисты Корнелис Кардью и Джон Лезем отвечали за художественное образование; поэты Джон Кейс и Ли Харвуд разрабатывали концепцию поэтических курсов; Лэйнг, Купер, Берк и Редлер отвечали за курсы по критике психиатрии. Среди курсов были «Экспериментальная музыка», «Демистифицируя медиа», «Психология и политика», «Семья как контрреволюционная сила», «Политика малых групп», «Психология и религия» и проч. Преподавали также Роберта Элзи, Френсис Хаксли, Йоко Оно и др. В первом квартале на курсы записалось около 200 человек. Экзамены отсутствовали, плата за обучение была минимальна – 8 ф. ст. за квартал и 10 шилл. за каждый курс, при этом вместо наличных приветствовалась оплата товарами и услугами, исключения за неоплату обучения не было.

Несмотря на интересную идею, очень скоро этот эксперимент закончился неудачей. Уже с самых первых шагов возникли многочисленные проблемы. На открытии вспыхнули

---

<sup>310</sup> Antiuniversity of London. Catalogue. 1968. Цит. по: *Jacobsen J.* The Antiuniversity of London – an Introduction to Deinstitutionalisation. <<http://antihistory.org/deinsti>>.

<sup>311</sup> *Jacobsen J.* The Antiuniversity of London...

разногласия по вопросу освещения деятельности Антиуниверситета в СМИ: нужно ли доверять СМИ как агенту властного общества функцию продвижения идей Антиуниверситета или оставить эту задачу для тех революционных групп, которые развивали проект. Затем проблемы вызвала назначенная плата и вопрос о том, нужно ли оплачивать работу организаторов и лекторов.

Возникали и другие проблемы. В отставку уже в мае 1968 г., в начале второй четверти, отправился Аллен Кребс, которого сменил Боб Коббинг, оставивший эту должность еще до завершения четверти. Летом накопились долги за аренду, телефон и электричество. Оставив здание на Ривингтон-стрит, 49, Антиуниверситет стал собираться на квартирах организаторов и сочувствующих, хотя проект уже тогда двигался к закату. Еженедельно в «International Times» давалось объявление о том, по какому телефону и адресу можно справиться об очередной встрече. Последнее из них вышло осенью 1971 г. Как отмечает Деннис Дворкин, «Антиуниверситет стал, наверное, единственной британской академической институцией, которую сокрушил май 1968 г.»<sup>312</sup>.

Для самого Джозефа Берка Антиуниверситет не стал последним проектом, и теперь на смену политической деятельности пришла профессиональная – терапевтическая. Когда в конце 1960 – начале 1970-х ближайший круг Лэйнга стал раскалываться, Берк пошел своим путем: он отошел от проектов Лэйнга и создал собственный – терапевтическое сообщество «Шатры»<sup>313</sup>, которое впоследствии выросло в Кризисный центр «Шатры». В этом проекте он продолжает тот опыт, который получил с Мэри Барнс в Кингсли-холле, рассматривая психическое заболевание как тяжелый кризис, а психически больного – как человека, который нуждается в помощи, причем не в помощи-лечении, а в помощи-сопровождении. Точно так же, как Берк сопровождал Барнс в ее путешествии, он сам и его соратники начинают сопровождать обитателей сообщества «Шатры» на их нелегком пути.

Кризисный центр «Шатры» образован в 1973 г. как сообщество коммунального проживания врачей и пациентов. Сообщество располагалось в викторианском здании на севере Лондона и было сравнительно небольшим: одновременно в Центре могли проживать шесть – семь клиентов и два – три терапевта. Те, кто переживал психические расстройства, назывались «гостями», так обходили проблему стигматизации, да и само это наименование соответствовало той роли, которую они выполняли. Для гостей не существовало никаких ограничений, они представляли совершенно различные социальные слои: в «Шатры» приезжали простые рабочие и поп-звезды, домохозяйки и психологи, представители религиозных и этнических меньшинств. Попасть в Центр можно было только добровольно.

Название задано центральной концепцией Центра: как указывают Берк и его соратники, «Кризисный центр отталкивался от идеи о том, что личностный кризис может стать осевым моментом как для психического и социального нарушения, так и для продвижения к новым и сущностным горизонтам жизни»<sup>314</sup>. Работа центра основана, по признанию самого Берка, на психосоциальном подходе, объединяющем психодинамический (ориентированный

---

<sup>312</sup> Dvorkin D. L. Cultural Marxism in Postwar Britain: History, the New Left, and the Origins of Cultural Studies. Durham, NC: Duke University Press, 1997. P. 128.

<sup>313</sup> От *англ.* arbour. Берк указывает на ветхозаветный образ шатра, который Бог велел построить иудеям как убежище для странствующих по пустыне.

<sup>314</sup> Beyond Madness: PsychoSocial Interventions in Psychosis / J. H. Berke, M. Fagan, G. Mak-Pearce (eds). L.: Jessica Kingsley Publishers, 2002. P. 26.

внутрипсихически) и социально-динамический (межличностно ориентированный) аспекты<sup>315</sup>.

В основе функционирования Центра стоят три взаимосвязанные системы: окружающая среда, группа и команда. При этом команда включает гостей, постоянно проживающих в Центре терапевтов, руководителя команды (гостевого терапевта) и стажеров. Команда встречается три – пять раз в неделю, и она есть у каждого гостя. Группа – это все, кто живет в сообществе, проживающие там терапевты и гости, которые собираются вместе четыре раза в неделю. Окружающая среда – это среда, в которую человек попадает в Центре, терапевтическая среда, пространство открытого межличностного взаимодействия<sup>316</sup>.

Теоретическую базу практической деятельности Центра составляют по большей части работы и подходы Лэйнга, дополненные идеями психоанализа отношений, отраженными в работах М. Кляйн, У. Биона, Г. Розенфельда и др. Таким образом, акцентируется психоаналитический контекст Лэйнговой социальной феноменологии. По мнению Берка, это позволяет избежать излишней погруженности в социальное и преодолеть невнимание к внутреннему пространству личности.

При таком подходе психоз понимается как защитный экран, стена от окружающего внешнего и внутреннего миров, переживаемых при этом как угроза. Берк и его коллеги оставляют позади медицинскую метафору психического заболевания и социального клеймения и пытаются обратиться к личностному и межличностному смыслу того феномена, который принято очерчивать понятием «безумие»<sup>317</sup>. Сама ситуация терапевтического взаимодействия предполагает работу с защитными механизмами личности, включенными в круг социальной ситуации общения. Важнейшим при этом становится механизм проекции.

Процесс терапии сопряжен с пятью стадиями, которые проходят все гости: 1) прибытие (*Arriving*); 2) обживание (*Settling-in*); 3) адаптация (*Settling-down*); 4) отъезд (*Leaving*); 5) последующая жизнь (*Following-up*)<sup>318</sup>.

*Прибытие* сопровождается интенсивными страхами перед новым местом и новыми людьми, боязнью утраты контроля над собой, дальнейшего регресса и схождения с ума. Этим страхам сопутствуют ощущения стыда и позора, чувство вины, беспомощность и безнадежность, поэтому на этой стадии часты депрессивные реакции, реакции деперсонализации, дереализации, отказа от пищи и тотального протеста. Задача терапевтической команды здесь – развитие спокойствия и установление первичной структуры отношений на новом месте, включение в коммуникативную сеть сообщества, поддержка и понимание. Команда должна быть озабочена не столько лечением, сколько адаптацией и снятием напряжения.

При *обживании* происходит снижение напряженности и исчезновение страхов, что создает платформу для развития способности к осмыслению тех проблем, что привели гостя в Центр. На этой стадии формируется терапевтический альянс между гостем и терапевтами сообщества, определяется график встреч, в который в случае необходимости включается работа

---

<sup>315</sup> Beyond Madness... P. 19.

<sup>316</sup> Berke J. H. . Psychotic Interventions at the Arbours Crisis Centre // Psychosis: Understanding and Treatment / J. Ellwood (ed.). L.: Jessica Kingsley Publishers, 1995. P. 120–132.

<sup>317</sup> Beyond Madness... P. 23.

<sup>318</sup> Berke J. H. Arriving, Settling-In, Settling-Down, Leaving and Following-Up: Stages of Stay at the Arbours Centre // British Journal of Medical Psychology. 1987. Vo 1. 60. P. 181–188.

с семьей и близкими гостя. У гостя развивается терпеливое отношение к той психической проблеме, что привела его в Центр и закладывается платформа для терапевтической работы, происходит мобилизация душевных сил.

*Адаптация* – стадия межличностного объединения и восстановления внутриспсихической целостности, период внутренней интеграции, развитие самости и творческой идентификации с терапевтами. Именно здесь формируются переносы и контрпереносы, с которыми в последующем работают психологи. Терапевты становятся образцом, по которому строят свое поведение гости, и сами гости начинают активнее участвовать в жизни команды, за ними закрепляются определенные повседневные обязанности. Это стадия основной терапевтической работы.

*Отъезд* сопровождается амбивалентными эмоциями и переживаниями, которые могут привести к новому кризису. Тоска и нежелание покидать Центр могут неосознанно индуцировать вторую волну патологических симптомов. Сложной эта стадия является и для терапевтов, которые работали с гостем, поскольку теперь они должны отпустить его в большой мир и разорвать сформированные по отношению к нему эмоциональные связи. Чувство утраты значимого человека возникает у всех членов команды, что может привести к коллективной депрессии, поэтому здесь важна роль руководителя группы, который должен помочь всем участникам пройти эту стадию благополучно.

*Последующая жизнь* составляет от нескольких недель до нескольких месяцев. Покинувшие сообщество гости могут посещать ежемесячные встречи терапевтической сети, объединяющей несколько терапевтических групп, активизируя процесс межличностной и внутриличностной интеграции. Все они проходят подробное анкетирование спустя три и девять месяцев после отъезда из сообщества.

Эти стадии, по мнению Берка, составляют модель терапевтического взаимодействия как в нетрадиционных, так и в традиционных терапевтических объединениях и учреждениях. Весь смысл в том, что чувства и отношения терапевтов, стажеров и других членов терапевтической команды являются самым значимым элементом процесса исцеления.

Суть не только в том, чтобы избавить человека от разрушительного патологического опыта, но и в том, чтобы осмыслить его. В Центр попадают люди, которые не могут больше сдерживать свои мысли, чувства, желания, поступки, поэтому задача персонала – поддержать их и снова научить контролировать себя, а это возможно только путем переоценки и переработки своего внутреннего и внешнего мира. Гости должны вновь обрести целостность и автономию, способность взаимодействовать с реальностью, а также планировать свою жизнь.

Сегодня Кризисный центр «Шатры» продолжает свое функционирование, правда, в 2009 г. Берк оставил пост директора, а сам центр был преобразован в Arbours Association. Ассоциация объединяет три терапевтических сообщества, предлагающих терапевтические программы для людей, переживающих эмоциональные, психологические и социальные проблемы. Сообщества ориентированы на развитие личности и поддержание свободной самореализации, здесь принимающая и уютная атмосфера. Организация сообществ за 40 лет не изменилась. Каждое сообщество состоит из семи – восьми человек и двух сопровождающих его терапевтов-кураторов. В терапевтическом курсе практикуются групповые встречи и индивидуальная терапия. Среднее время пребывания в сообществе около четырех – шести недель. Сам Берк уже давно отошел от политической борьбы и посвятил свои силы терапевтической работе, как в теории, так и на практике. За последнее десятилетие с небольшим он выпустил пять книг и множество статей по технике социальной работы с психозами, взаимосвязи психоанализа и каббалы, ненависти, жалости и зависти и проч. Сейчас его деятельность не менее продуктивна, чем в годы расцвета антипсихиатрии.

### 3. Лорен Мошер и «Сотерия»

Самым успешным и самым признанным из всех ближайших соратников Лэйнга оказался Лорен Мошер (1933–2004), который в своем проекте «Сотерия» предпринял попытку развить его идеи, отслеживая эффективность работы и сохраняя институциональные связи самого проекта с психиатрией.

Мошер родился и вырос в Монтерее (Калифорния), закончил Стэнфордский университет и Гарвардскую медицинскую школу. В отличие от Лэйнга и некоторых его последователей его идеи и деятельность всегда были четко институционализированы: он проходил обучение в Национальном институте психического здоровья, затем там же с 1968 по 1980 г. был организатором и первым директором Центра исследований шизофрении, главным редактором «Schizophrenia Bulletin».

В 1970–1992 гг. Мошер руководит проектом «Сотерия» – терапевтическим сообществом для больных шизофренией, в котором живое общение и феноменологический подход ставятся выше лечения препаратами. После окончания проекта он занимается исследовательской работой, а также занимает должность профессора психиатрии в медицинской школе Калифорнийского университета и директора Службы охраны психического здоровья в Сан-Диего, Калифорния. В 1998 г. Мошер выходит из Американской психиатрической ассоциации из-за несогласия с ее политикой подчинения фармакологическим компаниям, обвиняя ее в том, что под их влиянием она превращается в психофармакологическую ассоциацию.

Исходной точкой своей карьеры, точнее, ее переориентации, Мошер называет собственный опыт экзистенциального кризиса<sup>319</sup>. Это произошло в 1961 г., он вспоминает: «Впервые я почувствовал ответственность, заботясь о людях, которые вот-вот умрут, я был бессилён помочь им, я мог лишь попробовать понять то, что они переживают. <...> Впервые я столкнулся с фактом своей собственной смертности и с тем, что моя смерть сопровождалась бы такими же унижением, дегуманизацией и отсутствием всякой помощи, если бы мне не повезло оказаться в той больнице, в которой я тогда работал»<sup>320</sup>.

Этот опыт заставил Мошера искать объяснение пережитого им: он обратился к отредактированной Р. Мэйем работе «Экзистенция», а также открыл для себя благодаря Людвигу Лефевру экзистенциально-феноменологическую философию и психиатрию: труды Гуссерля и Сартра, Кьеркегора и Мерло-Понти, Тиллиха и Бинсвангера. Эти работы, по его собственному признанию, изменили его взгляд на больных, привив непредвзятость, уведя от категоричности к открытому восприятию опыта болезни. Центральной для него установкой стало понимание всех переживаний пациента как онтологически реальных: «Что вы видите, то и есть», – обозначил он эту стратегию.

Этот феноменологический взгляд дополнился для Мошера идеями Г. С. Салливана и Г. Бейтсона, поэтому его внимание устремилось к межличностным отношениям, коммуникации. Одновременно с этими интеллектуальными исканиями психиатрическая больница представляла в его повседневной работе образцы тоталитарных стратегий,

---

<sup>319</sup> Биографические сведения о Мошере и его проектах см.: Wyze J., de . Still Crazy afer All Tese Years // San Diego Weekly Reader. 2003. Vol. 32. No. 2. January 9.

<sup>320</sup> Mosher L. R . Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review // Te Journal Of Nervous And Mental Disease. 1999. Vol. 187. No. P. 142–149.

авторитаризма и стигматизации. В конце концов он пришел к выводу, что «психиатрические больницы – это не самое лучшее место для душевнобольных»<sup>321</sup>. Он начал скептически смотреть и на доминирование медикаментозной терапии в лечении, одновременно осознав, что человеческие отношения могут стать терапевтической силой даже для таких закрытых больных шизофренией.

Мошер никогда не хотел стать обычным врачом-психиатром, да и никогда, подобно Лэйngu, не работал в психиатрических больницах, он хотел быть и был психиатром-исследователем. С 1964 г. он занимает пост ассоциированного врача в Национальном институте психического здоровья, в отделении семейных исследований. Уже на основании ранних изысканий он говорит о значимости психосоциальных факторов в формировании психоза.

В июне 1966 г. Мошер знакомится с деятельностью Филадельфийской ассоциации и до 1967 г. стажирuется в Кингсли-холле у Лэйнга. Лэйнг был для него несомненным авторитетом: он прочитал «Разделенное Я» как только оно вышло, и все, что было там написано, удивительно совпало с его собственным восприятием психического заболевания.

В 1966 г., когда Мошер входит в Кингсли-холл, проект находится в самом разгаре и уже высвечивает ряд проблем. Некоторые проживавшие в коммуне доктора уже покинули ее, поскольку больше не могли 24 часа в сутки жить с психически больными, не имея никакой личной жизни. «Все это напоминало зоопарк, в который приезжали американцы, чтобы полюбоваться на животных в клетках»<sup>322</sup>, – позднее вспоминал Мошер. Кингсли-холл дал ему как негативный, так и позитивный опыт. Повседневная жизнь коммуны была организована крайне плохо: здание было в запущенном состоянии, возникали проблемы с приготовлением еды и с финансами. Кингсли-холл впервые показал ему реальную альтернативу обычной институционально организованной и движимой медикаментозной терапией психиатрической больницы, он доказал, что больные шизофренией могут поправиться и в других условиях.

После такого радикального опыта Мошер попадает в совершенно противоположную ситуацию. Он работает доцентом военно-медицинской школы Йельского университета и врачом психиатрического отделения в Коннектикутском центре психического здоровья. Здесь он проводит эксперимент, аналогичный «Шумной комнате» Лэйнга. Отделение начинает функционировать в режиме открытых дверей, пациентам разрешается заниматься тем, чем они желают, и как угодно оформлять свои палаты. Правда, через год администрация решает прекратить эксперимент и вернуть отделение в традиционное русло. Получив подтверждение своим догадкам и осуществив первый опыт организации свободного пространства терапии, Мошер уже не мог остановиться на полпути. В 1968 г. он становится первым директором Центра исследований шизофрении, только что организованного при Национальном институте психического здоровья.

В 1969 г. группа психиатров из Северной Калифорнии обратилась к Национальному институту психического здоровья с просьбой выделить деньги на проведение сравнительного исследования. Они собирались организовать эксперимент и сопоставить эффективность лечения в двух отделениях одной психиатрической больницы: в первом должно было проводиться традиционное лечение нейролептиками, во втором – психосоциальная терапия без использования препаратов. В деньгах отказали, и исследовательская группа оставила эту идею,

---

<sup>321</sup> Mosher L. R. Soteria and Other Alternatives...

<sup>322</sup> Wyze J., de . Still Crazy Afer All Tese Years.

но Мошеру она понравилась, и он начал обдумывать пути ее практической реализации. Итогом этой деятельности и стала организация терапевтического сообщества «Сотерия».

Исследовательский проект «Сотерия» Мошер запускает в апреле 1971 г., открывая одноименное сообщество (Soteria House); в 1974 г. тоже около Сан-Франциско стартует сообщество-близнец «Эманон» (Emanon), задуманное как подтверждение опыта «Сотерии». Уже в 1974 г. публикуются первые результаты эксперимента<sup>323</sup>, впоследствии они подтверждаются<sup>324</sup>.

«Сотерия» в переводе с греческого означает «спасение», «освобождение». Теоретический и методологический фундамент проекта составили межличностная теория Салливана, традиция морального исцеления американской психиатрии, теория стигматизации, теория индивидуальной терапии (в частности, юнгиански ориентированная), психоанализ, концепция перерождения в психозе, а также имевшийся тогда опыт организации терапевтических сообществ.

Сообщество базировалось в небольшом двухэтажном доме в Сан-Хосе. В доме было 12 комнат, вмещавших одновременно шесть больных, с которыми круглосуточно находились двое добровольцев, другие добровольцы, психологи, психиатры сменяли друг друга и не проживали в здании постоянно. Директор проекта и психиатры координировали его, но не находились с больными круглосуточно.

Эта определенная численность клиентов, которых могла принять «Сотерия», не могла быть ни больше, ни меньше. Если набиралось больше людей, единая группа разбивалась на части, и хотя большая численность клиентов содействовала налаживанию интенсивного общения, в нем исчезала глубина, и связи между членами группы так и оставались поверхностными. Большая численность сообщества приводила и к конфликтам внутри штата. При меньшей численности клиентов возникало ощущение изоляции, внутригрупповые отношения уступали место дуальным межличностным, и клиенты часто высказывали жалобы либо на излишнюю, либо на недостаточную поддержку и защищенность. Внутригрупповые процессы при меньшей численности попросту не запускались. Поэтому опытным путем было установлено, что если около 12–15 или менее шести человек проводят в «Сотерии» более четырех часов в день, начинают возникать конфликты или разрушается пространство внутригруппового взаимодействия<sup>325</sup>.

Участников проекта отбирали по следующим критериям: 1) диагноз «шизофрения», поставленный тремя независимыми врачами; 2) нуждающиеся в госпитализации; 3) имеющие четыре из семи диагностических симптомов по Блейлеру (подтвержденные двумя независимыми врачами); 4) не более одной госпитализации, продолжительностью не более 30

---

<sup>323</sup> Mosher L. R., Menn A. Z. Soteria: An Alternative to Hospitalization for Schizophrenia // Current Psychiatric Therapies / J. H. Masserman (ed.). N.Y.: Grune and Stratton, 1974. Vol. XL. P. 287–296; Mosher L. R., Menn A. Z., Matthews S. Soteria: Evaluation of a Home-Based Treatment for Schizophrenia // American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 45. P. 455–467.

<sup>324</sup> Mosher L. R., Menn A. Community Residential Treatment for Schizophrenia: Two-Year Follow-up // Hospital and Community Psychiatry. 1978. Vol. 29. P. 715–723; Matthews S. M., Roper M. T., Mosher L. R. et al. A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-Year Postdischarge Risk of Relapse // Schizophrenia Bulletin. 1979. Vol. 5. No. 2. P. 322–333.

<sup>325</sup> Mosher L., Vallone R., Menn A. Z. Treatment at Soteria House: A Manual For the Practice of Interpersonal Phenomenology (Unpublished Report). P. 63. <<http://psychrights.org/Research/Digest/Efective/1992SoteriaManual.pdf>>. Доклад опубликован только на нем. языке: Mosher L., Vallone R., Menn A. Z. Dabeisein: Das Manual zur Praxis in der Soteria. Berlin: Psychiatrie-Verlag, 1994.



дней; 5) возраст от 18 до 30 лет; 6) не состоящие в браке. В основном обитатели «Сотерии» – это молодежь в возрасте около 21 года, белые, с хорошим образованием, как отмечает сам Мошер, это были представители низшего среднего класса, выходцы из семей синих воротничков из пригородов.

В отличие от Кингсли-холла, который был организован как терапевтическая коммуна и свободное пространство, «Сотерия» имела еще и исследовательские цели. Мошер всегда характеризовал этот проект прежде всего как исследовательский. Как он отмечает в совместной работе с коллегами, «Руководящая для “Сотерии” философия – это то, что шизофреническая реакция есть измененное состояние сознания человека, переживающего жизненный кризис. Предполагалось, что подрывной психотический опыт несет в себе потенциал для реинтеграции и восстановления, и если этот процесс не будет раньше времени прерван использованием в лечении нейролептиков, он приведет к обретению устойчивого смысла своего “я”»<sup>326</sup>.

Проект опирался на парадигму социальной феноменологии, стремясь развить в терапевтическом сообществе нетоталитарные, недирективные и активные эмпатические отношения. Поэтому отношения – это основное терапевтическое пространство «Сотерии». «В целом, – пишет Мошер, – метод “Сотерии” можно охарактеризовать как 24-часовую межличностную феноменологическую интервенцию со стороны добровольцев-неспциалистов, обычно без использования нейролептиков, в рамках создаваемой домашней, спокойной, поддерживающей, защищающей и терпимой межличностной атмосферы»<sup>327</sup>.

Мошер убежден, что социальная межличностная феноменология, на которой базировался проект, – это не теория, а позиция, метод, подход, который позволяет рассмотреть человека в его целостности. Это требует безоговорочного признания и принятия опыта психически больного человека, уважения к нему и со-бытия с ним. Большинство теорий психического заболевания, по убеждению авторов проекта, рассматривали один из аспектов человеческого функционирования, и только межличностная феноменология позволяла схватить его во всей его целостности, во взаимодействии с другими<sup>328</sup>. Такая стратегия должна была позволить человеку свободно реализовывать свое существование при терпеливом наблюдении, без руководства, без слежения. Мошер отмечает, что в проекте даже не проводились никакие терапевтические сессии, хотя персонал постоянно вел терапевтическую работу, она была свободной и недирективной, по крупицам рассеиваясь в обычной повседневной жизни.

В «Сотерии» всячески культивировалось развитие симметричных и комплементарных отношений. Развитие симметричных отношений подталкивало клиентов к развитию активности: они могли обмениваться взаимной критикой или давать друг другу советы, развивать конкурентное взаимодействие. В комплементарных связях клиенты поддерживали друг друга, развивая амбивалентные отношения власти и зависимости, обучения и научения и осваивая противоположные роли. Таким образом, симметричные отношения дополняли комплементарные, включаясь в целостный комплекс внутригруппового взаимодействия<sup>329</sup>.

Л. Мошер и Л. Сиомпи выделяют следующие критические элементы проекта.

---

<sup>326</sup> Matthews S. M., Poper M. T., Mosher L. R. et al. A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia... P. 323.

<sup>327</sup> Mosher L. R. Soteria and Other Alternatives... P. 144.

<sup>328</sup> Mosher L. Soteria-California and Its Successors: Therapeutic Ingredients // Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2004. No. 6. P. 15.

<sup>329</sup> Mosher L., Vallone R., Menn A. Z. Treatment at Soteria House... P. 7.

#### 1. Условия:

- малочисленная, базирующаяся на коммунальном принципе группа;
- открытая, добровольная, домашняя атмосфера;
- в совокупности не более 10 жителей, из которых двое (мужчина и женщина) – из числа персонала;
- преимущественно 24–48-часовые пересмены, направленные на интенсификацию общения.

#### 2. Социальная среда:

- уважительная, внутренне согласованная, прозрачная и предсказуемая, способная обеспечить защиту и безопасность, покровительство, сдерживание, контроль возбуждения, поддержку и социализацию;
- с течением времени должно сформироваться нечто вроде семьи.

#### 3. Социальная структура:

- сохранение права личности на автономию, ослабление иерархии, предотвращение развития ненужной зависимости и культивирование взаимных отношений;
- сведение к минимуму ролевой дифференциации (между штатом и клиентами), поощрение гибких сценариев ролевого поведения, сближения и отзывчивости;
- совместное исполнение повседневных домашних обязанностей, поддержание повседневной активности, связывающей с обычной жизнью: готовки, уборки, посещения магазинов, досуга и проч.

#### 4. Персонал:

- это могут быть как дипломированные профессионалы в области психического здоровья, так и отобранные и прошедшие предварительную подготовку непрофессионалы, а также бывшие клиенты;
- весь персонал должен проходить супервизию работы с клиентами и семьей.

#### 5. Отношения (самый важный элемент работы):

- беспристрастный подход к клиентам;
- культивирование позитивной установки на выздоровление;
- опора на положение о реальности субъективного опыта психоза, развитие его понимания посредством «со-бытия» и «содействия» с клиентом;
- отказ от использования психиатрического жаргона при взаимодействии с клиентом.

#### 6. Терапия:

- осуществляется любая активность, которая является потенциально «терапевтической», за исключением формата терапевтических сессий, если только такая терапия не проводится с семьями на дому;
- возникающие проблемы должны решаться немедленно, с привлечением всех, кто имеет к ним хоть какое-либо отношение.

#### 7. Медикаментозное лечение:

- отказ от использования нейролептиков или использование крайне низких доз во избежание интеллектуального и эмоционального уплощения, а также из-за риска токсичности;
- допущение использования бензодиазепинов для регуляции цикла сна и бодрствования.

#### 8. Продолжительность пребывания:

- достаточное время, чтобы посредством отношений осознать события, пережить обычно отрицаемые эмоции и выразить их, посмотреть на них в их собственном свете, в контексте жизни личности.

#### 9. Последующее наблюдение:

- поощрение отношений со штатом и другими клиентами, допущение

непродолжительного возвращения (в случае необходимости) и содействие решению проблем клиента в рамках коммунарных социальных сетей;

- доступность этих сетей важна для достижения долгосрочных результатов, поскольку они поддерживают интеграцию бывших клиентов и программы<sup>330</sup>.

Больные в «Сотерии», как и в Кингсли Холле, были самые разные: кататоники, раскачивающиеся по несколько часов подряд, аутичные шизофреники, непрестанно что-то бормочущие себе под нос, параноики, постоянно слышавшие угрожающие голоса, была и своя Мэри Барнс – 17-летняя девушка, регрессировавшая до младенческого состояния, ходившая нагишом, лепечущая, как младенец, и требующая кормить ее грудью. Персонал позволял всем этим совершенно разным людям вести себя свободно. Было запрещено насилие, наркотики, сексуальные отношения между персоналом и больными и посещение сообщества посторонними (исключая друзей и родственников больных).

Использование медикаментозного лечения не отвергалось полностью. Персонал старался воздерживаться от назначения нейролептиков и транквилизаторов в течение первых шести недель терапии. Показаниями к ним считались неподдающиеся контролю акты насилия, угроза суицида и нестерпимые душевные терзания, лекарства давали пациентам только с их согласия.

Персонал и пациенты исполняли общие повседневные обязанности, совместно проводили время, т. е. просто жили. Добровольцы, которые там работали, стремились создать для больных домашнюю обстановку, они «были исследователями еще неизведанных рубежей, они были там, куда без предвзятости раньше осмеливались войти лишь несколько человек, и они пытались вне всякой властной системы сдерживать безумие»<sup>331</sup>.

Одним из основных принципов работы в «Сотерии» в пространстве межличностного общения становится «со-бытие» (*being-with*), в процессе которого, по мысли руководителей проекта, должно было произойти преодоление кризиса клиента, восстановление индивидуальности и расширение рамок и сценариев межличностного взаимодействия. Это со-бытие реализовывалось в три стадии, которые не обязательно были четко отграничены друг от друга, они накладывались друг на друга и редко были выражены на практике настолько четко, насколько описываются в теории.

*Первая стадия* – обширный кризис, когда больной больше всего нуждается в лечении. Эта стадия начинается, когда больной поступает в «Сотерию». В этот момент с ним устанавливает отношения один из добровольцев, входящих в штат, тот который способен наиболее адекватно и продуктивно взаимодействовать с этим новым человеком. Его задачей является формирование доверительных и близких отношений в паре, и в проекте считалось, что эти отношения должны стать в будущем основой гармоничных отношений с другими обитателями сообщества, с семьей и окружающими людьми. Особенностью стадии со-бытия является непрерывность формируемых отношений, благодаря ей закладывается прочность связи, поэтому для добровольца и больного это самый сложный период. Для первого это этап непрерывного пребывания с клиентом, непрерывной поддержки, для второго – опыт построения новых отношений. Если успешно складываются дуальные отношения, происходит переход на следующую стадию и их усложнение.

*Вторая стадия* – преобразование, когда клиент перестраивает свою личность в новых условиях, в которые погружается в сообществе. Здесь происходит расширение сети отношений

---

<sup>330</sup> Mosher L., Ciompi L. Soteria Critical Elements // Mosher L., Vallone R., Menn A. Z. Treatment at Soteria House...

<sup>331</sup> Цит. по: Wyze J., de. Still Crazy...

и закладывается основа работы над собственной личностью, поскольку в «Сотерии» основой всяких личностных изменений является пространство межличностных отношений. Одновременно отношения и само пребывание в сообществе становятся намного более спонтанными и свободными. Клиенты сами выбирают, что они будут делать, с кем они будут общаться, они могут разделять с другими повседневные обязанности и организацию собственной жизни и жизни сообщества. Так происходит формирование оберегающей и гармоничной социальной среды с симметричными и взаимными отношениями и включение в сообщество.

*Третья стадия* – развитие, когда клиент начинает расширять границы отношений. Знаком перехода на эту стадию являются постоянные жалобы клиента на то, что ему скучно и нечем заняться. Это означает, что он желает заниматься тем, что ему интересно, и необходимость изобрести альтернативу толкает его к внутреннему развитию. Здесь для клиента разрушаются границы терапевтического сообщества, и он начинает строить отношения за его пределами, организовывать отношения с другими обитателями сообщества не как с другими клиентами и персоналом, а как с обычными людьми вне зависимости от ролевой принадлежности. Эта стадия культивирует сотрудничество, планирование деятельности и постоянное общение, развитие взаимных отношений, ролевой лабильности и опыта социальной сплоченности<sup>332</sup>.

Особенности проводимого параллельно с терапевтической работой исследования состояли в том, что «экспериментальная» группа обитателей «Сотерии» сравнивалась с отобранной по аналогичным критериям контрольной группой, которую составляли пациенты обычной местной психиатрической больницы. Результаты первых исследований (1971–1976 гг.), проведенных через шесть недель после начала эксперимента, показали, что у пациентов обеих групп наблюдалось улучшение состояния, несмотря на то что все пациенты контрольной группы получали антипсихотическое лечение (в основном это были нейролептики), а среди обитателей «Сотерии» получавших нейролептики было всего 3 %.

Социальные показатели обитателей «Сотерии» были гораздо лучше, чем в контрольной группе. Те, кто принимал участие в исследовании 1971–1976 гг. (экспериментальная группа по сравнению с контрольной), по показателям за два года после выписки, занимали более престижные должности, чаще проживали отдельно или в парах и гораздо реже подвергались повторной госпитализации. При этом 571 человек против 16 в контрольной группе в течение двух лет после выписки ни разу не получал нейролептиков.

Второй этап исследования (1976–1982 гг.) только подкрепил результаты первого. Состав группы, результаты первых шести недель терапии, а также характер социальной ситуации были такими же, как и на первом этапе. В течение первых шести недель 25 % обитателей «Сотерии» получали нейролептики, впоследствии 50 % пациентов экспериментальной и 70 % контрольной группы получали поддерживающее лечение. По результатам наблюдений в течение двух лет после выписки экспериментальная группа по своим показателям (повторная госпитализация, получение лекарств и проч.) была идентична контрольной группе. Психосоциальные показатели указывали на большую социальную независимость.

Закончился проект «Сотерия» в 1983 г. по тривиальным и обычным для терапевтических сообществ причинам: из-за нехватки финансирования и административных проблем. По этим же причинам данные 1976–1983 гг. так и не были проанализированы вплоть до 1992 г.

---

<sup>332</sup> Mosher L., Vallone R., Menn A.Z. Treatment at Soteria House... P. 57–59.

После «Сотерии» Мошер участвовал в нескольких подобных проектах. В 1977 г. в Вашингтоне при его содействии было открыто сообщество «Перекресток», в котором опыт «Сотерии» был использован в терапии хронических больных. Эти больные отличались от клиентов «Сотерии»: в среднем они были старше, большинство из них были чернокожими и происходили из бедных семей. Кроме того, достаточно свободно использовалась терапия нейролептиками. Сообщество функционировало около 20 лет и достигло немалых терапевтических успехов<sup>333</sup>.

В 1990 г. в округе Мантгомери, Мэриленд был открыт проект «Маколифф-хаус». Персонал сообщества проходил стажировки в «Перекрестке», изучал опыт «Сотерии» и философские основания межличностной феноменологии. Это сообщество принимало всех без исключения больных, часть из которых прошла недобровольную госпитализацию. На основании проведенного исследования было установлено, что эффективность лечения в сообществе такая же, как и эффективность терапии в обычной психиатрической больнице (в исследовании использовалась контрольная группа), но само лечение обходилось на 40 % дешевле<sup>334</sup>.

На основании этого опыта и полученных в нем результатов Мошер выделил следующие терапевтические составляющие проектов, которые отличают их от обычных психиатрических больниц.

1. Условия жизни в таких сообществах подобны обычным условиям проживания, сообщество не закрыто от социума, окружающего больного, а, напротив, взаимодействует с ним.

2. Само сообщество малочисленно, предполагает не более 10 постоянно проживающих в нем человек (шесть – восемь больных и двое людей из персонала). Его обстановка должна напоминать домашнюю. Вхождение в сообщество добровольно, индивидуально и основано на сознательном выборе, на этих же принципах основано и лечение.

3. Центральная задача персонала – понимание непосредственных обстоятельств и фона, приведшего к кризису, по причине которого человек и очутился в сообществе. Считается, что посредством штата и его понимания исходной проблемы человек по-новому посмотрит на возникший кризис, что и будет способствовать его совместному со штатом разрешению.

4. Штат объединяет в основном 20-летних добровольцев, выпускников колледжей, заинтересованных в альтернативных методах работы с психотиками. В отличие от персонала обычных психиатрических больниц они гибки, терпеливы, способны вживаться в мир больного, способны быстро обучаться новому и изменяться. Для большинства из них это практика на пути к получению ученых степеней и продолжению карьеры. Они могут советоваться с психиатрами-консультантами и с другими людьми, руководящими проектом. Каждый из них исполняет многочисленные роли – друга и терапевта, медицинской сестры и доктора, при этом отказываясь от четко регламентированной терапии. Поэтому среда проживания пациентов должна как можно больше напоминать естественную домашнюю обстановку, а отношения с персоналом – обычные межличностные отношения.

5. Персонал должен избегать формирования зависимости больного и развивать его

---

<sup>333</sup> Kresky-Wolf M., Matthews S., Kalibat F. et al. Crossing Place: A Residential Model for Crisis Intervention // Hospital and Community Psychiatry. 1984. Vol. 35. P. 72–74; Alternatives to the Mental Hospital for Acute Psychiatric Treatment / R. Warner (ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press, 1995.

<sup>334</sup> Fenton W., Mosher L., Herrell J. et al. A Randomized Trial of General Hospital Versus Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness // American Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 516–522.

самостоятельность в принятии решений, поощрять его привычные отношения со знакомыми, друзьями и семьей.

6. Вхождение в сообщество и «выписка» из него максимально безболезненны, все покинувшие сообщество обитатели могут посещать его один раз в неделю<sup>335</sup>.

Хотя «Сотерия» и стимулировала развитие проектов-последователей, сам Мошер высказывал неудовлетворенность реакцией психиатрической общественности и говорил о недооценке программы. В 1999 г. он писал: «Несмотря на множество публикаций (всего около 37), за пределами действовавших терапевтических проектов, “Сотерия” не задержалась в сознании американской психиатрии. Для психиатрии оказалось слишком сложно понять, принять и использовать ее идеи. Она не вписалась и в развивающуюся научную, описательную, биомедицинскую традицию американской психиатрии, и, фактически, поставила под вопрос почти все ее принципы. В частности, она демедикилизировала, дегоспитализировала, депрофессионализировала, денейролептизировала то, что в 1976 г. Сас назвал “священной коровой психиатрии”. Что касается господствующей традиции американской психиатрии, то и по сей день этот эксперимент, который, казалось бы, является объектом исследований, игнорируется. Ни один из двух самых недавних “всеохватывающих” критических обзоров по теории и лечению шизофрении не упоминает этот проект. В США нет ни одного проекта-последователя “Сотерии”»<sup>336</sup>.

Ситуация в Европе, правда, была более благоприятной. В мае 1984 г. под руководством профессора социальной психиатрии Люка Сиомпи проект «Сотерия» был возрожден и продолжен в швейцарском Берне. В здании с 12 комнатами в центре Берна разместились восемь пациентов и две медицинских сестры. Так же, как и оригинальный проект, этот отталкивался от положения о недооценивании факторов среды в формировании и течении шизофрении и в процессе ее лечения. При этом была акцентирована важность эмоционального компонента: признавалось, что эмоционально напряженные отношения могут провоцировать коренные перестройки, могущие привести к психозу. Этот проект не задавался целью освободить терапию от медикаментозной составляющей, он пытался построить лечение, комбинируя известные психо-, социо-, биологические подходы к терапии психозов и направляя все силы на снижение эмоциональной напряженности<sup>337</sup>.

На основании опыта Мошера и своих собственных наблюдений команда «Сотерия-Берн» сформулировала восемь терапевтических принципов успешной практической работы, на которых они основывали практику своего сообщества.

1. Расслабляющая, стимулирующе-оберегающая, уютная обстановка, маленькая община из восьми пациентов, образующих вместе с персоналом дружелюбную и открытую семью.

2. Постоянное, персонифицированное со-бытие (*being with*) с пациентом.

3. Личностная и концептуальная непрерывность – постоянное обсуждение персоналом проблем пациентов, непрерывное пребывание с пациентами.

4. Тесное взаимодействие и сотрудничество с членами семьи пациента и значимыми для него людьми.

5. Полное информирование пациентов, семьи и штата с целью снятия напряженности на

---

<sup>335</sup> Mosher L. R. Soteria and Other Alternatives... P. 147.

<sup>336</sup> Mosher L. R. Soteria and Other Alternatives... P. 149.

<sup>337</sup> Ciompi L., Dauwalder H.-P., Maier Ch. et al. The Pilot Project «Soteria Berne»: Clinical Experiences and Results // British Journal of Psychiatry. 1992. Vol. 161. P. 145–153.

всех этапах терапии.

6. Совместная работа над реалистическими целями и ожиданиями.

7. Низкие дозы антипсихотических препаратов, используемых для снятия напряжения у пациентов.

8. Организация посткоммунарного наблюдения и профилактическая терапия в течение как минимум двух лет<sup>338</sup>.

Проведенные исследования пациентов (в течение двух лет после выписки) показали, что процент выздоравливающих больных при таких подходах и методах выше, чем в обычных психиатрических больницах, и это при значительно сниженных дозах антипсихотических препаратов и более низкой стоимости лечения<sup>339</sup>.

Бернская «Сотерия» индуцировала и другие подобные проекты. В 1997 г. в Берне была учреждена Ассоциация «Сотерия» под председательством профессора медицинского факультета Ганноверского университета Вейлэнда Махлейдта. Проекты «Сотерия» открываются по всему миру. Совсем недавно, в 2006 г., подобный проект запущен на Аляске.

В перспективе антипсихиатрической практики группа проектов «Сотерия» оказалась, несмотря на сетования Мошера, одной из самых востребованных и динамично развивающихся. Без сомнения, в будущем появится не одно сообщество подобного типа. Секрет успеха здесь в удачном сочетании «альтернативности» содержания и институционализации направленности проекта. Индивидуальная и групповая социально-феноменологическая работа здесь по возможности включены в предписываемые психиатрической помощью рамки. И несомненный плюс – отслеживание результатов: «Сотерия» – один из немногих антипсихиатрических проектов, который изначально имел исследовательские цели и был направлен на получение показателей эффективности работы. Этот проект более других его близнецов похож на до-антипсихиатрическую практику терапевтических сообществ. Возможно, именно за таким сочетанием будущее, и именно оно будет способствовать дальнейшей гуманизации психиатрической практики.

#### 4. Эдвард Подволл и «Уиндхос»

Эдвард Подволл (1936–2003) является не коллегой и соратником, а скорее продолжателем идей Лэйнга. Его проект «Уиндхос» часто называют одним из самых успешных среди проектов-последователей Кингсли-холла, а его теория метанойи, обогащенная авторскими наработками, представляет красочные примеры душевных исцелений. В теории Подволла критическая составляющая сокращается до минимума, а на первый план выходит практика обретения себя.

Психическое заболевание для Подволла – не необратимый процесс психической деградации, но циклический кризис, который, хотя и не может быть запущен вспять, но может быть успешно пройден. В своей книге «Вновь обретая здоровье: помогающий подход в

---

<sup>338</sup> Ciompi L., Hoffmann H. Soteria Berne: An Innovative Milieu Therapeutic Approach to Acute Schizophrenia Based on the Concept of Affect-Logic // World Psychiatry. 2004. Vol. 3. No. 3. P. 140–146.

<sup>339</sup> Более подробно результаты исследований эффективности терапии в «Сотерии-Берн» см.: Ciompi L., Dauwalder H. P., Maier C. Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen // Nervenarzt. 1991. Bd. 2. S. 428–435; Ciompi L., Kupper Z., Aebi E. Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufstudie über zwei Jahre // Nervenarzt. 1993. Bd. 64. S. 440–450; Ciompi L., Hoffmann H. Soteria Berne... P. 140–146.



понимании и лечении психозов» он приводит примеры восстановления душевного здоровья после погружения в психотические эпизоды: пример аристократа Джона Персеваля, поэта и художника Анри Мишо и других людей, которые, пройдя через безумие, силой собственной воли и интеллекта смогли побороть болезнь.

Особенно примечательным здесь является случай Джона Томаса Персеваля (1803–1876), который открыл в XX в. Грегори Бейтсон<sup>340</sup>. Он любопытен в силу сразу двух причин: во-первых, поскольку полтора столетиями ранее проиллюстрировал теорию метанойи; во-вторых, поскольку продемонстрировал это в те времена, когда даже сама научная психиатрия еще только начинала формироваться. Случай этот имел место в самом начале XIX в., когда господствовала теория дегенерации, психическое заболевание рассматривалось как стремительно развивающееся слабоумие, а психиатрическая больница напоминала тюрьму, вый ти из которой было невозможно, поскольку само безумие считалось неизлечимым. В эту эпоху великого заточения и жил Персеваль.

Грегори Бейтсон, разбирая этот случай, указывает на целебные свойства шизофрении, на то, что сочетание «патогенного» и «целебного» часто ведет к выздоровлению на пути к новому, более полноценному функционированию. В предисловии к этой истории он пишет: «Такова одна из самых интересных характеристик странного состояния, называемого “шизофрения”: что эта болезнь – если это болезнь – иногда имеет целебные свойства. <...> Таким образом, при помощи таинственного бессознательного процесса Персевалю удалось выполнить оркестровку своего внутреннего опыта и привести в исполнение свой проход через психоз»<sup>341</sup>. На взгляд Бейтсона, точно так же, как некоторые органические заболевания являются своеобразными попытками тела откорректировать некую глубинную патологию, а сновидения – попыткамиотреагировать на накопившееся за день напряжение, шизофрения иногда – это стратегия личностного изменения. Обращение к историям, подобным истории Персеваля, по Бейтсону, открывает принципиально новые горизонты во взгляде на шизофрению: «Создается впечатление, что единожды рухнув в психоз, пациент должен пройти определенный путь. Он словно бы отплыл в странствие, которое завершается только с его возвращением в нормальный мир, в который он возвращается с прозрениями, которых никогда не бывает у тех, кто никогда не отправлялся в такое странствие. Кажется, что, начавшись, шизофренический эпизод идет столь же определенным путем, как и ритуал инициации, т. е. путем смерти и возрождения. В этот эпизод новичок мог быть низвергнут семейной ситуацией или случайными обстоятельствами, однако его ход направляется главным образом внутренним (эндогенным) процессом»<sup>342</sup>.

Джон Персеваль был английским дворянином, одним из 12 детей премьер-министра Великобритании Спенсера Персеваля, род которого восходил к ирландским королям. Он был красив, получил прекрасное воспитание и образование, обладал великолепными манерами, был ответствен и дисциплинирован. Дисциплинированность эта и сыграла с ним злую шутку. Требовательность к себе и другим, всегда бывшая одной из центральных черт его характера, постепенно входила в противоречие с эгоистичностью окружающей его культуры, с

---

<sup>340</sup> *Perceval J. Perceval's Narrative: A Patient's Account of His Psychosis* / G. Bateson (ed.). Palo Alto: Stanford University Press, 1961. Предисловие Бейтсона к этой работе см.: Природа шизофрении. Предисловие Г. Бейтсона к книгам Д. Персеваля / пер. с англ. Д. Я. Федотова // Человек. 2009. № 3.

<sup>341</sup> Природа шизофрении. Предисловие...

<sup>342</sup> Природа шизофрении. Предисловие...

распространенными стремлениями к власти и богатству. Перемены начали наблюдаться где-то в 1830 г.

Тогда Персеваль все больше и больше обращался к религии: молился, читал Библию, но все это только укрепляло его ощущение моральной деградации мира, приводя к устойчивой депрессии. Оставив девятилетнюю военную службу, он двинулся в Оксфорд в колледж Магдалины, дабы посвятить себя религиозным штудиям. Там он с головой погрузился в учебу, почувствовав прилив сил и наконец обретя возможность преодолеть собственные противоречия. Вскоре он прослышал о христианах-евангелистах, говоривших на «языках», и направился к ним, дабы разделить их веру.

Однако жизнь в общине привела не только к укреплению его веры, но и к нарастанию сомнения в том, должен ли он отдаться вере, свидетельства которой наблюдал. Однажды в таверне он разговорился с незнакомым юношей, и они провели весь вечер в беседах на религиозные темы. Юноша сетовал на ощущение брошенности, отчужденности от Христа, и его переживания тронули Персеваля: «Меня терзала мучительная внутренняя борьба: казалось, я движусь непонятно куда: в конце концов, я опомнился и вопреки всему отдался во власть Бога...»<sup>343</sup>. Теперь Персеваль ощущал внутри себя «силу Духа», и понял, что может открыть свое тело и свою душу для более глубоких изменений. Он отдался во власть духа.

Персеваль чувствовал, что его мощь начала постепенно нарастать. Теперь духи говорили и пели посредством него, он мог говорить голосами других людей, и эта странная «вдохновенность» отнюдь не понравилась его товарищам по общине: многие считали, что им движет дьявол, и вскоре его попросили оставить их общество. Персеваль направился из Шотландии в Дублин и в это время почувствовал еще одно важное изменение. Он отчетливо ощутил, как вскрылись ресурсы его сознания и души. Одновременно появились и другие признаки изменений: вселившаяся в него сила стала приводить в движение конечности. По ночам какой-то дух стал приказывать ему кричать во весь голос или принимать неестественные позы. Тогда он жил у друзей семьи, приехавший в Дублин его старший брат во время встречи с ним сразу же понял, что с Персевалем творится неладное: тот был больше похож на несмышленного ребенка, чем на взрослого юношу.

Персеваля поручили докторам, и в январе 1831 г. он был помещен в частную психиатрическую лечебницу Эдварда Фокса в Брислингтоне. Его лечили методами того времени: ледяными ваннами, кровопусканием, физическим принуждением. Несмотря на лечение, состояние Персеваля по-прежнему ухудшалось. Он понимал, что все, что с ним происходит, и все, что с ним делают, происходило по божественному произволению, дабы наказать его и очистить от всех грехов. Именно это говорили ему слышимые им голоса, и все происходившие с ним события вписывались в эту схему, посредством которой интерпретировался весь мир.

Параллельно с нарастающими изменениями на первый план в душевной жизни Персеваля стали выходить вспышки сомнения, которые часто подрывали его веру в воспринимаемый мир и переживаемый опыт. В моменты охваченности ощущениями, голосами и мыслями Персеваль иногда спрашивал себя: «Я лишь грежу?», и его болезнь тут же отступала: «Я чувствовал, что это или была ужасающая правда, или жуткая и отвратительная иллюзия»<sup>344</sup>. Когда он выводил на сцену это сомнение и поверял им реальность, вся его вера в овладение духом и его опыт

<sup>343</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 19.

<sup>344</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 16.

одержимости духами немедленно исчезали.

Со временем Персеваль начал понимать, что эти моменты сомнения были самым большим препятствием на пути к духовному изменению и обновлению, ведь именно сомнения и колебания препятствовали исполнению им воли голосов. Персеваль поставил своей целью преодоление сомнения, задумал подчинить его вере и окончательно отошел от моментов душевной ясности. В результате он полностью подчинился миру галлюцинаций: все, что он делал, диктовалось ему голосами.

Сами голоса ввергали его в ситуацию противоречия. Грегори Бейтсон, представляя историю Персеваля, писал: «Голоса преподносят ему ложный тезис об альтернативах поведения, из которых он может выбрать ту, которую голоса одобряют. Он пытается повиниться, делает выбор, но всегда получает обвинение более абстрактного уровня, например, его обвиняют в неискренности. Голоса заключают его в так называемый даблбайнд: даже если он поступает правильно, его обвиняют, что он сделал это по неправильным причинам»<sup>345</sup>. Персеваль, таким образом, попадает в ловушку галлюцинаций, из которой практически невозможно выбраться.

В таком состоянии Персеваль провел несколько месяцев. И после этого его состояние начало меняться к лучшему. Удивительно, но он стал двигаться к выздоровлению. К нему вновь вернулось сомнение, и он стал переживать состояния ясного видения, как говорил он сам, «пелена спала с моих глаз». Сначала эти состояния ясности были очень краткими и быстро сменялись погружением в беспамятство, но постепенно они отвоевывали себе время. Персеваль стал способен хотя и чуть-чуть, но управлять своим состоянием: «Я так долго обманывался духами, что теперь, когда они говорили правду, я больше не верил им. ...В конце концов, я очнулся на земле, в реальности, хотя и в весьма плачевном положении, в сумасшедшем доме»<sup>346</sup>.

Персеваль все больше и больше стал размышлять о своем состоянии, и это помогало ему держать себя в руках. Он стал понимать, что прежняя нереплексивная открытость сфере ощущений и приводит к полному погружению в нее и порабощению, поэтому мышление и сомнения выступили тем инструментом, который позволял выстроить барьер между его внутренним пространством и пространством ощущений. Теперь голоса поддерживали его, предостерегали от погружения в ложное состояние сознания и советовали размышлять в течение всего дня и подчинить разум сердцу, а сердце – разуму. Персеваль в течение всего периода выздоровления руководствовался этим предписанием, чтобы поддерживать целостное существование. Он выздоравливал: «...После того, как я стал пробуждаться от того страшного сна, в котором находился, выходить из этой кошмарной реальности, я воспринимал вещи и людей в свойственной им реальности, хотя так было и не всегда, временами...»<sup>347</sup>.

Хроника развития сомнения, хроника работы с ним и постепенное улучшение последовательно отражены в воспоминаниях Персеваля<sup>348</sup>.

1. «Однажды я обнаружил, что когда я задумался, я сосредоточился на голосе, который

<sup>345</sup> Природа шизофрении. Предисловие...

<sup>346</sup> *Perceval J. Perceval's Narrative...* P. 146.

<sup>347</sup> *Perceval J. Perceval's Narrative...* P. 267.

<sup>348</sup> На эту хронику и обращает внимание Подволл. См.: *Podvoll E. Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Psychosis. Boston, Mass.: Shambhala Publications, 1990. P. 44–46.*

говорил со мной, и мое сознание внезапно перескочило на внешний объект, – звук остался, но голос ушел; звук шел из соседней комнаты или проникал с потоком воздуха из окна или через дверь. Кроме того, я заметил, что, если я вновь погружался в прежнее состояние рассеянности, голос возвращался, и со временем я понял, что форма обращения, как оказалось, меняется в зависимости от моего душевного состояния; далее, продолжая свои наблюдения, я обнаружил, что эти голоса приходят с моей стороны, и иногда я в какой-то мере мог выбрать то, что услышу»<sup>349</sup>.

2. «Продолжая свои исследования, я обнаружил, что когда воздух проходит через мои ноздри, особенно в моменты возбуждения, это сопровождается словами и предложениями. Я заткнул уши пальцами и обнаружил, что теперь не слышал слов, – самое большее, я слышал неприятное пение и жужжание в ушах – и что те звуки, из которых часто составлялись слова и предложения и которые могли представляться фантазии реальными криками, сбивающими с толку спорами или укорами духов, я все еще слышу; на основании этого я заключил, что они, хотя и кажутся раздающимися в воздухе или идущими откуда-то с потолка, на самом деле раздаются в голове или в мозге; и я понял, что все голоса, которые я слышал внутри себя как голос божественной силы, имели ту же природу и выражали биение пульса, сокращение мышц, циркуляцию телесных жидкостей и проч., и что сходным образом все голоса, которые я вынужден был воспринимать как внешние, проистекали или от окружающих меня звуков, или от этих внутренних звуков»<sup>350</sup>.

3. «После открытия природы иллюзии как проекции остаточного образа я сделал следующие выводы: что ничего из того, что я видел, когда видел людей или призраков или когда я видел предметы, или когда я грезил, не было реальными объектами и не находилось за пределами моего тела...»<sup>351</sup>.

4. «Хотя я по-прежнему иногда слышал эти голоса или переживал видения, я не ставил их выше своих собственных мыслей или моих грез, или идей других. Даже более того, теперь я действовал, скорее, наперекор им»<sup>352</sup>.

Персеваль понимал, что, возможно, на этом пути выздоровления его ожидает неудача и возвращение в безумие, но его не пугали ни сложный путь, ни неудача, он твердо решил придерживаться выбранного пути. Он продолжал экспериментировать дальше и начал работать со своим дыханием, обнаружив его связь со своим душевным состоянием, и стал отрабатывать технику управляемого дыхания. Он стал заботиться о своем физическом здоровье и начал читать, потребовав разрешение на хранение присланных из дома книг. Приблизительно тогда же украдкой, втайне от персонала, когда оставался один в палате, он начал вести подробные записи о своем состоянии, благодаря чему и сохранилась его поразительная история.

Параллельно нарастанию сомнения и возвращению к объективности мир Персеваля стал постепенно наполняться объективными другими. Он стал замечать других пациентов и проявлять к ним сочувствие и сострадание. И это сочувствие стало выражаться в нем в жажде борьбы за благополучие, за их освобождение и их права: «Я решил – это было для меня необходимо – направить всю свою силу и свои способности против этой системы, исполнить

---

<sup>349</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 294.

<sup>350</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 295.

<sup>351</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 305.

<sup>352</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 329.

долг перед самим собой и своей страной; рискуя собственной жизнью, собственным здоровьем или даже собственным разумом, проникнуть абсолютно во все ее структуры, дабы обнажить и побороть поддерживающие ее зло и сумасбродство и разоблачить скрывающееся за благодушием зверство, которое она несет»<sup>353</sup>.

После того как он понял, что выздоровел, Персеваль продолжал находиться в лечебнице и подвергался лечению. Борясь с ситуацией, он написал в различные инстанции прошения об освобождении, всего около 10 писем, часть из которых, правда, так и не покидали стен больницы. Его законным опекуном тогда была его мать, и именно она была ответственна за его заключение в психиатрической лечебнице: несмотря на несколько проникновенных писем Персеваля, она так и не поверила в его выздоровление.

После многочисленных требований пересмотра его случая в мае 1832 г. из частной психиатрической лечебницы доктора Фокса Персеваля перевели в лечебницу доктора Ньюингтона в Тайсхёрсте, Сассекс, отличавшуюся более гуманными порядками. Он продолжал добиваться освобождения. Его изредка посещали голоса, но теперь они ратовали только за его здоровье, иногда даже становясь для него проблемой: он хотел избавиться от их навязчивой заботы и наконец взять на себя ответственность за свои поступки. И вскоре галлюцинации прекратились.

Наконец требования Персеваля были удовлетворены и в начале 1834 г., после трех лет пребывания в психиатрической лечебнице, в 31 год он был выписан и переехал в Лондон, где некоторое время жил под присмотром врачей. Через год он женился, и вскоре родилась первая из четырех его дочерей. Жизнь Персеваля вошла в нормальное русло.

Приблизительно в то же время Персеваль принял решение написать на материале своих воспоминаний и дневниковых записей книгу, где собирался отразить не только собственную историю, но и повествовать о психиатрических лечебницах и их порядках, с которыми он столкнулся. Друзья пытались удержать его, предостерегая, что против него поднимется вся судебная система, вся психиатрия и общественность. Однако Персеваль был тверд в намерении исполнить когда-то данное самому себе обещание и продолжал вести борьбу против психиатрической системы.

Основные трудности в написании книги и ее издании для самого Персеваля состояли не в этом. Сам процесс работы над книгой и погружение в воспоминания пугали его. Он боялся возвращения болезни, и часто это происходило, когда он обращался к минувшему, но он успешно держался обретенного вновь разума и благополучно закончил книгу. Тогда он жил в Париже и там пересекся с Ж.-Э. Эскиролем, лидером французской психиатрии и реформатором психиатрической системы. Тот с теплотой отнесся к Персевалю и даже давал советы в организации политических выступлений и стратегии борьбы, но не очень хорошо реагировал на требования Персеваля закрыть все психиатрические лечебницы.

Возвратившись в Англию в 1838 г., Персеваль анонимно издал свою историю. Параллельно он продолжал свою борьбу не только на бумаге. Он прослышал, что некий Ричард Патерностер, клерк, несправедливо содержится в сумасшедшем доме доктора Финча в Кенсингтоне, и стал привлекать внимание общественности к его случаю. Благодаря широкому резонансу случай Патерностера был пересмотрен, и вскоре тот был освобожден, а через некоторое время после выписки поместил в «Times» объявление о том, что ищет сочувствующих граждан, которые хотели бы присоединиться к нему в борьбе против

---

<sup>353</sup> *Perceval J.* Perceval's Narrative... P. 321.

злоупотреблений в сумасшедших домах<sup>354</sup>. Это объявление стало поворотным моментом в жизни самого Персеваля. Они вместе начали борьбу против бесчеловечного обращения в психиатрических лечебницах. Вскоре к ним присоединились и другие бывшие пациенты и их родственники. В 1840 г. вышло второе дополненное издание книги Персеваля, в котором он подробнее описывал условия его содержания в психиатрической лечебнице и свою борьбу за свободу, в том числе против докторов и своей матери. Это издание вызвало еще большую негативную реакцию, чем первое. Персеваль небезосновательно опасался ареста или принудительного помещения в сумасшедший дом.

Персеваль стал одним из лидеров общественного движения против сумасшедших домов и одним из оппонентов и противников готовившегося тогда нового закона о бедных, который облегчал помещение бедняков в сумасшедший дом. Он посещал работные дома и выступал против современных ему порядков со страниц газет и в качестве опекуна стал защищать права неимущих.

В 1846 г. группа, которая когда-то сформировалась вокруг Ричарда Патерностера, расширив свой состав, образовала общественную организацию «Общество друзей объявляемых душевнобольными» (*Alleged Lunatics' Friend Society*). Возглавил ее Персеваль, и она просуществовала около 20 лет, защищая бедняков и психически больных от опекунов и от порядков сумасшедших домов. Одним из самых заклятых противников Персеваля стал граф Шефтсбери. В середине 1860-х годов со смертью многих своих деятелей организация прекратила свое существование.

Анализируя историю Джона Персеваля, Эдвард Подволл пишет: «Это история первой в мире – и, возможно, наиболее значимой – организованной попытки реформирования психиатрических лечебниц бывшими пациентами дает всем нам, тем, кто имеет отношение к проблеме защиты пациентов, пищу для размышления. <...> Конечно же, Персеваль убедил бы нас не падать духом. Он напомнил бы нам, что “антипсихиатрия” была не просто движением за реформирование, зародившимся в 1960-х, но что она стала развиваться, как только появилась сама психиатрия. Он сказал бы нам, что на пути подлинной заботы о безумцах всегда возникали громадные препятствия – у каждой эпохи есть свой Шефтсбери»<sup>355</sup>.

Для Подволла, в отличие от Лэйнга, погружение в безумие хотя и является циклическим путешествием, которое может вновь привести к здравомыслию, не приносит принципиально нового опыта, не открывает глубин подлинности существования и не рассматривается в позитивном смысле творческого роста. Подволл заимствует представление об активности личности больного в психозе, свойственное теории метанойи, но перестает трактовать этот процесс как перерождение. Больной, проходя через психоз, вновь возвращается к той точке, из которой он вошел в болезнь, – он вновь обретает здравомыслие и разум. Этот циклический круг психоза поэтому для него несет исключительно негативный смысл, поскольку ничего не дает самой личности и приносит ей только страдания и душевную боль.

В самом цикле психотического путешествия Подволл выделяет шесть пространств опыта, шесть стадий со специфическими переживаниями и настроением. Ведущей силой и энергией, которая обеспечивает переход от одной сферы к другой и поддерживает дальнейшее движение, является стремление к душевной полноте. Каждая из них предполагает специфическое мировоззрение, состояние мира и может быть описана как сфера бытия, или экзистенциальная

---

<sup>354</sup> *Hervey N.* Advocacy or Folly: The Alleged Lunatics' Friend Society, 1845–63 // *Medical History*. 1986. Vol. 30. P. 245. См. также: *Podvoll E.* Recovering Sanity... P. 52–53.

<sup>355</sup> *Podvoll E.* Recovering Sanity... P. 58–59.

сфера. Эти стадии и сферы, по Подволлу, не являются специфическими и уникальными для психоза, они могут быть прожиты в рамках различных переходных состояний – неврозов, прозрений, медитации, практик работы с сознанием. В психозе они карикатурно преувеличены, и это позволяет увидеть их в четкости и строгой последовательности.

1. *Желание* – исходное пространство неудовлетворенности окружающим миром и появление желания душевной гармонии, духовно прекрасного. В этой сфере впервые оформляется потребность изменения, развития и вера в возможность преобразования себя и мира, может переживаться первый опыт преобразования и первый опыт кратковременной гармонии вследствие первых изменений.

2. *Жажда* – пространство нарастания желания духовных изменений, которое переживается как постоянно нарастающая неудовлетворимая потребность в чем-то большем. Каждое приближение к идеалу и душевной полноте здесь оборачивается иллюзией, каждая попытка заканчивается поражением и разочарованием, возникает закономерное сомнение в том, удастся ли когда-нибудь достигнуть идеала гармонии.

3. *Принужденность* – сфера неустанной инстинктивной устремленности, которая может приобретать форму духовного отчаянья. Отмечена неистовым движением вслепую, отказом от скептицизма и сомнения.

4. *Божественное* – кульминационная для психоза сфера, в которой окончательно исчезает сомнение и переживается опыт вхождения в «небесные сферы», вечности, разделенности собственных тела и души и переживание исключительно духовного, внетелесного существования. Параллельно нарастает очарованность чуждыми силами и может возникать опыт погруженности в божественное, полной подчиненности божественным силам.

5. *Паранойя* – сфера борьбы с демоническими силами. Устремленность к душевной полноте окрашивается страхом перед возможной утратой душевного счастья, нарастает агрессивность со стороны подчиняющей человека силы, и его постоянно истязают противоречивые голоса и команды. Возникает ощущение необходимости защищаться и того, что сверхинтенсивная энергия, скорость и сила могут спасти от захватывающего существование кошмарного мира. Для психического заболевания это означает стремительное усиление симптоматики.

6. *Ад* – заключительная, кульминационная сфера цикла. Нарастание скорости мышления, чувства ненависти и озлобленности, неудовлетворенности собственными желаниями и действиями. Появление агрессии против себя самого и внутренних команд к саморазрушению. Апогей цикла характеризуется внезапной «трещиной», в которой возможно переключение и переоценка ситуации, где существование открывается дружбе и любви, где возможен выход из психоза<sup>356</sup>.

Несмотря на обозначенный вектор «безумие – разум», восстановление и выход из психического заболевания для Подволла не является обособленным событием или определенным этапом, отграниченным от периода болезни. Он подчеркивает: «Безумие и здравомыслие сосуществуют. Помрачение сознания и ясность ума идут бок о бок»<sup>357</sup>. На любой ступени психического заболевания имеются так называемые островки ясности, как обозначает это явление Подволл, когда создание и разум словно пробуждаются ото сна и в развертывающемся и нарастающем сомнении прорывают туман расстройства, открываясь

---

<sup>356</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 34–37.

<sup>357</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 39.



объективной реальности. «В гуще безумия, – пишет он, – есть такой момент, когда вещи вновь обретают привычный смысл. И человек ощущает, что вновь стал самим собой»<sup>358</sup>. Иногда такие моменты совсем кратковременны, иногда они длятся какое-то время, но в любом случае именно они являются спасительной дорогой к выздоровлению. Поэтому у любого больного в любое время есть возможность исцеления от психоза посредством культивирования состояний ясности и сомнения. Однако может возникнуть и неблагоприятная ситуация: состояния ясности и сомнения могут столкнуться с противоречащей им окружающей средой и отойти на второй план, отступить. Жизнь больного тогда становится непрерывной борьбой за выживание, и он погружается в нарастающий психоз.

Подволл обрисовывает следующую динамику психического заболевания.

1. Фаза «заражения» здравомыслия. Тело и сознание начинают постепенно пронизывать друг друга, и сознание начинает затухать.

2. Фаза расщепления бреда. Проживая и взаимодействуя со здоровыми людьми, человек обнаруживает, что живет двойной жизнью и жизнь его сознания непохожа на жизнь других, что он живет словно в двух мирах.

3. Фаза блокирования бреда. Бред перестает развиваться, утрачивает подпитку, останавливается у определенной черты и перестает вторгаться в отношения.

4. Фаза формирования островков здравомыслия. В расщепленную жизнь человека начинают вторгаться и постепенно разрастаться островки здоровых отношений, в которые он включен и которые он наблюдает.

5. Фаза переключения. В сознании человека происходит словно случайная вспышка, которая освещает весь его мир другим светом, своего рода пробуждение от патологического мира. Он видит здоровье и, не отступая от этого пути, начинает идти за ним<sup>359</sup>.

В этом описании динамики психического заболевания Подволл представляет любопытную трактовку развития психического заболевания, отличную как от классического медицинского описания, так и от теории метанойи Лэйнга. Как уже отмечалось, для него это исключительно негативное состояние, никакой продуктивности Подволл в психической болезни не видит, и здесь он ближе к психиатрии, чем к антипсихиатрии. При всем этом очень важную черту от теории перерождения Лэйнга он все-таки заимствует – акцентирование активности больного, отход от инфекционной метафоры в трактовке психического расстройства.

По Подволлу, успех в прохождении цикла психического заболевания зависит от самого больного, его борьбы за собственное здоровье. Несмотря на отход от трактовки этого процесса как процесса пробуждения, роста и перерождения, Подволл говорит о личностном его характере. Он, как и Лэйнг, рассматривает его не как темное пятно в жизни человека, а как событие, которое он должен успешно пройти. Он акцентирует личностное развитие, личностную работу, работу со своим собственным сознанием. И здесь примечательными являются концепты сомнения и островков ясности.

Сомнение как центральный инструмент работы с личностью и сознанием Подволл акцентирует благодаря обращению к случаю Персеваля. В его книге этот случай является

---

<sup>358</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 209.

<sup>359</sup> Podvoll E. The Compassionate Practice of Psychotherapy: Transcript of an Intensive Training Seminar at the Karme Choling Meditation Center on Contemplative Psychotherapy and the Windhorse Project, 1982. October 1–4. <[http://www.windhorseguild.org/podvoll\\_doc\\_podvoll1.html](http://www.windhorseguild.org/podvoll_doc_podvoll1.html)>.

первым и центральным, благодаря ему Подволл разъясняет принципы личностной работы в психозе. Сомнение Персеваля, в свою очередь, напоминает картезианское сомнение, сомнение в достоверности информации, поступающей от органов чувств, сомнение в очевидности наблюдаемых феноменов. Именно об этом сомнении говорит Декарт как о единственно достоверном инструменте работы мышления, мышления объективного и научного. В сознании Персеваля оно становится инструментом, посредством которого он возвращается и обращается к объективной реальности. Удивительно здесь, насколько часто случаи психически больных становятся примерами подтверждения философских теорий.

Культивирование островков ясности, о котором говорит Подволл, – это его аналог сомнения Персеваля. Этот опыт очевидности может служить гарантом объективности воспринимаемой и переживаемой реальности. Он формирует здоровые ощущения и отношения, которые становятся для больного своеобразным мостиком к здравомыслию и нормальной жизни.

Процесс активирования и культивирования островков здравомыслия, по Подволлу, невозможен в пределах структуры и традиции психиатрической больницы. Ее стиль давит на больного, препятствуя раскрытию потенциальных возможностей. Все психиатрические больницы – будь то частные санатории или государственные лечебницы – отличаются специфическим, присущим им стилем. Этот стиль выражает менталитет психиатрической больницы (*asylum*) как несознаваемый подход к людям, ответ на безумие, и его не могут побороть ни новые формы организации больниц, ни альтернативные проекты, ни терапевтические сообщества. Как подчеркивает Подволл, «всякая создаваемая психиатрическая больница воспроизводит специфическое умонастроение, *менталитет*, который потом всегда и везде актуализируется и воплощает историю лечебницы»<sup>360</sup>.

Менталитет психиатрической больницы проистекает, по Подволлу, от осознания власти над другими людьми, «терапевтической власти». Имплицитно ссылаясь на Саса и упоминая Фуко, он описывает психиатрическую больницу как терапевтическую структуру или терапевтическое пространство со специфическим теоретическим и практическим содержанием. Теория заботы о больных здесь основана на невежестве и неведении, методы заботы отражают безграничную власть над больными. При этом менталитет психиатрической больницы проявляется в нескольких феноменах.

1. Опора на принцип «невзаимного наблюдения»: за одной из сторон взаимодействия ведется наблюдение, а она не имеет возможности наблюдать за другой стороной; наблюдение изначально пристрастно и создает ситуацию, потенциально вызывающую паранойю.

2. Понимание безумия подобно детству. Психиатрическая больница наделяет заключенных в своих стенах чрезвычайно низким интеллектуальным, моральным, юридическим статусом, отказывая им в интеллектуальной, моральной и юридической полноценности. Эта черта уходит своими истоками в теорию дегенерации и закладывает основания практик «исцеления» психически больных.

3. Идея необходимости подчинения и порабощения во благо излечения и выздоровления, которая сохраняется даже в реформистских идеях «морального лечения» С. Тьюка, считающего, что у психически больных есть потребность подчиняться. Так, на место насилия приходят по-прежнему принуждающие мягкость и убеждение.

4. Иерархическая организация, имеющая смысл в рамках буржуазного строя и основанная на иерархическом принципе организации буржуазной патриархальной семьи. Психиатрическая

---

<sup>360</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 62.

больница, проводящая моральное лечение, основана на этой структуре и пытается представлять себя как семейную институцию.

5. Формирование этического пространства, в котором выздоровление поверяется многочисленными определениями «психического здоровья». Понимание психического здоровья задается доминирующими этическими, религиозными и политическими ценностями.

6. Психиатрическая больница – это приют, пристанище, укрытие. Оно спасает людей от худших условий среды и окружения и дает им более комфортные бытовые и психологические условия. Этот принцип ведет к представлению о том, что психическое заболевание возникает в неблагоприятных условиях среды, и изымая из них больного, психиатрическая больница спасает его, что, в свою очередь, должно порождать с его стороны только благодарность и покорность.

7. Психиатрическая больница в собственных стенах и за их пределами трактует безумие в его различных формах как результат неоправданной самонадеянности и самоуверенности, которые должна пресечь. Такое представление трактует как необходимость всякое недобровольное и жесткое лечение.

8. Психиатрическая больница является главным образом медицинским пространством. В результате своеобразного переворота XVIII в. ответственность за психическое заболевание перешла к врачам, и они приобрели право решать, кто болен, а кто здоров<sup>361</sup>.

Все эти характеристики губительны для больного, поэтому Подволл предлагает альтернативный проект, который бы не наследовал менталитет психиатрической больницы, а формировал пространство раскрытия возможностей больного, который бы вел его к выздоровлению. Он стремится преодолеть каждый из губительных феноменов психиатрического менталитета.

Подволл стремится уйти от невзаимности и терапевтической власти, настаивая на необходимости организации пространства общения со взаимными связями, с соответствующей активностью, со зрелыми отношениями больного и окружающих его людей. Это пространство общения для него – исходное терапевтическое пространство. Оно должно простирается и вне, и внутри стен больницы и сообщества, поэтому отличительной чертой организуемых Подволлом проектов станет преодоление изоляции больных и их сосредоточения в одном месте. Больной, по его убеждению, не должен полностью изыматься из среды, он просто должен перемещаться в другую, здоровую среду, поэтому больные также не должны проживать с больными, поскольку в этом случае они не смогут сформировать здорового общения, здоровых связей с обществом. Если больные живут друг с другом, как это происходит в психиатрических больницах и в большинстве антипсихиатрических сообществ, те связи и паттерны поведения, которые они формируют вместе с терапевтами, оказываются не приспособлены к обычному обществу. Эта среда, к которой они адаптируются, остается искусственной средой, в ее рамках выработка навыков приспособления к среде естественной невозможна. В этом основное отличие проектов, начатых Подволлом, первым и центральным из которых становится «Уиндхос» (Windhorse).

Данный проект Подволл запускает в Боулдере (Колорадо) в 1981 г. В состав управляющей команды в разное время входят также Чарльз Напп, Джейми Эмери, Кэйти Эмери, Джефри Фортюна. Уже в начале 2000-х последний основывает центр «Уиндхос» в Галифаксе (Новая Шотландия), который до сих пор благополучно функционирует, его центр с 1992 г. располагается в Нортгемптоне (Массачусетс), развивая целую сеть программ. Название проекта

---

<sup>361</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 63–66.

происходит от персонажа азиатской мифологии – ветряного коня, живущего на небесах и дающего человеку энергию: «Уиндхос буквально – это энергия тела и сознания, которую можно пробудить в процессе исцеления от болезни или преодоления депрессии»<sup>362</sup>, – пишет Подволл.

В основе проекта критическое отношение к психиатрической больнице как к среде, полностью вырывающей человека из привычного для него окружения. Подход «Уиндхос» базируется на включении человека в состав команды, интеграции его в сообщество, одновременно без отрыва его от собственного дома. Подволл и его коллеги работали (и работают) с самыми разнообразными расстройствами и проблемами: с шизофренией и другими психозами, обсессивно-компульсивными и аффективными расстройствами, расстройствами индивидуальности, наркоманией и алкоголизмом, аутизмом и нарушениями развития, старческими психическими расстройствами и проч. Они работают как с острыми, так и с хроническими заболеваниями, предлагая краткосрочную и долгосрочную терапию, а также консультативные и образовательные услуги.

Организация терапии и помощи уже с первых шагов отличалась от таковой в других подобных проектах. Больные проживали отдельно друг от друга в арендованных домах, вместе с ними жили, как правило, два члена терапевтической команды: они помогали организовать нормальный быт и повседневную жизнь. Параллельно клиент проходил курс индивидуальной терапии.

В теории и методе «Уиндхос» нынешний его руководитель Джеффри Фортюна выделяет четыре принципа.

1. Психоз – масштабное разрушение баланса системы «тело – сознание – среда», поэтому программа помощи и восстановления баланса должна включать биологические, психологические, социальные и духовные измерения целостно рассматриваемого человека.

2. Практически полное восстановление – это реальная возможность для каждого, кто находится в психозе. Континуальность сознания может прорвать всякую мглу психоза и вернуть человека к контакту с его телом и окружающей средой. Мгновения такого пробуждения – островки ясности – должны рассматриваться как исходные крупницы восстановления.

3. Восстановление происходит естественным путем, когда развивается подлинно терапевтическая дружба и поддержка в домашней обстановке. Объединение психически больных людей в одном месте может привести к ухудшению здоровья как у клиентов, так и у персонала. Больной человек, напротив, пойдет на поправку быстрее в окружении здоровых людей и в нормальной обстановке.

4. Терапевтическая команда «Уиндхос» должна быть обеспокоена восстановлением клиента, а также самочувствием каждого участника команды, членов семьи клиента и всего терапевтического сообщества. Эта задача сопряжена с терапевтической функцией сообщества<sup>363</sup>.

В настоящий момент функционирование «Уиндхос» основывается на двух центральных положениях: 1) каждый человек здоров и нормален, а психические расстройства развиваются на поверхности этого здравого смысла; 2) здоровье человека неотделимо от окружающей его среды, поэтому если человек налаживает здоровые отношения с окружающей средой, то это

---

<sup>362</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 224.

<sup>363</sup> Fortuna J. M. The Windhorse Project: Recovering from Psychosis at Home // Journal of Contemplative Psychotherapy. 1994. Vol. IX. P. 73–96.

активизирует его здоровье и здравомыслие и может привести к восстановлению. Окружающая среда включает в себя три аспекта: 1) физическая и повседневная жизнь; 2) межличностные отношения и эмоции; 3) сознание, включающее мышление, внимание и ощущение своего собственного присутствия и смысла.

Данные аспекты окружающей среды задают три магистральные линии работы: 1) акцент на повседневной активности – терапевтическая команда и сам клиент обращают особое внимание на повседневную жизнь: приготовление еды, уборку, стирку, приусадебное хозяйство и проч., при этом дом клиента – это средоточие командной работы; 2) установление здоровых отношений – первоначальные отношения устанавливаются в пределах терапевтической команды, в дальнейшем они становятся мостом для налаживания общения в социуме; 3) работа по графику с целью стабилизации суточных ритмов – психические расстройства приводят к нарушению ритмов питания и сна, отдыха и работы. Стабилизация этих ритмов приводит к уменьшению напряженности и минимизации конфликтов, к активизации чувства безопасности и защищенности. Эта работа проходит сразу в трех плоскостях: терапевтическом домашнем хозяйстве, терапевтических отношениях в команде, индивидуальной психотерапии<sup>364</sup>.

Все эти сферы работы пересекаются в процессе групповых встреч:

1) домашних встреч клиента, его соседа или соседей по дому и руководителя группы (1 час в неделю), обычно эти встречи происходят за завтраком и на них обсуждаются бытовые проблемы домашнего хозяйства;

2) встречи команды – встречи клиента и всех членов терапевтической команды (1,5 часа в неделю), они акцентируют отношения внутри терапевтической группы; 3) встречи руководителей группы – встречи руководителя терапевтической группы и основного психотерапевта (1–2 часа в неделю), имеют функцию контроля и активизации совместной работы; 4) супервизии – обмен опытом и решение возникающих проблем, их могут проходить все члены команды (1,5 часа в неделю)<sup>365</sup>.

Как подчеркивает Джеффри Фортьюна, терапевтическая команда «Уиндхос» стремится преодолеть дисбаланс в биологических, психологических, социальных и духовных измерениях человека. Она стремится наладить физическое функционирование человека, укрепляя его физическое здоровье: на это направлены иглоукалывание, массаж, гимнастика, диетическое питание. В рамках психологического измерения работа нацелена на синхронизацию тела, сознания и окружающей клиента среды и достигается в основном в рамках индивидуальной психотерапии. Восстановление социального измерения происходит благодаря проживанию клиента в терапевтическом хозяйстве со здоровыми соседями и взаимодействию с принимающей и понимающей командой профессионалов. Так клиент восстанавливает паттерны жизни в группе и обществе. В обязательном порядке осуществляется отслеживание состояния клиента и после прохождения программы. В рамках духовного измерения происходит активизация творчества и сострадания.

Непосредственная каждодневная работа строится следующим образом. Клиент живет вместе с одним из членов команды в арендованном маленьком домике с двумя спальнями приблизительно в течение 14 месяцев. Задачей члена команды является простое соседство, установление дружелюбных отношений и исполнение повседневных обязанностей. Никакая

---

<sup>364</sup> Fortuna J. M. Te Windhorst Project: Recovering from Psychosis at Home // Journal of Contemplative Psychotherapy. 1994. Vol. IX. P. 73–96.

<sup>365</sup> Podvoll E. Recovering Sanity... P. 262–263.

нацеленная терапевтическая работа на этом уровне не ведется. В «Уиндхос» считается, что дом должен быть домом, а не больницей, в которой происходит хотя и альтернативное, но лечение. Клиент здесь учится строить отношения, быть дружелюбным к другим, продуктивно жить в обществе и просто чувствовать себя в гармонии с самим собой, чувствовать себя дома. Это является основным залогом успешной работы.

Одновременно с этим четверо терапевтов и руководитель терапевтической группы ежедневно по 3 часа встречаются с клиентом в его доме. Никакой специализированной работы при этом не ведется, команда синхронизируется с клиентом, обеспечивает терапию понимания и поддержки, стремясь перефокусировать его внимание. Каждую неделю с клиентом встречаются и другие члены команды: массажист, медсестра и психиатр, которые поддерживают его здоровье и контролируют общее состояние. Основным пространством работы становится индивидуальная психотерапия с терапевтом в консультационном кабинете, проходящая по часу четырежды в неделю. Эта терапия направлена на культивирование межличностных отношений, развитие подлинной коммуникации, а также на восстановление единства тела и души. По Подволлу, корень болезни – десинхронизация сознания и тела, поэтому, чем прочнее соединяются сознание и тело, тем яснее становится видение окружающего мира. Деятельность команды и терапевта при этом контролирует руководитель команды, собирающий ее каждую неделю.

Подволл не стремился создать какое-то особенное терапевтическое пространство, погружая в которое больных можно было бы их исцелить. Как неоднократно отмечалось, такая специализированная среда, на его взгляд, губительна, а не целебна, поскольку неизбежно будет отмечена менталитетом психиатрической лечебницы. Больные живут обычной жизнью, и та среда, в которую они погружены, – это не какая-то особенная среда, а просто нормальная среда, пустое пространство, которое вместе с терапевтами заполняют сами больные.

Обычная жизнь среди нормальных людей, обычные повседневные занятия – вот тот ресурс, который Подволл и его соратники задействуют в терапевтической работе. Не отрыв от повседневности, а включенность в нее. Начиная со своего собственного соседа, с которым он проживает под одной крышей, больной учится вновь выстраивать нормальные отношения, затем распространяя их и на других людей и другие типы коммуникации. Он учится организовывать свою внешнюю повседневную среду, а также обращаться внутрь себя, работать со своим сознанием, меняться и отслеживать эти изменения.

Безусловно, «Уиндхос» – очень дорогостоящий штучный проект, встраивающий новое терапевтическое пространство вокруг каждого больного, уходящий от типичности и универсальности к единичности – к уникальности ситуации, личности и общения. По сравнению с другими антипсихиатрическими проектами этот проект в большей мере развивает идеи социальной феноменологии Лэйнга, работая с неповторимым пространством взаимных связей людей в группах и в обществе, пытаясь таким образом восстановить континуальность коммуникации, а значит, и континуальность мира больного.

## 5. Антипсихиатрические организации

Будучи леворадикальным движением, британская антипсихиатрия в конце 1960-х годов, во время самого интенсивного протеста, объединяла вокруг себя тысячи последователей и сочувствующих. По масштабу теории и практики мало какое радикальное психиатрическое течение могло тогда соперничать с ней, поэтому те, кто мыслил в унисон, объединялись именно вокруг антипсихиатрии.

Антипсихиатрическая практика объединяла людей, множество из которых являлись не

только пациентами, но и наблюдателями, включенными зрителями, помощниками, а некоторые даже равноправными их разработчиками и управляющими. За Кингсли Холлом, Филадельфийской ассоциацией, «Виллой 21» и другими проектами стояли не один только Лэинг и его ближайшее окружение. Гений его был в том, что вокруг своих противоречивых идей он объединил тысячи поддерживающих и оспаривающих их голосов, он раздул пламя, разделившееся после угасания антипсихиатрии на несколько «языков».

Пока антипсихиатрия бурно развивалась, она, как магнит, притягивала к себе все многообразие реакций, и в этом пространстве было почти невозможно вычленить отдельные островки. Когда она пошла на спад, движения, общности и идеи, которые она спровоцировала, испытали дефицит идентификации, поэтому начало 1970-х годов – время реакции на антипсихиатрию, время активного появления самостоятельных движений и организаций, продолживших или оспоривших ее проект. Ник Кроссли, анализируя реакцию на развитие антипсихиатрии, отмечает: «Хотя антипсихиатрия, если говорить об активности и жизненном пути ее основных сторонников, и достигла пика к концу 1960 – началу 1970-х годов, после этого, постепенно затухая, ее воздействие было весьма значительным. Она спровоцировала огромное множество самых различных реакций и запустила множество процессов в пространстве психиатрии»<sup>366</sup>.

Одним из первых движений, подобно антипсихиатрии политизировавших психическое заболевание, стал Союз психически больных (Mental Patients' Union, MPU)<sup>367</sup>. Группа появляется в 1972 г. как результат забастовок в Паддингтонском дневном стационаре<sup>368</sup>. Этот стационар по своей организации и структуре был терапевтическим сообществом, в котором царили демократические порядки и использовались мягкие терапевтические методы. Радикально настроенные и политически ангажированные психиатры отвоевали такое право в результате забастовки. Отличительной чертой этого сообщества было активное использование кляйниански ориентированного психоанализа, причем как в терапии, так и в организационном процессе. Обстановка в больнице всегда была беспокойной, и пациенты не раз восставали против такого акцентированного использования психоанализа, но настоящие протесты разразились после сообщения руководства о закрытии стационара и присоединении его к традиционно ориентированной психиатрической больнице.

Угроза закрытия мобилизовала как персонал, так и пациентов. Персонал обратился в парламент и представил 22 подписи под петицией о недопустимости закрытия и перепрофилирования стационара, под ней удалось собрать и 80 подписей врачей общей практики. Еще большую включенность продемонстрировали пациенты. Поскольку им угрожал перевод в обычную психиатрическую больницу и лечение традиционными медикаментозными методами, они включились в борьбу, объединившись и выступив с заявлением, какие методы,

---

<sup>366</sup> Crossley N. *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*. Abingdon, Oxfordshire; N.Y.: Routledge, 2006. P. 112. См. также: Crossley N. Fish, Field, Habitus and Madness: The First Wave Mental Health Users Movement in Great Britain // *British Journal of Sociology*. 1999. Vol. 50. No. 4. P. 647–670; Crossley M. L., Crossley N. «Patient» Voices, Social Movements and the Habitus; How Psychiatric Survivors «Speak Out» // *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 52. No. 10. P. 1477–1489; Crossley N. R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio-History Analysis // *Social Science & Medicine*. 1998. Vol. 47. No. 7. P. 877–889. В своих работах Кроссли дает исчерпывающий анализ описанной ситуации, на этот анализ мы и опираемся.

<sup>367</sup> См.: *Mad Pride: A Celebration of Mad Culture* / T. Curtis, R. Dellar, L. Esther et al. (eds). L.: Spare Change Books, 2000.

<sup>368</sup> Durkin L. Patient Power – Review of a Protest // *Social Work Today*. 1972. Vol. 3. No. 15. P. 13–15; Durkin L. Protest at Paddington Day Hospital // *Rat Myth and Magic: A Political Critique of Psychology*. L.: J. Rowan, 1972. P. 56.



на их взгляд, наиболее приемлемы для лечения, и какой должна быть структура больницы. Они требовали оставить их стационар в покое. Ситуация вызвала сильный резонанс и вскоре приобрела политический оттенок: пациенты и персонал выступали против власти и притеснения и требовали предоставить им право на автономию.

Волна протестов и широкий общественный резонанс способствовали тому, что власти пошли на попятную, и стационар был сохранен. Этот опыт единения и борьбы не прошел для пациентов бесследно и привел к созданию группы, которая могла бы объединить их усилия. Так и появился Союз психически больных. Его ядро составили четыре человека, самым активным из которых стал пациент Паддингтонского стационара Эрик Эруин. Он родился в Белфасте в 1924 г., в детстве жил с теткой и страдал от постоянных страхов. Уже с ранних лет он часто лежал в психиатрических больницах Ирландии, Англии, Австралии, посетив за свою жизнь около 17 психиатрических больниц<sup>369</sup>. Впоследствии он вспоминал: «Я присоединился к движению за сохранение дневного стационара, который в 1972 г. грозили закрыть. Однако протест персонала и пациентов был услышан. Уже после было решено, что необходимо сделать что-то более радикальное»<sup>370</sup>.

Основным детищем этого своеобразного управляющего комитета стал манифест «Необходимость Союза психически больных: несколько предложений», выпущенный в декабре 1972 г. и более известный под названием «Рыбий манифест»<sup>371</sup>. Это неофициальное название было навеяно фразой психоаналитика Карла Меннингера, приведенной на первой странице манифеста: «Человек, испытывающий трудности в своих отношениях со средой, со стороны как будто бы бьется и поднимает пыль. Здесь можно использовать образ рыбы, попавшей на крючок; ее рывки странны для другой рыбы, не понимающей обстоятельств; но это барахтанье – не проявление страдания, а попытка выкарабкаться из беды, и каждый рыбак знает, что эта попытка может закончиться удачно»<sup>372</sup>.

Манифест развивал метафору Меннингера: психическое заболевание – это попытка справиться с безвыходной ситуацией, стратегия решения проблемы, а не проблема сама по себе. Вводные абзацы содержали следующие строки: «За прошедшие годы в борьбе против реакционных институций психиатрической больницы и психиатрии возникло множество групп. Содержание радикальных проектов этих групп составили лишь интеллектуальные беседы и профессионально ориентированные споры студентов и психиатров при полном игнорировании пациентов. Пациентам, как казалось, не отводилось никакой роли в борьбе за эти альтернативы. Почти что следуя мифу, что психически больные неадекватны, эти группы совершенно не замечали того, что пациенты, большинство из которых – рабочий класс, вместе с сотрудниками больницы и медсестрами являются единственными агентами революционных преобразований психиатрической больницы»<sup>373</sup>.

<sup>369</sup> Bangay F. A CAPO Tribute to Eric Irwin // *Asylum*. 1988. Vol. 3. No. 1. P. 6–11.

<sup>370</sup> Graaf W. van de. Te CAPO Interview: With Eric Irwin and Frank Bangay // *Asylum*. Vol. 3. No. 3. P. 5 (4–8).

<sup>371</sup> Durkin L. Mental Patients' Union // *Health and Social Service Journal*. 1973. August 4; Durkin L., Douieb B. Mental Patients' Union // *Community Work Two* / D. Jones, M. Mayo (eds). L.: Routledge and Kegan Paul, 1975.

<sup>372</sup> Menninger K. Te Human Mind. N.Y.: A. A. Knopf, 1937. P. 3.

<sup>373</sup> Irwin E., Mitchell L., Durkin L. Te Need for a Mental Patients Union – Some Proposals (1972) // *Mad Pride: A Celebration of Mad Culture* / T. Curtis, R. Deller, E. Leslie et al. (eds). Gloucester: Spare Change Books, 2000. P. 23–28.

Движение было организовано по подобию других леворадикальных движений, в частности, тех, что боролись за права женщин или чернокожих. Оно было призвано объединить психически больных для борьбы за свои права, для взаимопомощи и поддержки. Манифест выводил пациента как активную действующую силу не только психиатрии, но и современного общества, как движущую политическую силу классовой борьбы. Психиатрия при этом рассматривалась как механизм репрессии капиталистического общества, агент правящего класса, против которого должны объединиться и выступить психически больные. Психиатры представлялись первосвященниками техницистского общества, а психически больные – его жертвами. «Психически больной – это та жертва, которую мы приносим, продолжая поклоняться богам капиталистической религии»<sup>374</sup>, – подчеркивалось в манифесте.

Психическое заболевание – одно из следствий приниженого положения рабочего класса в эксплуатирующем капиталистическом обществе. В манифесте подчеркивалось, что именно представители рабочего класса больше других страдают этим недугом. Они словно загоняются в безвыходное положение, в ловушку, единственный выход из которой – психическое заболевание. Психически больной, таким образом, становится «козлом отпущения для экономики и капитализма». Активисты Союза психически больных заявляли, что настало время для сопротивления, когда пациенты должны осознать свою власть и стать активной политической силой наряду с борцами за права заключенных, профсоюзами, феминизмом, группой «Черная пантера» и прочими левыми группировками.

Пациенты были активной действующей силой группы. Разумеется, в нее могли входить все желающие, но право голоса, право участвовать в руководстве и управлении группой имели только психически больные – пациенты и экс-пациенты. Членом организации был, правда, Дэвид Купер. Поскольку он страдал алкоголизмом и проходил лечение, он смог войти в нее на правах пациента, т. е. активного члена группы. Постепенно Союз психически больных наращивал свою численность, распространяясь не только в Лондоне, но и в Манчестере, Оксфорде, Лидсе, Суррее. Численность активистов в марте 1974 г. составляла 314 человек, в июле 1974-го – где-то около 375–400 человек. Группы Союза психически больных появились и во Франции, Германии, Америке, Канаде, Голландии, Испании. В Германии с Союзом был связан Социалистический коллектив пациентов.

Деятельность группы сосредоточивалась вокруг четырех областей: 1) обличение несправедливости системы, мифов о добровольной госпитализации, оказании помощи и излечении, а также разъяснение пациентам их прав и их защита; 2) борьба за договор о правах пациента в психиатрической больнице и вне ее; 3) борьба с проблемами пациентов: недобровольной госпитализацией, изоляцией, цензурой и отслеживанием звонков и писем; 4) борьба за упразднение психиатрических больниц и институций репрессивной и манипулятивной психиатрии, а также организация альтернатив психиатрии в форме сообществ. Работа во всех четырех областях должна была вестись при обязательном участии и под контролем пациентов. Союз занимался активной юридической помощью, защищая права пациентов.

Многочисленность групп привела к разногласиям, и в 1974 г. на общем собрании Союза было решено считать его не централизованной организацией, а свободной федерацией автономных групп, которые объединялись ежегодными общими собраниями, конференциями и информационным бюллетенем.

В середине 1970-х годов Эрик Эрвин, недовольный излишней бюрократизированностью

---

<sup>374</sup> Irwin E., Mitchell L., Durkin L. Te Need...

собственной организации, объединил вокруг себя группу «Общественная организация по психиатрическим бедствиям» (Community Organisation for Psychiatric Emergencies). Название организации было несколько раз изменено, но в конце концов через некоторое время прижилось именно это. Эруин и его соратники всячески пытались избавиться от употребления терминов «психически больной», «психиатрический пациент» и проч. После смерти Эрика Эруина группа постепенно стала сокращать свою деятельность и через некоторое время прекратила свое существование.

Таким образом, несмотря на затухание его деятельности, Союз психически больных привел к образованию множества аналогичных ему по духу организаций, родоначальники и основатели которых часто были его членами. Одной из таких групп, организованных уже в 1990-е годы, стала группа «Возвращение Бедлама» (Reclaim Bedlam), рассматривающая историю психиатрии как часть истории человечества, которую необходимо принимать и знать. Другой современной и до сих пор действующей группой является «Гордость безумца» (Mad Pride), основанная на идее о том, что безумие – это важное, поворотное событие в жизни всякого человека, поэтому опыт безумия – это то, чем можно гордиться<sup>375</sup>. Группа организует свои собственные фестивали и акции, празднества. Важную роль играет музыка: безумие, на взгляд членов группы, является новым рок-н-роллом.

Еще одним движением, выступившим на той же стороне, что и Союз психически больных, стала группа «Люди за новую психиатрию» (People for a New Psychiatry), впоследствии переименованная в «Люди, а не психиатрия» (People Not Psychiatry, PNP). Одним из ее учредителей стал Майкл Барнетт, автор одноименной книги «Люди, не психиатрия»<sup>376</sup>. Это был экспериментальный проект, попытка организовать поддержку и наладить человеческую помощь психически больным людям. Ник Кроссли разъясняет: «Центром, как и предполагало название группы, были *люди*, а не *психиатрия*. Одни *люди* помогали другим *людям*. И во многих случаях это было взаимно: каждая из сторон нуждалась в помощи и была готова помочь другим»<sup>377</sup>.

Барнетт пришел в эту сферу благодаря Лэйнгу. Когда-то пережив психическое расстройство, он нашел его точное описание в «Я и Другие» и после прочтения написал Лэйнгу. Затем он познакомился с «Разделенным Я» и «Политикой переживания», после чего понял, что непременно должен встретиться с Лэйнгом<sup>378</sup>. Он добился терапевтической сессии с ним, но при непосредственном контакте тот произвел на него противоречивое впечатление. Он познакомился с Леоном Редлером и Аароном Эстерсоном, отношения с которыми оказались для него более приятными. Вскоре он вошел в круг Филадельфийской ассоциации и получил должность медбрата в одном из ее альтернативных терапевтических проектов.

Движение «Люди за новую психиатрию» возникло в Лондоне в июле 1969 г. и в дальнейшем развивалось в Манчестере, Бирмингеме, Лидсе, Эдинбурге, Глазго, Ноттингеме, Брайтоне, Бристоле и проч. Оно отталкивалось от признания исключительной ценности человеческой личности, опыта и поведения, на этот статус личности и посягает, как считалось в

<sup>375</sup> Mad Pride: A Celebration of Mad Culture / T. Curtis, R. Deller, E. Leslie et al. (eds). Gloucester: Spare Change Books, 2000. P. 7.

<sup>376</sup> Barnett M. People Not Psychiatry. L.: Allen & Unwin, 1973.

<sup>377</sup> Crossley N. Contesting Psychiatry... P. 113.

<sup>378</sup> Barnett M. People Not Psychiatry. P. 55.

группе, психиатрия. В качестве первоочередных целей группа обозначала следующие: 1) создание сети взаимопомощи, принимающей каждого человека как уникального, с неповторимым жизненным стилем, имеющим значение и действенность для самой личности; 2) организация физической среды (дома или домов), в которой в рамках различных подгрупп, входящих в более широкую сеть, может реализовываться активность человека; 3) демонстрация того, что существуют реальные ценности и образ жизни, не обязательно согласующиеся с предлагаемыми доминирующим обществом.

Организация была задумана как сеть взаимопомощи, не имела никакой формальной структуры и иерархии и двигалась исключительно инициативой входящих в нее людей. Эта было сообщество людей с альтернативными идеями, которые поддерживали переживших и переживающих психические заболевания: организовывали альтернативное лечение, помогали с жильем и деньгами. Первоначально члены группы проживали на квартирах друг у друга, место для совместного жительства впоследствии было найдено благодаря Робину Фаркухарсону, позднее входившему в Союз психически больных.

Группа быстро развивалась, активно сотрудничала с радикальной психиатрией и включалась в контркультурные проекты. В общем, Барнетт шел по пути Лэйнга и антипсихиатрии. К нему присоединялось все больше и больше соратников, были среди них и звезды первой величины, например, Дэвид Купер и Клэнси Сигал. Такой быстрый рост был связан со структурой организации. Кингсли-холл был проектом Филадельфийской организации, которая имела свой организационный комитет и была детищем узкой группы друзей и соратников. «Люди за новую психиатрию» не имела внутри себя никакой иерархии, никто не управлял группой, все помогали всем, и каждый мог почувствовать причастность к общему делу. Благодаря этому очень быстро численность группы достигла 10 тыс. участников и продолжала наращаться.

Под влиянием бурного развития антипсихиатрии появились не только поддерживающие ее идеи группы и движения, но и те, что активно оспаривали их. Одной из таких организаций стало Национальное товарищество шизофрении (National Schizophrenia Fellowship, NSF). Эта группа развивала сходную с антипсихиатрической практику, но выдвигала отличные идеи.

Национальное товарищество шизофрении появляется в 1972 г. как детище Джона Прингла. Сын Прингла страдал шизофренией, но врачи, не желая губить жизнь молодого человека этим страшным диагнозом, долго колебались и не говорили ничего определенного. Прингл понимал их мотивы, но все же считал, что ранняя диагностика могла бы привести к более эффективному лечению. В письме в «*The Times*» от 9 мая 1970 г. Прингл сетовал на эту роковую задержку, а также на то, что в психиатрических больницах он увидел явную дезорганизацию, недостаточную заботу о больных и нехватку прямого общения врачей не только с больными, но и друг с другом. Он указывал на тот факт, что переживание и поведение шизофреника идут вразрез с общепринятыми моделями понимания и межличностного взаимодействия, поэтому важное значение в реабилитации и лечении должно играть близкое окружение пациента, в частности, его семья. Прингл ставит вопрос о ненужности шизофреников обществу, об их брошенности и недостатке организаций и структур, которые могли бы заботиться о них, помочь им не только с лечением, но и с трудоустройством, реабилитацией, адаптацией к обществу<sup>379</sup>.

Это письмо для самого Прингла было мольбой о помощи и попыткой найти единомышленников. В нем он писал, что то, через что он прошел, привело его к вопросу,

---

<sup>379</sup> *Pringl J.* A Case of Schizophrenia // *Te Times*. 1970. May 9.

переживали ли какие-нибудь еще семьи сходные с его собственными проблемы. На письмо пришло гораздо больше откликов, чем он ожидал. Вокруг этого события и сформировалось товарищество. В отличие от «Людей за новую психиатрию» эта группа развивалась медленно: только к началу 1980-х ее численность достигла 6 тыс. человек.

Деятельность товарищества была сосредоточена вокруг выступлений за раннюю диагностику и скорейшее лечение, за разумное использование диагнозов и диагностических категорий, за адекватное медикаментозное лечение. Они оправдывали патернализм и власть психиатрии, аргументируя это тем, что многие больные просто не в состоянии понять, что они больны, и контролировать свое собственное поведение. Они боролись с невежеством общества и с отказами от оказания психиатрической помощи, за развитие современных психиатрических больниц с системой ранней диагностики. Как подчеркивает Ник Кроссли, Национальное товарищество шизофрении «было в некоторой степени обратной реакцией на антипсихиатрические и гражданские либертарианские движения в психиатрии. Оно стало “контрдвижением”»<sup>380</sup>.

Товарищество организовывало группы поддержки, принимающие семьи для больных; информационную и консультативную помощь для больных и специалистов; проводило кампанию против стигматизации. В 2011 г. группа была переименована в «Переосмыслить психическое заболевание» (Rethink Mental Illness). Сейчас ее численность около 8300 человек, и 48 тысяч, по собственным данным организации, ежегодно пользуются ее помощью.

Продолжателем критической стратегии Национального товарищества шизофрении стала другая группа – «Шизофрения – национальное бедствие» (Schizophrenia – A National Emergency, SANE). История ее зарождения аналогична истории товарищества. В 1985 г. журналистка Марджори Уоллас опубликовала в «The Times» серию статей под общим названием «Шизофрения: болезнь, о которой забывают». Статьи получили многочисленные отклики и широкий резонанс, и Уоллас собрала группу единомышленников.

Уоллас поднимала проблемы не оказания медицинской помощи больным шизофренией. Она писала о том, что сокращается финансирование психиатрии и, как следствие, закрываются психиатрические больницы, сокращаются сроки лечения и уменьшается число терапевтических программ. Ситуация такова, что многие психически больные люди перемещались из больниц назад домой, не получив должного лечения, некоторые из них оказывались на улице или в тюрьме. Она говорила от имени семей шизофреников и настаивала на том, что невнимание к психиатрическим пациентам со стороны государства приобретает масштабы национального бедствия.

Одной из причин такой ситуации наравне с государственным сокращением финансирования Уоллас называла губительный радикализм антипсихиатрии. О том, что такое антипсихиатрия, она знала не понаслышке: когда-то она была замужем за психиатром – сторонником Лэйнга. Именно антипсихиатрия и порожденное ею движение либертарианской психиатрии, многочисленные движения по защите прав пациентов, левые радикалы способствовали, на ее взгляд, обесцениванию семейных ценностей и стали представлять семью как врага психически больных. «Идеи Лэйнга, – подчеркивала она, – стали оружием против семьи, и в особенности против матерей, которые превратились в козлов отпущения. Возможно, эти идеи были обращены к страждущим, но в неумелых руках терапевтов и социальных работников они грозили сломить фундамент семейного очага. Теории Лэйнга разбили и продолжают разбивать сердца тысяч матерей, которые вынуждены не только смотреть, во что

---

<sup>380</sup> Crossley N. Contesting Psychiatry... P. 126.

превратила их сыновей и дочерей болезнь, но и слышать, что это они *повинны* в этом. Нет никаких оснований поддерживать идеи Лэйнга, но удивительно, как много людей все еще пленены им»<sup>381</sup>.

Лэйнг и антипсихиатры, как отмечает Уоллас, были убеждены, что если смотреть на людей как на нормальных, они обязательно станут нормальными. Однако в жизни, по ее мнению, все совершенно не так. Между тем идеи антипсихиатров и других левых активистов стали активно использоваться бюрократами как идеологическое основание, оправдание и прикрытие для сокращения финансирования психиатрии и закрытия психиатрических стационаров. Это она называет основным негативным последствием антипсихиатрии. На взгляд Уоллас, ситуация зашла слишком далеко. Она и ее сторонники считали, что шизофрения – это вызванная органическими факторами болезнь, которую необходимо лечить медикаментозно, необходимо более тщательно исследовать ее причины и развивать программы длительной реабилитации.

Деятельность группы не ограничивалась критикой и пропагандой. При Оксфордской психиатрической больнице сторонниками группы был учрежден исследовательский центр, который был призван изучать биологические причины шизофрении. Пиком деятельности группы стала агитационная кампания, проведенная на железнодорожных станциях, станциях метро и автобусных остановках юго-востока Лондона. Расклеенные там плакаты изображали лицо юноши с надписью «Он считает, что он Иисус Христос. Вы считаете, что он убийца. Они считают, что с ним все в порядке». Эти плакаты обличали радикальных психиатров и антипсихиатров. Многие активисты были возмущены, и плакаты быстро убрали.

Организационные цели группы: 1) уменьшение последствий психического заболевания; 2) совершенствование лечения и заботы через просвещение и получение информации о психических заболеваниях; 3) работа с политическими структурами и общественным мнением с целью лучшего понимания ими психического заболевания. Исходя из этого группа пытается организовать работу по преодолению стереотипов в отношении психически больных, по уменьшению эффектов стигматизации, по просвещению населения и государственных служащих, а также по организации помощи в лечении и информационной поддержке специалистов, больных и их семей. На сайте группы постоянно работает форум взаимопомощи.

Вслед за двумя описанными появлялись и менее многочисленные организации. Поэтому нельзя сказать, что антипсихиатрия так и осталась маргинальной по отношению к официальной традиционной психиатрии. К началу 1970-х годов контркультурные течения, антипсихиатрические проекты, атака на психиатрию саентологов привели к необходимости ответа. Психиатрия, которую жестко критиковали уже целое десятилетие, больше не могла молчать, поскольку рисковала окончательно утратить свой авторитет.

В Великобритании, стране, где сформировалась антипсихиатрия, психиатрия продуцирует одну из первых в мире реакций на антинастроения. В 1971–1973 гг. Национальная ассоциация психического здоровья (NAMH) запускает кампанию «Сознание» (MIND) – группу, призванную активно заниматься политическими, социальными, правовыми вопросами психиатрии. Кампания призвана была решить семь задач: 1) акцентировать проблему психического здоровья и поколебать уже традиционное ее игнорирование; 2) преодолеть характерное незнание причин психических расстройств и методов их лечения; 3) совершенствовать заботу о психически больных в больнице и терапевтических сообществах; 4) обеспечивать помощь и поддержку родственникам психически больных; 5) активизировать

---

<sup>381</sup> Wallace M. Schizophrenia 1992: Catch 22. L.: SANE Pamphlet, 1991. P. 12.

волонтерскую работу во всех направлениях психиатрической помощи; 6) усилить подготовку кадров для Национальной ассоциации психического здоровья и ее ответвлений; 7) обеспечить финансовую поддержку исследований психических расстройств.

В область интересов группы входили противоречивые терапевтические методы, права пациентов и их родственников, функционирование терапевтических сообществ, психиатрические службы, общественные предубеждения против психиатрии, работа с трудными подростками и многое другое. В целом кампания была призвана изменить отношение ко многим аспектам официальной психиатрии, установить новые прочные связи не только с пациентами и их родственниками, но и с обществом. Кампания была успешна и подхлестнула в рамках деятельности ассоциации дальнейшие кампании, приведшие к гуманизации психиатрической практики, совершенствованию государственной политики в области охраны психического здоровья, развитию сети психиатрической помощи.

Так постепенно в Великобритании антипсихиатрия, в радикальной форме выразив критику и практику психиатрии, привлекла внимание к проблеме психического заболевания. Этой проблемой стало заниматься множество социальных, политических, правовых групп и организаций. Пространство психиатрической помощи и теории перестало быть исключительно медицинским, вобрав в себя множество междисциплинарных, гуманитарных включений. Таким образом, хотя медицина и сохраняет доминирующее положение в этом пространстве (так и должно быть), она уже не является монополистом, тоталитарно навязывающим свою парадигму теории и практики. В этом антипсихиатрия достигла по крайней мере двух целей – гуманизации и демонополизации.

## **V. Франко Базалья**

### **1. Путь практика**

Франко Базалья родился 11 марта 1924 г. в Венеции в весьма состоятельной семье. Там же, в самом сердце Венеции, в ослепительном по своей красоте районе Сан-Поло он провел детство и юность. В 1943 г., окончив школу, поступил в Университет Падуи на факультет медицины и хирургии, который закончил в 1949 г. Уже в студенческие годы Базалья отличается радикализмом взглядов и действий. В частности, во время режима Муссолини он контактирует с группой студентов-антифашистов и в это же время впервые сталкивается с тотальными институтами: по доносу одного из его товарищей за антигосударственную деятельность его арестовывают и приговаривают к шести месяцам тюремного заключения. Он отбывает его как раз до окончания войны.

Во время войны Базалья впервые приходит мысль о том, что психиатрическая больница помимо лечения выполняет и другие функции и что за пределами ее стен некоторые психически больные могут успешно существовать в обществе. Тогда в психиатрическую больницу небольшого городка Анконы попадает бомба, уцелевшие пациенты разбегаются, и в напряженное военное время искать их начинают не сразу, а когда начинают, то с удивлением обнаруживают, что многие из них работают и живут неподалеку как обычные люди<sup>382</sup>. Так ужасы военного времени открывают Базалье ужасы психиатрической системы.

После окончания университета, с 1949 по 1961 г., там же в Падуе Базалья работает

---

<sup>382</sup> Colucci M., Di Pierangelo V. Franco Basaglia. Milano: Bruno Mondadori, 2001. P. 77.



ассистентом в университетской Клинике нервных и психических заболеваний. В это время он пишет и публикует свои первые статьи и выступает с первыми докладами. Их тематика чисто психиатрическая: он говорит о шизофрении и навязчивостях, ипохондрии и депрессии, анорексии и параноидном синдроме и др. Наряду с исследованием классической психиатрической проблематики он обращается к философии и подпадает под обаяние феноменологии. Особенно его привлекает опыт ее взаимодействия с его «родной» наукой – т. е. экзистенциально-феноменологическая психиатрия, которая оставит неизгладимый отпечаток в его творчестве.

В 1952 г. Базалья завершает специализацию по нервным и психическим болезням, а в 1953 г. женится на Франке Онгаро, которая становится для него не только супругой, но и товарищем в идейной борьбе и соавтором многих его работ. В 1958 г. он получает звание приват-доцента психиатрии, таким образом достигая весьма высокой ступени академической карьеры. Однако радикальный и всегда жаждущий нового Базалья не очень вписывался в жесткую и архаичную академическую среду, всем было ясно, что университетская система не для него.

В 1961 г. в жизни Базальи происходит коренной перелом – он получает должность директора психиатрической больницы в Гориции, первого психиатрического стационара на его профессиональном пути. За более чем десятилетнюю профессиональную деятельность он никогда не работал в психиатрических стационарах, и поэтому, зайдя в больницу Гориции, он пережил шок. Это был, как он вспоминал, настоящий свинарник, и он сразу же понял, что необходимо менять ситуацию: с группой единомышленников он стал проводить мероприятия по реформированию режима больницы и изменению отношений между врачами и пациентами.

Параллельно реформаторской деятельности развиваются и идеи Базальи. Он начинает постепенно отходить от феноменологии и экзистенциализма и развивает своеобразную критическую теорию психиатрии как социальной институции. Поворотным в этом отношении становится 1964 г., когда на Первом международном конгрессе по социальной психиатрии в Лондоне Базалья выступает с докладом «Ликвидация психиатрической больницы как места изоляции», в котором впервые артикулирует идею о том, что психиатрическая больница как институт изоляции не может быть преобразована, а может быть лишь ликвидирована. В 1969 г. в течение полугода он работает приглашенным профессором-экспертом в Муниципальном центре психиатрической помощи больницы Маймонида в Бруклине (Нью-Йорк).

В Гориции в своих реформах он добивается немалых успехов, но местные власти не дают этому проекту развиваться дальше, и Базалья принимает должность директора психиатрической больницы Колорно в провинции Парма. И снова его реформаторская деятельность сталкивается с экономическими и политическими интересами местных властей. В 1971–1972 гг. он работает внештатным преподавателем психической гигиены на педагогическом факультете Университета Пармы.

В 1971 г. Базалья опять перемещается из больницы в больницу. На сей раз он становится директором психиатрической больницы Триеста. При поддержке местных властей он начинает реализовывать проект реформ, который становится самым успешным за всю его практическую деятельность. Своего пика реформы и деятельность Базальи достигают к 1973 г., когда Триест, по данным мониторинга ВОЗ, признается лучшим районом Италии по состоянию психиатрической службы. Тогда же вместе с соратниками он организует движение «Демократическая психиатрия», призванное способствовать гуманизации и демократизации отношения к психически больным и поддерживать реформаторские инициативы. Событием того времени становится и конференция «Практика безумия», проведенная Базальей в Гориции и укрепившая связи психиатрических активистов с левыми политическими и профсоюзными

организациями.

К концу 1977 г. психиатрическая больница Триеста окончательно упраздняется. А 13 мая 1978 г. итальянский парламент принимает Закон № 180 о психиатрической реформе, который предписывает упразднение психиатрических стационаров. Базалья становится всемирно известным, он принимает участие в международных конференциях по всей Европе. В ноябре 1979 г. Базалья отходит от руководства психиатрической больницей Триеста и принимает должность координатора психиатрической службы региона Лацио в Риме и представляет несколько программ деинституционализации. Однако весной 1980 г. у Базальи обнаруживают опухоль головного мозга, он быстро сгорает и 29 августа 1980 г. в своем доме в Венеции умирает.

Соратники Базальи говорят, что успешность его проектов была связана не только с политической и социальной одаренностью, не только со способностью увидеть суть проблемы, но и с его личным обаянием и честностью. Для них он был человеком, за которым хотелось следовать. Базалья, безусловно, был героем и фигурой своей эпохи. Он был и похож на всех остальных лидеров антипсихиатрии, и отличался от них.

Изначальной точкой профессионального теоретического развития Базальи стала, как и у множества его коллег, экзистенциально-феноменологическая психиатрия. Во время работы в Клинике нервных и психических болезней Падуи он увлекается идеями феноменологов Гуссерля и Хайдеггера, Мерло-Понти и Сартра, а также психиатров Карла Ясперса, Эжена Минковски, Людвига Бинсвангера и Эрвина Штрауса. Разумеется, в начале 1960-х он читал «Историю безумия» Мишеля Фуко (итальянский перевод этой работы вышел в 1963 г.), и это влияние заметно во всех его работах и практической деятельности. Надо признать, что в те годы итальянская психиатрия как раз знакомилась с традицией экзистенциально-феноменологической психиатрии, фрейдомарксизма и эпистемологии. Как пишет Патриция Гварньери в своей статье «История психиатрии в Италии», «преодолев изоляцию и монополизацию, однородный образ итальянской психиатрии разбился на фрагменты. Быстро распространялись ранее считавшиеся маргинальными аналитическая антропология и экзистенциальная феноменология, идеи Ясперса и Бинсвангера; становились все более и более популярными альтернативные эксперименты по организации сообществ и терапевтических хозяйств. Психиатрия охотно пропитывалась философией и гуманитарными науками, эпистемологией, марксизмом, Франкфуртской школой, точно так же, как и довольно поздно (хотя и с противоречиями) вошедшим в нее психоанализом, ранее блокируемым фашизмом и церковью и довольно безразлично встречаемым марксизмом вплоть до шестидесятых (итальянское издание “Трудов” Фрейда датируется 1967 г.), когда возникло фрейдомарксистское слияние»<sup>383</sup>.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия дает Базалье новый взгляд, распространенный тогда в среде интеллектуалов-психиатров: он понимает, что нужно как можно пристальнее взглянуть в саму болезнь, в самого больного, отбросив социальные и теоретические наслоения. Гуссерлев метод «заключения в скобки», феноменологическая редукция, становится определяющей в представлении Базальи о психическом заболевании. Он говорит: «Не то чтобы мы отбрасываем болезнь в сторону, мы скорее считаем, что, чтобы установить отношения с человеком, необходимо рассматривать его независимо от навешенного на него ярлыка. Я выстраиваю отношения не исходя из диагноза, а исходя из самого человека. В тот момент, когда я говорю: “Этот человек – шизофреник” (со всеми культурными отсылками,

<sup>383</sup> *Guarnieri P.* The History of Psychiatry in Italy // *History of Psychiatry*. 1991. Vol. 2. No. 7. P. 293.

которые при этом предполагаются), я начинаю вести себя с ним совершенно специфическим образом, т. е. прекрасно представляя, что шизофрения является болезнью, с которой ничего нельзя поделать. Мои отношения станут отношениями человека, который только и делает, что ожидает от другого “шизофреничности”. Мы видим, как, следуя этому пути, прежняя психиатрия отвергла, поработила и отстранилась от больного человека, который, как кажется, даже не может обратиться за помощью, для которого нет никаких методов лечения. Именно потому так необходимо придвинуться к нему ближе, заключить болезнь в скобки, поскольку диагностический ярлык приобрел вес морального суждения, которое совершенно не относится к реальности самой болезни»<sup>384</sup>.

Одновременно с отказом от излишних определений, социальных практик и концептов, т. е. одновременно с негативным ракурсом феноменологической редукции, экзистенциально-феноменологическая психиатрия приносит мировоззрению Базальи и позитивный смысл. Даже его ранние практические проекты реформирования движимы предельным вниманием к субъективности, индивидуальности, личности больных. Исходный посыл всех его практических реформ – страдающая личность самого больного, которая практически не видна за разветвленной структурой психиатрической больницы, практики психиатрической изоляции и стигматизации. Базальи призывал построить такую систему психиатрической помощи, которая бы существовала не для общества, не для семьи, не для государства, а для самого больного. И здесь, несомненно, также замечен феноменологический оттенок.

Как и у многих психиатров того времени, увлеченность феноменологией и экзистенциально-феноменологической психиатрией сменяется у Базальи критической к ней настроенностью. Он понимает, что феноменология дает слишком мало для исследования институциональных форм общества, классовой природы болезни и широкого социального и политического контекста: «Как и психоанализ, феноменология, движимая целями исследования, изменяет природу отношений человека, он [больной человек] остается на расстоянии, в том же самом объективном и а-диалектическом измерении, куда его уже определила классическая психиатрия. Обе эти теории могут понять институциональные практики лишь в очень незначительной степени»<sup>385</sup>. Для Базальи феноменология, движимая поиском человеческой субъективности, не может спасти людей от объективации, поскольку рассматривает их сознание как факт, который не может быть изменен, но может быть лишь понят. На анализе различных форм объективации патологического сознания феноменология останавливается, не двигаясь дальше»<sup>386</sup>.

Идеи и деятельность Базальи стимулировались социально-экономическими процессами в Италии. В конце 1950-х годов под влиянием стремительного экономического роста в стране назревает потребность в модернизации социальных учреждений. Именно на этом фоне в 1969 г. активизируется рабочее движение. Происходят многочисленные забастовки, итальянская коммунистическая партия берет курс на социальные преобразования. На этой волне внимания к

---

<sup>384</sup> *Basaglia F.* L'istituzione negata. Torino: Einaudi, 1968. P. 32, 33. Цит. по: *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds).* N.Y.: Columbia University Press, 1989. P. 8.

<sup>385</sup> *Basaglia F.* Crisi istituzionale o crisi psichiatrica? // *Basaglia F. Scritti I. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia.* Torino: Einaudi, 1981. P. 443. Цит по: *Psychiatry Inside Out.* P. 7.

<sup>386</sup> *Basaglia F.* Institutions of Violence / transl. by T. Shtob // *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds).* N.Y.: Columbia University Press, 1989. P. 64.

социальным преобразованиям Базалья и отходит от феноменологии к социальной теории и социальной практике, но теплое отношение к теоретическому увлечению молодости он сохраняет на всю жизнь.

Если говорить о специфике творчества и деятельности Базалья, то необходимо отметить центральную черту, отличающую его от всех остальных антипсихиатров. Это выраженная практическая направленность идей и проектов.

В отличие от других его соратников по антипсихиатрии Базалья почти никогда не развивал теорий ради теорий. Даже если мы посмотрим на его исключительно теоретические работы, то сразу же заметим, что его идеи практически не объединяются в теорию вокруг теоретического же стержня. Их стержень – практика. Для Лэйнга и Купера стержнем теоретических представлений и практических проектов была онтология социального, позаимствованная у Сартра и творчески переработанная в пространстве психиатрии, для Саса – теория метафорической природы психического заболевания и экономико-политическая по своей сути теория терапевтического государства, у Базалья мы ничего подобного не находим. Практически невозможно описать его идеи в отрыве от деятельности, невозможно проанализировать его работы, не упомянув при этом Гориции, Триеста, движения «Демократическая психиатрия» и Закона № 180. Его теоретические представления без практики принципиально незавершенны.

Исходя из этого, Э. М. Ловелл и Н. Шепер-Хьюз считают проект Базалья практической утопией. Они предлагают рассматривать историю европейской психиатрии как чередование противоположных моделей заботы о больных. Первая – тоталитарная модель старого режима, при которой больные изолировались в определенном месте и перевоспитывались исходя из моральных и религиозных принципов. Вторая модель – капиллярная утопия, цель которой зафиксировать отклонение в том месте, где оно появляется, чтобы избежать его проникновения в социальный порядок. «Путь итальянского психиатра Франко Базалья (1924–1980), – пишут они, – отмечает эпистемологический разрыв и потому новую главу в новейшей истории европейской психиатрии. В 1960-х, когда в западных странах маятник качнулся к капиллярным утопиям коммунальной модели, Базалья придал утопии новое значение. До этого предлагались утопии, которые продуцировали идеологии, и в рамках каждой из них в скором будущем должны были укрепиться и усовершенствоваться существующие паттерны управления и контроля исключаемых обществом групп. Альтернатива, предложенная Базальей, представляла собой, как он говорил, *практическую* утопию, предлагающую новые стратегии реагирования на нужды психиатрических пациентов, инвалидов и умственно отсталых»<sup>387</sup>. Несмотря на изначально психиатрическую направленность этой утопии, проект Базалья вышел за пределы психиатрического контекста и вовлек в себя различные социальные группы и категории граждан, приобретя широкий социальный и политический контекст.

Очень трудно описать, как Базалья всегда связывал практику с теорией, и то, как его мировоззрение мгновенно преломлялось исходя из конкретных проблем, с которыми он сталкивался. Дать определение методу Базалья, определить специфику его подхода крайне затруднительно. В какой-то мере этот метод был марксистским, даже сартрианским и состоял в непосредственной реакции на практику, на актуальную ситуацию. Этот подход не только невозможно описать, ему невозможно научить, поскольку единичность ситуации противостоит повторению. Невозможно также сказать, что техника Базалья эффективнее, чем другие,

---

<sup>387</sup> Lovell A. M., Schepers-Hughes N. Introduction. Te Utopia of Reality: Franco Basaglia and the Practice of a Democratic Psychiatry // Psychiatry Inside Out... P. 3.

поскольку она настолько уникальна, что использовалась только применительно к конкретным явлениям, она была не фундаментальна, а ситуативна. Базалья подчеркивал: «Сегодняшняя реальность отличается от завтрашней, и в попытке представить ее застывшей она или искажается, или вовсе утрачивает связь с действительностью. Наши зарисовки – это лишь осмысление нашей постепенно развивающейся практики, в которой на место исходной ситуации концентрационного лагеря пришли более человеческие отношения»<sup>388</sup>.

Марио Томмазини так описывал первую встречу с ним: «Я оказался перед человеком, который обладал широчайшей культурной открытостью и который мог связать этот общий взгляд с повседневной жизнью, приспособлявая его к повседневному поведению и практическим инициативам, и это – казалось бы, не имеющее значения – становилось стимулом для участия других людей в социальных трансформациях»<sup>389</sup>. Базалья считал, что реальная ситуация, реальная практика вскрывает противоречия, посредством работы над которыми и можно изменить систему. «Когда вы указываете на противоречие, – говорил он, – вы вскрываете раскол. К примеру, когда мы демонстрируем, что психиатрические институты существуют лишь как аппарат социального контроля государства, мы должны создать взамен его что-то еще. Начиная с того момента, когда противоречие впервые всплывает в сознании, до того, когда оно неизбежно скрывается вновь, есть момент, шанс, что люди поймут, что система здравоохранения не соответствует их потребностям, поскольку само общество не готово эти потребности воспринять»<sup>390</sup>.

Кроме реакции на конкретную ситуацию печатью марксизма была отмечена и «базисная» направленность творчества и деятельности Базальи. Невозможно, считал он, просто изменить парадигму психиатрии, ее научную идеологию, нужно изменить поддерживающую ее систему. Отношение к психически больному как внутри психиатрии, так и внутри общества в целом отражает специфическую политико-экономически детерминированную систему властного исключения маргинальных элементов. По Базалье, нужно изменить систему, базис психиатрии, тогда изменится и ее надстройка. На это изменение он и направил всю свою творческую энергию.

## 2. Теория институций

Практически все исследователи в один голос говорят, что Базалья был практиком, а не теоретиком. Действительно, его первые работы, осмысляющие теорию институционализации, появились уже после его первого опыта деинституализации. «Он не любил писать, он больше любил говорить, и часто его идеи записывали другие»<sup>391</sup>, – отмечает Шуламит Рамон. Эта позиция оправдывает исключение идей Базальи из анализа его творческой деятельности. В большинстве работ Базальи-теоретика словно не существует, он практик-психиатр, он

---

<sup>388</sup> *Basaglia F.* Le istituzioni di violenza // *Basaglia F. Scritti II. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica.* Torino: Einaudi, 1982. Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 4.

<sup>389</sup> Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 4.

<sup>390</sup> *Basaglia F.* Conversazione: A proposito della nuova legge 180 // *Basaglia F. Scritti II.* P. 481. Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 17.

<sup>391</sup> *Ramon S.* Trieste, Italy: Reform and the Work Cooperatives: A Case Study of Immersion in the Community // *Innovating in Community Mental Health: International Perspectives* / R. Schulz, J. R. Greenley (eds). Westport, Conn.: Praeger, 1995. P. 55.

инноватор и реформатор. Но все же его идеи – теория социальной власти и ее институций, теория класса техников как класса посредников, теория обусловленной производством идеологии и теория психического заболевания как маргинального пространства капиталистического общества – это ключ к его практике. Их всегда не хватает, когда говорят о реформе, поскольку начинает казаться, что, освобождая больных из стен психиатрических больниц, Базалья был движим какой-то непонятной теплотой сердца или подчинялся распространенной тогда в Европе и Америке интеллектуальной моде. Идеи Базальи – единственное, что способно сделать его проект целостным.

Отправной точкой для идей Базальи является социально-политическая проблематизация психического заболевания. Для него социально-политический ракурс является приоритетным и главенствующим в исследовании безумия. Эту исходную позицию можно обозначить словами его супруги и соавтора Франки Онгаро Базальи: «Проблема психического заболевания и институций психиатрии развивалась в нашем обществе, прежде всего, как вопрос общественного порядка. Она появилась как *социо-политическая проблема*, а именно как проблема защиты здорового и работоспособного сообщества от элементов, которые не соответствуют приоритетным моделям поведения и правилам производительности»<sup>392</sup>.

Базалья, практически шаг за шагом следуя за Фуко, отмечает, что «не существует никакой истории безумия, которая при этом не являлась бы историей разума». Однако разум он рассматривает не в историческом, как Фуко, а в социально-политическом ракурсе. Для него «история безумия есть история постепенной эволюции ценностей, правил, верований и систем власти; последние конституируют взгляды, на которых основывается группа и которые несут отпечаток всех затрагивающих процесс организации социальной жизни феноменов»<sup>393</sup>.

История безумия так же, как у Фуко, уходит корнями в трагическую эпоху, когда голос безумия вместе с голосом других отверженных элементов общества нес печать порока и греха. Переломным моментом для этой истории, опять-таки как у Фуко, становится конец XVIII – начало XIX столетия, когда трагический голос безумия был заточен в тюрьму психиатрической институции. В этот момент безумие из страдания превратилось в болезнь, подлежащую не только изоляции, но и лечению, а в число задач медицины и психиатрии вошел контроль и сдерживание психически больных как потенциально опасных элементов общества. Именно в этой исторической точке, по Базалье, психиатрия превратилась в науку, основанную на договоре между медициной и государством. Психическое заболевание превратилось в угрозу, которую необходимо сдерживать. Психиатрия стала ветвью закона, и он должен наказывать всякого, кто эту угрозу несет, а психиатрическая больница – тюрьмой, в которой эта угроза локализуется и изолируется. Так, по мнению Базальи, безумие обрело свое собственное место в логике социального строя и научной мысли, в логике разума и его порядке. Утратив свой трагический голос и субъективный смысл, оторвавшись от жизни, которой принадлежало и которую выражало, безумие теперь обрело определенное, четко очерченное стенами психиатрической больницы пристанище. По этим причинам «проблема безумия – это всегда проблема отношений между человеком и организацией. Это проблема места – физического или психологического, – которое человек занимает в группе»<sup>394</sup>. А сама история психиатрии в

---

<sup>392</sup> Ongaro Basaglia F. Politics and Mental Health II // *Te International Journal of Social Psychiatry*. 1992. Vol. 38. No. 1. P. 36.

<sup>393</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. *Madness/Delirium* / transl. by A. M. Lovell // *Psychiatry Inside Out*... P. 231.

<sup>394</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. *Madness/Delirium* / transl. by A. M. Lovell // *Psychiatry Inside Out*... P. 231.

таком случае может трактоваться как диалектика человека и группы, субъективности и общности, человека и организации.

Ключевым понятием для описания стратификации общества у Базальи, как и у других антипсихиатров, является власть. Власть – это основное достояние общества, к которому оно подпускает некоторых своих членов, это то, благодаря чему общество поддерживает свое существование и осуществляет регулирующие функции. Отношения власти реализуются благодаря насилию и исключению. «Насилие и исключение, – пишет Базалья, – лежат в основе социальных отношений нашего общества. Распределение насилия зависит от потребности тех, кто обладает властью замаскировать и сокрыть его, для этого создаются институты, начиная от патриархальной семьи и публичных школ и кончая тюрьмами и лечебницами. Насилие и исключение оправдываются как то, что необходимым образом сопровождает реализацию предписываемых законом образовательных задач (семьи и школы) или регулятивных функций (тюрьмы и лечебницы)»<sup>395</sup>.

Базалья вписывает проблему психического заболевания в широкую перспективу идеологии отклонения и представляет ее как одну из важнейших проблем капиталистического общества. Традиция насилия и исключения – это давняя традиция европейской истории и европейского общества, всегда основанного на разделении между бедными и богатыми. Это исключительно экономическое разделение во все времена приводит к появлению ложных дихотомий – «хорошее и плохое», «здоровое и больное», «приемлемое и недопустимое». Только насилие, на его взгляд, заставляет общество производить эти дихотомии, и это насилие реализуется на всех уровнях социальной системы.

Базалья подчеркивает, что понятие нормы и отклонения тесным образом связано с идеологией производства и логикой капиталистического общества. Носители отклонения, как правило, не поддерживают ценности капиталистического общества и поэтому вытесняются на его окраину. «Чернокожие, психически больные, девианты и бедняки, все они представляют различные формы одной и той же проблемы»<sup>396</sup>, – указывает он. И это неслучайно, что психиатрическая больница как социальная институция появляется с началом промышленной революции. Она является продуктом отделения производительного населения от непроизводительного. В такой ситуации свобода становится прерогативой лишь тех, кто работает и производит. Так Базалья формирует один из важнейших концептов своего творчества – концепт ненормативного большинства, развитие которого наиболее последовательно представлено в его одноименной работе 1971 г.

В современном обществе, как он отмечает, понятие отклонения несколько смягчается именно вследствие смягчения идеологии производства. Во-первых, одна из форм производительности открывается в самой болезни, поскольку рассматривающие болезнь институции включаются в производственный цикл. Во-вторых, производство постепенно принимает форму социального контроля, и так болезнь подпадает под его юрисдикцию. В-третьих, человек больше не рассматривается как обладатель мышечной силы, поэтому стандарты для рассмотрения его поведения смягчаются, и развивается терпимое отношение к психическим отклонениям. Тем не менее, проблема до сих пор остается. Поскольку общество с помощью идеологии поддерживает свою целостность (для Базальи институции – один из самых

---

<sup>395</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 61.

<sup>396</sup> Basaglia F. The Disease and Its Double and the Deviant Majority: Critical Propositions on the Problem of Deviance / transl. by T. Shtob // Psychiatry Inside Out... P. 107.



мощных механизмов социальной интеграции), проблема будет актуальной еще долго: «Бедность стала индустрией. И это вопрос внутренней колонизации с различными тактиками одной и той же стратегии: сохранение общего экономического статус-кво»<sup>397</sup>.

Более того, промышленно развитые общества, как, например, Америка, уже не могут довольствоваться контролем посредством изоляции, поскольку вместе с обилием товаров они производят и обилие противоречий. Институты здесь перестают быть исключительным инструментом контроля, хотя и продолжают существовать. Появляются новые, более мягкие средства: профилактика, ранняя диагностика, медицинский сервис, медиализация поведения и проч. Вспомним, что именно о таких средствах контроля говорит Томас Сас, когда обсуждает тотальность фармакратии в Америке.

Поскольку социальные институты уже не являются единственными средствами контроля, они могут быть частично преобразованы: реорганизованы, модернизированы, их репрессивный характер может стать менее открытым. Однако, по Базалье, модернизация бессмысленна, социальные институты как средства контроля могут быть только упразднены. «Не имеет значения, – подчеркивает он, – усовершенствованы ли пытки или нет, реальные ли цепи или символические, как в технически более развитых странах. Цель всегда состоит в том, чтобы защищать доминирующую группу, разрушая все, что противоречит социальному порядку»<sup>398</sup>.

Сам переход к закрытым формам власти в современном обществе, по Базалье, связан с появившейся возможностью делегирования функции насилия: от общества и государства к посредникам. Делается это для того, чтобы обойти противоречия, возникающие при открытой демонстрации насилия. Посредники через обходные формы технического насилия способствуют реализации власти и творят новых отверженных и изгоев. Базалье указывает: «Задача этих посредников состоит в том, чтобы посредством технологизма мистифицировать насилие, при этом не изменяя его настоящей природы. Они заботятся о том, чтобы те, кто подвергается насилию, приспособились к нему и уже не могли развить сознание, которое позволило бы им повернуть насилие против своих правителей. Их задача в том, чтобы отыскать новые формы отклонения, которые прежде считали нормой, и таким образом расширить основания для исключения»<sup>399</sup>.

Современное капиталистическое общество переходит к цивилизованным формам насилия. Именно это имеет в виду Базалье. Насилие никуда не исчезает, просто на место грубым формам его реализации приходят замаскированные и едва заметные формы: на место кнута приходит лечение. Главное – чтобы в насилии исключенный больше не мог распознать насилие, главное, чтобы он думал, что это он виноват в том, что с ним проделывают и проделывают для его же блага. Это позволяют обществу сделать и многочисленные посредники – социальные психиатры и психотерапевты, социальные работники и индустриальные социологи – новые администраторы насилия. «Их задача, обозначенная как руководство и терапия, заключается в том, чтобы адаптировать людей к принятию ими положения “объектов насилия”. Пути адаптации могут быть разными, но единственной реальностью, которая допускается, является

---

<sup>397</sup> Basaglia F. *The Disease and Its Double...* P. 133.

<sup>398</sup> Basaglia F. *Science and the Criminalization of Need // Psychiatry Inside Out...* P. 208.

<sup>399</sup> Basaglia F. *Institutions of Violence.* P. 61.

насилие»<sup>400</sup>.

Более детально проблему посредников в реализации власти правящего класса Базалья обсуждает в серии публикаций конца 1960 – начала 1970-х годов. Одна из центральных статей при этом – статья «Преступления мирного времени», опубликованная в одноименном сборнике под редакцией Базальи и Франки Онгаро Базальи, где были собраны работы виднейших интеллектуалов того времени – Фуко, Хомского, Лэйнга, Саса и др., в которых обсуждалась проблема власти. В своей статье Базалья развивает идеи А. Грамши о роли интеллигенции в осуществлении власти правящего класса и рассматривает эту роль на примере психиатров как специалистов-практиков.

Базалья говорит о двух войнах, которые в последнее время идут повсюду: международная империалистическая война, идущая бок о бок с антиимпериалистическими движениями, и ежедневная мирная война, сопровождающаяся собственными преступлениями и имеющая собственные орудия. Последняя все больше и больше приучает людей к мысли, что беспорядки, насилие и жестокость – неотъемлемые атрибуты мирной жизни. Больницы, тюрьмы, лечебницы, фабрики и школы – места, где ведется война, а специалист – главный преступник<sup>401</sup>. Для Базальи «специалист-профессионал – предумышленный или непредумышленный функционер преступлений мирного времени, совершаемых в наших институциях: от имени идеологии здравоохранения, лечения и профилактики или от имени идеологии наказания и исправления»<sup>402</sup>.

Опираясь на определение интеллигенции, данное Грамши, Базалья противопоставляет две эпохи, в которых роль и положение интеллигенции были противоположны. Он отмечает, что после окончания Второй мировой войны интеллигенция полагала, будто мир возможно изменить к лучшему, можно даже построить новый мир, считая, что в этом процессе она будет играть ведущую созидательную роль. Эти надежды очень скоро были разрушены, поскольку практически сразу же, возвратившись к профессиональной карьере, интеллигенты стали исполнять свои традиционные роли.

Таким образом, положение буржуазии было восстановлено, рабочие и люмпены вновь вернулись на позиции угнетаемого класса, а интеллигенты и интеллектуалы приняли роль среднего класса, класса посредников, обеспечивающего идеологию, позволяющего угнетаемому классу идентифицироваться с буржуазными ценностями, примиряющего угнетателей и угнетаемых. Базалья пишет: «Интеллектуал или специалист, ранее бывший активистом левой партии, продолжил свою профессиональную жизнь, и она противоречила его политической активности. Инженер на фабрике, врач в больнице, психиатр в лечебнице, судья, учитель – каждый из них в профессиональной жизни поддерживал то, что отрицали в других местах, не понимая того, что это значит быть функционером доминирующей идеологии в своей собственной работе. Интеллектуалы снова были теоретиками, а специалисты – практиками доминирующей идеологии; но ни их политическое сознание, ни их политическая активность не влияли на идеологический характер их теории и практики»<sup>403</sup>.

---

<sup>400</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 62.

<sup>401</sup> Basaglia F. Science and the Criminalization of Need. P. 202.

<sup>402</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes: Technicians of Practical Knowledge / transl. by T. Shtob // Psychiatry Inside Out... P. 155.

<sup>403</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes... P. 144.

Сама функция легитимации власти правящего класса появилась у интеллектуалов и специалистов, на взгляд Базальи, как печать эпохи равноправия и гуманизма. Как говорит он сам, в прежние времена слуга и господин находились на столь далеком расстоянии, что последний мог осуществлять свою власть открыто, не имея необходимости оправдываться за жестокость и злоупотребления. Эпоха равноправия и гуманизма лишила его такой возможности, не избавив от потребности править слабыми. Когда слуга стал выступать против господина, тот был вынужден признать принципы равенства и демократии и перестать осуществлять свою власть прямо. Здесь и возникла потребность в интеллектуалах и специалистах как в классе посредников в осуществлении власти.

Приблизительно в то же время уходит своими корнями изоляция противоречий человеческой жизни с целью наилучшего управления. Базалья отмечает, что раньше все неугодные обществу и правящему классу элементы принадлежали к одной группе преступников и содержались в одной и той же институции – тюрьме. Развитие науки сделало возможным выделение различных областей маргинальности: появились преступники и сумасшедшие, юриспруденция и психиатрия. Эти похожие научные пространства были разделены, а их предметы в процессе этой изоляции из человеческих противоречий превратились в естественные феномены: «Преступность и психическое заболевание – это человеческие противоречия. Они могут являться и естественными [т. е. биологическими] фактами, но чаще всего они социально и исторически обусловлены»<sup>404</sup>.

По Базалье, наиболее явной эта двойственная роль специалистов стала в тех областях, где они имеют право законного осуществления силы над группами, которые на эту силу не согласны, и маскируют это право благодаря научным теориям. Одной из таких областей и является психиатрия. В психиатрии эта роль специалистов заметна и по причине видимого зазора между идеологией, опирающейся на заботу и лечение, и практикой, основанной на исключении и насилии. Становится понятно, что психиатрическая больница – это не место лечения людей с психическим заболеванием, а место управления поведением представителей рабочего класса. Это приводит, как выражается Базалья, к эрозии научных истин и поднимает вопросы об их отношении к социальной структуре и ценностях доминирующего класса. Он подчеркивает: «Специалисты, обычно представлявшие эти ценности, стали отвергать свои роли лояльных функционеров, отказываясь поддерживать и узаконивать классовую дискриминацию и превращать свою работу и помощь в насилие»<sup>405</sup>.

Базалья считает, что в революции против буржуазного общества специалистам принадлежит центральная роль. Это они должны показать, что психиатрическая больница производит болезнь, тюрьма – преступность, школы – неграмотность, разрушив, таким образом, свое единство с буржуазным классом. Только тогда станет понятно, что наука и техника являются ложной опорой правящей идеологии, а реальные потребности будут очищены от искусственных потребностей, с помощью которых осуществляется контроль правящего класса. «Задача специалиста, – подчеркивает Базалья, – ускорить понимание того, каким образом идеология заставляет зависимый класс принять то, что, казалось бы, соответствует его потребностям, но на самом деле является разрушительным. Может быть, это даже политически более действенно, чем подражать рабочим, которыми мы все равно не являемся, и заимствовать для борьбы их мотивы, тогда как наша профессия часто делает нас тайными пособниками.

---

<sup>404</sup> Basaglia F. Science and the Criminalization of Need. P. 208.

<sup>405</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes... P. 146.

Отклонить нашу роль и власть означает использовать эту роль и власть диалектически, как критику науки и идеологии, которую как специалисты мы уже не поддерживаем»<sup>406</sup>.

Базалья указывает, что специалисты и интеллектуалы должны направить свои силы на выяснение процессов, посредством которых доминирующая группа делегирует власть и использует научную идеологию. Для того чтобы достичь на этом пути успеха, на его взгляд, критика науки должна дополняться политической активностью, с ее помощью специалисты помогут зависимому классу понять происходящие социальные процессы и выступить против власти и манипуляции. Специалисты, интеллектуалы, студенты и другие революционные группы должны бороться не ради угнетаемого класса, а с угнетаемым классом. Они должны не заимствовать побуждения других групп, а бороться в своей собственной сфере. Только тогда эта общая революция будет успешной.

Если посредники превышают лимит терапевтических действий, насилие становится заметным. Точно так же оно становится заметным, когда появляются бреши в мистифицированной системе научно-теоретического оправдания насилия. В обоих случаях институция входит в кризис. Это, по мнению Базальи, происходит в психиатрии: обращение к функционированию психиатрических институций показывает, что происходящие в них процессы имеют мало общего с болезнью и ее лечением. Параллельно происходит кризис в теоретическом осмыслении психического заболевания, и это обнажает социальные, экономические и политические процессы, которые стоят за функционированием психиатрии.

Основной механизм борьбы с правящей идеологией, по Базалье, – опора на единичные ситуации, на конкретного человека с его потребностями и жизнью в обществе, уход от абстрактного человечества. «Это значит, – поясняет он, – что ценность человека, здорового или больного, лежит вне ценностей здоровья или болезни, и что болезнь как всякое человеческое противоречие может использоваться как инструмент для самообладания или самоотчуждения, как инструмент освобождения или доминирования»<sup>407</sup>. Здоровье и болезнь, таким образом, могут быть как положительными, так и отрицательными ценностями, а если за отправную точку выбирается человек, он не может однозначно описываться в пределах нормы, поскольку человеческое бытие постоянно балансирует между здоровьем и болезнью.

Болезнь необходимо рассматривать в другом ракурсе. Базалья подчеркивает: «Это не значит, что психической болезни не существует...»<sup>408</sup>. Для него психическое расстройство является болезнью, но к ней прибавляются лишние социальные наслоения, которые являются ее следствиями, ее признаками, но на самом деле таковыми не являются, а представляются социально-экономическими проблемами. Он лишь говорит, что болезнь как свидетельство противоречия может использоваться в пределах системы власти и эксплуатации: к реальному значению понятия болезни прибавляется социальное и политическое значение, на него и опирается служба здравоохранения. При этом врачи и другие специалисты не лечат болезнь, а реализуют свою роль посредников доминирующего класса. Следовательно, необходимо уйти от болезни как однозначно отрицательной ценности и строить стратегии помощи людям, ориентированные на их реальные потребности. Это очень важная мысль Базальи: психическое заболевание несет наслоение социальных проблем, отношения власти и зависимости.

---

<sup>406</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes... P. 149.

<sup>407</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes... P. 159.

<sup>408</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 65.

Необходимо очистить его от этих наслоений, вернуть социальные проблемы обществу и дать ему понять, что психическое заболевание в том виде, в котором оно сейчас существует, является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой.

Психиатрия и психиатр для осуществления своей функции посредничества нуждаются в объективных определениях, и они их и получают, объективируя болезнь в диагноз. Так психиатрия скрывает насилие под лицемерной маской терапии, защищает от психически больного и решает проблему его присутствия в обществе. «Такой подход, подчеркивает Базалья, – показывает нам перевернутую вверх ногами реальность, в которой проблемой теперь является не болезнь как таковая, а скорее те отношения, что с ней устанавливаются. Врач, пациент и общество, которые ее определяют и судят, все вовлечены в эти отношения. Объективизация коренится не в объективном состоянии пациента, а в отношениях между пациентом и врачом, отношениях между пациентами и обществом, которое делегирует свою заботу и защиту врачам»<sup>409</sup>.

Попадая в больницу, пациент погружается в отчуждение. От становится психически больным, психиатрическим пациентом со всеми атрибутами этого нового статуса, которыми его наделяет психиатрия и психиатрическая больница. Базалья указывает: «В тот момент, когда пациент входит в лечебницу, он погружается в новый эмоциональный вакуум... Он попадает в место, изначально призванное вылечить его и обезопасить, но теперь, кажется, предназначенное полностью разрушить его индивидуальность и объективировать его...»<sup>410</sup>. Человек становится объективированным и признается больным.

Единственный путь избавить пациента от этой пустоты – вскрыть ложь институциональной системы. Базалья подчеркивает: «Психически больной – это изгой, но в современном обществе он никогда не сможет выступить против тех, кто его отвергает, поскольку все его действия ограничены, очерчены и, в конце концов, отчуждены его болезнью. Все же психиатрия, следуя своей двойной – медицинской и социальной – роли, может помочь пациенту понять как свою болезнь, так и то, почему общество за эту болезнь его исключило. Психически больной может реабилитировать себя из институционализации, лишь если узнает, что он отвержен и исключен из общества...»<sup>411</sup>.

Центральным моментом в смене роли пациента, в возвращении ему его человеческого облика Базалья считал поощрение активности, напряженности, агрессивности. Когда пациент узнает о своей отверженности обществом и о ее причинах, по мнению Базальи, внутренний эмоциональный вакуум сменяется у него на гнев униженного. Его полная подчиненность институции сменяется открытой оппозицией, и он пытается вернуть назад свою собственную свободу. Медикаментозная терапия освобождает только отчасти: она делает больного менее зависимым от своих симптомов, расширяет его перспективу и дает ему возможность установления устойчивых отношений. Однако она все еще оставляет больного в рамках институциональной и обезличивающей структуры больницы.

Никакой врач, даже гуманно настроенный к пациенту, никогда не сможет вернуть ему его идентичность и свободу, сделать это может только сам пациент. Именно поэтому в реформе Базальи такое большое значение имело символическое и реальное разрушение дверей, окон,

---

<sup>409</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 68.

<sup>410</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 72.

<sup>411</sup> Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Peacetime Crimes... P. 76.

стен больницы. Недостаток активности пациента – это основное следствие институционализации. И Базалья провозглашает задачу последовательной деструкции лечебницы и организации психиатрической больницы как места лечения больных. Именно эту задачу он будет реализовывать во всей своей практике.

### 3. Проект и ход реформы

Как уже отмечалось, ситуация с психиатрической системой в Италии была крайне неблагоприятной. Государственные психиатрические больницы функционировали по тюремным законам, и никакие предложения модернизации не встречали отклика в итальянском парламенте. Примечательно, что университетская психиатрия, располагаясь на некотором отдалении от психиатрии государственной и находясь в лучшем состоянии, никаких инициатив также не высказывала. Структура нейропсихиатрических отделений лишь укрепляла ригидность и безынициативность. Университетскими психиатрическими клиниками заведовали профессора, находившиеся на вершине иерархической структуры университета, поэтому располагающаяся внизу молодежь редко осмеливалась предлагать смелые инициативы.

Специфика этой ситуации начала постепенно приводить к тому, что сколь-либо значимые альтернативы и инициативы могли предлагаться только на местах: в провинциальных государственных психиатрических больницах. Они были свободны от сети университетского образования и психиатрического обслуживания и одновременно остро испытывали все тяготы системы. Институциональное движение в Италии поэтому стартовало как разрозненные реформистские проекты в провинциальных государственных психиатрических больницах. И первой в этом ряду стала психиатрическая больница в Гориции.

Эта была небольшая провинциальная психиатрическая больница, располагавшаяся близ югославской границы. Когда Базалья впервые вошел в нее, его сразу же поразил запах, который напомнил ему тот, что сопровождал его пребывание в тюрьме в студенческие времена. Психиатрическая больница встретила его тюремным запахом и тюремными порядками. Базалья стремился в корне изменить ситуацию. Как вспоминал один из его коллег, он привнес в работу «такие энтузиазм и храбрость, которые в те годы не были свойственны больше никому»<sup>412</sup>.

Базалья задумал своего рода эксперимент: «В Гориции мы попытались обнажить функции психиатрической идеологии – маскировку социальных противоречий, и указать на политическую природу трактовки нормы, которые все чаще устанавливаются за пределами психиатрии и которые психиатрия лишь признает валидными»<sup>413</sup>. Он хотел произвести нечто вроде феноменологической редукции психиатрической больницы как институции: очистить ее порядки и процесс лечения от институциональных (политических и социальных) наслоений, от излишних шаблонов и стереотипов, не касающихся болезни и самого больного. Надо признать, что подобных экспериментов в Италии тогда не проводилось, и поэтому Базалья адаптировал американский, английский, французский опыт на итальянской почве.

Первоначальным этапом эксперимента стало улучшение условий жизни пациентов, гуманизация отношения персонала и формирование своеобразного терапевтического сообщества, функционирующего по принципу открытых дверей. Базалья просто пытался

---

<sup>412</sup> *Jervis G*. Il buon rieducatore. Milano: Feltrinelli, 1977. P. 20. Цит. по: *Donnelly M*. The Politics of Mental Health in Italy. L.: Routledge, 1992. P. 39.

<sup>413</sup> *Basaglia F*. A Dialogue with R. D. Laing // *Psychiatry Inside Out*... P. 198.

повторить то, что уже было успешно сделано в других странах.

Постепенно больница стала переходить к открытой системе функционирования и домашнему проживанию, где для пациентов пытались создать благоприятные условия жизни. Отказались от электрошока и сократили или пристально контролировали медикаментозное лечение. Была отменена система физических ограничений, у каждого пациента появился собственный шкаф, куда он мог складывать личные вещи, и сами эти вещи теперь ничем не напоминали больничные рубашки и пижамы. Было открыто кафе, в котором работали сами пациенты, и часто оно становилось местом встреч и собраний. Женщины теперь следили за своей внешностью и пользовались косметикой, мужчинам разрешили не брить головы наголо, и вместе с шевелюрой и ухоженной внешностью к людям возвращалось их достоинство<sup>414</sup>.

Базалья отталкивался от положения о том, что психиатрическую больницу и то, что в ней происходит, определяет институциональная структура ролей, поэтому одной из первейших задач реформы была задача разрушения всякой ролевой определенности. Это отражалось в конкретных изменениях (так, врачи, к примеру, сняли отличавшие их от больных белые халаты) и в долгосрочных целях. Необходимо было создать ситуацию, в которой ролевая идентификация будет минимальна, что и позволит избежать напряженности отношений между врачами и пациентами. Возможность развития неинституциональной структуры и обеспечила форма терапевтического сообщества.

Теперь в центре больницы стоял больной, а не врачи, поэтому врачам прибавилось работы. Пациенты больше не были зафиксированы, буйных уже не привязывали к кроватям, и за ними нужен был глаз да глаз. Все свое время врачи посвящали пациентам. В новой ролевой модели отношений пациент постоянно противостоял врачу, и врач больше не мог проигнорировать его проблемы. Теперь врач сталкивался с пациентом и его болезнью как с наличной ситуацией, противоречия которой он должен был разрешить. Пациенты же, напротив, стали более свободными, они организовывали группы по интересам: мастерили, занимались спортом и рукодельничали, они свободно общались друг с другом и с врачами.

Терапевтическим аспектом разрушения ролевой структуры для Базальи выступала актуализация имеющихся противоречий, их диалектический опыт. Он отталкивался от того, что диалектика существует только тогда, когда у пациента есть больше, чем одна возможность, больше, чем одна альтернатива. При жесткой ролевой структуре этого достичь невозможно, поскольку единственная возможность для пациента – это повиновение врачу. В такую же жесткую сетку отношений пациент погружен и во внешнем к больнице мире. Пациент поэтому не может противостоять ни реальности, ни психиатрической институции, ибо они не предоставляют ему никаких альтернатив поведения. А для Базальи там, где нет альтернатив, нет диалектики и нет противоречий<sup>415</sup>.

Именно пациент явился для реформы изначальной точкой движения. «Пациент, – подчеркивал Базалья, – наша единственная контрольная точка, и мы должны учитывать оба аспекта его реальности, он – пациент с диалектической последовательностью психопатологических проблем, и он – стигматизированный обществом изгой»<sup>416</sup>. Эти два аспекта реальности пациента вскрывают как его собственные личные проблемы, так и кризис

<sup>414</sup> Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds). N.Y.: Columbia University Press, 1987. P. XIV–XV.

<sup>415</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 75.

<sup>416</sup> Basaglia F. Institutions of Violence. P. 79.



социальных институций, который общество предпочитает решать посредством исключения некоторых своих членов.

Кроме гуманизации отношения к больным и организации их досуга для Базальи, как для истинного марксиста и коммуниста, чрезвычайно важным моментом оказалась организация труда пациентов. Если в классической психиатрической больнице пациенты (и так было до его появления в Гориции) работали либо по обязанности, либо за мелкие вознаграждения вроде сигарет, то Базалья предложил сделать труд больных в стенах больницы оплачиваемым. Он считал, что оплаченный труд выводит пациента психиатрической больницы за ее стены, практически воспроизводя ситуацию трудящегося на заводе рабочего. Пациенты дистанцировались от больницы и вступали с ней в двусторонние отношения.

Введение оплаты труда пациентов актуализировало новые противоречия, запущенные, в частности, несравненно меньшим по сравнению с «застенным» размером заработка. Так назрела необходимость организации рабочих кооперативов, которыми как раз и отличается итальянская психиатрическая реформа и итальянская психиатрия сегодня. Многие пациенты больницы стали устраиваться на работу за ее пределами, в стенах больницы они лишь жили, и из тюрьмы больница превращалась в родной дом.

Одним из центральных механизмов работы над ситуацией в Гориции стали также и общие собрания персонала и пациентов, так называемые *assemblee*, которые проводились ежедневно под председательством одного из участников, и председатель каждый раз менялся. На этих собраниях не только устанавливались доверительные отношения между психиатрами и больными, но решались текущие проблемы и обсуждался ход реформы. Изначальным посылом организации этих собраний стала убежденность Базальи в том, что всякие изменения, будь они социальные или экономические, возможны только благодаря включенности в их ход всех членов группы. На каждом из членов сообщества лежала ответственность за проводимые реформы.

Модель собраний была позаимствована Базальей из англо-американской традиции социальной психологии и организации терапевтических сообществ, но в Гориции собрания имели свою специфику. Как отмечает М. Доннелли, в какой-то мере они были подобны массовым уличным собраниям рабочих и студентов, которые имели центральное значение в рабочем и студенческом движении<sup>417</sup>. Можно добавить также, что именно эти собрания стали прототипом движения «Демократическая психиатрия», группы единомышленников, объединенных общей целью борьбы. Как отмечал один из соратников Базальи, ассамблеи «делали каждого причастным больнице и представляли открытую возможность встретиться друг с другом, давали голос ранее отверженным и задействовали новую эпистемологию, основанную на коллективной декодификации страдания, его истории и тех ответов, что были даны, будут даны или были отвергнуты в его связи»<sup>418</sup>.

Эти собрания тоже прошли определенную эволюцию. На первых из них царили хаос и неразбериха: каждый стремился высказаться, и пациенты всячески пользовались этим, чтобы поведать о своих личных проблемах. Один из сотрудников Базальи вспоминал: «Первые *assemblee* были хаотичны. Они были переполнены отчаянной борьбой за власть, озлобленностью и враждебностью, выражавшихся как в словесном, так и в физическом противоборстве. Некоторые администраторы относились с презрением к этому мероприятию,

---

<sup>417</sup> Donnelly M. The Politics of Mental Health... P. 43.

<sup>418</sup> Tranchina P., Archi G., Ferrara M. The New Legislation in Italian Psychiatry: An Advanced Law Originating from Alternative Practice // International Journal of Law and Psychiatry. 1981. Vol. 4. P. 185.

где кто угодно мог говорить все, что придет в голову, где находили отклик первые запинаящиеся высказывания наиболее принижаемых и регрессировавших пациентов, где даже бредовая речь принималась без стигматизации»<sup>419</sup>. Постепенно на место личным проблемам пришли политические и социальные, и именно в рамках этих встреч принималось большинство решений о дальнейшем ходе реформы, оценивались пройденные этапы. К 1968 г. лечебница стала терапевтическим сообществом, а число больных за счет выписки поправившихся было сокращено вполтину.

Важным этапом и в самой реформе, и в функционировании общих собраний стал 1968 г., когда один из выпущенных из больницы пациентов, вернувшись домой, убил жену. Власти стали указывать на тот факт, что Базалья с его новыми методами работы нес ответственность за действия пациента. Больницу попытались закрыть и перевести пациентов в другую или назначить нового директора. Инцидент удалось разрешить без жертв как со стороны больницы, так и со стороны Базальи. Это событие еще больше сплотило сообщество, еще активнее стала вестись борьба, и под угрозой лишиться своего лидера, того, что было достигнуто совместными усилиями, пациенты отчетливо осознали групповую и личную ответственность за все, что происходило внутри. «Мы не можем молчать, когда он должен расплачиваться за то, за что ответственны все мы»<sup>420</sup>, – говорили больные.

Уже на примере этой ситуации стало заметно, что Базалье удалось создать из больных и врачей группу единомышленников, которые совместно осуществляли терапевтическую активность и боролись за свои права. Уже тогда, ближе к концу эксперимента, ему стало понятно, что терапевтическое сообщество, которое тогда успешно функционировало, может являться лишь начальным этапом реформирования.

Несмотря на большие симпатии к деятельности Максвела Джонса и подходу французской институциональной психиатрии, Базалья весьма пессимистично относился к возможности преобразования и изменения социальных институций и психиатрии в том числе. Он считал терапевтическое сообщество своеобразной общей контрольной точкой, из которой можно начать отрицание институциональной системы лечебницы. Но если модель терапевтического сообщества останется включена в систему, она утратит свою позитивную оппозиционную функцию и не сможет вести к дальнейшим изменениям.

Система открытых дверей лишь напоминала пациентам об их заточении и отвержении их внешним миром. Ничего не менялось, и пациенты не испытывали желания развиваться. Они, конечно, становились более благожелательными и добродушными, но это не вело ни к каким дальнейшим социальным изменениям. Они все еще оставались рабами и не выказывали никакого участия в собственной судьбе. Базалья описывал эту ситуацию так: «Они сидят спокойно и ждут кого-либо, кто скажет им, что делать дальше, кто решит за них, поскольку они не представляют, как вернуть свои силы, ответственность, свою собственную свободу. Пока они принимают свободу как дар от врача, они остаются покорными рабами»<sup>421</sup>.

Базалья приходит к выводу о том, что невозможно изменить сознание пациентов, их

---

<sup>419</sup> *Tranchina P.* Norma e Antinorma. Milan: Feltrinelli, 1977. P. 169. Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 15.

<sup>420</sup> *Pirella A.* Intervista // *Basaglia F., Onagaro Basaglia F., Pirella A. et al. La Nave Che Afonda.* Rome: Savelli, 1978. P. 40. Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 16.

<sup>421</sup> *Basaglia F.* La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione // *Basaglia F. Scritti I.* P. 256. Цит. по: *Psychiatry Inside Out...* P. 18–19.

отношения с другими людьми внутри и вне стен больницы, пока сама ее социально-экономическая структура не будет радикальным образом трансформирована. Он видел, что сама структура больницы, сами ее стены по-прежнему угнетают активность больных и не дают им окончательно адаптироваться в обществе. Базалья понял, что коммунарная организация представляла лишь альтернативу психиатрической больницы и была хотя и более мягким, но все же вариантом институциональной структуры. Он был убежден, что, несмотря на все отличия терапевтического сообщества от психиатрической больницы, оно ограничено своей институциональной идентификацией. Как он считал, необходимо было прорвать эту границу.

Инициатива Базальи, нацеленная на дальнейшее развитие эксперимента, встретила сопротивление у местной администрации, и конфликт так и не удалось преодолеть. Поэтому уже в 1969 г. Базалья постепенно отходит от реформы и покидает Горицию. Своеобразным итогом его деятельности на том этапе становится публикация отредактированного им сборника «L'istituzione negata», вышедшего в 1968 г. и содержащего теоретические работы как самого Базальи, так и его соратников, а также включавшего описание реформы и ее осмысление. Сборник стал одним из самых известных итальянских текстов конца 1968–1969-х годов, так называемых *biennio rosso*, «красных лет», всколыхнул психиатров в других провинциях и сделал опыт Гориции достоянием широких масс. Именно с момента его выхода начинается отсчет деинституционального психиатрического движения в Италии.

Тем временем в 1971 г. в ходе массовой отставки врачей Базалья оставляет Горицию и принимает предложение Марио Томмазини, главы службы здравоохранения провинции Парма, возглавить психиатрическую больницу в Колорно. При поддержке Томмазини Базалья повторяет свой эксперимент с несколькими новшествами. Томмазини был настроен весьма радикально, выступая против всех тотальных институций без исключения, поэтому психиатрия стала в Парме лишь одной из линий борьбы. Здесь Базалья столкнулся и с проблемой, которая столь остро в Гориции не стояла, – с проблемой реинтеграции экс-пациентов в свои собственные семьи. Как правило, родные и близкие больных весьма неумело приспособлялись к возвратившемуся члену семьи, даже если в его психике и поведении и произошли изменения к лучшему. Базалья и его команда остро почувствовали необходимость работы с семьями пациентов.

Однако развернуть широкомасштабные реформы Базалье здесь было не суждено. В 1971 г. он оставляет Парму и принимает пост директора психиатрической больницы в Триесте. Это назначение стало центральным в его карьере, поскольку именно в Триесте он наконец-то реализует свои замыслы до конца.

Тогда, в 1971 г., в Италии уже всюду развивалось антиинституциональное психиатрическое движение<sup>422</sup>.

В самой Парме, которую Базалья только что оставил, Томмазини продолжал реформаторскую деятельность. В частности, организовал коммунарные дома для экс-пациентов, содержавшие около 250 квартир, ферму, рабочие кооперативы – все, чтобы обеспечить интеграцию больных в общество.

Близ Пармы, в городке Реджо-Эмилии, психиатрической больницей заведовал Джованни Джервис, бывший коллега Базальи по больнице в Гориции. Джервис отталкивался от противоположной по сравнению с Базальей точки зрения: в своей больнице он не предпринимал никаких коренных изменений, считая, что организация сообщества или рабочие кооперативы пациентов в конце концов обернутся той же институциональной структурой. Он,

---

<sup>422</sup> Psychiatry Inside Out... P. 21–27.

напротив, стремился предотвратить госпитализацию, поэтому вся работа была сосредоточена за стенами больницы.

Джервис действовал при поддержке местной администрации. Городок принадлежал к «красному поясу», поэтому подобные инициативы всячески приветствовались. Он сразу же сплотил вокруг себя команду единомышленников: пригласил революционно настроенных психиатров, психологов, социальных работников, многие из которых прибыли из других областей Италии или из других стран. Он взял на работу местных жителей, прошедших медицинскую подготовку. Команда была разбита на шесть групп по территориальному принципу, седьмая группа специализировалась в детской психиатрии и работала со школами. Акцент ставился на работе не только с самими больными, но главным образом с социальным окружением. Команды посещали семью, родственников, соседей, коллег и начальников заболевших. Большое внимание уделялось и профилактической работе, в частности, активисты группы посещали фабрики и заводы, обсуждая там проблемы тревоги и напряжения, страха и рабочей усталости, не давая таким образом разрастись им до масштабов расстройства.

Деятельность группы Джервиса осуществлялась начиная с 1969 г. до середины 1970-х годов. Примерно с 1973 г. внутренние изменения в местной администрации привели к прекращению поддержки эксперимента. И постепенно инициативы были оставлены<sup>423</sup>.

В Ареццо тогда работал Агостино Пирелла, который когда-то сменил Базалью на директорском посту в Гориции. Реформы поддерживала местная администрация, и Пирелла удалось совместить трансформации внутри и снаружи больницы. Экс-пациентам были предоставлены рабочие места, а активность медсестер привела к коренным изменениям в функционировании больницы. Параллельно велась работа и с горожанами, которые постепенно стали проникаться пониманием тяжелого положения пациентов. В Ареццо был открыт социальный центр, а сама психиатрическая больница постепенно закрылась. Но не все оказалось так просто. Выписанные из больницы пациенты столкнулись с острой проблемой нехватки жилья и были вынуждены вернуться в то здание, которое они оставили. Они организовали нечто вроде домашнего хозяйства, выращивали живность, обустроили поле для гольфа, открыли кафе, которое даже стало приносить какую-то прибыль, устраивали киносеансы. Клуб для гольфа вскоре был официально признан как спортивная ассоциация.

Начиная с 1965 г. курс на гуманизацию и деинституционализацию взяла и психиатрическая больница в Перудже. Она наследовала модель собраний, уже апробированную Базальей в Гориции, и стала организовывать как совместные встречи пациентов со штатом, так и встречи обитателей больницы с городскими жителями. Реформы оказались отчасти успешными: были открыты девять центров психического здоровья, но деинституализация обернулась ре-институционализацией. Команда реформистов опиралась на положение о том, что психическое заболевание имеет свою специфику и требует специфического ответа, поэтому многие психиатры продолжили реформы организацией групповой, психоаналитически ориентированной работы<sup>424</sup>.

Институциональное движение развивалось также в Неаполе, Ферраре, Порденоне и

---

<sup>423</sup> *Buonaresta A.* Mythe et Réalité de la Psychiatrie Alternative Italienne: De l'Alternative à la Réforme. Tesis. Université Catholique de Louvain. Belgium, 1981; *Bonner Y.* La thérapie familial et son utilisation dans un service publique en Italie // *Psychologie et Société*. 1981. No. 4; см. также: *Donnelly M.* Te Politics of Mental Health... P. 46–49.

<sup>424</sup> *Micheli G.* I Nuovi Catari: Centralità della Conoscenza nell'Esperienza Psichiatrica di Perugia. Bologna: Il Milino, 1982.

других городах, но оно сталкивалось с многочисленными проблемами, преодолеть которые пока было не в состоянии. Уже к 1978 г., по данным некоторых исследователей, 10 из 20 итальянских провинций развивали в области психиатрической помощи стратегии терапевтических сообществ<sup>425</sup>.

В Триесте для продолжения этого движения сложились весьма благоприятные условия. Население Триеста составляло около 300 тыс. человек, и большинство из них жило в городе. Район охвата психиатрической больницы совпадал с административными границами области. Больницу и сам город контролировала местная администрация, поэтому административные условия были в этом отношении идеальными. Как отмечает Дуглас Беннетт, структура напоминала структуру небольших английских городов до 1948 г., в которых и были реализованы самые успешные эксперименты по организации терапевтических сообществ<sup>426</sup>.

Реформы длительное время поддерживала и местная администрация во главе с Микеле Дзанетти. Последний, во всем помогая Базалье, ввел многие его идеи и проекты в политические программы. Да и сами пациенты были весьма податливы. В Гориции, к примеру, был высок процент пожилых и физически немощных, а также хронических психотических пациентов в острой фазе, которые «затрудняли» реформирование. В Триесте таких больных было гораздо меньше. А это само по себе уже было залогом успеха.

На момент вступления Базальи в должность директора в больнице находились 1182 пациента, более 90 % которых проходили принудительное лечение. Врачей и сестер было мало, поэтому он сразу же нанимает новых сотрудников. Реформы поддержала радикально настроенная молодежь, и молодые люди прибывали в больницу, чтобы работать добровольцами. Стены больницы и смежных помещений часто украшались революционными лозунгами. «Свобода исцеляет!» («La liberta e terapeutica»), – писали они<sup>427</sup>. Вообще, интеграция со студенческими и другими молодежными движениями, с рабочим движением, с движением маргинальных групп была одной из отличительных особенностей реформистской психиатрии в Италии. Во многом такая интеграция обеспечила успех борьбы.

При поддержке молодежи Базалья начинает реформу сразу по двум направлениям: внутри самой больницы и в городе. Основой этой двунаправленной работы стало секторное разделение областей обслуживания: больницу поделили на пять секторов по территориальному признаку (мужчин и женщин поместили в совместные отделения), соответственно им были созданы и центры внебольничной работы. Основной целью пяти групп врачей, управляющих этими секторами, было установление отношений между территориальными отделениями больницы и соответствующими районами города. Больница стала постепенно освобождаться от своей централизующей роли. И новые больные принимались уже территориальными психиатрическими центрами.

Базалья не просто хотел повторить эксперимент, успешно реализованный в Гориции, он вовсе не ставил задачи организации сообщества. Он был настроен довести реформу до конца и, основываясь на ранее достигнутых результатах, попытаться ликвидировать психиатрическую больницу как тюремную институцию. Кроме того, он не ставил своей целью полностью

---

<sup>425</sup> *Balduzzi E., Balduzzi C.* La Loi Psychiatrique du 13 Mai 1978: Introduction au Probleme // *L'Information Psychiatrique*. 1981. Vol. 57. No. 567–580.

<sup>426</sup> *Bennett D. H.* Community Psychiatry // *British Journal of Psychiatry*. 1978. Vol. 132. P. 210–211.

<sup>427</sup> *Gallio G.* La memoria del manicomio // *La Libertà e Terapeutica? L'Esperienza Psichiatrica di Trieste* / D. Mauri (ed.). Milan: Feltrinelli, 1983.

вылечить пациентов, его задачей было показать, что психически больные, так же как и больные соматическими заболеваниями, могут успешно адаптироваться и жить в сообществе, что их не обязательно изолировать. Он намеревался реинтегрировать больных в социальную среду, из которой они были исключены, или предотвратить это исключение, т. е. вновь адаптировать их и поддерживать эту социальную адаптацию. Больной тем самым возвращался обществу.

После предварительных реформ (отмены электрошока, физических ограничений, смягчения ролевой дифференциации и других изменений, ранее уже проводившихся в Гориции) больница практически сразу же превратилась в открытое сообщество. Больные получала лекарственную терапию, но она расценивалась лишь как средство установления контакта и устойчивых отношений при стабильном состоянии больного. Началась тщательная работа с пациентами с целью выяснения особенностей их болезни и определения наиболее подходящих условий проживания в больнице и работы с ними. Особое значение при этом имело введение в больнице статуса гостя, или *ospite*. Это были люди, восстановленные в гражданских правах, но по разным причинам не способные жить нигде, кроме больницы. Некоторые работали в городе, но не имели жилья, некоторые были пожилыми или требовали за собой ухода. Для всех гостей больница была настоящим домом: они могли работать и питаться за ее пределами, однако всегда приходили туда ночевать. В 1972 г. в больнице оставались 980 пациентов, 430 из них проходили добровольное лечение, а 50-ти присвоили статус гостя<sup>428</sup>. Сама больница уже не была так централизована, поскольку все ее помещения использовались для проживания.

Были приняты и достаточно радикальные экономические решения. Нехватка денег в больнице и у больных подвигла Базалью потребовать восстановления для некоторых пациентов пенсионного обеспечения и отмены опекунов. И это стало важным этапом на пути обретения ими социальной свободы. После договоренности с местной администрацией трудоспособные пациенты получили право организовываться в трудовые кооперативы, управляемые пациентами и экс-пациентами, и заключать оплачиваемые администрацией договоры на уборку территории больницы. Первый такой кооператив был организован в 1973 г. и состоял из 60 человек, убиравших по контракту отделения, кухню и территорию больницы.

Территориальная организация работы быстро дала свои плоды. Уже в 1974 г. в трех районах области были открыты территориальные центры психического здоровья, в 1976 и 1977 гг. открыли еще по одному. Центры работали семь дней в неделю, иногда до 12 часов в день и с дежурным сестринским постом по ночам. Таким образом, на 50 тыс. населения приходился один территориальный центр. Для острых пациентов организовали специальное отделение, которое административно больнице не принадлежало. С вновь прибывающими теперь работали центры психического здоровья. При этом финансово такая организация психиатрической службы оказалась не намного затратнее. С 1972 по 1977 г. расходы увеличились лишь на 13,5 %<sup>429</sup>.

За пределами больницы также велась масштабная деятельность. Команда Базальи посещала семьи больных, их возможных работодателей, местную администрацию, да и просто встречалась с горожанами. Неоценимое значение для этого направления работы имело сотрудничество больницы с художниками, скульпторами, музыкантами. Искусство стало мостом к страдающей душе больного, путем объединения, рупором, через который социальные

---

<sup>428</sup> Donnelly M. Te Politics of Mental Health... P. 64.

<sup>429</sup> Donnelly M. Te Politics of Mental Health... P. 68.

и личные проблемы обитателей больницы доносились до общественности.

Базалья установил близкие контакты с сообществами артистов, художниками-постимпрессионистами и сюрреалистами, кинематографистами, уличными театральными труппами, скульпторами. Местом для их самовыражения и стала больница: в ней организовывались кинопоказы и театральные постановки, художественные выставки и музыкальные концерты, которые привлекали горожан. Многие творили вместе с обитателями больницы, и их работы сразу же выносились на суд общественности. На стенах появились художественные граффити-лозунги, вроде «Психиатрия – это машина мирных преступлений!», иронические рисунки с призывными или обличающими надписями, вроде «Подходи и получи свой электрошок вместе с нами, как завещал Пиночет».

Экс-пациенты вместе с актерами создали труппу театра кукол, которая устраивала представления на улицах и площадях города, рассказывающие об истории больницы и ходе ее реформирования. В бывшем отделении выставлялись скульптуры-коллажи Уго Гварино, сооруженные из обломков, оставшихся от разрушения отдельных больничных объектов (Базалья считал, что разрушение является одним из механизмов обретения свободы). Это были сломанная мебель с пятнами крови, мочи и экскрементов, куски прогнившего дерева.

В 1973 г. группа художников вместе с пациентами соорудили Марко Кавалло – огромную синюю лошадь на колесах из папье-маше и дерева. Ее прототипом стала старая лошадь Марко, которая возила тележку с грязным бельем: она была единственной, кому, как шутили пациенты, удавалось выбраться из больницы. Марко Кавалло по аналогии с троянским конем стала символом освобождения из заточения сокрытых внутри нее пленников. В животе сооруженной лошади была сконструирована специальная полость, которую пациенты наполнили листочками со своими мечтами и пожеланиями. Это была лошадь-символ, лошадь желаний пациентов. Ее катали вокруг ворот больницы, а потом выкатили в город, и она посетила школы и площади.

В последнее воскресенье марта 1973 г. Марко Кавалло торжественно вывезли на улицы города, за ней шли около 400 человек – артисты, художники, музыканты, радикально настроенная молодежь. Медсестры поддержали это шествие забастовкой против тяжелых условий труда и низкой заработной платы, против ущемления прав пациентов. К ним присоединились и рабочие. Марко Кавалло стала настоящим символом надежд и желаний, символом реформы, и по сей день на логотипе Центра психического здоровья Триеста можно увидеть ее изображение.

В январе 1977 г. Базалья объявил о том, что к концу года психиатрическая больница Триеста будет закрыта. Из прежних пациентов 42 % оставались в территориальных отделениях больницы, 30 % вернулись домой, 14 % находились в больницах общесоматического профиля и 8 % были направлены в центры психического здоровья. За пять лет реформ 700 пациентов были выписаны из больницы и успешно адаптированы в социальную среду<sup>430</sup>. К концу 1979 г., когда Базалья оставил пост директора, психиатрическая больница Триеста была полностью реформирована, и вместо нее было открыто шесть центров психического здоровья.

#### 4. «Демократическая психиатрия» и закон № 180

Эксперименты и реформы в больницах были только одной стороной борьбы, которая разворачивалась во всех сферах и объединяла множество единомышленников. Как справедливо отмечают, опираясь на слова Л. Мошера, Алекс Коэн и Бенедетто Сарачено, «не нужно все же

---

<sup>430</sup> Donnelly M. *The Politics of Mental Health...* P. 64.



думать, что за реформы был ответственен один лишь Франко Базалья. Он был значимым лидером и катализатором изменений, но он работал в таком социальном и политическом климате, который уже сам по себе индуцировал изменения»<sup>431</sup>.

В 1973 г. Базалья и его соратники организуют движение «Демократическая психиатрия» (*Psichiatria Democratica*) – группу деятелей системы здравоохранения, заинтересованных в деструкции психиатрических институций как средств социального контроля и подавления. Как отмечает Шуламит Рамон, это движение «не только бросило вызов научно-профессиональному большинству, по отношению к которому находилось в меньшинстве. Оно представило также весьма интересный для западного мира прецедент создания скорее противоборствующего, а не охраняющего границы и содействующего дисциплинарному большинству, движения. “Демократическая психиатрия” не является ни профсоюзной, ни профессиональной организацией. Она построена на взаимной поддержке, объединении и создании образовательных возможностей для своих участников, и функционирует как группа противодействия»<sup>432</sup>.

Ядро организации составили Франко Базалья, Франка Онгаро Базалья, Доменико Казагранде, Франко ди Чекко, Туллио Фраджиаккомо, Виери Марци, Джанфранко Мингуцци, Пиера Пиатти, Агостино Пирелла, Микеле Риссо, Лучио Шиттар, Антонио Славич. В октябре 1973 г. они собрались в Болонье и приняли программу движения, которая предполагала целый ряд действий, направленных на борьбу с существующей системой психиатрической помощи.

Активисты движения подчеркивали, что терапия и социальное перевоспитание, практикующиеся в психиатрических больницах, являются формальными оправданиями интернирования – противоречащей конституции практики. В задачи активистов движения как раз и входило вскрытие контролирующего и разрушающего характера психиатрических институций и строительство новой системы психиатрической помощи, которая бы наиболее адекватно отвечала потребностям людей. Необходимо было депсихиатризировать психиатрическую помощь и восстановить возможность подлинной терапии психических расстройств. В программе отмечалось: «Помещение в психиатрическую больницу и лишение свободы представляют собой один и тот же ответ на события человеческой жизни, *болезнь* и *преступление*, которые имеют различные истоки и должны рассматриваться по-разному. На самом деле, в нашей социальной системе на эти явления никак не воздействуют; их реальность затуманена репрессивными мерами, которые, придавая им институциональную форму, скрепляют их общей социальной судьбой. Одинаковая реакция на “болезнь” и “преступность” отражает позицию, исходя из которой каждый из этих феноменов оценивается лишь по отношению к социальному строю, как нарушение границ установленных норм»<sup>433</sup>.

Движение «Демократическая психиатрия» преследовало следующие цели.

1. Продолжение борьбы против исключения, поиск и ликвидация его источников в социальной структуре (социальные отношения производства) и надстройке (нормы и ценности) общества. Эта борьба может идти, лишь объединяя все силы и движения, которые, осуществляя этот анализ, направляют свою активность на конкретные изменения социального порядка.

---

<sup>431</sup> Cohen A., Saraceno B. The Risk of Freedom // World Mental Health Casebook: Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries / A. Cohen, A. Kleiman, B. Saraceno (eds). N.Y.: Kluwer Academic; Plenum, 2002. P. 212.

<sup>432</sup> Ramon S. The Impact of the Italian Psychiatric Reforms on North American and British Professionals // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 124.

<sup>433</sup> The Programme of Psichiatria Democratica (1973) // Donnelly M. The Politics of Mental Health... P. 119.

2. Продолжение борьбы против «лечебницы» как пространства, в котором исключение, наравне с практическими средствами репродукции механизмов социальной маргинализации, выражается наиболее очевидно и остро. <...>

3. Акцентирование опасности воспроизведения сегрегационной институциональной структуры в нестационарном психиатрическом обслуживании. Всякая альтернативная структура выстраивается по образцу доминирующей институциональной формы и принимает ее форму до тех пор, пока она существует. <...>

4. Прояснение на практике связи между функционированием специфического психиатрического пространства и более общими проблемами медицинского обслуживания, что предполагает призыв к совместной активности (без разделения труда и профессиональных навыков), которая в нашей конкретной борьбе за психическое здоровье вовлекает нас в масштабную борьбу за реальную и необходимую реформу здравоохранения, основанную на новой социальной логике и выражающуюся в ней. Именно эта необходимость новой социальной логики должна двигать группу к объединению со всеми силами, преследующими *конкретно* эту цель<sup>434</sup>.

Реализация основной цели «Демократической психиатрии» для психиатров-практиков предполагала: 1) осознание собственной власти над «адресатами» своей деятельности и борьбу против этой власти; 2) обнаружение в пациенте неудовлетворенных социальных потребностей, которые подавляются заточением под маску диагноза болезни; 3) идентификацию терапевтических инструментов, доступных в наличной социальной роли, поскольку однажды эта роль будет освобождена от мандата социального контроля; 4) идентификацию и объединение с людьми и социальными силами, которые либо уже вовлечены, либо могут вовлечься в эту борьбу<sup>435</sup>.

Таким образом, посредством следования указанным стратегиям специалист-практик, работающий в психиатрии, выходит за рамки своего конкретного практического пространства и включается в широкую политическую борьбу. Вскрывая социальные структуры, стоящие за функционированием психиатрической институции, он начинает не только психиатрическую, но и социальную борьбу, объединяясь с больными и медсестрами и выступая как единый класс, он развивает классовую политическую борьбу. Один психиатрический протест приведет лишь к технической реформе, сохраняющей в неизменной виде структуры власти и практики доминирования, а потому будет бесполезным. Именно психиатрическая борьба, которая вовлекалась в масштабный политический протест, и была основной задачей «Демократической психиатрии».

Как движение, «Демократическая психиатрия» оказалась намного успешнее, чем его антипсихиатрические аналоги в Америке и Великобритании. М. Доннелли отмечает, что такому успеху, возможно, способствовали два фактора. Во-первых, в Италии почти не было указаний на мифологическую природу психического заболевания, сторонники «Демократической психиатрии» практически не вовлекались в дискуссии о том, является или нет психическое расстройство заболеванием. Во-вторых, в этом движении не было напряженности и противоречия между медицинскими и социальными терапевтическими подходами, как в тех движениях и теориях, которые придерживались мифологической трактовки психического

---

<sup>434</sup> The Programme of Psichiatria... P. 121–122.

<sup>435</sup> The Programme of Psichiatria... P. 120.

заболевания<sup>436</sup>. Все это, по мнению Доннелли, способствовало тому, что это движение несло широкие перспективы.

«Демократическая психиатрия» напоминала другие революционные движения того времени и в этом целостном комплексе функционировало по модели революции против диктатуры. Бенедетто Сарачено и Джанни Тоньони указывают, что так же, как и революции против диктатуры, она была направлена на создание новых условий и новой культуры, противопоставленной старым моделям и методам. Движение приспособляло к конкретным условиям утопическую идею возвращения прав и реабилитировало ранее униженный класс. Сарачено и Тоньони пишут: «Основной результат революции – это обнаружение группы населения, чье существование игнорируется или принижается. Общая цель радикального итальянского движения состояла в том, чтобы предоставить психиатрической группе населения возможность выйти на первый план и заявить об абсурде ее предшествующего формального не-существования»<sup>437</sup>.

Как и все революционные движения, это сотрудничало с другими потенциально революционными силами. «Демократическая психиатрия» налаживала отношения с профсоюзами и левыми политическими партиями, ее курс поддерживало доминирующее тогда в итальянской психиатрии Итальянское психиатрическое общество, которое в 1975 г. выразило свой протест против имеющейся организации психиатрической службы и настаивало на реформе. Немалое значение в деятельности движения и достигнутых результатах имела Итальянская коммунистическая партия. В частности, еще в 1969 г. ею была организована конференция по проблеме власти в психологии и психиатрии, а в середине 1970-х Коммунистическая партия широко поддерживала реформистские инициативы и немало способствовала осознанию важности проблемы психического здоровья на государственном уровне. Поддерживала «Демократическую психиатрию» и правоцентристская Христианско-демократическая партия, к которой принадлежал, в частности, Микеле Дзанетти, глава провинции Триест, поддерживающий реформы Базальи в местной психиатрической больнице.

Без профсоюзной, профессиональной и политической поддержки Базальи вряд ли смог бы так широко развернуть свою деятельность и успешно провести эксперименты в психиатрических больницах. Без этого вряд ли стала бы возможной и дальнейшая кампания за психиатрическую реформу. Особенностью итальянской антипсихиатрии, в отличие от американской и английской, был ее выраженный политический характер.

Начиная с 1973 г. вопрос о реформе психиатрической службы неоднократно обсуждался в итальянском парламенте, но дальше обсуждения так и не шло. Помогла здесь Радикальная партия, стабильно набиравшая в парламенте 5–7 % голосов и широко известная своей борьбой за права человека. В начале 1977 г. Радикальная партия начинает собирать подписи за проведение национального референдума по отмене ряда статей закона 1904 г. о психиатрической помощи. Уже в июне в парламент были представлены более 700 тыс. подписей при необходимых 500 тыс., чего было более чем достаточно. Проведение референдума было крайне невыгодно, поскольку грозило возможностью нарастания недовольства в адрес правящей партии, поэтому правительство в спешке начало готовить

---

<sup>436</sup> Donnelly M. The Politics of Mental Health... P. 57.

<sup>437</sup> Saraceno B., Tognoni G. Methodological Lessons from the Italian Psychiatric Experience // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 100.

новый закон<sup>438</sup>. Тогда же, в 1977 г., большинство партий внесли в парламент свои предложения по развитию итальянской службы здравоохранения. Базалья на протяжении всех этапов подготовки закона был одним из основных его разработчиков. Сам закон получил неофициальное название «закон Базальи».

Проект нового закона был внесен в парламент в апреле 1978 г. И уже 13 мая при минимальном обсуждении и практически без разногласий он был принят, получив поддержку всех парламентских партий. Тогда же, 31 декабря 1978 г., этот закон с незначительными изменениями был включен в Закон № 833 (как ст. 33, 34, 35, 64), регламентирующий реформу системы здравоохранения и принципы работы Национальной службы здравоохранения. Такое спешное принятие закона означало, как справедливо подчеркивает Леа Макдональд, что никаких исследований возможного эффекта реформы не велось, и не было обеспечено никакого аппарата, который мог бы контролировать выполнение закона<sup>439</sup>. До 1985 г. не проводилось никаких масштабных независимых исследований, и у Министерства здравоохранения вообще не было никаких данных о ситуации в психиатрической системе<sup>440</sup>. Очень скоро эта спешка скажется на практике.

Закон № 180 «Добровольное и принудительное медицинское освидетельствование и лечение» от 13 мая 1978 г. предписывал оказание психиатрической помощи «вне больницы», в центрах психического здоровья<sup>441</sup>, т. е. психиатрические больницы прекращали принимать новых больных и постепенно перераспределяли старых. Единовременного закрытия и упразднения всех психиатрических больниц разом закон не предполагал, но психиатрической больницы как структурной единицы психиатрической системы по новому законодательству больше не предполагалось. Закон не затрагивал шесть судебных больниц, частные больницы (хотя недобровольная госпитализация в них также была запрещена) и учреждения для лиц с алкогольной и наркотической зависимостью<sup>442</sup>.

Первичная госпитализация больных в психиатрические больницы с мая 1978 г. была запрещена, с декабря 1980 г. запрещалась и повторная госпитализация. В случае необходимости стационарного лечения в больницах общесоматического профиля открывались отделения психиатрической диагностики и лечения, которые должны были включать не более 15 койко-мест. Постепенно психиатрические больницы закрывались.

Закон запрещал строительство новых психиатрических больниц. Кроме того, административное преобразование психиатрических больниц в новые структурные единицы, в центры психического здоровья, в специализированные психиатрические отделения больниц общесоматического профиля было запрещено, в их зданиях появлялись новые службы. Так, здания больницы Триеста были отданы муниципалитету и использовались для размещения в

---

<sup>438</sup> Tansella M., Williams P. The Italian Experience and Its Implications // *Psychological Medicine*. 1987. Vol. 17. P. 283–289.

<sup>439</sup> MacDonald L. D. Community Psychiatric Care in Italy: The Rome Example // *The International Journal of Social Psychiatry*. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 72.

<sup>440</sup> Ongaro Basaglia F. The Psychiatric Reform in Italy: Summing Up and Looking Ahead // *The International Journal of Social Psychiatry*. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 93.

<sup>441</sup> Текст Закона № 180 см.: Basaglia F. *Psychiatry Inside Out...* P. 292–298.

<sup>442</sup> Mangen S. The Politics of Reform: Origins and Enactment of the Italian «Experience» // *The International Journal of Social Psychiatry*. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 14.

них других социальных учреждений и служб. В частности, в них были организованы косметический кабинет, средняя школа, общежитие для студентов колледжа, радиостанция и детский сад. Последний занял помещение бывшего психиатрического отделения, и теперь уже с детских лет итальянцы получали представление о ненужности высоких заборов больниц. Одна из работавших там воспитательниц говорила: «Присутствие детей в психиатрической больнице дает нам надежду на то, что когда-нибудь мы перестанем возводить психиатрические больницы и в умах детей. Это противоречие, когда “нормальные” дети теперь находятся в месте для “сумасшедших” людей... могло бы быть использовано взрослыми, чтобы научиться жить с детьми»<sup>443</sup>.

Исходя из закона, психиатрическая помощь гражданам должна оказываться на принципах добровольности. Статья 1 закона гласит, что «оценка здоровья (диагностика) и лечение добровольны». Забота о психическом здоровье по-прежнему возлагалась на государство, в частности, на центры психического здоровья и муниципальные власти. Они должны были осуществлять наблюдение за больными и их лечение на добровольных основах амбулаторно. В особых случаях, если требуется госпитализация, закон разрешал таковую сроком не более чем на семь дней. Госпитализация должна проводиться по оправдательному декрету суда, извещаемого больницей в срок 48 часов после госпитализации пациента и с разрешения мэра.

Принудительное лечение может проводиться, по закону, в исключительных случаях, «когда психическое состояние человека требует безотлагательного лечения, от которого человек отказывается». И даже в этом случае человеку гарантируются все гражданские и политические права и предписывается постараться обеспечить как можно более активное участие самого больного в процессе лечения. В ситуации неоправданной госпитализации как суд, так и мэр вправе прервать лечение и госпитализацию. При необходимости лечения в течение более семи дней должен был направляться запрос в суд и мэрию для разрешения. Статья 4 предполагает право любого человека на обращение к мэру с просьбой о прекращении лечения и госпитализации или изменения условий таковых. Лечение и госпитализация проводятся за счет государства Министерством здравоохранения с уважением достоинства человека, сохранением гарантированных конституцией гражданских и политических прав и свобод, включая свободу выбирать врача и центр здравоохранения (ст. 1).

Как подчеркивает Франка Онгаро Базалья, «реформа провозгласила новый подход, который порывал с культурой сепарации и сегрегации, рассеивая иллюзию того, что такие меры были эффективным лечением или способствовали реабилитации, иллюзию возможности лечения и реабилитации посредством тотального унижения человека в процессе лечения»<sup>444</sup>. Для самого Базальи было очень значимо, что закон сосредоточивался не на определении и классификации заболеваний, но на их лечении, и при этом лечение рассматривалось в рамках общей программы здравоохранения. Лечение теперь было добровольным, и это – радикальное изменение по сравнению с законом 1904 г. В своей лекции в Оксфорде на Международном конгрессе по законодательству в сфере психиатрии в июле 1979 г. он подчеркивает: «Итальянский закон... переносит акцент с поведения больного человека на доступные ему услуги. Его основа... – это услуги, которые должны идентифицировать болезнь и определить ее

---

<sup>443</sup> Lovell A. M. From Confinement to Community: The Radical Transformations of an Italian Mental Hospital // Mental Health Care and Social Policy / Ph. Brown (ed.). Boston: Routledge and Kegan Paul, 1985. P. 381.

<sup>444</sup> Ongaro Basaglia F. The Psychiatric Reform in Italy... P. 91.

степень»<sup>445</sup>. Базалья указывает на изменение ракурса: раньше больной был в зависимости и подчинении у общества, теперь общество обязано диагностировать и лечить, оказывать услуги, общество оказывается на службе у больного, и это его государственная обязанность. Если закон 1904 г. проводил четкую границу между гражданином, вместе с другими правами обладающим правом получать защиту от общества, и больным, представляющим для этого общества угрозу, то новый закон даровал больному статус гражданина, а вместе с ним и право на помощь, защиту и лечение.

Тем не менее, закон был достаточно противоречив по своему статусу и значению, поэтому остановимся на некоторых его самых значимых моментах.

1. *Революционность закона состояла в том, что он полностью снимал с психиатрии и психиатрической больницы функцию контроля социально опасного поведения*. Угроза больного для общества вообще не фигурирует в тексте закона, в противоположность закону 1904 г., где таковая была основным критерием психического расстройства и, следовательно, основным показанием к помещению в психиатрическую больницу. Психиатрия поэтому утрачивала свой юридический статус и юридическую ответственность за социальный контроль. В этом смысле революционная деятельность Базальи напоминала деятельность Пинеля, и история со снятием Пинелем цепей с заключенных больницы Бисетра неизменно всплывает в памяти, когда рассказывают о триестском коне и Законе № 180.

Действительно, закон говорил о психически больных как о людях, которым необходимо лечение, а не как о преступниках, которые угрожают другим гражданам и которых необходимо изолировать и держать в заточении. В других странах – в Америке, Англии и Франции – подобные законы были приняты уже давно. Италия значительно отставала именно в законодательном плане, следствием чего и были проблемы, которые пришлось преодолевать Базалье.

2. *Закон полностью медиализировал психическое заболевание и говорил о необходимости его освидетельствования и лечения*. Это, надо признать, один из самых важных моментов, который при оценке закона и реформы часто опускается.

Надо начать с того, что Базалья ни разу в жизни не сказал, что психическое расстройство – не болезнь, что это миф и символическое наименование. Он всегда настаивал, что человек с такого рода расстройством болен, и практически в каждой из своих работ, разъясняя свои идеи о власти правящего класса, о роли психиатрических институций и психиатров-практиков, а также о проблемах современного общества, он оговаривается, что «это не означает, что психического заболевания не существует». Эта фраза, словно магическая формула, повторяется из работы в работу.

Базалья – это своеобразный Пинель XX в., снявший оковы с пациентов и приведший их из тюрьмы в психиатрическую больницу. Он, несомненно, учитывал опыт других стран, других реформаторов и понимал, что лишь изменение закона и исключение слова «социально опасный» не изменит положение дел внутри психиатрической больницы. Практика была для него ключевой. Поэтому вместе с законодательным реформированием он производит реформирование в практике, и именно поэтому вводятся как структурные единицы психиатрической службы центры психического здоровья. Именно поэтому после 1978 г. запрещалось использование зданий бывших психиатрических больниц для психиатрических служб и открывающихся центров.

---

<sup>445</sup> Basaglia F. Law and Psychiatry // An Evidence Base for Ophthalmic Nursing Practice / J. Marsden (ed.). Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2007. P. 413.

На медикализацию психического заболевания указывает и тот факт, что закон в случае госпитализации определяет в качестве ее пространства больницы общесоматического профиля. Именно туда направляются больные при необходимости стационарного лечения. Эту медикализацию и включение психиатрического обслуживания в практику общесоматической медицины поддерживало и Итальянское психиатрическое общество, которое, как мы отмечали выше, сыграло важную роль в разработке закона. Поэтому важно учитывать, что как для самого Базальи, так и для Закона № 180 деинституализация не означала демедикализацию.

3. Следствием медикализации явилось предписание обязательного лечения. Принудительное лечение допускалось законом. В этом моменте наравне с тем, что ответственность за психически больных по-прежнему приписывалась государству, многие критики усматривали печать старых порядков. Однако закон говорил о необходимости усилий по получению согласия и участия от пациента, об уважении к его достоинству и правам. Вводилось ограничение по срокам стационарного лечения. Было важно и то, что опекунский судья, принимающий решение об обязательном принудительном лечении, не мог принимать решения о социальной опасности больного и ограничении его свободы, поскольку принадлежал к опекунской, а не пенитенциарной системе<sup>446</sup>. Допущение законом того, что любой человек может обжаловать процедуру принудительного лечения, способствовало открытости системы психического здоровья.

4. Одним из наиболее спорных правовых моментов закона явилось закрепление за больным полной юридической дееспособности. Статья 1 закона подчеркивает, что даже при принудительном лечении больной сохраняет все гарантированные ему конституцией права. Следовательно, при совершении преступления больной несет полную уголовную ответственность за свои действия на общих правах. Его ответственность не делегируется его лечащему врачу и не смягчается психическим заболеванием.

Закон не совсем удовлетворил Базалью и его соратников по «Демократической психиатрии», но тем не менее он был радикальным шагом вперед.

Начиная с 1978 г. психиатрическая система Италии становится частью системы общего здравоохранения, и психиатрические больницы заменяются центрами психического здоровья. В связи с закрытием больницы в Триесте в 1979 г. Базалья перемещается в Рим на должность директора Службы психического здоровья региона Лацио, которая вместе с Римом включала еще четыре провинции. Еще при его жизни стало понятно, что до того, как все психиатрические службы начнут функционировать по новому законодательству, пройдет еще очень много времени.

Закон носил характер рекомендации и настаивал на постепенном отказе от психиатрических больниц, на переходе к сети центров психического здоровья и не предполагал одномоментного их упразднения. По этой причине в различных провинциях Италии переход на новую систему проходил по-разному и в разные сроки. Базалья, затеявая свою психиатрическую реформу, говорил о том, что психически больной воплощает различные противоречия общества и что, исключая его, общество пытается о них забыть. Психиатрическая реформа трактовалась им не только как возвращение психически больного в общество, его реинтеграция в социум, но и как возвращение обществу его же проблем, от ответственности за которые ранее оно успешно избавлялось. Эти проблемы не замедлили появиться.

Кроме того, закон был направлен и на преодоление стигматизации психически больных и

---

<sup>446</sup> Maj M. Brief History of Italian Psychiatric Legislation from 1904 to Te 1978 Reform Act // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1985. Vol. 316. P. 22.



выработку более терпимого отношения к ним со стороны общества. Несмотря на то что в некоторых провинциях была проведена обширная подготовительная работа, предубеждение против психически больных сохранялось. В больницах общесоматического профиля, где теперь должны были размещаться психически больные, персонал лабораторий отказывался проводить анализы и держать их кровь вместе с кровью обычных больных<sup>447</sup>. Не все было просто и с их адаптацией в обществе.

Часто говорят, что юридически закон продуцировал «вакуум между упразднением психиатрических больниц и внедрением территориальных терапевтических услуг»<sup>448</sup>. Требовалась переквалификация персонала и дополнительные ставки: в 1979–1980 гг. штат системы психиатрической помощи увеличился в три раза, с 6203 до 16 790 работников<sup>449</sup>. Действительно, тогда итальянская психиатрия оказалась совершенно не готова к таким новшествам. Как подчеркивал соратник Базальи Агостино Пирелла: «Просто изменив закон, нельзя по взмаху волшебной палочки изменить практику психиатров, отношение населения или заинтересованность политических деятелей и чиновников, в особенности если при этом нет детальной программы»<sup>450</sup>. Итальянская психиатрия находилась на уровне психиатрии XIX в., а предстояло ей стать психиатрией века XXI. Базальи прекрасно понимал, что закон не может быть принят как данность, что он может функционировать только в постоянной работе: «Даже являясь плодом борьбы, закон может реализовываться лишь как рационализация протеста. Но он может также развиваться, распространяя идею практики, включая ее в коллективное наследие... он может расширять и гомогенизировать дискурс, создавая единый фундамент для дальнейшего движения»<sup>451</sup>. Это движение шло различным образом.

Если на севере Италии закон был принят достаточно активно, то на юге он или не выполнялся, или психиатрические службы и вовсе функционировали в противоречии с ним. В 1978–1979 гг., по данным Национального исследовательского совета, в Италии насчитывались 564 территориальных центра психического здоровья, из них только 80 располагались в южных провинциях<sup>452</sup>. В Турине и Венеции реформы были поддержаны, но их реализация была ограничена. На юге наблюдалась наихудшая ситуация. Те города, в которых уже развивалось антиинституциональное движение, т. е. Арrezzo, Феррара, Перуджа, провели реформу наиболее мягко и успешно. В целом больницы не закрывались, а продолжали свое функционирование по старой системе, и даже открывались новые. Часто в попытке следовать закону больные выписывались без разбора, с наличием острых симптомов, не проводилось мероприятий по их социальной адаптации<sup>453</sup>.

<sup>447</sup> *MacDonald L. D.* Community Psychiatric Care... P. 73.

<sup>448</sup> *Maj M.* Brief History of Italian Legislation... P. 25.

<sup>449</sup> *Paparo F., Bacigalupi M.* Te Italian Psychiatric Experience: Further Considerations // International Journal of Mental Health. 1985. Vol. 14. P. 93–104.

<sup>450</sup> *Pirella A.* Institutional Psychiatry between Transformation and Rationalization: Te Case of Italy // International Journal of Mental Health. 1987. Vol. 16. No. 1–2. P. 133.

<sup>451</sup> *Basaglia F.* Prefazione a Il Giardino dei Gelsi // Basaglia F. Scritti. II P. 469. Цит. по: Psychiatry Inside Out... P. 40.

<sup>452</sup> *Donnelly M.* Te Politics of Mental Health... P. 84.

<sup>453</sup> *Piro S.* Leggi sulla psichiatria e Meridione in Italia // Psichiatria Senza Manicomio: Epidemiologia Critica sulla

Мы не будем погружаться в обширную медицинскую статистику, поскольку большинство работ о следствиях реформы – это именно статистические работы. Эти противоречивые данные для наших целей ничего не дадут, поэтому предоставим это психиатрам и историкам медицины. Приведем только краткие общие данные. Показатели Национального исследовательского совета говорят о сокращении в период с 1977 по 1979 г. числа недобровольно госпитализированных больных на 58,9 % и об увеличении проходивших добровольное лечение на 32 %. По данным Центрального института статистики, в период с 1978 по 1983 г. число коек в психиатрических больницах ежегодно сокращалось в среднем на 4140 ед., что соответствовало общеевропейским тенденциям. Данных о судьбе пациентов, освобожденных из психиатрических больниц, крайне мало. Известно, что, например, в провинции Венето приблизительно 1 % из них совершили самоубийства, 60 % жили в семье, 74 % работали или получали пенсию, 54 % получали областное социальное обеспечение, 84 % получали психотропное лечение. Статистика преступности среди психически больных, вопреки расхожему мнению, не продемонстрировала прироста: с 1976 по 1978 г. число больных в судебных психиатрических больницах увеличилось лишь на 3,5 %, а с 1980 по 1985 г. уменьшилось на 5,6 % при общем увеличении заключенных на 32 %<sup>454</sup>.

Бенедетто Сарачено и Джанни Тоньони в своей статье «Методологические уроки психиатрического опыта Италии» отмечают, что неоднозначность результатов реформы связана с рассогласованием движения, закона и реформы. На их взгляд, движение за упразднение психиатрической больницы, возглавляемое Базальей, Закон № 180 и психиатрическая реформа в Италии представляют собой радикально отличные феномены с разнородными событиями и различными участниками. То, что происходило в Италии, становится, по их мнению, понятно, если не абсолютизировать последовательность событий и пытаться выстроить четкую хронологию от движения через закон к реформе.

Сарачено и Тоньони подчеркивают, что движение за упразднение психиатрических больниц было начато институциональным меньшинством по отношению к институционализированному или академическому большинству психиатров. Когда движение создало такую ситуацию, которая потребовала разработки закона, проблема вошла в пространство официальной формализованной политики, борьбы политических партий и стратегий. После принятия закона на этапе реализации реформы бразды правления были отданы не психиатрам-практикам и психиатрам-исследователям, а психиатрам-администраторам, мало знакомым с реальной ситуацией и проблемами. Именно поэтому на выходе увидели несколько иной эффект, чем хотели.

Поскольку психиатрическое движение, закон о психиатрическом обслуживании и психиатрическая реформа назревали длительное время в различных профессиональных группах и пространствах, их собственные стратегии и методология отчасти противоречат друг другу. Сарачено и Тоньони заключают: «“Движение”, Закон и реформа не взаимозаменяемы: они даже не отмечают различные моменты эволюции. Скорее, в своем историческом контексте они связаны с контрастирующими ожиданиями, методами и приверженцами. Закон есть тот рубеж, где взаимодействие исследовательского меньшинства с утопическими ожиданиями со скептически настроенным административным большинством показало недостаток культурных

---

Riforma / D. DeSalvia, P. Crepet (eds). Milan: Feltrinelli, 1982.

<sup>454</sup> *Donnelly M.* Te Politics of Mental Health... P. 83, 87, 89, 90; *Ramon S.* Psichiatria Democratica: A Study of an Italian Community Mental Health Service // *International Journal of Health Services*. 1983. Vol. 13. P. 307–324; *Tobino M.* Psychiatry in Italy Since the Promulgation of Law 180 // *International Journal of Mental Health*. 1985. Vol. 14. P. 1–2.

и этических связей, являющихся необходимым основанием научного базиса реформы здравоохранения»<sup>455</sup>.

Сам Базалья прекрасно сознавал, что закон не может считаться результатом, что он процесс, который дает новые перспективы. В 1979 г., через год после его принятия, говоря о реорганизации психиатрической системы, системы здравоохранения, государственного аппарата и о масштабе реформы, он подчеркивает: «Закон может позволить этого достичь, но не может гарантировать, что так будет. Проблема остается нерешенной, поскольку законы или группы законов принадлежат к такому типу процессов, которые открывают радикально новую стадию в отношении к безумию и определении его социального смысла»<sup>456</sup>.

Действительно, важно помнить, что итальянская реформа была не просто опытом дегоспитализации. Она основывалась на перестраивании всего аппарата психиатрии с целью наиболее эффективного лечения больных и социальной адаптации их в обществе. Реформа не просто предполагала закрытие психиатрических больниц, она в гуссерлианском духе снимала излишние наслоения, ненужные для эффективного лечения и представляющие собой выражение идеологии капиталистического общества, направленной на подавление его маргинальных элементов.

Майкл Доннелли, описывая вклад Италии в политику психического здоровья, отмечает: «Италия, во-первых, дала радикальное движение психического здоровья, беспрецедентной мощи и масштаба; а во-вторых, это движение стало весьма успешным в законном упразднении психиатрической больницы, запустив тем самым самый радикальный до настоящего времени эксперимент по “деинституционализации” психического заболевания»<sup>457</sup>. В других странах, даже в странах «антипсихиатрического пояса», таких как Великобритания и США, вопрос о полном упразднении психиатрической больницы как институции на практическом уровне почти не поднимался, а уж тем более не было таких успешных экспериментов по претворению этого проекта в жизнь. Поэтому итальянская антипсихиатрия стала наиболее радикальной в практическом отношении ветвью.

Надо, впрочем, помнить, что сама реформа при этом имела совершенно другой смысл и совершенно другую исходную ситуацию по сравнению с таковой в англоязычных странах: Базалья шел к медиализации, британские психиатры стремились, напротив, уйти от нее. Они вскрывали тюремные корни психиатрии, обвиняли ее в жесткости методов, называя тюрьмой все общество, но только в Италии, где практика психиатрии функционировала по тюремным законам, было видно, что на самом деле эта «тюремная» психиатрия из себя представляет. В этой системе Базалья боялся даже предлагать альтернативы, зная, что это не изменит ситуации. Ему было совершенно ясно, что нужно менять законодательство, необходимо уходить из больниц, стены которых – это стены тюрьмы, нужно преодолевать отношение к больным как к врагам, опасным для общества элементам. Во многом радикальность итальянского протеста была обусловлена тем, сколь большое расстояние нужно было преодолеть, чтобы сравняться хотя бы с миром англоязычной психиатрии.

Несмотря на противоречивые оценки итогов итальянской реформы, в антипсихиатрическом мире она оказалась не только самой успешной в своей практике, но и

---

<sup>455</sup> *Saraceno B., Tognoni G. Methodological Lessons... P. 100.*

<sup>456</sup> *Basaglia F. Law and Psychiatry. P. 417.*

<sup>457</sup> *Donnelly M. The Politics of Mental Health... P. 5.*

самой продуманной, организованной и слаженной. Противопоставляя себя порядку психиатрии и общества, британская антипсихиатрия провалила большинство из своих практических проектов именно в силу стихийности протеста и неорганизованности проектов, хотя за ней стояли не меньшие силы, чем за антипсихиатрией итальянской. Здесь оказалось, что не очень одобряемый антипсихиатрами порядок может способствовать даже самой антипсихиатрии.

## VI. Томас Сас

### 1. Ценностный фундамент критики

Томас Сас<sup>458</sup> родился 15 апреля 1920 г. в Будапеште. Семья его была достаточно обеспеченной, во всяком случае намного более обеспеченной, чем те, в которых появлялись на свет другие антипсихиатры. Отец – очень успешный адвокат, занимавшийся земельным бизнесом, мать – домохозяйка: она управляла хозяйством и поддерживала своего мужа. В доме была прислуга, гувернантки и няни. Томас Сас был вторым ребенком в семье, и интеллектуальное соперничество с братом Георгом (старше Томаса на два года) весьма способствовало его развитию. Впоследствии Георг стал химиком и осел в Цюрихе.

В течение восьми лет Сас посещал гимназию, где показал себя не только как хороший ученик, но и как успешный спортсмен. В большом и настольном теннисе он неоднократно становился чемпионом гимназии. Несмотря на занятия спортом, крепким здоровьем с самого детства Сас не отличался. Он переболел всеми детскими инфекционными болезнями: ветряной оспой, коклюшем, корью, скарлатиной и дифтерией. Врачи постоянно говорили о возможной сердечной болезни. Правда, что на самом деле с его сердцем, так и не выяснили.

Сасу, как и большинству детей, отчасти нравилось болеть: можно было не ходить на занятия, быть в центре внимания и валяться в постели. Многочисленные недомогания, по его собственному признанию, научили его притворяться больным. Он частенько оттягивал свое выздоровление: научился врать, что чувствует себя плохо, симулировал кашель и тошноту, притворялся, что у него температура, поднося градусник к лампе. Таким образом, интуитивно он довольно рано начал понимать разницу между симуляцией и настоящей болезнью<sup>459</sup>.

В 1938 г. после прихода к власти Гитлера родители Саса стали задумываться об эмиграции. Несмотря на то что семья была атеистической еврейской семьей, и даже отец не отличался религиозностью, перспективы семейного бизнеса, образования детей, да и собственной безопасности вызвали сомнения. Брат отца, дядя Отто, был математиком и несколькими годами ранее перебрался в Америку, в Цинциннати. Так же решил поступить и отец Саса. 25 октября 1938 г. Сасы высадились в Новом Свете. Этот день Сас всегда будет называть днем своего второго рождения.

Сас практически не знал английского (он вспоминал, что были времена, когда в автобусах он не понимал ни одного слова), да и к евреям в Америке тогда относились не очень хорошо, но в феврале 1939 г. ему удалось поступить в колледж при Университете Цинциннати, где работал его дядя, и он стал изучать физику. Правда, хотелось ему совсем другого. Душа его больше

---

<sup>458</sup> Полное имя – Томаш Иштван Сас (венг.), Томас Стивен Сас (англ.).

<sup>459</sup> *Szasz T. S. An Autobiographical Sketch // Szasz under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics / J. A. Schaler (ed.). Chicago, Ill.: Carus Publishing Company, 2004. P. 4. См. также: Szasz T. S. In Conversation with Alan Kerr // Psychiatric Bulletin. 1997. Vol. 21. P. 39–44.*

лежала к медицине. Он считал, что интеллектуальные и образованные люди обязательно должны интересоваться тем, как они устроены и как функционирует их тело. В противном случае «это напоминало вождение автомобиля без знания того, что находится под капотом»<sup>460</sup>. Сас хотел освоить медицину не как практику, а как теорию и знание.

В 1941 г. Сас заканчивает бакалавриат по физике и поступает на медицинский факультет Университета Цинциннати, который заканчивает в июне 1944 г., а в 1945 г., после года интернатуры в Бостоне и Цинциннати, он получает диплом доктора медицины. В 1946 г. в Чикаго он начинает обучаться психиатрии и психоанализу.

Еще в юности под влиянием старшего брата Сас стал увлекаться литературой, историей, философией, политикой. Он читал Шекспира и Гете, Адама Смита и Джеферсона, Джона Стюарта Милля, Марка Твена, Толстого, Достоевского, Чехова, Оруэлла, Камю, Сартра и др. Кроме того, в 1930-е годы в Венгрии, по его собственным воспоминаниям, воздух был буквально пропитан психоанализом, поэтому еще до отъезда в Америку Сас читал некоторые работы Фрейда и Ференци. Уже тогда он понял, что положение как психиатрии, так и психоанализа пока оставляет желать лучшего. Психиатры были агентами психиатрии как тюремной системы, а психоаналитики вели со своими клиентами бесполезные беседы, ничуть не приближаясь к ним на самом деле<sup>461</sup>.

В те времена психоанализ в Америке становился популярным, и Чикагская школа, основанная Францем Александером, до сих пор считается одной из самых ярких в истории психоанализа. Психоаналитически ориентированной была и психиатрия в Университете Чикаго, поскольку до основания Института психоанализа Александер был профессором университета, и его идеи способствовали обращению психиатрии к психоанализу. Поэтому интернатуру по психиатрии Сас проходил там же, в клинике Университета Чикаго, и она была исключительно амбулаторной. Это была его принципиальная позиция. Сасу удалось избежать интернатуры в психиатрической больнице, поскольку там он должен был бы способствовать недобровольной госпитализации и использовать для лечения электрошок. За всю свою психиатрическую практику Сас никогда не работал в психиатрических больницах и имел дело только с амбулаторными больными, пришедшими к нему добровольно. В интервью Рэндоллу Виатту он говорит: «Никогда за время своей психиатрической – психотерапевтической – практики я не выписывал лекарств. Я никогда не назначал и не делал инсулиновых ком и электрошока. Я никогда никого не госпитализировал. Я никогда не свидетельствовал в суде, что преступник не отвечает за свое поведение. Я никогда не встречался с пациентами недобровольно. Я пришел в психиатрию с широко открытыми глазами. Я никогда не считал психиатрию или психотерапию частью медицины»<sup>462</sup>.

Надо признать, что в этом отношении Сас радикальным образом отличается от его соратников по цеху антипсихиатрии. Для Лэйнга, Купера и Базальи непосредственное столкновение с реальностью психиатрической больницы было отправной точкой. И этот опыт был для них основополагающим именно потому, что они пережили его сами, будучи врачами и одновременно агентами психиатрической институции и ее противниками. Отсутствие

---

<sup>460</sup> Szasz T. S. An Autobiographical Sketch. P. 9.

<sup>461</sup> Szasz T. S. An Autobiographical Sketch. P. 17.

<sup>462</sup> Wyatt R. C. Tomas Szasz: Liberty and The Practice of Psychotherapy // Journal of Humanistic Psychology. 2004. Vol. 44. No. 1. P. 82.

подобного опыта станет решающим для стиля Саса и проблематики его творчества.

В 1950 г. Сас закончил свое психоаналитическое обучение в Чикагском институте психоанализа, в 1951 г. завершил специализацию по психиатрии и женился. В 1954–1956 гг. проходил обязательную военную службу во флоте. После этого он получил должность профессора психиатрии в Сиракузах (США), которую занимал до конца жизни.

Популярность Саса, так же как и популярность других антипсихиатров, проходила периоды нарастания и угасания. Пик его известности пришелся, разумеется, на 1960-е годы, когда после выхода «Мифа душевной болезни» в Сиракузы прибывало множество студентов и любопытствующих, чтобы из первых рук познакомиться с его революционными для того времени идеями. Во второй половине 1970-х его известность пошла на спад. Тогда и антипсихиатрия переживала времена забвения. Однако в середине 1980-х о нем опять вспомнили, и его идеи пережили новый виток популярности, связанный уже с его правозащитной деятельностью.

Внимание к творчеству Саса связано с эволюцией его собственного творчества. Он издал книг чуть ли не больше, чем все остальные представители антипсихиатрии вместе взятые. Он говорил о психиатрии и психосоматике, о психоанализе и психотерапии, о правах человека и философских проблемах, он регулярно писал злободневные письма редакторам журналов, выпустил несколько книг собственных высказываний на разные темы. Поэтому закономерно, что его идеи развивались: менялись темы, акценты, приоритеты, векторы критики, неизменным оставалось одно – структура его работ. Из книги в книгу она оставалась одной и той же.

Творчество Саса эволюционировало в направлении снижения специализированности. Его первые работы были ориентированы на профессиональное научное сообщество. Постепенно они получили более широкое звучание. Сас писал о важных социальных проблемах, его статьи и книги стали обращаться к широкой общественности, к непрофессиональной аудитории. Множество его идей было отражено в газетных и журнальных статьях, вышли карманные версии его книг.

Ян Полс в своей работе «Политика психического заболевания: Миф и власть в творчестве Томаса С. Саса» выделяет следующие хронологические этапы творчества Саса:

- первый период (до 1956 г.) – некритическая разработка проблем психосоматики и ортодоксального психоанализа;
- второй период (1956–1961 гг.) – развитие острой критики по отношению к психиатрии и работа над «Мифом душевной болезни»;
- третий период (1961–1970 гг.) – развитие идей «Мифа душевной болезни» и нарастание критики вплоть до «Фабрики безумия»;
- четвертый период (1970 г. – до настоящего времени<sup>463</sup>) – разработка идей политической философии, отход от критики психиатрии изнутри к рассмотрению ее с политико-философских позиций, перенос внимания на широкие социальные проблемы<sup>464</sup>.

При этом Полс оговаривается, что, за исключением работ о психоанализе, большинство работ Саса основано на развитии идей, высказанных еще в 1961 г., а не на разработке новых

---

<sup>463</sup> Книга написана в 1984 г.

<sup>464</sup> *Pols J. Te Politics of Mental Illness: Myth and Power in the Work of Tomas S. Szasz / transl. from Dutch by Mira de Vries. 2005. <<http://www.janpols.net/Pols-PDF.pdf>>. (Данных об издании найти не удалось. Исходный текст: *Pols J. Mythe en Macht: over de kritische psychiatrie van Tomas S. Szasz. Nijmegen: Socialistische Uitgeverij Nijmegen, 1984.*)*

теорий. Поэтому хронологическая периодизация его творчества в целях систематизации его воззрений не вполне приемлема.

Через все этапы творчества Сас пронесит характерную логику повествования и характерный стиль, которые не раз становились предметом специальных исследований. Мэри Элизабет Гренандер ставит его в ряд с Сократом и Аристотелем и называет высказывания Саса смелыми и эффектными<sup>465</sup>; Генри Вайнхофен характеризует его стиль как сенсационный, а содержание работ – как абсолютно ненаучное<sup>466</sup>; Сидни Козн замечает, что Сас постоянно допускает логические ошибки, внутренние противоречия, прибегает к семантическим уловкам и неправомерным аналогиям<sup>467</sup>. Ян Полс называет Саса великолепным стилистом, с предельной ясностью и живыми образами способного выразить весьма сложные проблемы на простом языке, его книги читаются словно романы<sup>468</sup>. В оценке его стиля нет единства, и эти оценки часто связаны с симпатией или антипатией к его теории или к нему самому.

Пишет Сас действительно очень ярко, призывно, критично, со страстью, часто используя смелую терминологию и неологизмы, прибегая к кавычкам и курсивному выделению. Анализируя стиль Саса, Ян Полс отмечает следующие его черты: 1) начало аргументации с заключения и вывода; 2) многократные повторения некоторых утверждений; 3) условная псевдоаргументация со структурой «если верно А, то верно и В, где А – утверждение, которое еще должно быть доказано»; 4) подмена значений – провозглашение одного из значений понятия единственным<sup>469</sup>. Алан Стоун находит в работах Саса ложное отражение фактов<sup>470</sup>; Манфред Гуттмахер указывает на обилие дезинформации в «Законе, свободе и психиатрии»<sup>471</sup>; Энтони Клэр отмечает манеру Саса в своем повествовании и критике опираться на определения и словарные статьи<sup>472</sup>; Глейсер указывает на антисинтетическую склонность Саса к синтетическим рассуждениям<sup>473</sup>; эту игру дихотомий Стоун называет основным принципом концептуальной структуры идей у Саса<sup>474</sup>. Полс на основании обилия критических отзывов заключает, что стиль Саса весьма беден в плане аргументации, что он скорее

---

<sup>465</sup> Grenander M. E . Tomas Szasz and the Right to Choose // *Civil Liberties Review*. 1975. Vol. 2. P. 130–140; Grenander M. E . Toward the Therapeutic State? // *Nation*. 1975. Vol. 220. P. 121–123.

<sup>466</sup> Weihofen H. Mind Tapping // *American Journal of Psychiatry*. 1963. Vol. 119. P. 899–900.

<sup>467</sup> Cohen S . Commentary on “The Ethics of Addiction” // *American Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 128. P. 547–550.

<sup>468</sup> Pols J . The Politics of Mental Illness... P. 97.

<sup>469</sup> Pols J . The Politics of Mental Illness... P. 102–108.

<sup>470</sup> Stone A. A. Psychiatry Kills: A Critical Evolution of Dr. Tomas Szasz // *Journal of Psychiatry and Law*. 1973. Vol. 1. P. 23–37.

<sup>471</sup> Guttmacher M. S . Critique of Views of Tomas Szasz on Legal Psychiatry // *Archives of General Psychiatry*. 1964. Vol. 10. P. 238–245.

<sup>472</sup> Clare A . Psychiatry in Dissent: Controversial Issues in Thought and Practice. L.: Tavistock, 1976.

<sup>473</sup> Glasser F. B . The Dichotomy Game: A Further Consideration on the Writings of Dr. Tomas Szasz // *American Journal of Psychiatry*. 1965. Vol. 121. P. 1069–1074.

<sup>474</sup> Stone A. A. Psychiatry Kills... P. 23–37.



морализаторствует, чем проникает в суть, скорее вызывает сомнение, чем дает ясное понимание, скорее обличает, чем убеждает<sup>475</sup>. Надо признать, что все характеристики Полса как раз и описывают критическую ориентацию, которую Сас реализует почти во всех своих работах.

Все работы Саса отличаются ярко выраженным ценностным компонентом. Лэйнг, Купер и Базалья, разделяя ценности эпохи шестидесятых, борются за идею, продвигают свое понимание психического заболевания. В основе их протеста лежит методологический посыл – иной подход и полученные на его основании выводы, поэтому можно сказать, что они ведут борьбу за другую позитивность (за что Сас, кстати, их критиковал). Основная тенденция Саса – критицизм, и критикует он современное общество во имя утверждения определенных ценностей, поэтому критика Саса носит ярко выраженную ценностную окраску.

К. Фулфорд всячески настаивает на том, что «Сас справедливо сопротивляется ярлыку “антипсихиатр”. Он – не противник, а скептик психиатрии»<sup>476</sup>. Этот скептицизм, по мнению Фулфорда, базируется на положении о том, что психическое заболевание является мифом и метафорой. Однако, на наш взгляд, если повнимательнее присмотреться к критицизму Саса и критицизму других антипсихиатров, то становится совершенно ясно, что это утверждение верно с точностью до наоборот. Именно Сас является противником психиатрии, поскольку скептицизм других антипсихиатров позволяет им двигаться дальше: предлагать альтернативные теории, реформы. Протест Саса больше напоминает не ожесточенную борьбу, а скептическую критику.

Отстаивая свои идеи, Сас с готовностью вступает в любую полемику. Можно собрать целую библиотеку статей и фрагментов монографий, в которых или Сас оспаривает чьи-то идеи, или кто-либо нападает на идеи Саса. Наверное, история этих споров заслуживает отдельной книги, и, возможно, кем-нибудь она и будет написана. Достаточно любопытен в этом отношении недавно вышедший сборник «Сас на линии огня», в котором собраны как хвалебные, так и резко критические статьи, касающиеся различных аспектов его идей. После каждой статьи приводится ответ Саса, причем даже в хвалебных статьях он находит дискуссионные моменты, которые проясняет и уточняет, исходя из своих взглядов<sup>477</sup>.

К чему эта критика ведет и что отражает? Многие исследователи творчества Саса сходятся на том, что эта критика подчас существует ради самой себя. Так, Марсело Берлим, Марсело Флек и Эдвард Шортер отмечают, что «на протяжении 40 лет Сас выдвигал многочисленные заявления относительно лечения пациентов с расстройствами психики, но ни одно из них не было подкреплено данными исследований, которые бы опровергли или подтвердили их»<sup>478</sup>. Майкл Шварц задается таким же вопросом. «Что бы произошло, – пишет он, – если бы его идеи стали общепринятыми, если бы господствующие представления о болезни и расстройстве были заменены на противоположные им идеи Саса? <...> В отсутствии попыток эмпирической фальсификации или ратификации большая часть утверждений Саса о

---

<sup>475</sup> *Pols J. The Politics of Mental Illness...* P. 117.

<sup>476</sup> *Fulford K. W. M. Values-Based Medicine: Tomas Szasz's Legacy to Twenty-First Century Psychiatry // Szasz Under Fire...* P. 57.

<sup>477</sup> *Szasz Under Fire...*

<sup>478</sup> *Berlim M. T., Fleck M.P. A., Shorter E. Notes on Antipsychiatry // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003. Vol. 253. P. 65.*

психических заболеваний является тем, что можно бы было назвать метафизикой или мировоззрением...»<sup>479</sup>.

Есть и еще один ценностный момент, который, напротив, роднит Саса со всеми остальными антипсихиатрами. Борясь за человека, Сас всегда встает на сторону больного. Это приводит к постулированию ценностной позитивности болезни и ценностному оправданию поведения пациента. Об этом открыто говорит и сам Сас, поскольку в каком еще, как не в этом смысле следует рассматривать его утверждения о том, что психическое заболевание есть лишь метафора, скрывающая ценностную стратификацию общества.

Сас ратует за ценности гуманизма. Действительно, не случайно в 1973 г. Американская гуманистическая ассоциация присвоила ему почетное звание «Гуманист года». Он борется за гуманное отношение к человеку, причем не за изменение теории и мировоззрения, а за трансформацию отношения. Возможно, именно поэтому одной из сфер его деятельности является защита прав пациентов. Сас настаивает на борьбе за гуманистические ценности, но меньше говорит о возможности развития гуманистической психиатрии, поскольку для него любая система верований, даже та, которая защищает человека, возникает с единственной целью – установить власть над людьми. Совсем не важно, на чем основана эта система – на религии, науке или этике. Гуманизм Саса поэтому сопряжен с критическим отношением ко всякому организованному протесту: по его мнению, организованные движения, борющиеся за человека, часто оборачиваются своей противоположностью. Борьба Саса – это борьба во имя борьбы. «Самая простая и самая древняя из человеческих истин... – пишет он, – это то, что жизнь – тяжелая и трагическая борьба...»<sup>480</sup>.

Во множестве своих работ Сас описывает себя как либертарианца. Основной ценностью для него является свобода как ценность абсолютная, всегда бóльшая, чем ценность здоровья. Анализируя содержание свободы в «Этике психоанализа», он выделяет два диаметрально противоположных значения этого термина. Само понятие в современном его смысле появилось, как он отмечает, в эпоху Просвещения, и потому оно имеет индивидуальный и позитивный смысл. Свобода означает становление человеческой индивидуальности, автономности, подлинности, ответственности. Другой смысл начинает формироваться в XVIII в. и окончательно оформляется в XIX в., и это свобода как политическая революционность. Эта свобода имеет негативный смысл «свободы от», от притеснения и подавления, от рабства и проч. Сас идентифицирует эту «свободу от» с коллективной свободой и подчеркивает, что для человека имеет большее значение «свобода для». По этой причине не менее важно для него понятие автономии.

Автономия, по Сасу, не дана человеку, и он не утрачивает ее в обществе, как это происходит у Лэйнга и Купера. Она может быть обретена только через усилие, в постоянном развитии, обучении, в непрерывной ответственности за свое поведение. Центральная задача человека – стать автономным человеком, при этом автономный человек для Саса – это то же самое, что и нравственный человек. Сас подчеркивает: «Автономия – это позитивное понятие. Это свобода развивать свое “я” – накапливать знания, совершенствовать навыки, принять ответственность за поведение. И это свобода управлять своей собственной жизнью, выбирать

---

<sup>479</sup> *Schwartz M. A. Psychiatry Fraud and Force? A Commentary on E. Fuller Torrey and Tomas Szasz // Journal of Humanistic Psychology. 2005. Vol. 45. No. 3. P. 410.*

<sup>480</sup> *Szasz T. S. Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry. Syracuse: Syracuse University Press, 1988. P. 82–83.*

одну из множества альтернатив, не нарушая свободы других»<sup>481</sup>. Вообще, понятия общества и автономии, власти и автономии для Саса – противоположные понятия. Автономия – это неизменно угроза власти. Только прогрессивная свобода, независимость и ответственность способствуют тому, чтобы человек был человеком; прогрессирующее порабощение, зависимость и безответственность приводят к тому, что человек превращается в вещь.

Принципы либертарианства применительно к психиатрии и государству означают для Саса недопущение вмешательства правительства в реализацию индивидуальных прав, в область договорных и добровольных отношений между людьми; полное разделение медицины и государства; протест против недобровольной госпитализации в психиатрические больницы; одобрение отмены положения о недееспособности психически больных и принятия ими ответственности за преступления<sup>482</sup>. Уважение к правам человека и его свободе для Саса – условие для сохранения свободного мира и его развития. На основании таких ценностных принципов формируются его идеи.

## 2. Основания проекта – «Миф душевной болезни»

Изначальная тема творчества Саса – это психосоматика. Он обучался психоанализу под руководством Франца Александера, который стоял у истоков этого направления. Именно он обратил внимание исследователей на связь эмоционального состояния человека и ряда соматических заболеваний: язвы двенадцатиперстной кишки, ишемической болезни сердца и проч. С него в медицине началась целая эпоха психосоматических поисков, поэтому закономерно, что Сас вначале тоже идет по этой исследовательской дорожке.

Первые статьи Саса о психосоматическом контексте таких заболеваний, как гиперслинотечение, запор, диарея и облысение. Кроме того, в 1955–1957 гг. он выпускает ряд статей о боли, которые становятся основой его первой книги «Боль и удовлетворение: исследование телесных ощущений»<sup>483</sup>, вышедшей в 1957 г. Здесь практически ничто не напоминает нам характерный для Саса стиль, поскольку появится он только начиная со второй книги. Единственное, что знакомо, – это опора на аналитическую философию.

В своей первой книге Сас рассматривает ряд телесных ощущений, центральным из которых для него является боль. Он предлагает посмотреть на боль со стороны испытывающего ее человека и выступает против принятого в медицине разделения боли на органическую и психогенную, отмечая, что в этом случае медицина основывается на позиции врача, а не больного, и дает лишь косвенное описание и определение. Сас предлагает выстраивать описание на «языке боли», тогда физическое определение боли должно быть отброшено, а сама она будет определяться исключительно как психологическое понятие<sup>484</sup>.

Такой разоблачительный стиль, манеры обращаться к самим явлениям и говорить на языке

---

<sup>481</sup> Szasz T. S. *The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomy*. L.: Routledge and Kegan Paul, 1974. P. 22.

<sup>482</sup> Szasz T. S. *Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2004. P. 23–27.

<sup>483</sup> Szasz T. S. *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*. N.Y.: Basic Books, 1957.

<sup>484</sup> Szasz T. S. *Language and Pain* // *American Handbook of Psychiatry* / S. Arieti (ed.). Vol. I. N.Y.: Basic Books, 1959; Szasz T. S. *Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law* // *Archives of Neurology and Psychiatry*. 1956. Vol. 75.

больного и болезни Сас развивает в статьях, которые предшествуют «Мифу душевной болезни», где он обращается уже непосредственно к психиатрии. Он сразу же выступает против понимания психиатрии как занимающейся изучением психической болезни ветви медицины. Такое понимание, на его взгляд, приносит лишь практическую пользу и мнимое определение, но с позиций научной объективности неадекватно. В противоположность такой трактовке он предлагает два инструментальных подхода к определению психиатрии: 1) исследование методов и оснований психиатрии как теории; 2) изучение того, что психиатры делают на практике. Первый подход приводит к описанию научной теории психиатрии, второй – к исследованию социальных обстоятельств, которые сопровождают психиатрическую практику, и социальных ролей психиатра<sup>485</sup>. Этот инструментальный подход, позволяющий обратиться к непосредственной теоретической и практической реальности психиатрии, он будет развивать и в «Мифе душевной болезни».

Сас уже тогда уточняет свое понимание психиатрии. Он говорит, что всех людей, имеющих дело с психическим заболеванием, можно разделить на две группы. К первой относятся те, которые используют физико-химические методы лечения, в частности, электрошок, лекарственные препараты и психохимию; ко второй – те, кто использует социопсихологические методы исследования и лечения. Первую группу он называет врачами, поскольку они работают в рамках исключительно физико-химической медицинской модели, вторая объединяет психиатров. Медицина для Саса функционирует на основании понимания человека как животного, как физико-химической машины, поэтому она противостоит социопсихологической психиатрии. Этот дуализм в понимании подходов к человеку и психическому заболеванию ляжет в основу его критики психиатрии<sup>486</sup>.

В ранних статьях содержатся наброски теории недобровольной госпитализации и договорных отношений, исследование социальных ролей психиатров и представление психоанализа как единственно возможного объединяющего метода ветвей современной психологии. Все эти предварительные штудии будут развиты, пожалуй, в центральной работе Саса – «Миф душевной болезни» (1961). В ней он обозначает основной отправной пункт своего научного пути и намечает стратегию критики психиатрии. Сас осмеливается, по его мнению, сказать то, что для всех очевидно, но что никто признать вслух не отваживается. «Я чувствовал, – вспоминал он позднее, – что пришел в психиатрию, чтобы рассказать о том, что с детства казалось мне самому очевидным, – о недоразумении с психическим заболеванием; это напоминало историю с платьем Голубого Короля: на самом деле все знают, что никакого психического заболевания нет, но ни у кого не хватает мужества сказать об этом»<sup>487</sup>.

Вооружившись, как щитом, положением Карла Поппера «наука должна начинаться с мифов и с критики мифов», в качестве своего основного тезиса Сас выдвигает суждение о том, что психическое заболевание – миф, метафора, а психиатрия – это практика власти и принуждения, псевдология или наука лжи. Ярче всего эту идею Сас выразит в одной из своих статей того же периода: «Предпосылкой теологии является существование Бога. Теологи не

---

<sup>485</sup> Szasz T. S. . Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry // Archives of Internal Medicine. 1958. Vol. 101.

<sup>486</sup> Szasz T. S. . The Problems of Psychiatric Nosology: A Contribution to a Situational Analysis of Psychiatric Operations // American Journal of Psychiatry. 1957. Vol. 114.

<sup>487</sup> Levatter R. . Szasz Review / Interview. 1983. <<http://www.szasz.com/Levatter.htm>>.

могут ни описать Бога, ни доказать его существование; для них и их последователей существование Бога очевидно и не нуждается в доказательствах. Те, кто отрицает существование Бога, ошибаются, введены в заблуждение или развращены. Именно неверующий должен доказать несуществование Бога. Точно так же предпосылкой психиатрии является существование психической болезни. Психиатры не могут ни описать психическое заболевание, ни доказать его существование; для них и для их последователей его существование очевидно и не нуждается в доказательствах. Те, кто его отрицают, ошибаются, введены в заблуждение или развращены. Именно критик психиатрии должен доказывать несуществование психического заболевания. <...> Это постепенно приводит к идее, что точно так же, как Бог существует только для тех, кто верит в воображаемые существа или “силы” (религия), психическое заболевание существует только для тех, кто верит в воображаемые болезни или “причины” (психиатрия)»<sup>488</sup>.

Для Саса психическое заболевание – это метафора сродни поэтической, поэтому представляется как результат полета фантазии: «...Перо психиатра называет некоторых (плохих) людей *безумными* точно так же, как перо священника называет некоторых хороших людей *святыми* . <...> И психическая болезнь, и святость – фикции, т. е. продукты фантазии. Одно произведено властным риторическим актом *проклятия* , другое – властным риторическим актом *благословения* »<sup>489</sup>. В своих более поздних работах он говорит о психическом заболевании как о флогистоне психиатрии. Подобно флогистону, психическое заболевание рассматривается как материальная и реально существующая субстанция, более того, как основной принцип, основная сила психиатрии, но, как и флогистон, это лишь несуществующая вещь<sup>490</sup>.

Модель болезни, которую позаимствовали психиатры, – это, по Сасу, модель болезни конца XIX в., которая была основана на опыте работы с туберкулезом, сифилисом и брюшным тифом. Подобные представления приводят к тому, что проблемы человеческой жизни отождествляются с болезнями тела, признаются душевными заболеваниями, переживающие их индивиды преследуются, изолируются, им предписывается специфическое лечение. Для Саса психическое заболевание – все что угодно, только не болезнь. Она – способ бороться с маргинальностью, фикция, метафора и предлог для хорошей продажи лекарств.

Миф психического заболевания – миф истерии и шизофрении – имеет лишь стратегическое значение, оправдывая недобровольное заточение признанных шизофрениками или истеричками людей. Поэтому Сас задается целью деструкции концепции психического заболевания, а также деструктивного анализа психиатрии как «псевдомедицинской инстанции». Но, по его убеждению, это только один из этапов работы. Деструкция необходима для того, чтобы построить новую науку о человеке, основанную на системной теории индивидуальности. Сас отмечает: «Хотя мощное институциональное давление придает значительный вес традиции сохранять психиатрические проблемы в концептуальном лоне медицины, научный вызов здесь, похоже, налицо. Задача состоит в том, чтобы дать новое определение проблемы душевной

---

<sup>488</sup> Szasz T. S . The Myth of Mental Illness // The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events. N.Y.: Prometheus Books, 1984. P. 13.

<sup>489</sup> Szasz T. S . Pharmacracy: Medicine and Politics in America. Syracuse: Syracuse University Press, 2003. P. 106.

<sup>490</sup> Szasz T. S . Mental Illness: Psychiatry's Phlogiston // Journal of Medical Ethics. 2001. Vol. 27. P. 297–301.

болезни, дабы ее можно было решать в рамках общей категории науки о человеке»<sup>491</sup>. Что ж, цель не новая ни в психиатрии, ни в философии: цель в духе экзистенциально-феноменологической психиатрии, которой задавались все антипсихиатры.

Сас движется от критики к новой теории, т. е. сначала разрушает старое, а затем пытается возвести фундамент нового здания. В основе психиатрии как науки, на взгляд Саса, лежит субстантивное определение ее через предмет исследования. Такая стратегия определения науки превращает психиатрию в псевдонауку и сближает ее с алхимией и астрологией. Психиатрия определяется как наука, исследующая и вылечивающая психические заболевания. Точно так же описывается, по его мнению, и астрология: это изучение влияния небесных тел на судьбу и поведение человека. За бортом здесь, как и во всех псевдонаучных определениях, оказываются методики наблюдений и умозаключения. Их обсуждение отбрасывали алхимики и астрологи, теперь их примеру следуют психиатры.

Сас в качестве изначального посыла критики избирает позитивистскую критику науки и принципов умозаключения. Поэтому не зря в качестве эпиграфа к введению в работу он избирает высказывание Поппера. Закон для психиатрии, по Сасу, – мышление в контексте субстантивов, поскольку именно субстантивами и ничем более являются психиатрические концепты и понятия: невроз, болезнь, лечение.

При этом в психиатрии имеет место ярко выраженное расхождение между тем, что делают психиатры, и тем, что они делают по их собственным словам. Большинство психиатров и психотерапевтов называют себя врачами, психологами, психопатологами, биологами, но в реальности они делают совершенно другое: вступают в коммуникацию и анализируют ее. Сас подчеркивает: «Конечно же, их деятельность – это общение с пациентами посредством языка, невербальных знаков и определенных правил. Затем они посредством словесных символов анализируют коммуникативные взаимодействия, которые они наблюдают и в которых сами участвуют. <...> Психиатрия, используя методы коммуникативного анализа, имеет много общего с науками, занимающимися изучением языка и коммуникативного поведения. Несмотря на эту связь между психиатрией и такими дисциплинами как символическая логика, семиотика и социология, проблемы душевного здоровья продолжают ограничивать традиционными рамками медицины»<sup>492</sup>.

На самом же деле *«психиатрия как теоретическая наука состоит в изучении индивидуального поведения»*. Под этим Сас подразумевает поведение в играх и игры, в которые вступают люди. Психиатрия, изучая языковые игры и речевую форму общения, сближается с лингвистикой, философией и семиотикой. При этом лингвистику интересует структура языка и языковой игры, философию – его когнитивное значение, а психиатрия занимается его/ее социальным образом, или воплощением.

В ряде своих работ Сас подчеркивает, что, настаивая на мифологическом и метафорическом характере психического, он ни в коем случае не отрицает существования тех проблем, которые за ним стоят. Так, в «Этике психоанализа» он пишет: «Когда я говорю, что психическое заболевание – это миф или что оно не существует, я не отрицаю реальности явлений, по отношению к которым этот термин используется. Человеческое страдание и несчастье существуют; существуют конфликты и насилие; существуют подавленное

---

<sup>491</sup> Сас Т. Миф душевной болезни / пер. В. Самойлова. М.: Академический проект; Альма Матер, 2010. С. 380.

<sup>492</sup> Сас Т. Миф душевной болезни. С. 19.

сексуальное и социальное поведение. Все эти события и действия вполне реальны»<sup>493</sup>. «Я, – продолжает он уже в другой работе, – просто классифицирую тот феномен, который люди называют “психическое заболевание”, несколько иначе, чем те, кто утверждает, что это болезнь. <...> Понятие “психическое заболевание” – это семантическая стратегия медиализации экономических, моральных, индивидуальных, политических и социальных проблем»<sup>494</sup>.

Есть и еще один момент. Во многих своих работах, уточняя смысл, который он вложил в положение о том, что психическое заболевание – миф, Сас актуализирует очень важное противоречие, особенно остро проявляющееся в психиатрии последних лет с усилением доли физиологических гипотез. Все дело в том, отмечает он, что психиатрия придерживается двойного стандарта. С одной стороны, она считает, что психическое заболевание является следствием генетического дефекта или неврологического повреждения, и в таком случае психическое заболевание должно считаться болезнью не сознания, психики, а тела. С другой стороны, психиатрия настаивает, что психическое заболевание – это проступок, нарушение поведения, за которое наказывают заключением в психиатрическую больницу или которое может явиться оправданием преступления в случае признания невменяемости, и в таком случае психическое заболевание – это не болезнь, а поведение<sup>495</sup>.

Сас пытается последовательно это противоречие преодолеть. Признавая, что психическое заболевание является метафорой, он настаивает, что за этим термином стоит определенный неприемлемый способ поведения. За это поведение, на его взгляд, сам человек должен нести ответственность, и поэтому, к примеру, оправдывать преступников на основании невменяемости неприемлемо. Всякое поведение, которое нарушает правовые нормы, должно в обязательном порядке наказываться юридически.

В каком-то смысле это положение Саса является отзвуком кантианской парадигмы в психиатрии XVIII в. Тогда, следуя учению Канта о психическом заболевании как о впадении в безволие, складывается судебная и воспитательная практика, исходя из которой психически больные признаются виновными в своем заболевании в силу их слабости и подлежат перевоспитанию с помощью различных методов. Поэтому утверждение о вине больного и ответственности за свое поведение как сознательный волевой или безвольный выбор лежит в русле психиатрических традиций XVIII в. Так уж получается (об этом постоянно говорит и сам Сас), что в психиатрии часто новым оказывается хорошо забытое старое.

Точно так же, как нет психического заболевания, для Саса не существует и психотерапии, разумеется, в общепринятом смысле этого термина. Он отмечает, что люди на самом деле сталкиваются с определенными трудностями и проблемами, множество таких людей обращается к консультантам, называющим себя психотерапевтами, и участники развивающейся коммуникации могут считать этот процесс психотерапией. «Все это, – подчеркивает Сас, – существует и является неотъемлемой частью нашей социальной действительности. Но за всем этим и стоит ложь мифологии психотерапии: такая встреча двух (или более) людей, их общение и слушание друг друга не являются ни психическими, ни терапевтическими. В общем, я

---

<sup>493</sup> Szasz T. S. The Ethics of Psychoanalysis... P. VIII.

<sup>494</sup> Szasz T. S. Pharmacracy... P. 115.

<sup>495</sup> Szasz T. S. Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into The Social Uses of Mental Health Practices. Syracuse: Syracuse University Press, 1989. P. X.



понимаю практику психотерапии как своего рода этику, обычно этику светскую»<sup>496</sup>. Для Саса психотерапия – государственное, а не медицинское предприятие.

Сама психотерапия появляется вследствие экспансии терапии тела в пространство психики, т. е. расширения патологии до психопатологии и метафоризации индивидуальных проблем человека. Союз медицины и государства способствует тому, что в психотерапию включаются и репрессивные компоненты, основанные на реализации власти, поэтому для психиатрии психотерапия, как считает Сас, становится исключительно практикой порабощения и управления индивидом. «Основные компоненты психотерапии – религия, риторика и репрессия...»<sup>497</sup>, – подчеркивает он.

В своем подлинном смысле психотерапия, в частности психоанализ, которому Сас отводит особое место, – это специфический вид отношений между людьми, которые основываются на этике освобождения. История психотерапии как искусства исцеления души восходит не к психиатрам XIX в., а к древнегреческим философам и раввинам, т. е. является религиозной историей и религиозной традицией. Цель психотерапии поэтому сопоставима с целью либеральных политических реформ – дать людям, поработанным репрессивным правительством или стереотипными правилами и ролями, бóльшую свободу в поведении. Психотерапия строится по научному шаблону, поэтому заимствует различные техники (например, технику толкования сновидений или свободных ассоциаций), отличающиеся не научным характером, а псевдонаучностью. Все эти псевдоинструменты служат одной-единственной цели: представить как научную деятельность то, что на самом деле является лишь взаимодействием между людьми<sup>498</sup>.

Разумеется, «Миф душевной болезни» вызвал бурную реакцию специалистов-психиатров и общественности. Сас вспоминает: «Психиатры приветствовали мое утверждение о том, что нет никакого психического заболевания, с таким же большим энтузиазмом, с каким священнослужители могли бы приветствовать утверждение о том, что нет никакого Бога...»<sup>499</sup>. Действительно, большая часть реакций была и до сих пор остается негативной. Джонас Раппепорт, в чем-то выражая общее направление восприятия идей Саса, обличает его как врага науки: «...Он пишет как враг науки, а не как ученый, и он непорядочен; он говорит, что психическое заболевание – миф, а я скажу, что миф – медицинская порядочность Томаса Саса»<sup>500</sup>. Ли Вайнберг указывает на доминирование необоснованности и незавершенности в критической позиции: «Сас говорит не о том, что мы нуждаемся в новых категориях и новых моделях, а о том, что не нужно *никаких* категорий и *никаких* моделей»<sup>501</sup>. Однако здесь интересны не обличительные отзывы, а те оценки, в которых содержится попытка

---

<sup>496</sup> Szasz T. S. Te Ethics of Psychoanalysis... P. XIX.

<sup>497</sup> Szasz T. S. Te Myth of Psychotherapy: Mental Healing as Religion, Rhetoric, and Repression. Syracuse: Syracuse University Press, 1984. P. 25.

<sup>498</sup> Szasz T. S. Te Ethics of Psychoanalysis... P. 37.

<sup>499</sup> Szasz T. S. Law, Liberty, and Psychiatry... P. IX.

<sup>500</sup> Vatz R., Rappeport J., Weinberg L. S. Comment and Controversy // Tomas Szasz: Primary Values and Major Contentions / R. E. Vatz, L. S. Weinberg (eds). Bufalo, N.Y.: Prometheus Books, 1983. P. 218–219.

<sup>501</sup> Vatz R., Rappeport J., Weinberg L. S. Comment and Controversy // Tomas Szasz: Primary Values and Major Contentions / R. E. Vatz, L. S. Weinberg (eds). Bufalo, N.Y.: Prometheus Books, 1983. P. 222.

эпистемологически оценить работу и высказанные в ней идеи.

Историк медицины Рой Портер, характеризуя основную идею «Мифа душевной болезни», пишет: «Для Саса истерия – это не реальная болезнь, в основе которой прогрессирующий раскол, а миф, изобретенный психиатрией для преумножения своей славы. Фрейд не раскрыл ее тайну; он разработал ее мифологию <...> Обходя стороной дуализм сознания и тела, Сас таким образом представляет истерию как социальное действие, представляющее проблемы поведения, коммуникации и окружения»<sup>502</sup>. Портер здесь указывает на дисциплинарное смещение, свойственное всей антипсихиатрии, когда проблемы медицинской науки начинают рассматриваться в пространстве коммуникации и общества. Эту линию поддерживает и социальный критик Роберт Диксон, подчеркивая, что Сас «убедительно показывает, как мы используем медицинскую метафору применительно к тому, что, фактически, является вопросом манер, нравов, политики и правосудия»<sup>503</sup>.

Майкл Мур видит в доводах Саса опору на положение о рациональности психического заболевания, подчеркивая, что представления о цели и мотивации, будто психическое заболевание имеет цель и мотивацию, означают лишь то, что психически больной выбирает свою карьеру психически больного, и его поведение рационально мотивировано. Он подчеркивает: «Это заявление, что психическое заболевание – миф, представляется как эмпирическое открытие: все те, что считаются психически больными людьми (т. е. иррациональными), на самом деле настолько же рациональны, как вы или я»<sup>504</sup>.

Мур совершенно справедливо указывает на методологические, логические истоки критической позиции Саса. Он отмечает, что тот использует теорию категориального различения смысла, строя на ее основании следующую критическую систему: 1) сосредоточиваясь на первой части словосочетания «психическое заболевание», Сас указывает на то, что «психическая» болезнь является мифом, следовательно мифом является и «психически» больной; 2) переходя ко второй части этой фразы, Сас отмечает, что термин «болезнь» означает, по сути, физико-химические изменения в теле, поэтому утверждение, что ум, сознание, психика могут быть больны, абсурдно, поскольку больными (в общепринятом значении этого слова – «плохими») могут быть только физические тела; 3) обрушиваясь на традиционные наименования психических заболеваний – «шизофрения», «истерия» и проч., – Сас подчеркивает, что в названиях психических заболеваний термины, относящиеся к поведенческим наклонностям, неправомерно отождествляются с терминами, означающими физиологические изменения мозга, и с терминами, отсылающими к психическому опыту; 4) Сас полагает, что по причине категориальных различий между терминами, отсылающими к психическим процессам, и терминами, обозначающими органические нарушения, логически невозможно установить связи между психически и поведенчески обусловленными синдромами, которые называют психическими заболеваниями, и органическими процессами, которые, как считается, их вызывают; поэтому научные претензии психиатрии и попытки лечить психические болезни неизменно обречены на провал, поскольку сами эти устремления

---

<sup>502</sup> Porter R. *The Body and the Mind, the Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria* // Gilman S. L., King H., Porter R. et al. *Hysteria beyond Freud*. Berkeley: University of California Press, 1993. P. 225–285.

<sup>503</sup> Dixon R. *The Baumgarten Corruption: From Sense to Nonsense in Art and Philosophy*. L.: Pluto Press, 1995. P. 115, 153–154.

<sup>504</sup> Moore M. S. Some Myth about “Mental Illness” // *Archives of General Psychiatry*. 1975. Vol. 32. P. 1485.

логически абсурдны<sup>505</sup>.

Очень высоко оценил книгу «Миф душевной болезни» Карл Поппер, эпиграф из работы которого был ей предпослан. В письме от 20 июля он писал Сасу: «Большое спасибо Вам за то, что Вы выслали мне свою замечательную книгу “Миф душевной болезни”. Хотя мне с моим зрением и трудно читать, она настолько увлекла меня, что я прочитал ее на одном дыхании. Она – очень важный сигнал, и она намечает действительную революцию. Кроме того, она написана в столь редком духе, когда человек хочет быть услышанным, а не произвести впечатление»<sup>506</sup>.

Сразу же после выхода книга вызвала отклик и у лидеров контркультуры. В письме от 17 июля 1961 г. гуру психоделической революции Тимоти Лири писал Сасу: «“Миф душевной болезни” – самая важная книга в истории психиатрии. Я понимаю, что опрометчиво и преждевременно выносить столь поспешное суждение. Я оставляю за собой право пересмотреть свое мнение и, возможно, сказать, что это была самая важная книга двадцатого столетия. Она лучшая во многих отношениях: эрудицией, клинической способностью проникновения в суть, политической сообразительностью, здравым смыслом, историческим охватом, человеческим участием, и более всего своей вызывающей сочувствие, сокрушительной искренностью»<sup>507</sup>.

Бурная реакция, которую вызвала книга «Миф душевной болезни», была связана не только со скандальностью центрального ее тезиса для медицины и общественности, но и с лежащей в ее основе системой доказательств. Сас сопоставлял психическое заболевание с одержимостью, психически больных – с ведьмами, а психиатрию – с инквизицией. Фраза «психическое заболевание – миф» являлась средоточием всех этих доказательств и сопоставлений. К ней вела основанная на историческом материале критическая система, которую Сас развивал и дополнял во всех своих работах в течение всей жизни.

### 3. Охота на ведьм и истеричек – отзвук средневековья в психиатрии

Выступая против мифов и метафор, Сас не избежал метафоричности идей, и центральной здесь является метафора религиозная. Если вкратце представлять ее основную траекторию, то она такова. Все социальные и научные институты, в том числе психиатрия, организованы по религиозному принципу, который скрывается под внешней мишурой сетки научного аппарата. Институт объединяется на основании идентификации с сакральными символом и ритуалом. Все члены, которые этой идентификации не разделяют, не принадлежат к этой группе. Особое значение в этой идентификации играет феномен козла отпущения. Его конституирование и формирование самой процедуры происходит путем оформления общей договоренности о приемлемом и неприемлемом, о хорошем и плохом, о здоровом и больном. Неприемлемое, плохое и больное и становится этим козлом отпущения, роль которого в обществе исполняют психически больные, суициденты, наркоманы, не подходящие под доминирующую договоренность/мораль общества и по этому, в силу определенных трансформаций, объявляющиеся больными.

Атаки на религиозную метафору сам Сас объясняет тем, что она является центральной в

---

<sup>505</sup> Moore M. S. Some Myth... P. 1488.

<sup>506</sup> Szasz T. S. Reply to Percival // Szasz Under Fire... P. 134.

<sup>507</sup> Письмо доступно на официальном сайте Саса: <<http://www.szasz.com/leary.html>>.

истории европейской культуры. Он говорит о религии как об идеологии. «У каждой эпохи и цивилизации есть свои идеология и институты, что формируют и отражают сущностные значения, которые люди придают своей жизни»<sup>508</sup>, – пишет он в предисловии к сборнику «Век безумия». Тысячелетие от падения Рима в V в. до завоевания Константинополя турками в XV в. Сас называет веком веры. В эту эпоху Европа обратилась в христианство, и христианская церковь стала доминирующей, основной институцией, определяющей как политику европейских государств, так и жизнь простых людей. Быть человеком означало поклоняться Богу, быть добродетельным означало быть добропорядочным христианином, а быть злым означало то же самое, что и быть грешником. Религия, на взгляд Саса, являлась господствующей идеологией в истории культуры. Она формировала все ценности и значения, все смыслы и образцы поведения, а также идеалы единственно правильного мышления. От терпимости, личной ответственности и вины люди прятались за религиозными предписаниями. То, что одобрялось религией и возводилось ею в разряд ценностей, считалось хорошим и должным, то, что она отвергала, – плохим и греховным.

В эпоху Просвещения религия постепенно утратила свою власть над умами людей, уступив свое место науке, поэтому в настоящее время, по мнению Саса, мы живем в век науки, век разума и, скорее, даже – в век безумия, поскольку точно так же, как век веры изобиловал еретиками, век разума изобилует безумцами. В этот век медицина и психиатрия заступили на место религии, и фактически сами в религию и превратились. «Тысячелетиями мужчины и женщины уходили от ответственности благодаря теологизации нравов. Теперь они уходят от нее благодаря их медикализации»<sup>509</sup>, – пишет Сас и продолжает: «Ницше назвал это смертью Бога. Но Бог не умер; он просто отошел в тень исторического пространства, чтобы облачиться в другие одежды и вновь выйти на сцену как ученый и врач»<sup>510</sup>. В настоящее время, как отмечает Сас, врач – это современный Папа Римский, а лекарства – это современное воплощение молитвы, исцеляющей благодаря вере в ее всемогущество.

Медицина или психиатрия для Саса больше не имеют прикладных целей и не ориентированы на поддержание здоровья и избавление от болезней, они формируют смысл и цель жизни, поэтому здоровье становится целью само по себе. Здесь мифология и религия идут рука об руку. Здоровье при этом становится ложным богом, которому поклоняются, врач – священником, отправляющим эти религиозные обряды почитания божества, а медицина – теологией, занимающейся апологетикой.

Сас отмечает, что подобный статус и религии, и медицины своими корнями уходит в человеческую природу. Человеческая жизнь невообразима без страдания, поэтому все наше поведение направлено на максимизацию желательных событий и минимизацию нежелательных. При этом парадоксально, но задача минимизации страдания в масштабах общества всегда приводила к обратному результату. Сас здесь приводит пример коммунистической идеологии, которая, вначале считаясь благом и наилучшим путем избавления от страдания людей, обернулась ужасающей тиранией. Точно так же, на его взгляд,

---

<sup>508</sup> Szasz T. S. *The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*. L.: Routledge & Kegan Paul Ltd, 1975. P. XXIV.

<sup>509</sup> Szasz T. S. *Introduction // The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*. N.Y.: Prometheus Books, 1984. P. XV.

<sup>510</sup> Szasz T. S. *The Moral Physician // Szasz T. S. Theology of Medicine*. P. 3. См. также: «Фрейд сказал, что религия – это невроз. Но если быть более точным, невроз – это религия» (Szasz T. S. *The Second Sin*. L.: Routledge & Kegan Paul, 1974. P. 81).

действуют религия и медицина: и религия, и медицина, первоначально возникшие во благо человечества, впоследствии весьма преуспели в том, чтобы стать одним из самых больших источников страдания.

Основой функционирования этих систем является подмена оправдания действий объяснением событий и наоборот. Именно в силу этих коллизий и получается так, что изначально благие цели оборачиваются противоположными результатами. Оправдание для Саса всегда обращается к действию, в то время как объяснение основывается на апелляции к событию. Если в обыденной жизни это различие не столь важно, то для медицины оно приобретает основополагающее значение. Оправдание, если оно предлагается само по себе, имеет очень слабую силу аргументации, тогда как если выдвигается как объяснение, оно приобретает гораздо большую силу. Сас приводит многочисленные примеры подобных подмен. К примеру, если человек, лишая себя еды, утверждает, что хотел уморить себя голодом до смерти, его квалифицируют как психически больного, но если он утверждает, что таким путем служит Богу, то его считают истинно религиозным.

По Сасу, включенность всех людей в религию и медицину как господствующие идеологии обеспечивается тем, что как грех, так и страдание универсальны, и посредством этого уже с самого раннего возраста все люди, нравится им это или нет, становятся прихожанами-пациентами священников-врачей. «Теперь и пациенты, и врачи входят в Церковь медицины, ее теология, задающая их роли и правила игры, в которую они должны играть, и ее церковные законы, теперь именуемые здравоохранением и законами о психическом здоровье, обеспечивают соответствие доминирующей медицинской этике»<sup>511</sup>, – подчеркивает Сас. Сомнительность статуса медицины, как и сомнительность статуса религии, по мнению Саса, связана с тем, что они имеют непосредственное отношение к здоровью и болезни, жизни и смерти – к категориям, которые ясно не определены, поскольку невозможно ничего сказать о цели жизни. Врач, который клянется служить всему человечеству, допускает сознательное или неосознанное лукавство, поскольку эта задача изначально обречена на провал. Защищая интересы одного человека или группы людей, врач часто идет против интересов другой группы. Поэтому закономерно, что Сас задается вопросом, чьим агентом является врач и чьи интересы он обслуживает.

Кроме того, что врач является собственным агентом и агентом пациента, он может быть агентом социальной институции или группы. При этом ценности, которые он исповедует как человек, должны быть поставлены на службу ценностей социальной институции. Таким образом, врач становится агентом государства и психиатрии, и этот статус врача, по мнению Саса, становится явным еще на заре медицины – в греческой философии, в «Государстве» Платона. В дальнейшем он лишь трансформируется в зависимости от эпохи.

Сас вспоминает, что в Средние века врачи часто играли ведущую роль в расследованиях инквизиции, помогая отыскивать ведьм благодаря специальным диагностическим процедурам. В эпоху Просвещения в рамках медицины формируется собственная тоталитарная карательная структура, призванная служить монарху, так называемая медицинская полиция. Медицинская полиция служила не здоровью и не больному, она укрепляла власть и состояние монарха. Союз медицины и государства был окончательно закреплен после Французской буржуазной революции с совершенствованием и гуманизацией процедуры казни, этот союз, по Сасу, явственно проступает в изобретении гильотины. В современную эпоху врач является агентом

---

<sup>511</sup> Szasz T. S. Introduction // Szasz T. S. *Theology of Medicine*. P. XX.

различных социальных групп, реализуя, поддерживая и укрепляя их интересы. Врач работает на школы и фабрики, проф союзы и работодателей, страховые компании, фармацевтические агентства, иммиграционные службы и тюрьмы и проч.

Вскрывая религиозные корни медицины и психиатрии, Сас обращается к образу психически больного. Уже в своей ранней книге «Миф о душевной болезни» Сас рассматривает отношение к психическим заболеваниям на примере истерии и сопоставляет истерию и одержимость, находя общее между средневековой инквизицией, гонениями на ведьм и современной ему психиатрической системой. «...Я, – пишет он, – попытаюсь показать, как сегодня понятие душевной болезни используется главным образом для того, чтобы затемнить и “оправдать” проблемы в личных и социальных отношениях. Именно так (и с такой же целью) использовали понятие колдовства и одержимости с периода раннего Средневековья и вплоть до нескольких эпох после Возрождения»<sup>512</sup>. Поэтому: «Сегодня так называемые душевнобольные – официальные козлы отпущения современного общества»<sup>513</sup>. Так, используя образ козла отпущения, привлекаемый Сартром в его работе «Святой Жене», Сас описывает механизмы отчуждения, инаковости и стигматизации.

Сас подчеркивает тот факт, что современное человечество лишь обманывается частой переменой моды на так называемых козлов отпущения и воспринимает эти изменения как научно-технический прогресс. Само допущение о существовании одержимости или психического заболевания, на его взгляд, покоится на определенном рода вере, которая в обоих случаях обслуживает интересы конкретного класса (в случае одержимости – духовенства, в случае психического заболевания – медицинской гильдии) и приносит в жертву социальной целесообразности конкретную группу людей, которые становятся «козлами отпущения» – группу ведьм или группу душевнобольных.

Сразу же стоит отметить, что модель маргинальности «козла отпущения» носит у Саса иной характер, чем у Лэйнга и Купера. «Козел отпущения» Саса более принадлежит группе, он более необходим ей, поскольку служит точкой определения ее идентичности. Маргинал и шизофреник Лэйнга и Купера, хотя и связаны крепкими и нерушимыми связями со всеми членами группы, не являются одним из центральных элементов ее идентификации. Маргинал для них находится на периферии группы, он вытесняется ею; он не изобретается группой, а является для нее онтологической данностью, с которой она должна справиться. Для Саса же маргинал связан с ядром идентификации и соотносится с сакральным символом группы, он необходим ей и является ее неотъемлемой частью.

Ссылаясь на Грегори Зилбурга, Сас отмечает, что если заменить слово «ведьма» словом «пациент», а слово «дьявол» убрать вовсе, то средневековые описания случаев одержимости предстанут перед нами как блестящие примеры описательной клинической психиатрии XV в. Представление о психическом заболевании, на его взгляд, выполняет в современном обществе ту же функцию, которую выполняло представление о ведьмах в позднем Средневековье.

Похож и социальный статус психически больных и одержимых. Среди признанных ведьмами женщин большинство составляли представительницы низших классов – бедные, необразованные, социально беспомощные. Поэтому признание одержимым, точно так же, как сейчас постановка диагноза, – это приговор и оскорбление, а также несмыслимый позор. После этого приговора положение одержимых, как и положение душевнобольных, становится много

---

<sup>512</sup> Сас Т. Миф душевной болезни. С. 264.

<sup>513</sup> Сас Т. Фабрика безумия: Сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье / пер. с англ. А. Ишкильдина. Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. С. 379.

хуже, чем положение обычных заключенных. Психически больной лишен всех тех прав, которые гарантируются заключенному, в частности, права на личную неприкосновенность и неприкосновенность жилья, права на личную переписку и проч.

Сходным, по Сасу, было не только отношение к ведьмам и к психически больным, но и процедуры их обследования, а также функции врача и инквизитора: «...Как только индивид попадает к врачу, он становится пациентом, которого невозможно оставить без диагноза. Доктор часто волен выбирать между двумя категориями: болезнь или одержимость, органическое расстройство или душевное. <...> Иными словами, врачи избегали и продолжают избегать вывода о том, что вышеупомянутая проблема выпадает из сферы, в которой они являются экспертами, и что человека поэтому стоит оставить вне классификации и хозяином своей собственной судьбы»<sup>514</sup>.

Между ведьмой и психически больным, а точнее в их ролях, есть единственное отличие. Роль больного часто самоопределяема, роль ведьмы всегда определялась сторонними людьми, т. е. если психически больной человек сам показывает себя как больной, то одержимость ведьмы всегда устанавливается другими помимо ее воли. Роль ведьмы, делает вывод Сас, походит на современные роли преступника или недобровольно госпитализированного больного. Он отмечает: «Противоборство теологического гонителя и ведьмы очень напоминает противостояние институционального психиатра и душевнобольного поневоле. <...> Как теологическая игра была “опиумом для народа” в прошедшие столетия, так и медицинско-психиатрическая игра служит опиумом для современных народов. Рассасывая межличностные и коллективные напряжения, каждая из этих игр выполняет функцию социального успокоения»<sup>515</sup>.

В этом сравнении ведьм и психически больных Сас делает одну очень важную оговорку. Он подчеркивает: «Сказать, что ведьм не существует, безусловно, не значит заявить, что не бывает поведения, присущего людям, которых объявили колдунами и ведьмами, или что не бывает беспорядка в обществе, вину за создание которого на них возлагают»<sup>516</sup>. Кажется, что сейчас Сас разведет поведение и понятие с его социальной функцией, как это делали английские антипсихиатры, но он выбирает другую стратегию. Он отмечает, что в те времена существовали люди, которые беспокоили или раздражали других, которые отличались от других своим поведением и верованиями. И такие люди вынуждены были принять на себя роль колдунов или ведьм, они не выбирали ее, эту роль закрепили за ними другие.

Ту же самую оговорку Сас делает и в отношении психически больных: «...Сказать, что душевных болезней не существует, безусловно, не значит заявить о том, что не бывает личного поведения, которое присуще объявленным душевнобольными, или что не бывает беспорядков в обществе, вину за которые на них возлагают»<sup>517</sup>. Действительно, подчеркивает Сас, люди, нарушающие закон или преступающие принципы морали, существуют. Их и объявляют душевнобольными, и так же, как ведьмы и колдуны, они не выбирают эту роль добровольно, ее им приписывают другие.

---

<sup>514</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 63.

<sup>515</sup> Сас Т. Миф душевной болезни. С. 388.

<sup>516</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 22.

<sup>517</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 23.



При разграничении этих с виду непротиворечивых феноменов Сас выделяет три класса явлений: 1) события и поведение – рождение мертвого ребенка или отказ от здорового младенца; 2) объяснение событий и поведения – истолкование посредством религиозного понятия колдовства или медицинского понятия душевной болезни; 3) меры общественного контроля – теологическое или терапевтическое вмешательство (сожжение ведьмы у столба, принудительная госпитализация психически больного), оправдываемое медицинскими или религиозными представлениями<sup>518</sup>. Можно, по Сасу, признавать существование первого класса явлений, т. е. определенных и конкретных событий и поведения, но при этом отвергать принятое толкование или одобряемые меры общественного вмешательства.

На самом деле, как отмечает Сас, и одержимость, и психическое заболевание представляют собой лишь выражение межличностных и социальных затруднений. Восприятие этих специфических форм в обществе, их принятие/допущение или подавление/отклонение связано с доминирующими в обществе ценностями, и природу этих ценностей можно легче всего понять, обратившись к играм, в которые люди играют со своей жизнью. Поиск ведьм и гонения на них, по Сасу, есть важнейший механизм религиозной игры; выявление и лечение психического заболевания – один из центральных механизмов поддержания жизни и энергии в медицинской игре.

Эти первоначальные исследования истерии Сас переносит на более распространенный в XX в. недуг – шизофрению. В своей одноименной работе «Шизофрения: сакральный символ психиатрии» он продолжает религиозную метафору. На его взгляд, шизофрения составляет ядро идентификации психиатрии XX в., ее сакральный символ: «У каждой группы или организации, члены которых объединяются вместе на основании приверженности определенным идеям и идеалам, есть свои специфические символы и ритуалы. Наиболее почитаемым священным символом христианства является крест, наиболее чтимым ритуалом – месса; для врачей таковым является диплом доктора и диагноз болезни. Люди как индивиды и как члены группы считают такие символы и ритуалы выражением того достояния, которое они должны усердно защищать от присвоения другими людьми, особенно теми, кто не является членами их группы. В сущности, они расценивают их как святыни, чистоту которых они должны бдительно охранять от загрязнения как членами группы, так и посторонними. <...> Символ, наиболее полно отражающий особенности психиатров как членов специфической группы врачей, – это понятие “шизофрения”; ритуал, делающий это наиболее отчетливо, – диагностика этого заболевания у людей, которые отнюдь не хотят становиться их пациентами. Когда священник благословляет воду, она становится святой водой и таким образом наделяется священной силой. Точно так же, когда психиатр проклинает человека, тот становится шизофреником и носителем вредоносных сил. Точно так же, как и “божественный” и “дьявольский”, понятие “шизофренический” просто поразительно неопределенно по содержанию и ужасающе в его использовании»<sup>519</sup>.

Для Саса представление о шизофрении развивается по сифилитической метафоре, т. е. по метафоре инфекционного заболевания, затрагивающего все органы и ткани вплоть до мозга и могущей протекать как в открытой, так и в скрытой, неявной для самого больного форме. Поэтому деятели психиатрии и неврологии конца XIX – начала XX в. для Саса не кто иные, как конкистадоры психиатрии. Они расширили пространство ее экспансии и посредством старой

---

<sup>518</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 24.

<sup>519</sup> Szasz T. S. Schizophrenia: The Sacred Symbol... P. XV.

органической сифилитической метафоры включили в нее новые формы поведения и новые характеристики личности. Они не принесли новых заболеваний, а лишь оправдывали уже существующую практику недобровольной психиатрической госпитализации.

Метафора шизофрении как сакрального символа психиатрии задает идентичность психиатров, «идентичность, которую они хотят сохранить», поэтому все те, кто разрабатывал проблему шизофрении – Крепелин, Блейлер, Фрейд – были не исследователями, а религиозно-политическими деятелями и завоевателями, поскольку распространяли словарь и юрисдикцию психиатрии на все большие и большие пространства. Проблема, с которой столкнулись психиатры-завоеватели, напоминает, на взгляд Саса, экономическую проблему внезапной нехватки нефти. В таком случае что можно сделать? Захватить нефть силой, отвечает Сас, и придумать необходимое национальное, моральное, экономическое и политическое оправдание. Так поступила, по его мнению, и психиатрия.

В этой парадигме критики значима и еще одна работа – «Церемониальная химия», которая описывает механизм функционирования сакрализации, сакральных символов и десакрализации, т. е. весь церемониал общества и социальных институций.

Сас подчеркивает, что различие между больным и здоровым в психиатрии, нормальным и ненормальным в пространстве сексуальности, разрешенным и запрещенным в наркологии носит не медицинский, а церемониальный характер. «Участвуя в церемониале, человек подтверждает свое членство в группе; отказываясь участвовать в нем, он подтверждает свое несогласие с группой или выход из нее»<sup>520</sup>, – отмечает он. Сами церемонии и церемониал, который они составляют, служат объединению людей в группы. На основании общепринятых связей разделение церемониала способствует вхождению в группу. Внутрицеремониальные связи, т. е. связь между внутрицеремониальными символами и церемониальными референтами определяются моментом членства в сообществе, а не логическими правилами и фактами.

Продолжив идеи Саса, можно сказать, что связи эти базируются на конвенциональной модели истины, точнее, на подмене конвенциональной моделью корреспондентной модели. Истина в церемониале общества построена на соглашении между ее членами, однако она представляется как истина абсолютная, которая отражает саму реальность и базируется на объективных фактах. Именно в этой подмене корреспондентного конвенциональным и состоит вся загадка социального церемониала.

Вскрытие этого механизма подмены приводит Саса к формированию специфической стратегии исследования. Он подчеркивает, что для того чтобы исследовать святую воду и ее целительную силу, мы должны устремить свое внимание на священников и прихожан, т. е. вскрыть церемониальную систему, в которой вода становится святой и признается таковой прихожанами<sup>521</sup>. Точно так же, оказывается у Саса, чтобы исследовать особенности психического заболевания, мы должны обратиться не к нему самому – оно как таковое не содержит никакой истины, не представляет никакой реальности, поскольку оно пустотно. Мы должны обратиться к психиатрам и больным, а также к тому символическому пространству, в котором психическое заболевание становится заболеванием.

В этом призыве обратить внимание на священников и прихожан социального церемониала Сас формирует свой собственный подход к исследованию.

---

<sup>520</sup> Szasz T. S. *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Syracuse: Syracuse University Press, 2003. P. 8.

<sup>521</sup> Szasz T. S. *Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Syracuse: Syracuse University Press, 2003. P. 17.

Он основывается на логических системах определения истины. Сам он их никак не обозначает и даже не упоминает, но, если учитывать его симпатии к Расселу и аналитическому подходу в целом, четкость различия конвенционального и корреспондентного очевидна. С этим различием связана и критика естественнонаучного подхода в психиатрии. Поскольку естественнонаучные методы представляют нам факты, анатомические и физиологические свидетельства, т. е. корреспондируют объективную реальность, они не могут быть применимы к конвенциональным феноменам. Здесь нам необходим другой подход: исследование самих субъектов конвенционального акта, операций согласования и их трансформаций, исходной символической ситуации, в которую эти конвенциональные акты включены. Такой подход и представляет нам Сас. Именно в этом логическом смысле следует понимать его центральную идею о том, что психическое заболевание есть лишь ни что иное, как миф и метафора. Он имеет в виду, что понятие психического заболевания ничего не корреспондирует, не имеет под собой ничего фактического, поскольку его истинность обуславливается конвенциональным путем.

В более поздних работах Сас развивает и трансформирует религиозную метафору, обращаясь к другим социальным феноменам: рабству и его истории, детству и феномену несовершеннолетия. Он подчеркивает: «Рабовладение было первородным грехом американского идеала свободы личности, грехом, который нация так и не смогла искупить. Как я докажу, психиатрическое рабство является ахиллесовой пятой этого идеала, фатальным недостатком, который все еще может превратить американскую мечту в американский кошмар»<sup>522</sup>.

Для Саса физическое рабство – одна из старейших социальных институций, психиатрическое рабовладение – одна из самых молодых. Обе эти институции и практики основаны на использовании силы одним человеком для того, чтобы заставить другого сделать что-то против его желания. Рабство опирается на два момента: во-первых, на власть, а во-вторых, на разделяемую всеми веру в то, что люди, обладающие физической, интеллектуальной, финансовой и прочей властью, имеют право управлять другими людьми. Сас признает лишь одно отличие рабовладения и психиатрического рабства. Он отмечает, что с самых ранних этапов американской истории всегда находились рабовладельцы, которые испытывали вину за эксплуатацию чернокожих и признавали ее тягчайшим нравственным преступлением против человека. В психиатрии, на его взгляд, мы ничего подобного не встречаем, чувство вины у психиатров – явление относительно недавнее.

Основной механизм психиатрического рабства, как и рабовладения, по Сасу, – это власть как способность вызвать повиновение<sup>523</sup>. Источником власти сверху является сила, снизу – зависимость, где сила – юридическая или физическая возможность и способность лишить другого человека свободы, собственности или жизни, зависимость – желание или потребность в других как покровителях и кормильцах. Зависимость как источник рабовладения и психиатрического рабства дает им обоим социально приемлемое оправдание. Рабовладение может трактоваться в альтруистическом ключе, а принуждение рассматривается как забота. Сас отмечает, что точно так же, как когда-то рабовладельцы были убеждены, что спасают негров от возвращения к дикости, психиатры верят, что уберегают человека от безумия, в котором тот неминуемо погибнет.

Обращая свой взгляд на историю, Сас отмечает, что психиатрическое рабство как

---

<sup>522</sup> Szasz T. S. *Psychiatric Slavery*. Syracuse: Syracuse University Press, 1998. P. 12.

<sup>523</sup> Szasz T. S. *Psychiatric Slavery*. Syracuse: Syracuse University Press, 1998. P. 4.

социальная институция появляется в XVII в., постепенно набирает масштабы в XVIII в. и к XIX в. становится общепринятым социальным ритуалом. Это практикующееся в психиатрии лишение человека свободы постоянно требует морального и юридического оправдания, поэтому история психиатрии рассматривается Сасом как изменчивая история оправданий психиатрического лишения свободы, психиатрического рабства. В психиатрию вводятся новые термины, предлагаются новые теории и проводятся все новые и новые реформы, но это, на его взгляд, служит одной цели – оправданию власти и рабства: «...психиатрические реформы – всего лишь маневры по приукрашиванию плантаций. Рабовладение не может быть реформировано, оно может быть лишь упразднено»<sup>524</sup>. Поэтому современные препараты рассматриваются Сасом лишь как «фармакологические маскарады», которые призваны еще больше поработить человека, сдерживая его теперь не прутьями решетки, но более эффективными прутьями нейрорепрессивов.

В прежние периоды истории психиатрии, когда безумие признавалось неизлечимым недугом, по мнению Саса, признанные душевнобольными люди в какой-то мере были защищены от психиатрического рабства. Признание излечимости психических заболеваний дало психиатрам право осуществлять свою власть во благо пациента, и появилось новое оправдание рабства. Более того, Сас обращает особое внимание на смысл истории при рассмотрении рабовладения и психиатрического рабства. Он отмечает, что в те времена, когда рабовладение было узаконено, никто не интересовался историей рабовладения и ее уроками. Они стали полезны лишь при его преодолении. Точно так же в настоящий момент, на его взгляд, следует обратиться к урокам истории психиатрии, истории психиатрического рабства, и посредством их переосмысления его преодолеть. Собственно, этому Сас и посвящает все свои работы.

Феномен детства и несовершеннолетия – это еще один феномен, с которым Сас сравнивает психическое заболевание. В работе «Бессердечное милосердие» он говорит о том, что статус психически больного в истории и в современную эпоху походит на статус беспомощных детей, нуждающихся в опеке. И психически больной, и ребенок обладают одной и той же характеристикой, а именно – зависимостью. Чтобы объяснить это сходство, он обращается к истории. История медицины началась с больных людей и облегчения их страдания, история психиатрии начинается благодаря родственникам людей, поведение которых причиняет неудобства семье. Изначально психиатрия занимается теми людьми, которые совсем не хотели быть пациентами, но вызвали негодование своих родственников<sup>525</sup>. Практика психиатрии поэтому основана на делегировании заботы от родственников психиатрам.

Только в психиатрии, подчеркивает Сас, с самого начала ее развития все пациенты являются недобровольными, что как раз и свидетельствует о ее изначальном социальном, а не медицинском статусе. Если бы психиатрия являлась чисто медицинской специальностью, то исходной точкой соприкосновения ее с человеком были бы жалобы на боль или нарушения здоровья, т. е. отношения человека и психиатрии, как в других отраслях медицины, носили бы добровольный характер, но все происходит совсем не так. В интервью Рэндаллу Виатту Сас разъясняет свою позицию: «У дерматологов, офтальмологов, гинекологов нет пациентов, не желающих быть их пациентами. Но пациенты психиатров парадигматически недобровольны.

---

<sup>524</sup> Szasz T. S. *Psychiatric Slavery*. Syracuse: Syracuse University Press, 1998. P. 5.

<sup>525</sup> Szasz T. S. *Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted*. Syracuse: Syracuse University Press, 1998. P. 104.

Первоначально все психически больные были недобровольно госпитализированными пациентами государственной больницы. Это понятие, этот феномен все еще формирует ядро психиатрии»<sup>526</sup>.

Здесь, на взгляд Саса, проступает отличие опекуна над детьми и опекуна над психически больными. Маленький ребенок не может сопротивляться власти родителей и их представителей, поскольку у него нет ни физической силы, ни прав. Такую полную власть взрослые могут иметь только по отношению к ребенку. Поэтому, чтобы осуществлять над психически больным опеку, как над ребенком, сначала необходимо лишить его прав и свобод, что благополучно и делает психиатрия. Таким образом, по Сасу, психическое заболевание сродни насильственной инфантилизации.

Включаясь в устойчивую систему опекуна, психическое заболевание как инфантилизация оказалось частью экономической системы передачи и сохранения имущественных благ. Психически больной при этом считался своеобразной тупиковой ветвью капиталистической системы: он ничего не производил и не приращивал капитал, он был иждивенцем. Практика недобровольной госпитализации стала развиваться как капиталистическое предприятие<sup>527</sup>. Объявление человека психически больным стало одним из самых надежных механизмов исключения его из пространства правовой и, следовательно, финансовой полноценности и дееспособности.

Насильственная инфантилизация психически больных происходила на основании любимого Сасом принципа подобия: безумец рассматривался сродни непослушному ребенку, у него нарушен режим сна и бодрствования, он пренебрегает своим имуществом и способен в приступах ярости даже напасть на своих родственников. Такое поведение закономерно вызывало желание защитить родственников и самого безумца-ребенка от его собственных поступков. Считалось, что психически больной не обладает достаточными средствами внутреннего контроля своего поведения, следовательно, для его собственной и общественной безопасности необходимы внешние ограничители. Это оправдывало практику лишения свободы и сформировало здание медицинской практики.

Наравне с экономическим в этой, только что зародившейся, практике был акцентирован и еще один, семейный, аспект. Помещение некоторых людей в психиатрические лечебницы было новым методом совладать со старыми семейными и социальными проблемами<sup>528</sup>. Больной здесь, если использовать метафоры самого Саса, – «козел отпущения», благодаря изгнанию которого семья восстанавливала экономическое и социальное равновесие. Если провести аналогии, то такая же метафора психического заболевания как способа решения семейных проблем встречается и внутри самой антипсихиатрии, в частности у Лэйнга и Купера.

Надо признать, что сравнительный исторический анализ – это конек Саса. Психиатрия и религия, психиатрия и рабство – хорошие, интересные сопоставления. В своих многочисленных исследованиях Сас показывает конвенциональную сеть истории. Обращаясь к ее фактам, примерам и прецедентам, он вскрывает за сетью объективных событий тонкие линии конвенции. Именно поэтому практически во всех его книгах наиболее значимыми и наиболее

---

<sup>526</sup> Wyatt R. C. Tomas Szasz... P. 75.

<sup>527</sup> Szasz T. S. . Cruel Compassion... P. 112; Szasz T. S. . Te Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. Syracuse: Syracuse University Press, 2007. P. 64.

<sup>528</sup> Szasz T. S. . Cruel Compassion... P. 113–114; Szasz T. S. . Te Medicalization of Everyday Life... P. 66.

обширными оказываются исторические разделы, поскольку только в исследовании конкретных субъектов можно увидеть связующие их нити. Этот примечательный метод отчасти показывает строгость и четкость его критики, а также то, что эта критика прокладывает дорогу к специфической исследовательской стратегии. Ее она лишь намечает, дальше, к сожалению, не продвигаясь.

#### 4. Психиатрические институты и общество

Критическая позиция по отношению к психиатрии связана у Саса с теорией общества и его идеологией, которые он хотя и не разрабатывает настолько подробно, как в британской или итальянской антипсихиатрии, но всегда предполагает стоящими за своими критическими выкладками. Эта социальная теория, в общем-то, типична для антипсихиатрии и основана на социальной онтологии группы и общества.

Сас поддерживает теорию группового функционирования, подобную той, что развивали Лэйнг и Купер. Он пишет: «Каждая группа (а группа может включать целые общества) организуется и удерживается вместе определенными идеями, играми и практиками, в которых нельзя сомневаться, которым нельзя бросать вызов, иначе это повлечет за собой распад группы или по меньшей мере опасность такого распада. Вот почему независимое мышление часто подрывает групповую солидарность, а солидарность группы часто налагает запрет на независимую мысль»<sup>529</sup>.

Группа существует только потому, что ее идеи разделяют все ее члены. Как и все антипсихиатры, Сас считает, что онтологический базис группы – лояльность каждого из входящих в нее людей. Так группа и общество создают усредненное социальное целое, которое составляет идеологию и постоянно подкрепляется и оберегается каждым человеком. Идеология общества хорошо укреплена. Новые факты, действия и наблюдения всегда воспринимаются только сквозь ее призму, для описания происходящего используются термины идеологии. По этим причинам новые факты, порожденные идеологией, постоянно укрепляют ее здание, и идущие с ней в разрез данные уже не способны ее разрушить.

Основная сила идеологии общества – власть, именно она усредняет и поддерживает усредненность. Все, чье мышление или поведение не соответствуют общепринятой идеологии, испытывают на себе принуждение или же вытесняются из группы или общества. Сама возможность появления такого феномена, как психическое заболевание, связана с тем, что для поддержания своей собственной целостности группа предпочитает изменять угрожающих ей индивидов, а не себя саму: «Для животного – хищника в джунглях закон жизни таков: убей или будь убит. Для человеческого хищника в обществе закон таков: стигматизируй или сам получи стигму»<sup>530</sup>. Поэтому, по Сасу, наиболее подходящим наименованием человека, работающего с так называемыми психически больными, было бы «алиенист». Это, на его взгляд, очень точное название специальности, производящей стигматизацию и отчуждение.

Современное общество для Саса – это общество каннибалов, только, в отличие от древних времен, каннибализм современного общества экзистенциальный: человечество живет за счет чужого смысла жизни, приобретая человечность в своих глазах за счет обесценивания других. Преодоление отчуждения и стигматизации может быть связано с искоренением этого

---

<sup>529</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 121.

<sup>530</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 422.

каннибализма. Человечеству необходимо самостоятельно создавать смысл жизни, не прибегая к чужому, но это невозможно. В этой диалектике отчуждения смысла и его обретения, своего и другого мы видим четкий след диалектики Сартра. Окидывая целостным взглядом свою книгу «Фабрика безумия», Сас совершенно по-сартриански пишет: «...Я старался показать, что социальный человек боится Другого и, пытаясь уничтожить Другого, парадоксальным образом нуждается в нем и, если требуется, создает его, чтобы, лишив Другого ценности как источника зла, он мог укрепиться в мысли о собственной доброте»<sup>531</sup>. Отчуждая и обесценивая Другого, сам человек и человечество в целом возвеличивают себя, в этом отрицании обретая смысл.

Исходным тезисом, который позволяет Сасу включить психиатрию в пространство общества, является положение о том, что «психиатрия – это моральное и социальное предприятие. Психиатр имеет дело с проблемами человеческого поведения»<sup>532</sup>. Соприкасаясь с проблемами поведения, психиатр часто вовлекается в конфликт между индивидом и группой, в котором он неизбежно должен стать на чью-либо сторону. Почти всегда психиатр выбирает сторону общества.

Более того, по мнению Саса, психиатрия лежит в основе идеологии современного общества. В США, да и во всем мире, какими бы ни были политические доктрины по направленности – демократическими, коммунистическими, либеральными, консервативными или любыми другими, – теперь они имеют лишь незначительное влияние на повседневную жизнь людей. По этим причинам, заключает Сас, если понимать под идеологией превращение идей в социальные рычаги управления, то следует признать, что мы живем в эпоху смерти политической идеологии<sup>533</sup>. На ее место приходит идеология психического здоровья и болезни. Для Саса одной из основных угроз свободе личности является не столько медицина как таковая, но симбиоз медицины с государством. «...Медицина не просто функционирует в связке с государством; в современных индустриальных обществах медицина – это фактически часть государства, это своего рода религия»<sup>534</sup>, – говорит Сас в одном из интервью.

В 1963 г. для обозначения политического союза медицины и государства Сас вводит понятие «терапевтическое государство»<sup>535</sup>. Союз медицины и государства подобен при этом когда-то бывшему союзу государства и церкви, и особенно он укрепляется после Второй мировой войны. Врач здесь приходит на место священника, и его социальной роли свойственны двусмысленность, принуждение и патернализм. Поэтому для Саса терапевтическое государство представляется разновидностью тоталитарного, в котором правление строится во имя здоровья точно так же, как в Средние века священники правили «во имя всего святого».

Вслед за понятием терапевтического государства в 1976 г. в работе «Церемониальная химия» Сас вводит понятие «фармакратия». Объясняя его значение, он пишет: «У нас есть много слов для описания медицины как искусства исцеления, но нет ни одного для описания ее

---

<sup>531</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 457.

<sup>532</sup> Szasz T. S. Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man. Syracuse: Syracuse University Press, 1991. P. 47.

<sup>533</sup> Szasz T. S. Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man. Syracuse: Syracuse University Press, 1991. P. 69.

<sup>534</sup> Medicine and State: A Humanist Interview // Szasz T. S. The Theology of Medicine. P. 146.

<sup>535</sup> Szasz T. S. Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices. N.Y.: Macmillan, 1963.



как метода социального контроля и политического закона, и мы должны сначала дать этому название. Я предлагаю называть это фармакратией, от греческого “pharmakon” – “медицина” или “лекарство” и “kratein” – “управлять” или “контролировать”... Точно так же, как теократия – правление Бога или священников, а демократия – правление людей или большинства, фармакратия – это правление медицины или врачей»<sup>536</sup>. В теократии, по мнению Саса, люди склонны воспринимать все события своей жизни и в особенности проблемы, с которыми они сталкиваются, как религиозные, и восприимчивы к религиозным средствам их решения. Подобно этому, в фармакратии люди воспринимают все свои проблемы как медицинские по природе и склонны решать их медицинскими средствами. На этом и основано функционирование фармакратического государства. Более подробно механизмов его функционирования касается другая книга Саса – «Фармакратия: медицина и политика в Америке», где он рассматривает принципы фармакратического правления на примере именно той страны, в которой фармакратия, на его взгляд, наиболее выражена.

Фармакратия как терапевтическое государство не является для Саса принципиально новым историческим феноменом. Являясь разновидностью тоталитарного государства, оно продолжает линию теологического, советского и нацистского государств как идеологий подавления. Исторически фармакратия возникает в процессе инфляции болезни, а точнее, инфляции диагноза. Начало этого процесса – XVII в., когда самоубийство начинает рассматриваться как невменяемость. Впоследствии, в XVIII–XIX вв., этот процесс набирает обороты, и происходит медиализация преступности и сексуальности. Пространство диагноза расширяется стремительными темпами, охватывая все новые и новые сферы жизни и деятельности людей. Именно так в это пространство входит и психическое заболевание<sup>537</sup>.

Эту стремительную экспансию Сас уподобляет неудовлетворимой жажде финансовой наживы, указывая на то, что в истории правители, стремившиеся усилить свою политическую власть, всегда нуждались в деньгах, как правило, больших, чем у них были. И иногда, будучи неспособными приумножить казну законным путем, они шли на уловки. Во времена, когда деньги ценились по благородному металлу, из которого они состояли, нечестивые правители становились фальшивомонетчиками: они снижали процент благородного металла в своих монетах и выдавали их за монеты чистой пробы<sup>538</sup>. Такие фальшивомонетчики от медицины привели к появлению диагноза и к тому, что заболеванием стало называться то, что не содержит под собой никакого биологического и анатомического фундамента, не представляется «эквивалентом благородного металла».

Экономическая метафора в медицине и фармакратии выражается, по Сасу, и в еще одном моменте. В капиталистическом государстве медицинские услуги обмениваются на деньги, в терапевтическом же государстве, государстве фармакратическом, такой универсальной валютой становится диагноз. Точно так же как деньги, он обеспечивает связность, преемственность и эквивалентность при обмене. Именно диагноз становится средством обмена между человеком как пациентом и многообразными людьми и учреждениями, которые соединены ценностью здоровья.

Основная черта произошедшей экспансии диагноза, по Сасу, – подмена морального или

---

<sup>536</sup> Szasz T. S. Ceremonial Chemistry... P. 139.

<sup>537</sup> Szasz T. S. Pharmacracy... P. 8.

<sup>538</sup> Szasz T. S. Pharmacracy... P. 34–35.

этического медицинским, поэтому болезнь принципиально отличается от диагноза. Болезнь является фактом, и этот факт базируется на объективном исследовании физиологических и анатомических изменений, он обнаруживается в исследовании. Понятие болезни принадлежит биологическому миру; те или иные болезни могут появляться или исчезать из-за изменений в биологии, как, например, исчезла чума и появился грипп. Диагноз же – это не факт, а мнение, диагнозы при этом создаются, а не обнаруживаются<sup>539</sup>.

Сас считает, что постоянная путаница с диагнозом и болезнью – не просто случайная ошибка, иначе она давно уже была бы исправлена. Это ошибка стратегическая, поскольку она служит фармакратической идеологии. Благодаря ей к тому же нивелируются различия между «быть больным» (что предполагает наличие повреждения) и «быть пациентом» (что влечет появление специфической социальной роли), что позволяет лечить людей с диагнозами как больных. А это, в свою очередь, позволяет функционировать фармацевтическим компаниям и фармацевтической промышленности.

Положение Саса о различии между диагнозом и болезнью позволяет уточнить его ранние идеи. Психическое заболевание для него является мифом, поскольку является диагнозом, а не болезнью, т. е. не имеет биологической или физиологической подосновы. Болезнь для Саса – это болезнь анатомически подтвержденная. Это дает, к примеру, Рою Портеру повод сказать: «Сас в глубине души – врач-материалист старой школы: болезнь – это не реальная болезнь, если она не органическая»<sup>540</sup>.

Примечательно, отмечает Сас, что при фармакратии происходит и трансформация самой медицины, системы здравоохранения. Процесс лечения здесь подчиняется метафоре принуждения, поэтому самыми востребованными врачами и являются те, которые поддерживают принуждение и обеспечивают функционирование фармакратической системы. «*Маскировка принуждения как лечения – основа политической медицины*»<sup>541</sup>, – подчеркивает он. Сама политическая медицина обеспечивает легальное осуществление власти государством.

Поскольку государство монополизирует законное использование силы, оно единственно юридически уполномочено вести войну. И после этого утверждения Сас привлекает известную иммунологическую метафору. В настоящее время по инфекционной метафоре понимается большинство болезней, в том числе, как Сас показал еще в «Мифе душевной болезни», и психические. По этим причинам государство все так же осуществляет военные действия. Если продолжить его рассуждения, можно сказать, что наиболее успешными являются именно те врачи, которые участвуют в самых затяжных войнах.

Эта государственная война за здоровье в настоящее время поддерживается модной идеей о том, что когда-нибудь, причем уже очень скоро, медицина победит болезни и смерть. Средства массовой информации изобилуют сообщениями о сенсационных открытиях, которые сначала будут способствовать победе над неизлечимыми заболеваниями, а затем позволят продлевать жизнь. Сас подчеркивает, что общественность, опьяненная идеей о скором избавлении от болезней и победе над смертью, выбирает здоровье, а не свободу, и таким образом фармакратия распространяет свою власть так, как когда-то (продолжим идеи Саса, спекулируя на идее о скором втором пришествии) делала религия. «Каждый американец, –

---

<sup>539</sup> Szasz T. S. Pharmacracy... P. 30.

<sup>540</sup> Gilman S. L., King H., Porter R. et al. Hysteria Beyond Freud... P. 234.

<sup>541</sup> Szasz T. S. Pharmacracy... P. 140.

пишет он, – понимает, что когда правительство контролирует религию, религия становится государственной. Однако не так много американцев могут признать, что когда правительство контролирует здоровье, здоровье становится достоянием общественности, здоровье и частная жизнь утрачиваются»<sup>542</sup>.

В фармакратическом обществе психиатр играет множество ролей, но ведущей при этом является роль социального манипулятора. «Психиатрическая деятельность, – пишет Сас, – является психиатрической только номинально. По большей части психиатры озабочены попытками изменить поведение и ценности людей, групп, институций и иногда даже целых народов. Поэтому психиатрия есть форма социальной инженерии. И она должна рассматриваться именно так»<sup>543</sup>.

Следуя Фуко, Сас останавливает свое внимание на том факте, что психиатрия, в отличие от большинства наук, имеет не один, а сразу два источника<sup>544</sup>. Психиатрия – это одновременно и медицинская отрасль, которая до XX в. была озабочена людьми с болезнями мозга, коими тогда считались психические заболевания, и юридическое пространство, вмещающее в себя тех, кто был заключен в тюрьму. Эти истоки психиатрии, на взгляд Саса, не нужно забывать. Двойственный статус психиатрии дает о себе знать и в современную эпоху. Психиатрия имеет много общего с юриспруденцией, занимаясь нормализацией поведения и являясь методом социального контроля. Социальный статус психиатрии, ее значение как социальной институции, по Сасу, обусловлены ее двойственным происхождением, наиболее заметным на рубеже XVII–XVIII вв., в эпоху ее возникновения, но наиболее продуктивным для общества в настоящее время.

Как социальная институция психиатрия имеет специфические цели и структуру. В качестве целей Сас выделяет укрепление собственного статуса и власти, а также поддержание статус-кво и интересов сообщества в любой момент. Самое важное предназначение психиатрии как социальной институции состоит в том, что она формирует так называемое терапевтическое государство – государство, считающее своей обязанностью заботиться о своих гражданах, воспитывать и обучать их в соответствии с тем, что оно считает благом. Элементами структуры он называет: психиатров и психиатрических пациентов; психиатрические больницы и учреждения; органы государственного регулирования; систему правил, регламентирующих взаимодействие с психиатрическими пациентами; околопсихиатрические профессии (к примеру, психологию); профессиональные психиатрические организации.

Миф психического заболевания оправдывает не только существование психиатрии, он необходим для выживания общества, поскольку психиатрия – одна из его институций. Сас пишет: «Мифы – это не красочные выдумки и сказочные истории, которые люди придумывают, чтобы развлекаться самим и развлекать других. Они – сердце и мозг общественного организма, необходимые для его выживания – в качестве *именно этого* общества»<sup>545</sup>. Таким образом, психиатрия представляет собой социальную институцию, основной целью которой является массовое производство психического заболевания, фабрику безумия, как называет ее в своей одноименной работе Сас. «Иными словами, – пишет он, – психиатры – создатели медицинской

---

<sup>542</sup> Szasz T. S. *Pharmacracacy*... P. 163.

<sup>543</sup> Szasz T. S. *Law, Liberty, and Psychiatry*... P. XVII.

<sup>544</sup> Szasz T. S. *Law, Liberty, and Psychiatry*... P. 2.

<sup>545</sup> Сас Т. *Фабрика безумия*... С. 210.

стигмы, а больницы для душевнобольных представляют собой фабрики по массовому производству этого продукта»<sup>546</sup>.

Сас различает две разновидности психиатрии – договорную и институциональную, трактуя первую в позитивном, вторую – в негативном ключе. Договорная психиатрия связана с частной психотерапией и описывается Сасом как психиатрическое вмешательство, принимаемое человеком с целью ослабления затруднений и страданий, которые он испытывает. В этом случае клиент сохраняет свои права и полный контроль над происходящим. Для Саса такие терапевтические отношения являются идеалом. Этому идеалу противоположна институциональная психиатрия, которая в основном связана с принудительной психиатрической госпитализацией. Она, в отличие от договорной психиатрии, представляет собой навязанное человеку другими психиатрическое вмешательство. Пациент при этом полностью утрачивает контроль над отношениями с психиатром.

Важной чертой институциональной психиатрии оказывается то, что в ее рамках психиатр является служащим, работа которого оплачивается общественной или частной организацией, т. е., как отмечает Сас, психиатр институциональной психиатрии является агентом финансирующего его государства. Следовательно, его понимание психического заболевания будет зависеть от того государственного «заказчика», на которого он работает. Договорной психиатр, напротив, никак не связан с государством, он является частным предпринимателем, услуги которого оплачивает клиент. Он предлагает себя клиентам, которые могут заключить с ним договор об услугах и в любой момент отказаться от него. Институциональный же психиатр как бы навязывает себя пациентам, которые могут и не хотеть быть его пациентами и, более того, не могут отказаться от его услуг.

Такая трактовка психиатрических институций приводит Саса к выводу о необходимости не борьбы с ними, а их тотального, окончательного и бесповоротного разрушения. Эти требования связаны с пониманием сущности институциональной психиатрии. На его взгляд, широко пропагандируемая деинституционализация оказалась всего лишь обманом, став одной из трех особенностей современной тоталитарной медицины: фармакопрепараты, деинституционализация, сплав психического заболевания и юридической недееспособности<sup>547</sup>.

Надо признать, что Сас прежде всего – критик, а не реформатор, поэтому пути вывода психиатрии из кризиса, пути ее гуманизации в его работах найти трудно, да и вообще сложно исходя из его работ представить, что нужно делать в сложившейся ситуации. Этот критицизм поэтому отличается именно силой и сокрушительностью критики, что не мешает ему быть тупиковым по своей направленности.

Сас настаивает, что бессмысленно говорить о психиатрических злоупотреблениях, поскольку такова сущность и задача самой психиатрии. Эти два понятия тесным образом связаны. Основная функция психиатрии – причинение вреда людям, которых до этого объявили безумными. Функция эта связана со статусом психиатрии как общественной институции. Поэтому гуманизм психиатрии является лживым гуманизмом, который только укрепляет систему институциональной психиатрии. «Если, – отмечает он, – психиатры действительно хотят всего вышеперечисленного, то все, что им следует сделать, – это отпереть ворота психиатрических больниц, отказаться от принудительной госпитализации и лечить только тех

---

<sup>546</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 375.

<sup>547</sup> Szasz T. S. Idiots, Infants, and the Insane: Mental Illness and Legal Incompetence // Te Freeman. 2005. Vo 1. 55. P. 26–27.

индивидов, которые, подобно тому как это происходит в непсихиатрических больницах, сами хотят лечиться»<sup>548</sup>.

С проектом освобождения у Саса не все так просто. Он признает, что та функция, которую в настоящее время выполняет психиатрия, является одной из необходимых для выживания общества. Тем самым психиатрия в ее современном смысле не сможет исчезнуть до тех пор, пока не появится новая институция, которая придет ей на смену и будет выполнять ее функции, точно так же, как когда-то сама психиатрия заступила на место инквизиции<sup>549</sup>.

Сас предлагает какие-то стратегии реформирования лишь в немногих своих работах, да и то они представлены в виде набросков. Наиболее четкий набросок возможных перспектив можно найти в его работах «Закон, свобода и психиатрия» и «Куда движется психиатрия?». Здесь он отмечает, что все возможные реформы и изменения должны быть основаны на трех предварительных предпосылках: 1) свобода как ценность должна иметь приоритет выше ценности здоровья; 2) в отношении психической болезни должна применяться такая же презумпция, как в уголовном праве: человек невиновен и здоров, пока не доказано обратное;

3) изменение отношения общества к социальным проблемам должно происходить медленно и постепенно<sup>550</sup>.

В этих изменениях Сас выделяет долгосрочные и краткосрочные цели. К краткосрочным он относит: 1) общественное признание того факта, что психиатры и недобровольно госпитализированные больные – противники, в больных необходимо развивать чувство свободы, освобождения и сопротивления; 2) права пациентов должны защищаться специально созданными для этого организациями; 3) психиатрические больницы должны перестать быть единственной альтернативой для тех, кто не может жить больше нигде, необходимо развивать другие гуманные и разумные варианты убежища; 4) госпитализированные пациенты должны максимально сохранять свои права; 5) недобровольная госпитализация должна перестать быть средством решения всех проблем; 6) необходимо сообщать людям об опасностях психиатрической госпитализации, об отличиях между медициной и психиатрией, о риске и ловушках, которые существуют в этой области, и поощрять их обращаться при попадании в них за помощью. Долгосрочные цели возможных изменений, по Сасу, таковы: 1) отмена недобровольной госпитализации в психиатрические учреждения; 2) сохранение всех прав человека и гражданина за психиатрическими пациентами; преобразование психиатрических больниц в учреждения, функционирующие на основании договорных принципов; 3) исключение психического заболевания из ряда доводов, оправдывающих преступления<sup>551</sup>.

По сравнению с другими антипсихиатрами Сас был исключительно теоретиком: он никогда ни одного дня не работал в психиатрической больнице, не предложил никакой программы психиатрического реформирования и никогда не развивал практических проектов. Его сила как антипсихиатра по преимуществу состояла в ожесточенности критики. Скорее даже не в ее последовательной сокрушимости (его критические аргументы можно оспорить и в них достаточно уязвимых мест), а в жесткой критической декларативности. Говоря о самой

---

<sup>548</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 111.

<sup>549</sup> Сас Т. Фабрика безумия... С. 32–33.

<sup>550</sup> Szasz T. S. Whither Psychiatry? // Social Research. 1966. Vol. 33. P. 439–462.

<sup>551</sup> Pols J. The Politics of Mental Illness... P. 57.

известной книге Саса «Миф душевной болезни», Ральф Словенко совершенно справедливо замечает, что «в конечном счете название книги оказало большее действие, чем ее содержание»<sup>552</sup>.

Век британской психиатрии был недолог, в конце 1970-х Лэйнг и Купер отошли от «антипсихиатрических дел». То же самое касается и антипсихиатрии итальянской: в 1980 г. умер Базалья. Антипсихиатрия в классическом смысле этого слова, которая заявила о себе в 1960-х годах, к началу 1980-х постепенно угасла. Сас здесь – единственное исключение.

Вплоть до своей смерти в 2012 г. Сас продолжал оставаться ярким критиком психиатрии, и если в 1960-е, в эпоху кризиса объяснительных гипотез, такая критика была еще оправданной, то в 1990-е и 2000-е годы, во времена второго рождения физиологической психиатрии, она уже не могла восприниматься как адекватная времени. Еще в 1977 г. он писал: «В настоящее время не существует нейропатологического или нейрохимического диагноза, который в условиях клинической лаборатории или аутопсии может быть связан с ней (шизофренией). Когда (и если) это произойдет, шизофрения станет болезнью»<sup>553</sup>. В 2005 г. Эдвин Торри, оппонент Саса, оценивая это высказывание, современную медицинскую ситуацию и сохраняющийся критицизм своего противника отмечал: «Сейчас есть много таких отклонений. Вопрос в том, является ли д-р Сас человеком слова и может ли он это признать». Выше Торри указывал: «В 1961 г., когда он опубликовал “Миф душевной болезни”, его взгляды на шизофрению согласовывались с имеющимися в то время данными. В 2004 г. в свете современных исследований его взгляды, которые не меняются, кажутся анахронизмом, что влечет отказ критиков от рассмотрения всего корпуса его работ, большая часть которых все еще значима. Неспособность изменить убеждения при столкновении с принципиальными свидетельствами отнюдь не является достоинством»<sup>554</sup>.

Наверное, в идейном отношении Сас пережил свое время, в каком-то смысле так было и с Лэйнгом. Однако благодаря неустанной работе Саса общественность узнала, что «душевная болезнь – это миф», а «психиатрия – это практика принуждения». Эти лозунги, подобные тем, что выдвигал Лэйнг, объединили многополярное с противоречивыми позициями пространство, в котором проблема психического заболевания была осмыслена и оценена. Неизменность критического настроения Саса и его критическая твердость привлекали в это пространство новых и новых противников и сторонников, заставляя их задуматься над феноменом психического заболевания, превращая его в проблему и много лет поддерживая этот проблемный характер. Одновременно непоколебимость Саса приводила к переоценке недавней истории психиатрии, ее открытий и новых объяснительных гипотез, к осмыслению того, какой должна быть и может быть критическая теория в современной психиатрической парадигме.

## VII. Ирвинг Гофман

### 1. Социология человека

---

<sup>552</sup> *Slovenko R.* Commentary on Tomas Szasz // *The Journal of Psychiatry & Law*. 2002. Vol. 30. P. 119.

<sup>553</sup> *Szasz T. S.* Szasz on Schizophrenia (Letter) // *British Journal of Psychiatry*. 1977. Vol. 130. P. 520.

<sup>554</sup> *Torrey E. F.* Psychiatric Fraud and Force: A Reply to Szasz // *Journal of Humanistic Psychology*. 2005. Vol. 45. No. 3. P. 401.

Ирвинг Гофман был из тех исследователей, право на которых с рвением оспаривают многие науки. О нем как о своем говорят социология и психология, философия и психиатрия, а также множество смежных областей. Такое специфическое положение Гофмана обуславливается его интересом к прикладным пространствам и, разумеется, нетипичностью его фигуры для самой социологии. Часто говорят, что он был скорее не социологом, а «систематическим социальным теоретиком»<sup>555</sup>, что он сблизил разнообразные науки о человеке<sup>556</sup>, что к его ранним работам социологи так и остались холодны, обратно пропорционально теплоте приема за пределами социологии<sup>557</sup>.

Одно из приоритетных дисциплинарных пространств, интересующих Гофмана, – психиатрия, и именно ей принадлежат междисциплинарные работы «Стигма» и «Приюты». Исследуя мир стигматизированных психически больных и их жизнь в пределах тотальных институций, он пытается распутать ткань социальности. Психиатрический дискурс Гофмана, имея самостоятельную ценность в рамках критической теории психиатрии и развития антипсихиатрии, с его вниманием к межличностной интеракции и законам социального взаимодействия, является органичной частью его социологического проекта. Именно в его психиатрических работах перед нами предстает неразрывное сплетение интереса к социальному взаимодействию и способности проникать в глубины внутреннего мира человека. Гофман – самая известная фигура из мира социологии, которую обычно называют в числе критиков психиатрии. Он с особой остротой и яркостью поставил вопросы о стигматизации и подавляющих личность тотальных институциях, о социальном мире психически больного и его функционировании в психиатрической больнице.

Метод Гофмана в чем-то традиционен. Отклонения в пространстве социального используются как инструмент, позволяющий увидеть те процессы, что в своих обычных, усредненных проявлениях не очень заметны. В работе «Стигма» он пишет о нормативных ожиданиях: «Как правило, мы не осознаем, что составили такие требования и не осознаем самих требований, пока не столкнемся с проблемой их выполнения. Именно в этот момент мы, по всей видимости, понимаем, что все время формулировали для себя определенные предположения относительно того, каким должен быть находящийся перед нами индивид»<sup>558</sup>. Поэтому для Гофмана проводить исследования в психиатрическом пространстве не означает лишь «играть в малую психиатрию»<sup>559</sup>, это значит «посмотреть на психиатрический мир,

---

<sup>555</sup> Giddens A. Gofman As a Systematic Social Teorist // Erving Gofman / P. Drew, A. Wooton (eds). Boston: Northeastern University Press, 1988.

<sup>556</sup> Geertz C. Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology. N.Y.: Basic Books, 1983. P. 341.

<sup>557</sup> Scheibe K. Self Studies: the Psychology of Self and Identity. Westport; Conn.: Praeger, 1995. P. 50.

<sup>558</sup> Gofman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. L.: Penguin, 1963. P. 12 (рус. пер.: Гофман Э. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Ч. 1, 2 (гл. 3–6) / пер. М. С. Добряковой; Ч. 5. Отклонение и девиация / пер. А. Мактас // Социологический форум. 2000. № 3–4). В случае наличия перевода мы цитируем его, непереведенные фрагменты приводим по оригинальному источнику.

<sup>559</sup> Gofman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. N.Y.: Anchor Books, 1961. P. XI. (В русском переводе доступны введение и заключение гл. 1: Об особенностях тотальных институций / пер. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4. С. 38–50; а также: гл. 2: Моральная карьера душевнобольного пациента / пер. В. Г. Николаева // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11. Социология. Реферативный журнал. 2001. № 1. С. 100–141.



просто для того чтобы понять, что можно узнать об общих процессах социальной жизни»<sup>560</sup>.

В строго социологическом смысле психическое заболевание значимо лишь постольку, поскольку изменяет социальную судьбу человека, накладывает отпечаток на его статус в обществе и отношения с другими людьми. Гофман не ставит своей задачей критику медицинского толкования психического заболевания, его интересуют лишь социальные последствия, социальный статус психически больного человека. Представление об утрате разума, которое традиционно связывается с началом психического заболевания, он называет всего лишь культурно приобретенными и социально укорененными стереотипами. Они возникают при попытке описать голоса, которые слышит больной, его темпоральную и пространственную дезориентацию. На его взгляд, все эти феномены являются психическими проявлениями временного эмоционального расстройства и представляют собой реакцию на напряженную ситуацию, с которой человек сталкивается в этот момент. «В обществе, – отмечает он, – принято считать, что обитатели психиатрических больниц находятся там прежде всего потому, что страдают психическим заболеванием. Однако, судя по тому, что за пределами психиатрических больниц “психически больных” столько же или больше, чем внутри них, можно сказать, что они страдают явно не от психического заболевания, а от непредвиденных обстоятельств»<sup>561</sup>. В другом месте Гофман пишет: «Официальная психиатрическая доктрина склонна определять отчужденное поведение как психотическое, это представление подкрепляется циркулярными процессами, которые вынуждают пациента демонстрировать отчуждение в более причудливой форме...»<sup>562</sup>. Все феномены психической ненормальности и связанные с ними социальные институты интересуют Гофмана не сами по себе, а в комплексе других подобных феноменов: психическое заболевание – в пространстве стигмы, психически больной – в пространстве стигматизации и моральной карьеры стигматизированного, психиатрия как теория и практика – в горизонте тотальных институций общества.

Энн Брэнаман в статье «Социальная теория Гофмана» выделяет четыре магистральные идеи его творчества.

1. «Я» – это социальный продукт. Во-первых, это продукт действий, развертывающихся в социальных ситуациях, поскольку никакой предзаданной сущности человека, которая в этих ситуациях выражается, попросту нет; смысл «я» возникает в публично реализуемом поведении. Во-вторых, несмотря на то что индивиды в установлении этих действий самоиндикации играют ведущую роль, они все равно конституируют только тот образ «я», который получает социальное одобрение в наличной статусной иерархии. Поэтому «я» есть социальный продукт и напрямую зависит от ратификации общества – его одобрения или неодобрения.

2. Степень одобрения конституированного образа «я» другими зависит от причастности индивида к структурным ресурсам и разделению характерных атрибутов доминирующей культуры.

3. Анализ Гофмана развертывается в пространстве драмы, ритуала и игры – метафор манипулятивных и моральных аспектов социальной жизни. При этом манипуляция и этика неразделимы, этика развивается не за пределами нас самих или над нами, она конституируется в действиях и ритуалах взаимодействия, предназначенных для подтверждения статуса

---

<sup>560</sup> Gofman E. On Some Convergences of Sociology and Psychiatry // Psychiatry. 1957. Vol. 20. P. 201.

<sup>561</sup> Gofman E. Asylums... P. 135.

<sup>562</sup> Gofman E. Asylums... P. 307.

индивида.

4. Социальный опыт детерминруется «фреймами» или принципами организации, определяющими смысл и значение социальных событий. Люди не свободны конституировать тот опыт, который им нравится, он всегда зависит от конституирующего его значения<sup>563</sup>.

В своем критическом психиатрическом дискурсе Гофман также опирается на эти установки. Он исходит из тезиса, что «я» психически больного человека является не больным «я», а «я» стигматизированным, т. е. сконструированным социальным непринятием в процессе социального взаимодействия. При этом отличительная черта психически больного как стигматизированного – то, что он не разделяет некоторые общепринятые ожидания и стандарты поведения. И именно в пространстве конституирования социальных ожиданий и правил поведения оформляются критерии психической нормальности и ненормальности.

Эти идеи – «я» индивида формируется на основании социальных притязаний; человек определенным образом реагирует на общество и защищается от него; реакция зависит от структуры социальной жизни; «я» индивида и его поведение несут отпечаток социальных ролей, статусов и отношений – были сформулированы уже в ранних статьях Гофмана. На данные идеи опиралась и его первая книга «Представление себя другим в повседневной жизни», поэтому «Приюты» и «Стигма» стали продолжением движения в этом направлении.

Исследования мира психической ненормальности, как и другие социологические исследования Гофмана, – это не статистические, а качественные исследования. Количественные методы, как он считал, устанавливают слишком далекое расстояние от предмета исследования, а ему было необходимо приблизиться к миру психически больных и стигматизированных как можно ближе. Нужно было вжиться в их мир и, если можно так сказать, стать пристрастным наблюдателем их отношений с институтами и обществом в целом. Г. Смит, продолжая эту идею и выражая общепринятое среди исследователей Гофмана мнение, говорит, что «в этом отношении “Приюты” напоминают образы и переживания романов Франца Кафки (в особенности “Процесс”»<sup>564</sup>.

Опора на качественные методы не была для Гофмана случайностью. В своих работах он поднимает не столько социологические, сколько философские проблемы социальной онтологии и взаимоотношения человека и общества. Как подчеркивает Ник Перри, «тотальная институция – это одновременно эмпирическая организация, символическое представление организационной тирании и закрытая вселенная, символизирующая пресеченные возможности человека»<sup>565</sup>. По мнению Лоренса Линна, именно использование качественной методологии привело Гофмана к таким однозначно негативным оценкам тотальных институций. Кроме того, это же способствовало чрезмерному, на его взгляд, обобщению и описанию всех тотальных институций как единой группы с общими характеристиками. Выводы Гофмана относительно статуса пациентов психиатрической больницы и их моральной карьеры, как указывает Линн, испытывали недостаток в эмпирическом подтверждении, и это их самое слабое место<sup>566</sup>.

Гофман опирается на онтологию социальной реальности, традиционную для

---

<sup>563</sup> *Branaman A. Gofman's Social Theory // Gofman Reader / Ch. Lemert, A. Branaman (eds). Cambridge, Mass.: Blackwell, 1997. P. XLVI.*

<sup>564</sup> *Smith G. Erving Gofman. Abingdon; Oxon; N.Y.: Routledge, 2006. P. 82.*

<sup>565</sup> *Perry N. The Two Cultures and the Total Institution // British Journal of Sociology. 1974. Vol. 25. P. 345–355.*

<sup>566</sup> *Linn L. S. The Mental Hospital from the Patient Perspective // Psychiatry. 1968. Vol. 31. P. 213–223.*

антипсихиатрии. Социальная реальность для него конституируется всеми членами группы путем усреднения опыта, мировоззрения и норм и зависит при этом от каждого поддерживающего ее члена группы. Исследование социальной реальности, принципов социального устройства и функционирования при такой точке зрения на ее природу неизменно имеет антропологическое звучание. При обращении к обществу здесь невозможно игнорирование человека, поскольку именно люди служат основой его бытия. Поэтому всякая социальная теория становится антропологической, а всякая социология – социологией человека. Психическое заболевание в ней трактуется в социальном ключе как кризис социального опыта, социальной реальности, как нарушение общественных норм и правил, несущее угрозу обществу в целом.

## 2. Психическое заболевание как стигма

Предлагая социологически ориентированное исследование мира психического заболевания, психически больного и психиатрии как науки и практики, Гофман вписывает все эти феномены в пространство стигмы и процесса стигматизации – одного из тех процессов, которые отмечают для него функционирование любого общества.

В силу социологического ракурса заболевание как стигма представляется Гофману обязательным элементом общества, необходимым, поскольку задается самой его социальной структурой и механизмами функционирования. Он исходит из тезиса, что «необходимое условие социальной жизни – разделение всеми членами одного-единственного набора нормативных ожиданий; нормы поддерживаются отчасти именно для того, чтобы быть в нее включенным»<sup>567</sup>. В том случае, если нормативные ожидания не разделяются кем-либо, в ход вступают контролирующие механизмы, благодаря которым восстанавливается равновесие и снижается угроза целостности группы и общества.

Разделение нормативных ожиданий общества – это, по Гофману, социально-психологический процесс. Это процесс социальный, поскольку требует не только простого согласия с нормами, и сам человек не имеет над ним полной власти. Вопрос поддержания нормативных ожиданий есть вопрос не желания, не доброй воли, а соответствия. Просто поддерживать нормы общества мало, при этом можно даже попасть в группу стигматизированного меньшинства. Это процесс психологический, поскольку согласие или отказ поддерживать нормы имеют прямое влияние на психологическую целостность человека и связаны с развертыванием его идентичности.

Идентичность стигматизированного пронизана противоречиями. Если его личная идентичность может вполне соответствовать норме, его социальная идентичность все равно может попадать в группу стигматизированной (как это происходит при выраженных телесных физических дефектах). Само рассогласование личной и социальной идентичности и есть основание стигматизации. Поэтому стигматизация для Гофмана – процесс, характерный для всех обществ, имеющих специфические нормы идентичности. Такими же закономерными являются для него и вытекающие отсюда роли – стигматизирующих и стигматизированных. Это составляющие единого комплекса, и одна предполагает другую; более того, в стигматизации каждый член социальной общности всегда разделяет обе роли, и именно благодаря этому сохраняется континуальность социальной целостности.

Само отклонение, девиация, по мнению Гофмана, весьма многообразно и объединяет

---

<sup>567</sup> Goffman E. Stigma... P. 152.

разношерстную группу признаков и индивидов, которые могут быть собраны в единую группу лишь весьма условно. Условность эта необходима для социологического анализа. «Я не думаю, – пишет он, – что все девианты имеют достаточно общего, чтобы это оправдало необходимость особого анализа: различий между ними гораздо больше, чем похожего, отчасти уже из-за совершенно различного размера групп, в которых могут случаться девиации. Можно, однако, подразделить эту сферу на более мелкие сюжеты, которые могут заслуживать разработки»<sup>568</sup>. Такое объединяющее целое девиации Гофман создает не ради изучения ее самой, поскольку он и сам признается, что многообразие ее проявлений не поддается общему описанию. Все отклонения объединены для другого: для исследования социальных практик стигматизации.

Стигма – это «особый тип отношения между качеством и стереотипом»<sup>569</sup>, рассогласование между истинной и виртуальной социальной идентичностью. Нормативные ожидания общества, служащие его фундаментом, составляют виртуальную социальную идентичность. Ей соответствует или противопоставляется актуальная социальная идентичность индивида, т. е. та, которой он в действительности обладает. Достаточная степень рассогласования между ними и приводит к тому, что социум запускает процессы стигматизации. Эта стигматизация разделяет социальный мир индивидов на две части: тех, кто не имеет негативных отклонений от ожиданий (их большинство и их называют нормальными), и тех, кто эти отклонения несет – это и есть стигматизированные.

Стигма – это постыдное, не принятое в обществе качество индивида. И все многообразие стигм Гофман объединяет в три группы: 1) физические отклонения и телесные уродства (слепота, глухота, отсутствие частей тела и проч.), которые приводят к инвалидности; 2) недостатки индивидуального характера (безволие, неконтролируемые эмоции, бесчестность, подлые убеждения и др.), последствиями которых признаются психические расстройства, заключение в тюрьму, тунеядство, попытки суицида, членство в радикальных политических партиях, склонность к наркотикам, алкоголю, гомосексуализму; 3) родовая стигма расы, национальности и религии, передающаяся из поколения в поколение и охватывающая всех членов семьи.

Важнейшее качество стигмы – ее зримость, или видимость. Она должна быть заметна другим людям, кроме того, они могут знать о ее существовании. Именно это обеспечивает отличие стигматизированного от нормальных. Все индивиды, которые обладают тем или иным типом стигмы, несмотря на само ее разнообразие, обладают одной и той же социологической особенностью: «индивид, который мог бы легко участвовать в обычном социальном взаимодействии, обладает некой особенностью, которая навязчиво привлекает к себе внимание и отвращает от него собеседников, тем самым перекрывая путь и другим его качествам, имеющимся и у нас. Он наделен стигмой, нежелательным отличием от того, чего мы ожидали»<sup>570</sup>. Человек со стигмой для остальных членов общества – это не вполне человек, к которому применяется различного вида дискриминация, и таким образом ему отказывают в социальной реализации.

Ситуация стигмы, на взгляд Гофмана, парадоксальна. С одной стороны, общество говорит

---

<sup>568</sup> Gofman E. Stigma... P. 167 (рус. пер.: Гофман Э. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Ч. 5. Отклонение и девиация / пер. А. Мактас // Социологический форум. 2000. № 3–4).

<sup>569</sup> Gofman E. Stigma... P. 14 (рус. пер. М. С. Добряковой.)

<sup>570</sup> Gofman E. Stigma... P. 15. (рус. пер. М. С. Добряковой (исправл.).)

стигматизированному, что он – член обширной общности, что он – человек, да и сам он чувствует общность идентичности. С другой – оно указывает ему на то, что он в определенной степени отличается от других, и что отрицать это отличие было бы глупо. Гофман подчеркивает, что происходящее со стигматизированными в социальном пространстве необходимо описывать, учитывая два вида концептуальных натяжек: во-первых, стигматизированные погружены в ту же культуру, что и те, кто их стигматизирует, во-вторых, они сохраняют психологическую нормальность. Эти два момента – культурную и психологическую нормальность – Гофман акцентирует в понятии «нормальный девиант» (*normal deviant*)<sup>571</sup>, подчеркивая, что в ряде случаев, особенно на начальных этапах, поведение и опыт стигматизированного могут быть осмыслены как сохраняющие культурную и психологическую нормальность или нет. Жизнь человека как бы делится на два пласта: с одной стороны, необходимо установить ненормальность индивида, а с другой – его можно описать как культурно и психологически нормального.

Этот достаточно запутанный и не вполне однозначный момент Гофман разъясняет на примерах. Он подчеркивает, что даже пребывание человека в психиатрической больнице включает, с одной стороны, его жизнь как стигматизированного и соответствующее к нему отношение, а с другой – предполагает отношение к нему как к человеку, даже если его и считают стигматизированным, и его поведение, жизнь сохраняют черты того, как ведут себя и как живут нормальные люди. Это двойственное отношение, словно злая шутка, по Гофману, есть судьба стигматизированного<sup>572</sup>. Именно поэтому толерантность и гуманизм по отношению к стигматизированным, если исходить из этого утверждения, являются обратной стороной их исключения и констатации их непохожести на других.

Сама стигма функционирует исключительно в смешанном социальном пространстве. Стигматизированный даже при всем своем желании не может укрыться от мира нормальных и оставаться нормальным в мире стигматизированных. Обе эти группы оказываются вместе в одной социальной ситуации и устанавливают смешанные контакты, в которых становится очевидным основное последствие стигмы для самого стигматизированного – недостаток либо полное отсутствие принятия: ему не выказывают того уважения и почтения, которое принято выказывать нормальным.

Анализируя разновидности стигмы, Гофман не рассматривает психическое заболевание отдельно, прояснить этот аспект помогает более поздняя статья «Безумие места», где основное внимание как раз и уделяется социальным механизмам возникновения психических заболеваний.

Гофман связывает возникновение психического заболевания с рассогласованием индивидуального «я» и персоны (*person*). Персона и «я» для него являются картинками одного и того же человека, при этом «первая зашифрована в поведении других, второе – в поведении самого субъекта»<sup>573</sup>. Если человек гармонично функционирует в обществе и выполняет все операциональные и ситуативные правила, персона и «я» органично взаимосвязаны и никакого рассогласования не происходит. Но если правила нарушаются и актер не выполняет своих

---

<sup>571</sup> Goffman E. Normal Deviants // *Mental Illness and Social Process* / T. Scheff (ed.) N.Y.; Evanston; L.: Harper & Row, 1967. P. 268–269.

<sup>572</sup> Goffman E. Stigma... P. 149–150.

<sup>573</sup> Goffman E. The Insanity of Place // *Psychiatry*. 1969. Vol. 32. P. 357–388. Перепечатано в: Goffman E. *Relations in Public: Microstudies of the Public Order*. N.Y.: Basic Books, 1971. P. 339.

обязательств, реципиент переживает обманутые ожидания. Так происходит нормативное регулирование персоны и «я».

Психическое заболевание поэтому отмечает нарушение самой сути социальных обязательств. Социальные нормы функционируют, по Гофману, не для систематического контроля самого человека, но для нормализации отношений, в которые он вовлекается в социальной группе и обществе. Психическим заболеванием человек заявляет другим, что он отказывается от образа себя, диктуемого соответствующей частью социальной организации (семьей, социальной общностью, работой)<sup>574</sup>. Для Гофмана симптомы психического расстройства – это серия ситуативных отклонений, возникающих как активная преднамеренная адаптация к взаимодействию. Эти отклонения продуцируются теми людьми, которые отказываются признавать свое социальное место так, как его видят другие. Посредством таких ситуативных отклонений человек косвенно заявляет свое право на место и «я», которые не может требовать открыто.

Стало быть, стигма психического заболевания – это результат несоответствия общественным ожиданиям и социальным договоренностям, нарушение социальных обязательств. Именно со стигмы, по Гофману, начинается история психически больного. В дальнейшем на его пути, как и на пути многих стигматизированных, возникают поглощающие его тотальные социальные институции.

### 3. Мир тотальных институций

Исследование тотальных институций – один из самых интересных аспектов микросоциологии Гофмана. Как подчеркивает Раймонд Уэйнстейн, «нарисованная Гофманом мрачная картина социальной ситуации психически больных получается главным образом благодаря использованию модели тотальных институций»<sup>575</sup>. Эту модель он развивает на основании собственных поисковых исследований.

С осени 1954 г. в течение трех лет Гофман работает в Лаборатории исследований социальной среды в Национальном институте психического здоровья в Бетесде. В 1956–1957 гг. он продолжает свои изыскания в больнице св. Элизабет в Вашингтоне.

Больница св. Элизабет имела свою специфику. Это была одна из центральных государственных больниц Америки, которая имела устойчивые контакты и налаженные связи с федеральным правительством и Национальным институтом психического здоровья, поэтому иногда ее обитателями становились политические заключенные. К тому же в середине 1950-х годов, т. е. в то время, когда Гофман начал свое исследование, число содержащихся там психически больных за всю ее историю достигло максимального пика. Он работал в больнице ассистентом спортивного администратора, не входил в штат больницы, не имел ключей от отделений (что тогда было привилегией персонала), не жил в больнице и, таким образом, не был полностью интегрирован в ситуацию. Как отмечает Чарльз Лемерт, полученные Гофманом выводы по этим причинам носят четкий отпечаток организационных особенностей именно этой

---

<sup>574</sup> *Goffman E. The Insanity of Place // Psychiatry. 1969. Vol. 32. P. 357–388. Перепечатано в: Goffman E. Relations in Public: Microstudies of the Public Order. N.Y.: Basic Books, 1971. P. 356.*

<sup>575</sup> *Weinstein R. M. Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients // Orthomolecular Psychiatry. 1982. Vol. 11. No. 4. P. 268.*

больницы и не могут без оговорок распространяться на все остальные<sup>576</sup>.

Именно психиатрия как институциональное образование занимает исследовательский интерес Гофмана. Причем интересна она для него не как теория, но как практика. Психиатрическая теория представляет психоз как отчуждение, но «управлять больницей исходя из этой доктрины нельзя»<sup>577</sup>. Поэтому жизнь психиатрической больницы – это не просто приложение психиатрической теории, она организована не по законам психиатрической доктрины, но подчинена общим принципам функционирования социальных институций. Как у социальной институции, у психиатрической больницы есть цель – лечение и перевоспитание – в соответствии с которой организуется жизнь обитателей. Государственные психиатрические больницы основывают свое функционирование, как считает Гофман, на опекуном подходе, поэтому непосредственная жизнь пациентов и стратегии их адаптации к институции так напоминают подобные в пенитенциарной системе.

В идеале, как считает Гофман, психиатрия должна функционировать по сервисной модели, точно так же, как функционирует вся медицина. Психиатры должны предоставлять услуги по укреплению и улучшению психического здоровья граждан. Однако, несмотря на то что психиатрия в настоящее время официально работает и должна работать по этой модели, с ее реализацией на практике возникает множество проблем<sup>578</sup>. Во-первых, в психиатрии до сих пор имеет важное значение опекунская функция, поэтому пациенту не просто оказывают услугу оздоровления психики, его изолируют как угрожающий обществу элемент и подвергают стигматизации. В итоге госпитализированный пациент не получает тех услуг, которые ему необходимы, с ним не ведут себя как с обычным соматическим больным, просто исцеляя его болезнь. Во-вторых, психическое расстройство имеет совершенно специфическую природу, несущий его больной развивает дефектные способы взаимодействия с людьми, исправить которые чисто технически невозможно. В-третьих, по сравнению с обычной общесоматической больницей или автомастерской, психиатрическая больница, чтобы осуществить полный цикл сервисного обслуживания, оборудована чрезвычайно плохо. Предоставляемое психиатрическое лечение психических заболеваний недостаточно успешно и оправдывает практику институциональной психиатрии. В-четвертых, сервисная модель психиатрии отмечена определенной двойственностью: с одной стороны, психиатрическая доктрина требует в общении с больными этического нейтралитета, с другой стороны, психиатры, подобно сотрудникам правоохранительных органов, рассматривают больного как потенциально опасного для общества. «Институционализация психиатрических больниц – своеобразный гротеск сервисных отношений»<sup>579</sup>, – заключает Гофман.

Тем не менее, несмотря на несовершенство сервисной модели, психиатрия как институция до сих пор существует. На взгляд Гофмана, эти несовершенства должны быть преодолены, и здесь, по его мнению, необходима системная работа: «Психиатрические больницы существуют в нашем обществе не потому, что надзирателям, психиатрам и санитарам нужна работа; психиатрические больницы существуют, потому что для них есть ниша. Если бы сегодня освободили и закрыли психиатрические больницы, завтра бы родственники, полиция и

---

<sup>576</sup> Lemert E. M. Issues in the Study of Deviance // Sociological Quarterly. 1981. Vol. 22. P. 285–305.

<sup>577</sup> Goffman E. Asylums... P. 307.

<sup>578</sup> Goffman E. Asylums... P. 352, 357–358, 360–362, 365–366.

<sup>579</sup> Goffman E. Asylums... P. 369.



служители закона с шумом потребовали бы открыть новые; и эти действительные клиенты психиатрической больницы, нуждаются в институции чтобы удовлетворить свои потребности»<sup>580</sup>.

Однозначное толкование психиатрии как тотальной институции вызвало целую волну критики. Уже в 1964 г. Дэниэл Левинсон и Юджин Галлахер указывали на тот факт, что рассмотрение Гофманом психиатрической больницы в ряду таких институций, как тюрьмы, концентрационные лагеря и монастыри, не имеет под собой достаточных оснований. Они подчеркивали, что не все из них функционируют по модели тотальных институций, и многообразные их группы могут иметь совершенно различные организационные цели, профессиональную идеологию и характер персонала. Гофманова модель психиатрической больницы, на их взгляд, иллюзорна и нигилистична, поскольку рассматривает ее только с отрицательной стороны<sup>581</sup>.

Сам термин «тотальные институции», который Гофман использует по отношению к психиатрии и другим образованиям, как указывает Том Бернс, он впервые услышал в 1952 г. на семинаре Эверетта Хьюза, который тот проводил в Чикагском университете. Он подкрепляет это утверждение конспектами лекций Гофмана и отмечает, что, обсуждая функции институций в обществе, на одном из семинаров Хьюз вводит понятие «тотальных институций», описывая его посредством тех институций, которые наиболее закрыты от внешнего мира, в частности женские монастыри<sup>582</sup>. Сам Гофман всячески отклонял это влияние, отмечая, что в те времена эта идея уже витала в социологическом пространстве.

Для Гофмана тотальные институции являются одной из разновидностей социальных образований, инструментальными формальными организациями, т. е. системами «преднамеренно согласованных действий, направленных на некий суммарный результат»<sup>583</sup>. Этот результат может быть представлен в виде материального продукта, услуг, решений, информации. Он совершенно различным образом может распределяться между составляющими этой организации. Результат и цель задают стандарт функционирования задается инструментальных формальных организаций. Более того, тотальные институции принадлежат к классу закрытых инструментальных формальных организаций, и поэтому одной из их особенностей является то, что входящие в нее индивиды должны в обязательном порядке быть задействованы в деятельности организации. Именно благодаря этому такого рода организации и выживают.

Тотальные институции – это армия, больницы, школы, монастыри, одним словом, многие из тех социальных инстанций, с которыми хотя бы один раз в жизни сталкивается каждый человек. В принципе, очертить тотальные институции одним емким определением невозможно, и Гофман ни одного такого не приводит. В его описании это помещения и совокупности помещений и зданий, где осуществляется специфическая деятельность. Как видим, ничего определенного. Ни место, ни деятельность не несут в тотальных институциях каких-то характеристик, вся специфика – в сложной сети отношений между людьми: не в статике, а в

---

<sup>580</sup> *Goffman E. Asylums...* P. 384.

<sup>581</sup> *Levinson D. J., Gallagher E. B. Patient-Hood in the Mental Hospital. Boston: Houghton-Mifflin, 1964. P. 18–33.*

<sup>582</sup> *Burns T. Erving Goffman. L.; N.Y.: Routledge, 1992. P. 141.*

<sup>583</sup> *Goffman E. Asylums...* P. 175.

динамике. Гофман настаивает: «тотальная институция – это социальный гибрид, отчасти сложно устроенная общность, отчасти официальная организация; в этом и заключен ее особый социологический интерес»<sup>584</sup>. Это невозможно описать извне, вскрыть специфику можно, лишь проникнув во внутреннее пространство с его ролевой стратификацией. Именно это и проделывает Гофман, развивая свою микросоциологию опыта обитателей тотальных институций.

Институции бывают разными и могут содержать совершенно разнообразный набор участников, но объединяет их, по Гофману, стремление подавлять своих членов: «каждая институция поглощает время и ограничивает интересы своих членов»<sup>585</sup>. Все тотальные институции имеют официальные цели: экономическое развитие, образование и обучение, медицинское и психиатрическое лечение, религиозное очищение, моральная защита общества, а также наказание и сдерживание. И такие тотальные институции Гофман разделяет на пять групп: 1) предназначенные для попечения над людьми, которые не несут опасности для окружающих, но не могут о себе самостоятельно заботиться: приюты для слепых, стариков, сирот и нищих; 2) предназначенные для попечения над людьми, несущими непреднамеренную опасность для окружающих и не могущих позаботиться о себе: туберкулезные санатории, психиатрические больницы и лепрозории; 3) предназначенные для защиты общества от людей, несущих преднамеренную угрозу: тюрьмы, исправительные лагеря, концентрационные лагеря и лагеря для военнопленных; 4) предназначенные исключительно для физического труда: армейские бараки, грузовые суда, рабочие лагеря, колонии и проч.; 5) предназначенные для воспитания и построенные по принципу изоляции: аббатства и монастыри.

По отношению к пространству внешнего мира пространство тотальных институций характеризуется непроницаемостью, которая оказывается особенно значимой для поддержания стабильности функционирования и внутренних моральных устоев. «Только стерев социальные различия, установленные внешним миром, тотальная институция может определить собственную схему почестей»<sup>586</sup>, – подчеркивает Гофман. Непроницаемость может иметь и стратегическое значение, противопоставляя внутреннее пространство пространству внешнего мира, как это происходит в религиозных, государственных и военных структурах.

Пространство тотальных институций наполняют группы людей. И здесь заметно амбивалентное разделение: всегда имеется многочисленная группа *обитателей* (*inmates*) и малочисленная группа *персонала*. По сути, тотальные институции созданы именно для обитателей, они и составляют их основную группу: персонал осуществляет воздействие, обитатели выступают его мишенью. Однако ошибочно считать, что персонал не несет отпечаток тотальных институций, поскольку именно во взаимодействии с персоналом обитатели испытывают на себе установленные порядки.

Пропасть между персоналом и обитателями огромна, и это неудивительно, поскольку первые служат институции, вторые испытывают ее воздействие, но и первые, и вторые включены в сеть сложной микросоциологии тотальных порядков. Большая удаленность этих

---

<sup>584</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций / пер. с англ. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 43.

<sup>585</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций / пер. с англ. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 39.

<sup>586</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций / пер. с англ. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 47.

двух групп друг от друга приводит к возникновению стереотипов, и одна группа воспринимает другую всегда только в негативных и стереотипных рамках. Этот раскол, это непреодолимое расстояние, по Гофману, есть следствие бюрократического управления большими группами людей. Он подчеркивает: «Два непохожих друг на друга социальных и культурных мира развиваются, сталкиваются в официальном общении, но пересекаются лишь незначительно»<sup>587</sup>.

Институциональная ролевая дифференциация, конечно, не настолько однозначна, и Гофман сам на это указывает. Во-первых, внутри группы персонала есть определенная специализация, которая определяется как спецификой деятельности (кто-то занимается посетителями, кто-то оказывает специальные услуги, кто-то непосредственно взаимодействует с обитателями и проч.), так и внутренней иерархией самой группы. Среди персонала есть начальники, а есть персонал низшего звена, и, как подчеркивает Гофман, именно последние, поскольку, как правило, дольше всего работают в институции, хранят ее традиции и устои. Во-вторых, обитатели также не гомогенны, и иногда статус их лидера не так уж и отличается от статуса некоторых представителей персонала низшего звена или даже превосходит его. В некоторых институциях разделение на персонал и обитателей вообще неоправданно, и так, к примеру, происходит в некоторых женских монастырях. К тому же иногда к этим двум группам может добавляться третья, как в школах-интернатах, – группа обслуживающего персонала<sup>588</sup>.

Гофман подчеркивает, что обитатели, переступая порог тотальной институции, сразу же наделяются презумпцией виновности, которая оправдывает все, что происходит в стенах институции. «Объяснительная схема тотальной институции, – пишет он, – запускается автоматически, как только обитатель входит в ее пределы, персонал считает, что вхождение является *презумпцией* доказательства, что этот человек принадлежит к тем, для кого была создана институция. Попадающий в политическую тюрьму должен быть предателем, оказывающийся за решеткой – нарушителем закона, госпитализированный в психиатрическую больницу – психически больным. Если бы он не был предателем, преступником или больным, по каким еще причинам он бы мог там находиться? Эта автоматическая идентификация обитателя – не просто очернительство, она стоит в центре основного метода социального контроля»<sup>589</sup>.

В рамках этой презумпции переоценивается и история человека до вхождения в институцию, что особенно ярко видно на примере психиатрических пациентов. Гофман отмечает, что на пути к госпитализации окружающие человека близкие и врачи, с которыми он пересекается, могут все еще не считать его больным. Статус психически больного он получает, когда его госпитализируют, когда достигается точка госпитализации, и он становится пациентом. В этот момент его прошлую жизнь как бы переписывают заново и начинают считать, что до госпитализации он уже был болен, и болезнь развивалась давно<sup>590</sup>.

В процессе вхождения в институцию, по Гофману, мы наблюдаем различные этапы

---

<sup>587</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций / пер. с англ. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 42.

<sup>588</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций / пер. с англ. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 43–46.

<sup>589</sup> Goffman E. Asylums... P. 84.

<sup>590</sup> Goffman E. Asylums... P. 145.

изменения моральной карьеры (*moral career*) обитателя, и эта динамика отражает последовательность трансформации представления о людях, в том числе и о своем собственном «я». Употребляя термин «карьера» в самом широком смысле для обозначения социальной нити жизненного курса любого человека, Гофман выделяет в ней две стороны: первая касается особенностей образа «я» и чувства идентичности, вторая связана с общественным положением, правовыми отношениями и стилем жизни. Сам моральный опыт при этом отражает способ восприятия мира каждым обитателем. Гофман пишет: «“Я” в этом смысле не является собственностью человека, которому оно принадлежит, скорее, оно живет в паттернах социального контроля, которые актуализируются по отношению к его личности и окружающим его другим»<sup>591</sup>.

Ключевой особенностью тотальных институций является трансформация «я» человека и создание на ее основе «нового» мировоззрения. Каждая из них – это «естественный эксперимент, который показывает, что можно сделать с “я”»<sup>592</sup>. Гофман отмечает, что по отношению к тотальным институциям скорее всего нельзя говорить об аккультурации или ассимиляции: они не ставят на место сформированной у обитателя культуры свою собственную. Происходит нечто вроде дискультурации или разобучения (*untraining*), при которых блокируется возможность управлять собственным поведением, реагировать на ситуации, приспосабливаться к изменениям во внешнем мире. Эта блокировка временная, и она снимается, как только обитатель вновь выходит за стены институции (как в отпуске из армии или при выписке из психиатрической больницы), однако именно она является тем фундаментом, на который наслаиваются все остальные изменения и воздействия. Человек входит в институцию с определенным «я», сформированным его домашним миром, и это «я» претерпевает радикальные изменения. «Он сталкивается, – отмечает Гофман, – с рядом унижений, обесцениваний, оскорблений и профанаций “я”. Его “я” последовательно, пусть даже и неумышленно, умерщвляют»<sup>593</sup>.

Механизмы, с помощью которых осуществляется умерщвление «я», по мнению Гофмана, достаточно стандартны и просты. Энн Брэнаман объединяет многообразие описаний Гофмана в семь групп таких стратегий: 1) лишение права выбора ролей и свободной реализации роли; 2) управление и обработка идентичности; 3) лишение имени, собственности и всего необходимого для реализации идентичности; 4) навязывание унижительных поз, ситуаций и необходимости демонстрации паттернов почтительности; 5) загрязнения в физическом и межличностном смысле; 6) разрушение связи между индивидом и его поведением; 7) отказ в свободе волеизъявления, автономии и свободе поведения<sup>594</sup>.

Центральным в умерщвлении «я» является отрыв от прежней социальной роли и лишение человека права на индивидуальность. Он больше не может сам формировать свое «я», этим процессом вместо него начинает управлять персонал институции. Он лишает человека права собственности, личного имущества, выдает одинаковую для всех униформу (принадлежащую институции), запрещает заводить индивидуальные шкафчики для хранения личных вещей и периодически проводит обыски, тщательно следит за общением с родными и близкими,

---

<sup>591</sup> Gofman E. Asylums... P. 168.

<sup>592</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций. С. 43.

<sup>593</sup> Гофман Э. Об особенностях тотальных институций. С. 13.

<sup>594</sup> Branaman A. Gofman's Social Theory. P. LV–LVI.

просматривая переписку, передаваемые вещи и инспектируя общение во время разрешенных встреч. Человек больше не может сам следить за своей внешностью, поскольку у него теперь нет для этого необходимых приспособлений и закрыт самовольный доступ к специалистам (например, к парикмахерам и портным). Напротив, его тело обезображивают и искажают: на него ставят клеймо, его избивают, подвергают шоковой терапии, принуждают держать тело в унижительной позе при появлении персонала и руководства (например, стоять по стойке смирно), препятствуют соблюдению правил личной гигиены. Кроме того, он постоянно вынужден выпрашивать необходимые для него вещи – спички, сигареты, воду, карандаши и бумагу – или просить разрешения для определенных действий (звонка по телефону или написания письма)<sup>595</sup>.

Обитатель тотальной институции постоянно находится в компании большого числа других обитателей. Никогда не оставляя его наедине с собой, тотальная институция таким образом разрушает его личные границы, его «я». Смешение различных возрастных, этнических, расовых групп, людей различных полов – все это приводит к утрате идентичности. Сексуальное поведение, все нарушения функционирования организма становятся всем заметными. Контакт с «застенным» миром ограничен, а вначале пребывания в институции часто и вовсе запрещен. Даже если и происходит кратковременное свидание с родными и близкими, то только под пристальным наблюдением персонала институции.

Реагируя на установленные запреты и привилегии, обитатели тотальных институций актуализируют различные модели адаптации к ситуации<sup>596</sup>. Во-первых, это может быть реакция ситуативного ухода, во время которой человек направляет свое внимание лишь на функционирование своего тела и отгораживается от всего остального. В психиатрических институциях такая реакция известна как регрессия, в тюрьмах – как тюремный психоз. Во-вторых, встречается крайне непримиримое поведение, когда человек бросает вызов институции, открыто отказываясь сотрудничать с персоналом. Персонал в этом случае реагирует так же однозначно, как правило, стремясь сломить мятежника (назначая ему электрошоковую терапию, жесткий режим). В-третьих, может наблюдаться реакция колонизации, когда человек строит свое существование, используя максимальное количество удовольствий, доступных ему в институции. Та часть внешнего мира, которая доступна для него из институции, перестает быть частью и становится целостной и завершенной. Благодаря этому он и снимает напряженность между внешним миром и миром институции. В-четвертых, адаптация может происходить путем конверсии, когда обитатель институции, стремясь обмануть персонал, играет роль хорошего обитателя и использует эту роль для получения привилегий.

Модели адаптации к системе наказаний и привилегий позволяют человеку защитить свое «я» от окончательного разрушения, кроме того, они связаны с внутренней жизнью институции. Институция наделяет человека определенной социальной ролью, ставит его в определенные социальные условия и требует от него идентификации с собственной социальной системой. Она воздействует на его мироощущение, его «я» и изменяет его, но человек, вынужденно принимая ее правила игры, пытается, тем не менее, сохранить себя. Отдаваясь тотальной институции и подчиняясь ей, он ищет пути сохранения мельчайших крупиц собственной идентичности. И здесь возникает вторая составляющая микросоциологического исследования Гофмана – мир

---

<sup>595</sup> Goffman E. Asylums... P. 14–35.

<sup>596</sup> Goffman E. Asylums... P. 61–63.

входящего в институцию индивида.

Гофман отмечает, что человек взаимодействует с различными социальными образованиями по одним и тем же механизмам вне зависимости от того, какого они рода: идеология ли это, государство или семья. Взаимодействие с социальными образованиями отмечено для человека обязательством и преданностью<sup>597</sup>. Опираясь на Дюркгейма, Гофман указывает, что отношения человека с социальными образованиями представляют собой контрактные, договорные отношения. Стороны словно имплицитно договариваются о взаимных правах и обязанностях, санкциях на случай их невыполнения и условиях расторжения договора.

Всякое социальное образование должно гарантировать принадлежащему ему человеку определенные привилегии. Во-первых, это определенный уровень комфорта, здоровья и безопасности, показывающий, что человек – это более чем только член социальной организации. Во-вторых, социальное образование часто поддерживает со своими членами некие общие ценности, призванные их мотивировать, и часто человек, идентифицирующий себя с целями организации и ее судьбой, позиционируется как ее гордость. В-третьих, стимулами и привилегиями могут быть награды, поощрения и вознаграждения, причем выраженные не обязательно в денежной форме. И в-четвертых, своеобразной отрицательной привилегией, но позитивным стимулом угрозы наказания, становятся взыскания и штрафы, т. е. так называемые отрицательные санкции. Все эти приемы привязывают человека к организации и институции. Так происходит и в институциях тотальных.

Принимая систему привилегий и стимулов, принадлежащий институции человек неизменно принимает также то представление о личности, на котором она базируется, и соглашается с системой мотивирующих его стимулов. На примере психиатрических больниц это означает, что человек, пациент, который послушно принимает лекарства, работает за мелкие вознаграждения в больнице и во всем подчиняется врачам, принимает мотив лечения и перевоспитания, который в качестве общей цели и результата определяет психиатрическую больницу как институцию. Это также значит, что, видя себя таким образом, пациент молчаливо соглашается с тем, что он психически больной, а также с тем статусом, который психически больным людям придает общество. Принятие привилегий, таким образом, означает не просто уступку системе институции, а конформизм, причем конформизм не только инструментальный, но и мировоззренческий. Таким образом, каждая институция предполагает дисциплину долга, активности, характера и жизни.

Однако, по Гофману, человек не может полностью слиться с социальной системой или тотальной институцией, всегда выбирая место где-то между идентификацией с организацией и противостоянием ей, постоянно перемещаясь в этом пространстве и пытаясь сохранить баланс<sup>598</sup>. Он бы и хотел сказать, что идентичность человека и «я» определяется окружающим социумом и социальной ролью, но конкретные примеры показывают, что при взаимодействии с обществом имеют место многочисленные попытки уклониться от всецелой социальной обусловленности «я». Эти попытки сохранить себя – ключ к пониманию бытия человека.

Традиционное социологическое исследование человека, как отмечает Гофман, обычно отталкивается от положения о том, что статус человека в институции, в обществе определяет то, кем он является, т. е. его идентичность. Но когда социологи начинают присматриваться к реализации социальной роли, социальному взаимодействию, социальным институциям

---

<sup>597</sup> Goffman E. Asylums... P. 173.

<sup>598</sup> Goffman E. Asylums... P. 320.

поближе, оказывается, что полной идентификации никогда не происходит, что всегда остается хотя бы маленькое расстояние. «...Полная отдача и преданность любому социальному образованию, – отмечает он, – предполагает своего рода самоотвержение. Смысл нашего бытия человеком может определяться принадлежностью к социальным образованиям, смысл нашей индивидуальности проявляется через те немногочисленные способы, которыми мы сопротивляемся притяжению общества. Наш статус зиждется на твердом здании мира, в то время как смысл нашей личной идентичности часто находится в его трещинах»<sup>599</sup>. Исследование тотальных институций как раз и позволяет увидеть эти трещины. И психиатрическая больница, по его мнению, – наиболее благодатная почва.

Для Гофмана поэтому значимыми оказываются не только социальные принципы функционирования институций, их ролевая структура, их пространство, но и то, как человек пытается избежать тотальной включенности в них. Фактически одно предполагает другое: описывая тотальные институции, он представляет интересы общества, описывая способы уклонения от их тотального влияния, – интересы индивида, т. е. рассматривает две стороны инструментального договора, договора ради одной цели, но подписанного двумя сторонами, каждая из которых, если можно так сказать, нечиста на руку. И здесь в центре его исследования – «специфические разновидности абсентеизма, уклонение не от предписанной деятельности, но от предписанного бытия»<sup>600</sup>.

Для описания бытия личности в пределах институций и социальных организаций Гофман использует два понятия. Указывая на тот факт, что вовлеченность, включенность, в общество предполагает поддержку ценностей, стимулов и привилегий организаций и приводит к превращению человека во встроенного в систему, запрограммированного члена организации, он говорит о *первичной адаптации*. Она дань тому, что человек принадлежит к социальному миру. Наравне с первичной есть и *вторичная адаптация*, более важное для Гофмана понятие. Вторичная адаптация объединяет стратегии уклонения от роли и образа «я», предписанных институцией, несанкционированные институцией средства достижения несанкционированных целей. Эта вторичная адаптация как раз и указывает, по Гофману, на трещины, в которых наиболее явно становится заметна личная идентичность, и это попытки ее сохранить.

Среди составляющих и примеров этой вторичной адаптации Гофман выделяет: 1) действия ухода – занятия спортом, театральной, научной деятельностью, активное культивирование религиозности; 2) уклонение от правил поведения, осуществление действий только потому, что они запрещены правилами институции; 3) продуцирование символики и кличек для обозначения персонала и требуемых им действий; 4) неофициальное использование предметов (радиаторы для сушки вещей, нарезанная туалетная бумага как носовые платки, носки как кошельки и проч.); 5) нахождение позитивных моментов в негативных процедурах (после инсулиновой терапии больные наслаждаются возможностью валяться в постели все утро); 6) выстраивание неинституциональных отношений (покровительства, дружбы, обмена, объединения ради противостояния и др.) и проч.<sup>601</sup>

Гофман отмечает, что институция всегда предъявляет к своим членам определенные требования, которые они обязаны соблюдать и соблюдают. Тем не менее, если мы посмотрим

---

<sup>599</sup> Goffman E. Asylums... P. 320.

<sup>600</sup> Goffman E. Asylums... P. 188.

<sup>601</sup> Goffman E. Asylums... P. 207–304.



на непосредственную жизнь этих институций и их обитателей, в ней мы найдем многочисленные конкретные примеры уклонения от подчинения официальной идеологии и официальным целям, которые все без исключения воплощают попытки сохранить свободу.

Благодаря такому методологическому ходу Гофман обходит опасность психологизма внутри его собственного социологического подхода. Личность понимается им не как то, что противостоит социальному, не как обособленная и сохраняющаяся сущность, а как то, что необходимо вовлечено и включено в общество. Личность для него находится с обществом и его многообразными структурами, организациями и институциями в договорных отношениях, и по этому договору она всегда уже входит в общество, исполняя предписанные ей требования. Официально личность есть всецело общественное образование. Однако Гофман здесь вводит неофициальный подтекст: молчаливо принадлежа обществу, личность всегда сохраняет своеобразную «чистую» территорию, границу, трещину, за и в которую оно старается общество не допустить.

Предоставляя личности определенный договор, общество уже предполагает гласные и негласные, официальные и неофициальные условия. «Во всех тотальных институциях всегда уже предполагаются пространства, где личность может реализовывать стратегии неподчинения, ухода и абсентеизма, своеобразные уязвимые пространства», – пишет Гофман<sup>602</sup>. Поэтому для него негласность не означает непреднамеренность. В своих многочисленных институциях общество словно играет с личностью, заранее предполагая те потаенные уголки, в которые она может в критические минуты от него укрыться. Можно сказать, что для Гофмана личность представляется реакцией на социальное, сопротивлением социальному. И в этом сопротивлении она немыслима вне его. Она задается договором с социумом и поверяет уклонением от него свою идентичность. Именно так Гофман уходит от психологизма и распространяет социологизаторский подход на человека.

Такая трактовка, разумеется, несвободна от противоречий, и особенно заметными они становятся при исследовании тотальных институций и поведения их обитателей. Энн Брэнамман подчеркивает тот факт, что в работах Гофмана представлены две противоречивые группы определений «я»<sup>603</sup>. Во-первых, Гофман указывает, что «я» представляет собой всецело социальный продукт, но при этом он допускает существование поведения и черт «я», которые не согласуются с социальными нормами взаимодействия и побуждают индивида реализовывать поведение, идущее вразрез с социальными нормами. Как раз это мы видим на примере анализа стигматизации и вторичных регуляторов обитателей тотальных институций.

Существование поведения и образа «я», которые стигматизируются, предполагает, что некоторые пространства «я» могут выходить за пределы обусловленности социальным, это подтверждает и развитие социальных регуляторов, появляющихся как протест против тотальных институций и попытка сохранить «я». Другое дело, что Гофман допускает существование противоречащего социальным принципам и ожиданиям «я», но оно у него включено в общество, в социум на условиях социума. Психически больное «я», противореча общественным ожиданиям, может реализовываться лишь как стигматизированное, а вторичная адаптация как попытка ускользнуть от власти тотальных институций развивается только в их пространстве. Противореча обществу, «я», как получается у Гофмана, все равно разворачивается в его пространстве, и даже не согласующиеся с ним элементы существуют в том пространстве,

---

<sup>602</sup> Goffman E. Asylums... P. 305.

<sup>603</sup> Branaman A. Goffman's Social Theory. P. XLVII.

что оно им выделяет. Таким образом, его положение о том, что «я» есть всецело социальный продукт, следует понимать не в смысловом, а в инструментальном значении, в духе общего гофмановского инструментализма, исходя не из содержания, а из процедур и принципов его конституирования и развертывания.

Во-вторых, и это вторая группа определений, выделяемая Брэнаман, Гофман считает, что индивиды не целиком predetermined обществом, поскольку могут стратегически управлять социальной ситуацией и реакцией других на свой образ «я», воздействуя на них подобно актерам на театральном спектакле. Но все же Гофман отмечает, что индивиды не могут свободно выбирать свой образ «я» и вынуждены конституировать его в соответствии со статусом, ролью и отношениями, которые задаются социальным порядком. Здесь мы также видим рассогласование смыслового и инструментального подходов, которые на примере конкретного психиатрического пространства становятся хорошо заметны. Стигматизированный и больной может управлять итоговым образом «я», который появляется у других, он может быть хорошим или плохим в обществе, послушным или нет в институциях, но образ этот может формироваться только в пределах отведенного ему социальным законом места.

Исключительно социологический ракурс исследования не мешает Гофману сохранять личностный элемент. Его исследования – это яркие описания мира психически больного. Именно при такой стратегии, на его взгляд, поведение того, кого называют психически больным, утрачивает свой патологический характер. Отсутствие медицинского понятия психического заболевания Мириам Сиглер и Хамфри Озмонд называют основной особенностью модели Гофмана. Именно ее следствием, на их взгляд, является свойственный ему анализ психиатрической больницы без психического заболевания как болезни исключительно с социальных позиций и такая негативная модель психиатрической больницы<sup>604</sup>. Их поддерживает Уильям Гронфейн, отмечая, что особенностью подхода Гофмана является его «исключительно социологический характер и относительная свобода от определения патологии»<sup>605</sup>.

Социология Гофмана – это микросоциология опыта, как справедливо окрестил ее один из исследователей антипсихиатрии, Питер Седжвик<sup>606</sup>. В исследовании социальной сети тотальных институций Гофман, как он и сам неоднократно признается в своей книге, стремится увидеть трансформации представления о своем «я» и о том мире, который окружает попавшего в него человека. Его «обитатель» (стигматизированный) – это человек, не умеющий плести паутину социальных ритуалов, не знающий правил игры социального мира. И именно эта идея объединяет психиатрический дискурс Гофмана со всем остальным его творчеством. Лэйнг предлагал назвать такую стратегию исследования социальной феноменологией и очертить ее как пространство изучения опыта человека в процессе межличностного взаимодействия.

Для того чтобы понять этот социальный мир, Гофман и погружается в жизнь больных. В предисловии к «Приютам» он пишет: «Я тогда верил и верю до сих пор, что любая группа людей – заключенных, первобытных, летчиков или пациентов больниц – строит свою

---

<sup>604</sup> *Siegler M., Osmond H.* Gofman's Model of Mental Illness // *British Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 119. P. 419–424.

<sup>605</sup> *Gronfein W.* Gofman's Asylums and the Social Control of the Mentally Ill // *Perspectives on Social Problems*. 1992. No. 4. P. 139.

<sup>606</sup> *Sedgwick P.* *Psycho Politics: Laing, Foucault, Gofman, Szasz and the Future of Mass Psychiatry* N. Y.: Harper & Row, Publishers, 1982. P. 23–35.

собственную жизнь, которая становится осмысленной, рациональной и нормальной, как только вы оказываетесь рядом с ними, и что лучший способ исследовать любой из этих миров – погрузиться в их общество в череду происходящих с ними незначительных повседневных событий»<sup>607</sup>. При такой позиции, например, безумие или «больное поведение» предстает ничем иным как продуктом социального расстояния, отделяющего исследователя от ситуации, в которой находится больной, и, следовательно, никак не связано с психическим заболеванием как таковым.

Рассказывая истории, Гофман словно представляет этот опыт изнутри, и благодаря такой стратегии воздействие его, на первый взгляд, исключительно социологических работ было глубоко личным. «Я думаю, – пишет Джон Лофлэнд, – что не только я так увлеченно читал “Стигму” (1963) и другие его работы. Эти люди узнавали себя и других и видели, что Гофман артикулировал наиболее существенные и болезненные аспекты социального опыта человека. Он к неожиданной радости показал им, что они не одни, что то, что они переживают и чувствуют, понимает кто-то еще. Он понимал это и великолепно формулировал, вызывая у них радость от болезненного понимания и благодарности, сложное сочетание счастья и горя, выливающееся в слезы»<sup>608</sup>.

## VIII. Томас Шефф

### 1. Социология и ее место в психиатрии

Творчество Томаса Шеффа объединяет сразу несколько исследовательских областей: социологию и психологию, психиатрию и философию. Его идеи принципиальным образом отличаются как от идей Гофмана, так и вообще от идей социологов, критически настроенных по отношению к психиатрии. Он изначально ориентирован на разработку социологической теории психического заболевания, и она возникает в пространстве его интереса не магистральным вектором, а центральным исследовательским пространством. Эту теорию нельзя назвать революционной или социологически оригинальной. Но она конституирована вокруг пространства психической ненормальности, и поэтому занимает важное место в антипсихиатрическом и околоантипсихиатрическом дискурсе, включаясь одновременно в комплекс социологических теорий девиации и стигматизации. «Шефф, – пишет Леонард Бауэрз, – расширил теорию стигматизации до всеобъемлющей, систематической этиологической теории психического заболевания»<sup>609</sup>.

Шефф родился в 1929 г., в 1950 г. получил степень бакалавра физики в Университете штата Аризона, в 1960 г. – степень доктора социологии в Калифорнийском университете, в Беркли. В 1959–1963 гг. работал в Университете штата Висконсин, а затем – в Калифорнийском университете в Санта-Барбаре, где по настоящее время занимает должность почетного профессора. Опубликовав свои наиболее значимые работы по теории стигматизации еще в

---

<sup>607</sup> Gofman E. Asylums... P. X.

<sup>608</sup> Lofand J. Early Gofman: Style, Structure, Substance, Soul // The View from Gofman / J. Ditton (ed.). N.Y.: St. Martin's Press, 1980. P. 47.

<sup>609</sup> Bowers L. The Social Nature of Mental Illness. L.; N.Y.: Routledge, 2000. P. 9.

1960–1970 гг., Шефф и поныне остается классиком американской социологии. Он был председателем секции социологии эмоций Американской социологической ассоциации, президентом Тихоокеанской социологической ассоциации, исполнял обязанности советника Законодательного собрания Калифорнии при подготовке закона Лантермана – Петриса – Шорта, подписанного в 1969 г. Рональдом Рейганом и регулирующего недобровольную госпитализацию психически больных.

Идеи Шеффа, в частности те, что касаются психического заболевания, развиваются в общем контексте критических социальных теорий антипсихиатрии. Сам Шефф всячески настаивал, что не собирался опровергать и доказывать необоснованность психиатрических и психологических теорий. Скорее, он стремился разработать модель, которая могла бы послужить дополнением к уже имеющимся моделям и объединить существующие наработки. Психиатрические и психологические теории, на его взгляд, играли и продолжают играть положительную роль в теории и практике психиатрии, но эта новая модель, возможно, представила бы иной и более совершенный ракурс. Его теория для него самого – попытка изменить общую модель, а не избавиться от отдельных понятий<sup>610</sup>.

Исходной точкой идей Шеффа является более или менее разработанная теория психического заболевания, которой он уделяет особое внимание. Именно эту черту он указывает в качестве отличительной, когда сравнивает свою теорию с другими подходами антипсихиатрии<sup>611</sup>. Он действительно говорит о «других» подходах, имея в виду воззрения Гофмана, Лэйнга и Саса, и не отделяет себя, как принято в этом кругу, от антипсихиатрии.

Никто из представителей антипсихиатрии, на взгляд Шеффа, не предлагает разработанной теории и, следовательно, научного решения проблемы определения и исследования психического заболевания. По его мнению, подход Гофмана, несмотря на свою социологическую сложность, дает лишь концептуальное описание психического заболевания с опорой на многочисленные примеры. Действительно, здесь с Шеффом поспорить трудно, ведь Гофман нигде в своих работах даже не задается целью представить такую теорию. Подход Лэйнга, по его мнению, психологически сложен, но содержит еще меньше концептуального объяснения. Подход Саса и вовсе не привлекает концептов, он выражен на обыденном языке.

Отказ включать социальные процессы в динамику психических расстройств Шефф называет одним из самых частых недочетов психиатрических теорий. И на его взгляд, несмотря на признание важности этих процессов, концептуальные социальные модели все еще редко используются при выработке теорий психических заболеваний. И это совершенно необоснованно, поскольку социологический подход может открыть новые перспективы: «Социологи смотрят на девиации по-другому, чем все остальные члены общества. Они настаивают, что, чтобы объективно понять девиацию..., необходимо сначала понять более общие феномены социального контроля, процессы, обуславливающие согласованность человеческих групп»<sup>612</sup>.

Социология соприкасается с психиатрией в задаче формулирования теории психического заболевания в одном центральном, на взгляд Шеффа, пространстве – теории социального контроля. Эта теория – основная модель интерпретации социологии, и именно поэтому

---

<sup>610</sup> *Schef T.* The Labeling Theory of Mental Illness // *American Sociological Review*. 1974. Vol. 39. P. 445.

<sup>611</sup> *Schef T.* *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. 3rd ed. N.Y.: Aldine de Gruyter, 1999. P. XIII.

<sup>612</sup> *Schef T.* *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. 3rd ed. N.Y.: Aldine de Gruyter, 1999. P. 31.

девиации в ней рассматриваются как разновидность неподчинения. Шефф подчеркивает, что социологический подход в этом случае выгодно отличается от подхода экспертов в области психического здоровья, обывателей и служителей закона в силу трех обстоятельств. Во-первых, обыватели и эксперты часто рассматривают девиации как обособленную проблему, выстраивая закрытую перспективу исследования. Они задаются вопросами о том, какие черты характера могут привести к девиации, что необходимо с ней делать и проч. Эти вопросы не забывают и социологи, но перспектива социального контроля позволяет включить в общую систему не только самого девианта, но и общество, в котором он функционирует. Во-вторых, в социологическом подходе понятие девиации используется беспристрастно вне зависимости от моральных коннотаций. Это достигается благодаря тому отношению отчуждения, которое выстраивает к этому понятию социолог, находясь за пределами системы психического здоровья (в отличие от психиатров-экспертов), но будучи членом социальной общности. В-третьих, так девиация включается в общую всеохватывающую систему описания и исследования социальной реальности, она как часть этой системы обладает рядом специфических признаков, но являясь ее частью, должна изучаться комплексно<sup>613</sup>.

В качестве лейтмотива теории стигматизации Шеффа можно привести следующее его высказывание: «Если психиатрия желает развиваться, она должна рассматривать не только микромир биологии, но и множество масштабных миров, в частности, миры эмоций, отношений и социальных систем. Люди – это не только тела, но также эмоциональные и межличностные системы, и они сами включены в социальные системы. Чтобы понять эти системы, я предлагаю глубже исследовать внутриличностный и межличностный диалог. Описывающая социальные системы теория стигматизации при этом должна быть объединена с теорией эмоциональной/межличностной динамики, которая имеет место во внутриличностном и межличностном пространстве»<sup>614</sup>.

В этом призыве заметно отчетливое влияние британской психиатрии с ее трактовкой человека как включенной в социальную общность, с ее вниманием к межличностному диалогу и даже с ее двойственной социально-психологической теорией. Шефф, правда, обращает внимание не столько на сам процесс социального взаимодействия, сколько на его устойчивые паттерны. И если антипсихиатрия в этом социально-психологическом пространстве коммуникации и коммуницирующего общества акцентирует психологическую составляющую, то Шефф больше сосредоточивается на социальной.

## 2. Контроль девиаций и концепт остаточного отклонения

Выстраивая теорию психического заболевания, Шефф основывает ее на исключительно социологическом понимании психического заболевания как девиации, которая зависима и возникает как производное системы социального контроля. Структура этой системы, особенности ее функционирования в обществе имеют центральное значение для понимания как девиаций в общем, так и психического заболевания в частности.

Ядром системы социального контроля является совокупность норм и санкций, причем вторые обеспечивают функционирование первых. «...Эта система состоит из масштабного

---

<sup>613</sup> *Schef T. Being Mentally Ill: A Sociological Theory. 3rd ed. N.Y.: Aldine de Gruyter, 1999. P. 33–35.*

<sup>614</sup> *Schef T. Building an Onion: Alternatives to Biopsychiatry // Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2007. Vol. 9. No. 3. P. 180.*

набора норм, с одной стороны, и ряда поддерживающих нормы санкций, наказаний и поощрений – с другой»<sup>615</sup>, – подчеркивает Шефф. Социальные нормы и есть то исходное основание, которое определяет возникновение девиации. Нормы и санкции функционируют по принципу согласованности: то поведение, которое оправдывает нормативные ожидания, получает позитивное подкрепление и санкционирование, а то, что противоречит им, – отрицательное. Причем функционирует она как через реальные, так и через возможные санкции.

Норма, по Шеффу, – это разделяемое членами социальной группы ожидание. Устойчивость или изменчивость норм обуславливается их внутренней и внешней стороной, при этом внутренняя сторона представляется как моральное обязательство и нравственность, а внешняя – как разделение одного морального порядка с окружающими людьми. И внешняя, и внутренняя стороны норм поддерживаются благодаря системе непрерывного контроля, соблюдение норм является реакцией на возможные или воображаемые санкции. Социальный контроль предполагает своеобразную репетицию санкций, лежащую в основе непрерывного самоконтроля, и устойчив именно потому, что непрерывен и отчасти автоматичен процесс санкционирования.

Важная черта системы социального контроля, которая и обуславливает возможность девиаций, – это то, что она может существовать, лишь будучи поддержанной всеми или большинством членов общества. Шефф подчеркивает: «Социальный порядок устойчив, поскольку он постоянно получает подтверждение в жизни и поведении своих членов. <...> Причастность социальному порядку требует непрерывного воссоздания этого порядка его членами». Поэтому все понятия в рамках социального контроля ни в коем случае не являются абсолютными, «нет такой вещи как преступление *per se* или <...> психическое заболевание, психиатрические симптомы *per se* »<sup>616</sup>. Это всегда понятия, возникшие в пределах договоренности, интерпретации и переинтерпретации.

В реакции взаимной поддержки первоначально вписывается и девиация. Шефф определяет девиацию в традиционном социологическом смысле как нарушение нормативных ожиданий, влекущее со стороны группы негодование и моральное осуждение. Однако, как он замечает, не все отклонения от нормативных ожиданий расцениваются как девиации. Шефф предлагает следующий критерий: девиацией является только то нормативное нарушение, которое получает от группы все три ответа: клеймение, сегрегацию, стигматизацию. Как мы видим, девиация определяется не сама по себе, а в отношении ответа на нее группы; это определение не по сущности и содержанию, а по реакции.

При этом самым противоречивым и важным аспектом реакции на девиацию является, по мнению Шеффа, клеймение. Сегрегация и стигматизация – это более прямой и менее противоречивый ответ. Сегрегация основана на специфических процедурах, развиваемых по отношению к девиантам: процедурах понижения социального статуса, проводимых для того, чтобы в таком статусе их наконец можно было включить в общество. В процессе сегрегации девианты попадают в тюрьмы и лечебницы, проходят процедуры судебных разбирательств и медикаментозного лечения. Стигматизация, или клеймение (*labeling*), есть специфический аспект сегрегации. На основании особых процедур сегрегации девиант получает специфический статус и клеймо, например, вора, шизофреника и т. д. Клеймо имеет прямое

---

<sup>615</sup> Scheff T. Being Mentally Ill... P. 36.

<sup>616</sup> Scheff T. Being Mentally Ill... P. 44.

отношение к стигматизации и отягощено моральным осуждением. Стигматизация является ядром социальной реакции на девиацию, и основным ее механизмом становится превращение интенсивной эмоциональной реакции и морального осуждения в стигму.

Пусковым моментом социального ответа, который приводит к констатации девиации, выступает *избыточный эмоциональный ответ*. Все дело, по мнению Шеффа, в том, что социальный порядок основан на предсказуемом поведении и более или менее предсказуемых ответах. Отклоняющееся от общепринятого поведение и есть поведение непредсказуемое, которое не может вызвать предсказуемой социальной реакции. Непредсказуемый ответ, в отличие от предсказуемого, сопровождается ситуацией дезориентации и потому интенсивной эмоциональной реакцией, несущей совершенно различные и иногда даже противоречивые эмоции, преобладающими среди которых являются страх, гнев и замешательство. «Эти ярлыки – поверхностные выражения глубокого и интенсивного эмоционального ответа, включающего страх, гнев и/или замешательство, – подчеркивает он. – В принципе, мы реагируем страхом, замешательством и гневом даже на незначительно отклоняющееся поведение, например, на нарушителя на дороге, поэтому здесь наши реакции закономерны»<sup>617</sup>.

Почему Шефф называет именно эти эмоции в качестве центральных? Он говорит, что мы живем в стабильном и предсказуемом социальном мире, в принципе стабильность и предсказуемость – его платформа, поэтому предсказуемость для члена социальной группы – залог эмоционального спокойствия. Неожиданное поведение разрушает этот стабильный порядок и провоцирует в этой ситуации неопределенности реакцию испуга и страха. Гнев и замешательство имеют более сложное происхождение. В их основе, по Шеффу, неизбежная для членов социальной группы идентификация друг с другом. Чтобы скоординировать совместные действия в общности, необходимо видеть их ход и результат не только своими глазами, но и с позиции другого или других участников. Первоначально это не этическая и эмоциональная, а практическая идентификация. Благодаря процессам идентификации правила социального поведения соблюдаются нами не просто как внешние правила, но становятся частью нашей социальной роли и частью нас. Поэтому, когда мы сталкиваемся с отклоняющимся от принятого поведением, мы чувствуем себя оскорбленными и преданными.

В контексте теории девиации Шефф развивает социологическую теорию психического заболевания. Как мы уже отмечали, он изменяет перспективу исследования с медицинской на социологическую и задается целью формулирования целостной теории. Это он проделывает в одной из самых известных своих работ «Быть психически больным: социологическая теория», вышедшей в 1966 г.

Шефф сразу же замечает, что всякое социальное исследование психического заболевания (можно бы было добавить, всякое исследование вообще) сталкивается с одной трудностью: термины, обычно используемые по отношению к этому феномену, уже заранее предопределяют определенный ракурс проблемы. Когда мы говорим о психическом заболевании, мы неизменно прибегаем к медицинской метафоре и начинаем рассматривать исследуемый феномен как происходящий в человеке специфический процесс – развитие болезни. Поэтому Шефф изменяет терминологию и использует социологические понятия, такие как «нарушение правил» (*rule-breaking*) и «остаточное отклонение» (*residual deviance*).

Обобщенно представляя свои идеи, Шефф отмечает, что его теория «заключается в том, что симптомы психического заболевания рассматриваются как нарушение остаточных социальных норм, и что карьеру девиантов с остаточным отклонением адекватнее трактовать

---

<sup>617</sup> Scheff T. Being Mentally Ill... P. 46.



как связанную с социальной реакцией и процессом исполнения ролей, где исполнение ролей рассматривается не как отдельная система, а как часть социальной»<sup>618</sup>. Такой подход позволяет сместить ракурс исследования с медицинского и индивидуального на социологический и межличностный, поскольку «изымает движущие силы из отдельного пациента и включает их в систему, состоящую из пациента, реагирующих на него людей и официальных социальных органов контроля и заботы»<sup>619</sup>. Как подчеркивают Мифануи Морган, Майкл Кальнан и Ник Майнин, «поэтому, по Шеффу, психическому заболеванию приписывается статус, содержание которого отличается, главным образом, от содержания внешних по отношению к индивиду условий»<sup>620</sup>.

Понятие «нарушения правил» описывает сам факт нарушения тех норм и предписаний, которые основываются на согласованных правилах социальной группы, т. е. социальных нормах. Для того чтобы определить, какие нормы нарушает человек, когда его стигматизируют как психически больного, и чем эти нормы отличаются от других, за нарушение которых не стигматизируют, Шефф использует уже понятие «остаточное отклонение». Надо признать, понятие довольно расплывчатое.

Шефф отталкивается от определения девиации и отклонения Говарда Беккера, который характеризует девиацию не как особенность поведенческого акта самого по себе, а как специфику ответа других людей на этот поведенческий акт, как специфику, качество реакции на поведение. Отклонением социальная группа при этом считает нарушение тех правил, которые приняты в ней как социальные нормы, т. е. отклонение – это реакция социальной группы на поведение отдельного индивида, члена группы. «Таким образом, – заключают Бернайси Пескосолито и Джек Мартин, – центральное отличие между нарушением правил и девиантностью Шефф связывает с различием между нарушением социальных норм и той совокупностью, которая считается и клеймится как нарушение норм»<sup>621</sup>. Так Шефф переводит проблему психического заболевания из внутриличностного пространства в пространство межличностное: психическое заболевание трактуется в соотношении с поведением других членов социальной группы.

Какие нормы нарушает тот, кого впоследствии идентифицируют в обществе как психически больного? При ответе на этот вопрос нас, как отмечает Шефф, ожидают самые большие трудности. Все дело в том, что большинство отклонений являются нарушением определенных норм: преступление, в частности кража, убийство и т. д., алкоголизм и наркомания – это неконтролируемое и систематическое употребление вредных веществ, но какие правила нарушает будущий психически больной? Ответ Шеффа, на первый взгляд, парадоксален: те, которым в культуре не хватило названия и именованья, те, которые в культуре и обществе так и остались не артикулированы, но не утратили свой статус норм. «Культура группы, – пишет он, – для категоризации большинства нарушений норм использует определенный словарь терминов: преступление, извращение, пьянство, невоспитанность – это

---

<sup>618</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 177.*

<sup>619</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 194.*

<sup>620</sup> *Morgan M., Calnan M., Manning N. Sociological Approaches to Health and Medicine. L.; Dover, N.Y.: Croom Helm, 1985. P. 62.*

<sup>621</sup> *Pescosolido B. A., Martin J. K. Stigma and the Sociological Enterprise // Mental Health, Social Mirror / W. R. Avison, J. D. McLeod, B. A. Pescosolido (eds). N.Y.; L.: Springer, 2007. P. 309.*

наиболее известные примеры. Каждое из этих понятий обозначает тип нарушенной нормы или, в крайнем случае, соответствующий тип поведения. Когда эти категории исчерпываются, всегда еще есть остаток множества разнообразных нарушений, для которых культура не дала определенного имени»<sup>622</sup>. Все эти нарушения и объединяются в понятие «остаточное отклонение».

Остаток норм, который связан с психическим заболеванием, при этом по отношению ко всем остальным артикулированным нормам не второстепенен. Да и вряд ли в пространстве социальной системы вообще возможно разграничение на первичное и вторичное. Остаточные нормы, как и все остальные, поддерживают статус-кво группы: «Есть такое социальное, культурное и межличностное статус-кво, которое становится заметно только когда исчезает»<sup>623</sup>, – разъясняет Шефф.

Таким образом, Шефф дает психическому заболеванию негативное определение. В остаточные нормы им включаются нормы не названные и не артикулированные, т. е. остаточные нормы – тот остаток, который остается после определения нормы запрета убийства, воровства, блуда и прелюбодеяния, пьянства и проч. Большинство этих остаточных норм функционируют невербально. «К примеру, – пишет он, – по крайней мере, в современных обществах принято, чтобы при разговоре взгляд был направлен в глаза собеседника, а не на лоб или ухо. Никто не объясняет эти правила, и это считается само собой разумеющимся. <...> Если кто-то смотрит на ухо или лоб, он выбивается из общепринятого. В этом случае мы не просто думаем, что человек невежлив, но что он живет в другом мире»<sup>624</sup>.

Особенное внимание Шеффа привлекает понятие шизофрении. Он подчеркивает, что из всех самых распространенных психиатрических диагнозов диагноз шизофрении является самым неопределенным, т. е. связан с самой неясной этиологией и имеет непредсказуемый прогноз. На его взгляд, в отличие от большинства заболеваний шизофрения не имеет обыденного эквивалента, подобного печали для депрессии и других эквивалентов для мании и навязчивости. Такой статус шизофрении становится понятен исходя из социального ракурса, в рамках теории остаточного отклонения.

Он предполагает, что шизофрения как никакое другое психическое заболевание показывает нормативные границы того общества, в котором она возникает и существует как диагноз. Внутренняя дифференциация пространства психического здоровья и психической патологии и появление системы диагнозов – истерии, меланхолии и т. д. – привела к определению и вербализации многих остаточных норм. Однако при этом культура всегда должна предполагать невербализуемый остаток, нормы, которые нельзя описать и четко обозначить словами, – остаток остатка, как выражается Шефф. Он связан с основаниями мировоззрения и глубинными социальными паттернами поведения, этот остаток, по его мнению, и объединяется вокруг максимально расплывчатого и неопределенного понятия шизофрении. Таким образом, многочисленные белые пятна в этиологии, патогенезе, терапии шизофрении становятся социально понятными. «Расплывчатость границ и неясность понятия

---

<sup>622</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 55.*

<sup>623</sup> *Schef T. Schizophrenia as Ideology // Labeling Madness / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975. P. 6.*

<sup>624</sup> *Schef T. The Concept of Normalizing: Neither Labeling nor Enabling // Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2010. No. 1.*

шизофрении указывает на то, что оно служит для обозначения остатка остатков»<sup>625</sup>, – подчеркивает он.

Понимание психического заболевания как остаточного отклонения помещает его в ракурс социологических и антропологических исследований, и, реализуя этот подход, Шефф выдвигает несколько положений, которые характеризуют эту новую социологическую концепцию.

1. Источники нарушения правил при остаточном отклонении весьма разнообразны. Они могут быть органическими или психологическими, это может быть результат внешнего напряжения или внутреннего волевого акта. При этом большинство исследований до сих пор сосредоточиваются преимущественно на органических или психологических источниках.

2. По сравнению с процентом зафиксированных случаев психических заболеваний процент не замеченных медициной остаточных отклонений существенно выше. Такие нарушения часто не замечаются, а если и фиксируются, то могут рационализироваться как выражение оригинальности. Так проявляется нормализация.

3. Большинство случаев остаточного нарушения правил нормализованы и временны. Такие отклонения распространены среди «нормальных» людей и не достигают момента медикализации, поскольку быстро проходят и не воспринимаются при этом как признаки психического заболевания.

4. Стереотипные образцы психических расстройств закладываются в раннем детстве. На основании некоторых наблюдений можно говорить, что базис для последующего развития отклонения закладывается в раннем школьном возрасте. Большую часть образцов поведения дети при этом заимствуют не от взрослых, как принято считать, а от своих сверстников, немалое значение также имеют образы, пришедшие из детских страхов.

5. Стереотипы безумия непреднамеренно, но постоянно подкрепляются в социальном взаимодействии. Несмотря на то что многие взрослые не знакомы с медицинским понятием психического заболевания, стереотипы безумия постоянно поддерживаются средствами массовой информации и в обычном социальном взаимодействии. По отношению к социальному порядку они выполняют функцию стабилизации и поэтому интегрируются в психологию всех членов группы. Возможно, они играют также роль контрастной концепции или контрастного характера для социального сравнения и самооценки. В ответ на стереотипы безумия могут развиваться две разновидности социальной реакции: нормализация и стигматизация. Реакция нормализации возникает в большинстве случаев, иногда же запускается реакция стигматизации. В этом случае она идет по пути не приуменьшения, а преувеличения. В ряде случаев за поведением, которое основано на остаточном отклонении, не артикулированной культурой, закрепляется стереотип психического расстройства и таким образом культура наконец-то артикулирует и определяет его, а само отклонение посредством этой артикуляции и стереотипизации стабилизируется.

6. Стигматизированные девианты могут поощряться за то, что они играют стереотипную ожидаемую роль. Формирование идентификации психически больного связано с ролевым поведением. Окружение может определенным образом вынудить человека играть ожидаемую от него роль, даже если при этом ему самому она не очень импонирует. Важным моментом развития психического заболевания поэтому является моделирование роли психически больного, основанное на развитии защитной реакции на внешнее напряжение. И психическое заболевание понимается исключительно в социологическом ключе как реакция на социальное

---

<sup>625</sup> *Schef T. Schizophrenia as Ideology. P. 8.*

воздействие, как вторичное отклонение.

7. Стигматизированные девианты в том случае, если предпринимают попытку вернуться к обычной роли, наказываются. Необходимой составляющей процесса стигматизации, таким образом, становится блокирование возможности возвращения к недевиантной роли после того, как клеймо было публично идентифицировано. Не существует бывших психически больных, эта роль закрепляется за человеком надолго, если не навсегда, и она постоянно влияет на жизнь человека в обществе.

8. В ситуации кризиса, когда нарушитель остаточных правил уже подвергнут стигматизации, девиант становится крайне внушаемым и может принять навязываемую роль безумца как единственную альтернативу. Девиант переживает в ситуации стигматизации смущение, стыд и состояние безысходности, но в таком же кризисе и безвыходной ситуации находится и окружение девианта, поскольку его поведение, его нарушения не поддаются определению в данной культуре, и что с этим делать, непонятно. Роль психически больного оказывается выходом для обеих сторон. Девиант принимает роль психически больного и идентифицируется с ней. С позиций этой роли он начинает оценивать себя, она становится частью его ролевого словаря, его поведение начинает следовать стереотипам безумия и органично отвечает теперь на реакции других. Так все становится на свои места. Шефф подчеркивает: «Помещая причины остаточного отклонения внутрь девианта, она [концепция психического заболевания] поддерживает существующее эмоциональное/межличностное статус-кво»<sup>626</sup>.

9. Как и остаточное нарушение правил, стигматизация является одним из самых важных моментов жизни человека с остаточным отклонением. Не всякое остаточное отклонение может привести к тому, что человек становится психически больным. Только если происходит достаточно интенсивная социальная реакция, запускается процесс стигматизации.

Социальная роль психически больного, как отмечает Шефф, может выполнять различные функции на самых разных стадиях процесса остаточного нарушения. В самом начале клеймения она лишь дает название нарушению правил. Его корни другие, но иначе их определить нельзя. Когда нарушение правил становится проблемой, которая не снимается нормализацией, клеймение приводит к конституированию образца поведения, органично согласовывающегося со стереотипными ожиданиями других. Когда человек принимает роль психически больного, эта роль становится частью его «я»-концепции.

Самым важным вопросом, который касается остаточного отклонения и который, по признанию Шеффа, социологам еще предстоит решить, является вопрос об условиях, влияющих на интенсивность социальной реакции и способствующих переходу от остаточного отклонения к клеймению, поскольку социальная реакция – ключевой момент становления человека психически больным.

Шефф отмечает, что все разнообразие приводящих к клеймению условий может быть классифицировано с позиции природы нарушения правил, нарушающего их человека и группы, где это нарушение происходит. При этом интенсивность социальной реакции на остаточное нарушение правил зависит от: 1) степени, объема и заметности нарушения правил; 2) силы престапующего правила и расстояния между ним и агентами социального контроля; 3) уровня толерантности общества и 4) наличия в культуре альтернативных недевиантных ролей<sup>627</sup>. Все

---

<sup>626</sup> Schef T. Being Mentally Ill... P. 58.

<sup>627</sup> Schef T. Being Mentally Ill... P. 94.

эти четыре условия становятся причинами запуска клеймения, только являясь частью единой динамической системы взаимосвязи между нарушителем остаточных правил и социальной реакции. Шефф замечает, чем больше нарушающий правила входит в роль психически больного, тем больше он признается психически больным другими; но чем больше он идентифицируется с ролью психически больного другими, тем больше он входит в эту роль и т. д.

Процесс клеймения и стигматизации являе тся, таким образом, порочным кругом, само остаточное нарушение представляется Шеффом как система составных модулей-подсистем<sup>628</sup>: модуль нарушения остаточных правил; вариативный модуль, который отфильтровывает большинство случаев; кризисный модуль; модуль «я»-концепции нарушителя правил; модуль социального контроля, который принуждает девианта исполнять стереотипную социальную роль; модуль навязанного поведения. При этом все модули системы взаимодействуют друг с другом (рис. 4).

Несмотря на достаточную проработанность модели, в ней, по признанию Шеффа, еще есть белые пятна, которые предстоит прояснить. Поэтому необходимы исследования: 1) выраженности и распространенности нарушений остаточных правил; 2) стереотипных представлений о психических расстройствах; 3) подкрепления стереотипной девиации, блокирования возвращения к обычным ролям и внушаемости нарушающих правила в ситуации кризиса; 4) условий нормализации и клеймения остаточного отклонения<sup>629</sup>. Однако Шефф отмечает, что, несмотря на рудиментарность утверждений и множество белых пятен, его теория представляет собой социологическую альтернативу медицинской гипотезе.

---

<sup>628</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 95.*

<sup>629</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 97.*



## РИС. 4. Блок-схема развития остаточного отклонения

Теория нормализации – одно из самых проблемных мест не только теории Шеффа, но и теории стигматизации вообще. Если механизмы стигматизации можно понять благодаря выраженным случаям девиантности, то понимание механизмов нормализации сталкивается с трудностями. В частности, для того чтобы исследовать нормализацию, нужно своевременно выделить случаи отклонений, до включения ее механизмов, а это проблематично. Действительно, и в социологии, и в психиатрии описаний нормализации в отличие от картин стигматизации не так уж много.

Множество противоречий теории остаточного отклонения привело к критике самой концепции. Причина тому – множество белых пятен и расхождений теоретических постулатов и практических следствий. Центральной здесь явилась дискуссия Шеффа с Уолтером Гоувом, продолжавшаяся около 15 лет и нашедшая отражение в серии публикаций<sup>630</sup>. Гоув в ряде работ указывает, что толкование психического заболевания как социальной реакции подтверждается лишь некоторыми эмпирическими данными, и даже те ставят эту теоретическую перспективу под вопрос. На его взгляд, госпитализируемые индивиды еще до госпитализации имеют серьезные психические нарушения, и даже если и есть данные, указывающие на действительное влияние стигматизации на течение психического расстройства, то они требуют прояснения. Гоув настаивает, что «имеющиеся данные о том, как люди становятся психически больными, показывают, что формирование социальной реакции идет совершенно не так, как описал Шефф»<sup>631</sup>.

Не уставали критиковать Шеффа за недостаточность фактической и исследовательской базы и другие исследователи. Так, Лори Резнек называет его теорию жесткой теорией клеймения, в основе которой лежит отрицание реальности психического заболевания и постулирование: то, что считается психическим заболеванием, определяется несоответствием социальным стереотипам и представляет собой выражение социальной роли. Резнек опровергает эту теорию по семи пунктам (он подкрепляет эти опровержения ссылками на конкретные клинические исследования, которые мы опускаем).

1. Данная теория предполагает, что поведение человека должно оставаться нормальным, пока он не стигматизирован и не заклеен. Если психическое заболевание – это ролевое поведение до начала разыгрывания роли, оно не развивается. Однако клинические данные показывают, что те, кто был признан психически больным и госпитализирован, показывает патологическое поведение еще до этого.

2. Предполагается, что поведение не становится хронически патологическим, пока человек не клеймится. Однако часто больные с хроническими психическими недугами имеют длительный догоспитальный промежуток.

3. Если бы клеймение усиливало отклонения, то после госпитализации и диагностики у психически больных наблюдалось бы ухудшение самочувствия, но так не происходит.

4. Если клеймение является причиной психического заболевания, то других причин

---

<sup>630</sup> Gove W. R. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation // American Sociological Review. 1970. Vol. 35. No. 5. P. 873–884; Gove W. R. The Labeling Theory of Mental Illness: A Reply to Schef // American Sociological Review. 1975. Vol. 40. No. 2. P. 242–248; Tudor W., Tudor J. F., Gove W. R. The Effect of Sex Role Differences on the Social Control of Mental Illness // Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol. 18. No. 2. P. 98–112.

<sup>631</sup> Gove W. R. Societal Reaction... P. 873–884.



существовать не должно, но существуют подтвержденные данные о влиянии генетики и жизненных обстоятельств.

5. Предполагается, что заклеянные люди находятся в подавленном социальном положении, что те из них, кто принадлежит к более низким социальным классам, будут чаще страдать психическими заболеваниями. Однако данные по шизофрении опровергают эти утверждения.

6. Если психическое заболевание представляет собой лишь разыгрывание ролей, трудно понять, почему человек продолжает играть эту роль даже тогда, когда она уже несовместима с его интеллектуальной, профессиональной и социальной жизнью.

7. Предполагается, что симптомы психического заболевания определяются социальными стереотипами, но, если это так, то они должны различаться в разнообразных культурах. Исследования опровергают этот факт: симптомы психических заболеваний приблизительно одинаковы вне зависимости от культуры<sup>632</sup>.

Резнек приходит к следующему выводу: Шефф так и не доказал, что психического заболевания не существует, а лишь показал, что культурные стереотипы влияют на его форму и прогноз. Это не подрывает, а дополняет медицинскую парадигму, поэтому теория Шеффа функционирует внутри нее<sup>633</sup>.

Теория Шеффа была воспринята и в позитивном ключе. Как отмечают Маршалл Клинард и Роберт Мейер в своей работе «Социология отклоняющегося поведения», эта теория имеет ряд преимуществ: 1) в ней учтены нормативные аспекты психических расстройств, а само психическое заболевание трактуется как отклонение от остаточных норм; 2) она акцентирует внимание на том, как люди осознают и воспринимают нормы и образы, связанные с безумным поведением; 3) она предлагает убедительную трактовку психических расстройств как развития привычной ролевой деятельности, изменяя только содержание роли. Авторы делают вывод о том, что «эта перспектива не отрицает, что люди могут показывать расстройства, а лишь описывает их социальный контекст»<sup>634</sup>.

Многочисленная критика и дискуссии, развернувшиеся вокруг теории, заставляют Шеффа дополнить ее: он привносит в нее ценностный аспект. Аргументируя включение нового пространства в уже разработанную теорию, он отмечает: то, что считается психическим заболеванием, основано не на фактах, а на ценностях. При этом он абсолютизирует аспект культурной обусловленности норм, который он развивал применительно к остаточному отклонению, и говорит о социальном и культурном характере психического заболевания.

Его взгляд традиционен для критической социальной теории. Он подчеркивает, что в современной культуре все люди должны разделять определенный образ мысли, определенные нормы и ценности. Усвоение общепринятых норм и правил происходит в детстве, и это первая точка релятивизма норм, поскольку то, от чего в одной культуре ребенок должен отказаться, в другой может быть общепринятым. Шефф отмечает: «Чтобы проиллюстрировать нормы реальности, давайте посмотрим на те усилия, которые западные родители прикладывают для того, чтобы убедить своих детей, что их сны и кошмары нереальны, но реальны микробы и болезни. Ребенок видел и переживал кошмары, но никогда не видел микробов. После

<sup>632</sup> *Reznek L.* *The Philosophical Defence of Psychiatry.* L.; N.Y.: Routledge, 1991. P. 108–109.

<sup>633</sup> *Reznek L.* *The Philosophical Defence of Psychiatry.* L.; N.Y.: Routledge, 1991. P. 120.

<sup>634</sup> *Clinard M. B., Meier R. F.* *Sociology of Deviant Behavior.* 14th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2011. P. 483.

некоторого сопротивления родители все же убеждают его. Но в некоторых традиционных культурах схема противоположна: сны реальны, а микробы нет»<sup>635</sup>.

Для Шеффа психическое заболевание отражает акт ценностного выбора, причем точно такой же, как выбор поведения и ценностей, считающихся нормальными: выбор традиционно западных идеалов самоактуализации. «По-видимому, – пишет он, – психическое здоровье является не физическим фактом, но ценностным выбором в отношении того, какими людьми мы *должны* быть и какие ценности мы должны поощрять в нашем обществе»<sup>636</sup>. Мир психически больных и их ценности, как констатирует Шефф, отличаются от мира, в котором живет большинство, но какая из этих реальностей лучше, для него вопрос неоднозначный: «Согласно общепринятому взгляду на шизофреников, они неспособны или не желают бомбить мирных граждан, вырубать леса и уничтожать рисовые поля и нажать на кнопку, которая разрушит большую часть знакомого нам мира. Эти действия совершаются нормальными по общепринятому определению людьми... <...> Быть может, пришло время задуматься над тем, что, возможно, реальность, с которой не могут наладить связь так называемые шизофреники, настолько ужасна, что их взгляд на мир более жизнеутверждающ, чем наша обычная действительность»<sup>637</sup>. Шефф так же переворачивает ориентиры и оценки, как это делали практически все антипсихиатры.

### 3. Социология эмоций

Шефф не останавливается на инструментальном подходе и инструментальной теории и пробует посмотреть на психическое заболевание сквозь призму социологии эмоций – более традиционного для него пространства интереса, которое он разрабатывал на протяжении всей жизни. В предисловии к сборнику «Стигматизованное безумие» он так объясняет этот поворот: «После выхода “Быть психически больным” я стал размышлять над тем, как можно было бы изменить ту систему, которую я описал. Я понял, что для того чтобы воздействовать на социальную институцию безумия, нужно рассматривать эту проблему не только на уровне социальной системы, как это делает теория стигматизации, но и на психологическом уровне. Поэтому я стал искать психологическую теорию, которая могла бы дополнять теорию стигматизации, а не противоречить ей, и обеспечивать таким образом более комплексный подход к проблеме»<sup>638</sup>.

Шефф всячески подчеркивает, что рассмотрение психического заболевания с какой-то одной из этих сторон приводит не только к теоретическим, но и к практическим ошибкам. Индивидуальный подход и индивидуально ориентированная терапия поддерживаются психологической ошибкой, поскольку ясно, что посредством исследования индивидуальной проблемы безумия разрешить нельзя, необходимо вовлечение социального пласта.

---

<sup>635</sup> *Schef T*. On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought // *Labeling Madness* / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975. P. 18.

<sup>636</sup> *Schef T*. On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought // *Labeling Madness* / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975. P. 15.

<sup>637</sup> *Schef T*. On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought // *Labeling Madness* / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975. P. 18–19.

<sup>638</sup> *Schef T*. Introduction // *Labeling Madness*. P. 2.

Исключительно социально-ориентированный подход к этой проблеме, основанный на социологической ошибке, также приводит к тупику. В эту ошибку, на его взгляд, отчасти впали идеологи движения терапевтических сообществ, в нее также впадают политические лидеры и революционеры. По убеждению Шеффа, нельзя просто изменить социальные структуры, не меняя людей, точно так же, как невозможно менять людей, не меняя социальных структур. Следствием этой социологической ошибки становится то, что старые социальные структуры автоматически переходят в новое общество как закрепленные и автоматические социальные паттерны строящих это общество участников. «Для долгосрочных фундаментальных изменений социальных институций, – подчеркивает Шефф, – необходимо сочетание индивидуальных и социальных изменений. Индивидуальные изменения должны осуществляться в контексте, который способствует соответствующим изменениям социальной структуры. Точно так же программы, предусматривающие институциональные изменения, должны касаться личности индивидов, которые будут проживать в новых институциях. Понятно, что сочетать эти два уровня изменений совсем не просто»<sup>639</sup>.

Обращаясь к эмоциональной составляющей развития отклонения, в частности, психического заболевания, Шефф отмечает, что социология традиционно сосредоточивала свое внимание на инструментальных аспектах функционирования девианта в обществе и самого развития девиации. Упоминание же эмоций, как правило, фрагментарно; но, на его взгляд, циркуляция эмоций в социуме, в том числе и по отношению к формированию девиации, требует подробного исследования.

Задаваясь целью совмещения теории эмоций и теории стигматизации, Шефф ставит две задачи: попытаться определить девиацию как процесс и описать этот процесс посредством основных социологических и психологических понятий<sup>640</sup>. Надо признать, что Шефф осознает все ограничения теории стигматизации, отмечая, что она является лишь линейной теорией чрезвычайно сложного и многогранного пространства человеческого опыта, поэтому по большей части ценна как альтернативная по отношению к медицинской модели истолкования психического заболевания. Поэтому-то он и стремится дополнить ее психологическим пластом. И здесь он находит связующую нить – психологически-социологическую дихотомию клеймения (*labeling*) и отвержения (*denial*).

Центральным пространством манипуляций и управления в жизни человека, в особенности в детстве, является эмоциональная сфера. Именно в этой сфере ребенок получает опыт первого социально-психологического конфликта и первый опыт отвержения. Шефф переосмысляет фрейдовскую идею исходного для личностного развития конфликта между желанием ребенка и родительскими запретами и говорит, что первой ситуацией, которая может его спровоцировать, является крик и плач младенца. Посредством крика и плача младенец непосредственно выражает свои чувства, сообщает их родителям и одновременно может ими управлять: привлечь их внимание и лишить сна, а также вызвать чувство вины. Родители как-то реагируют на плач младенца, и, по Шеффу, тип этого реагирования закладывает не только платформу будущих детско-родительских отношений, но и формирует базис индивидуальности ребенка.

Здесь два традиционных пути социализации плача, социализации чувств ребенка: 1) игнорирование и подавление плача, наказание ребенка; 2) поиск источника эмоционального дискомфорта и его устранение, отзывчивость. Эти две реакции на детский плач, как отмечает

---

<sup>639</sup> Scheff T. Introduction // Labeling Madness. P. 3.

<sup>640</sup> Scheff T. Labeling, Emotion, and Individual Chance // Labeling Madness. P. 75.

Шефф, соответствуют двум типам коммуникативных стратегий по М. Буберу, отношениям «я – оно» и «я – ты». В первом случае родители овеществляют ребенка и воспринимают его как проблему, игнорируя его уникальный эмоциональный опыт, во втором случае эмоционально откликаются на чувства ребенка, взаимодействуя с ним как личность с личностью. Первая стратегия оказывается губительной для формирования личности ребенка и его поведения во взрослом возрасте: такой человек привыкает подавлять свои эмоции и внешне начинает казаться бесчувственным, одновременно развивается нетерпимость к эмоциям других людей, такая же, какую когда-то демонстрировали его родители. Стало быть, ребенок, крик которого игнорируют, может вырасти отчужденным взрослым, который не чувствует эмоциональной близости с другими людьми и сам демонстрирует эмоциональную холодность.

Принципы социализации младенческого плача, по Шеффу, тесным образом связаны с принципами социальной организации общества, поэтому преодоление репрессии эмоций как на социальном, так и на индивидуальном уровне может привести к социальной спонтанности, развитию солидарности и изменению параметров социальной стратификации общества, т. е. к смягчению жестких социальных структур.

Во взрослом возрасте принятие и отвержение, которые первоначально являются ответом на младенческий плач, выражаются как эмоции гордости и стыда, и эти эмоции Шефф называет центральными в цикле развития остаточного отклонения. На его взгляд, именно нераспознаваемый стыд может стать причиной как основного, так и вторичного отклонения. Внутри самой семейной системы он приводит к основному отклонению, при взаимодействии семьи и общества индуцируется вторичное отклонение<sup>641</sup>. В качестве парной к стыду Шефф называет эмоцию гордости. Гордость – это признак сохранных социальных связей, а стыд, чувство позора – признак связей нарушенных.

Гордость и стыд выступают не только эмоциями, но и своеобразными сигналами: гордость отмечает прямой взгляд, уверенность и уважение, стыд показывает уход от взгляда и стремление спрятаться от других. В ответ мы так же автоматически реагируем. Шефф отмечает: «Гордость и стыд тем самым служат инстинктивными сигналами как самому себе, так и другим, которые говорят о состоянии связи. Под состоянием связи я подразумеваю сочетание сплоченности и отчуждения в специфических социальных отношениях. Надежная связь сопровождается взаимопониманием и взаимной идентификацией. Разрушенная связь отмечена их отсутствием. Реальные отношения проходят где-то между этими двумя крайностями»<sup>642</sup>. Начиная с детского возраста сигналы гордости и стыда маскируются и игнорируются и распознать их во взрослом возрасте уже проблематично.

Эмоции гордости и стыда и механизмы их дифференциации включаются в сложную систему социальных санкций. Функционируя практически непрерывно, эта система опирается в основном не на официальные и вербальные награды и наказания, но на повседневные невербальные поощрения и запреты. Эта система санкций может носить воображаемый характер и действовать даже когда человек находится один. Психическое заболевание как раз и запускает такие эмоциональные санкции<sup>643</sup>.

Здесь имеет место своеобразная цепная реакция: отклонение в поведении вызывает

---

<sup>641</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 157.*

<sup>642</sup> *Schef T. Being Mentally Ill... P. 159.*

<sup>643</sup> *Schef T. Shame and Conformity: The Deference-Emotion System // American Sociological Review. 1988. Vol. 53. P. 396.*

реакцию стыда со стороны других, стыд провоцирует гнев, который усиливает стыд и гнев в семейной системе. Реакция идет в три стадии: разрушенная связь; дисфункциональная коммуникация; разрушительный конфликт. Выбраться из этого круга практически невозможно. Циркулярность стыда и гнева, по Шеффу, указывает на то, что реакция стыда является вдвойне социальной: во-первых, стыд возникает вследствие социального самоконтроля, а во-вторых, стыд становится источником последующего стыда<sup>644</sup>. На его взгляд, неосознаваемый стыд блокирует возможность восстановления разрушенных социальных связей, запуская при такой попытке еще большее отчуждение. «Неразличимый стыд и отчуждение – эмоциональные и коммуникационные стороны одной и той же динамической системы, цикла насилия»<sup>645</sup>, – подчеркивает Шефф.

Социальные исследования эмоций при психических расстройствах Шефф развивал на примере депрессии. В 1964–1965 гг. в качестве исследователя-наблюдателя он работает в психиатрической больнице Шенли (присутствует при общении психиатров с пациентами) и на основании 85 случаев формулирует свою социологическую теорию депрессии.

Шефф основывает свои теоретические построения на том, что корень депрессии в недостатке надежных социальных связей. На его взгляд, социальные связи депрессивных больных, как правило, разрушены или ненадежны<sup>646</sup>. Слабость социальных связей ведет к недостатку обратных связей и отчуждению, а это, в свою очередь, ведет к развитию у депрессивных больных определенного эмоционального фона. И здесь Шефф опровергает расхожее мнение о том, что основными эмоциями депрессии являются горе или гнев, и говорит о том, что на основании его наблюдений можно заключить, что депрессивные больные демонстрируют проявления стыда: мягкий неуверенный голос, отсутствие зрительного контакта, медлительность, тревожность и самообвинения. Как отмечает Гарри Холлоуэй в своем комментарии на теорию Шеффа, «стыд и его следствия пронизывают нашу культуру. Депрессия является одним из самых распространенных выражений эмоционального дистресса и психических заболеваний в нашем обществе. Поэтому закономерно, что они должны быть связаны»<sup>647</sup>. По Шеффу, депрессия развивается от социальной интеграции к индивидуализации, и индивид постепенно дистанцируется от общества.

Теория депрессии Шеффа, опубликованная в журнале «Психиатрия», вызвала множество откликов. Психиатры, опираясь на свои собственные клинические исследования, подтверждали и дополняли его выводы. Так, израильский психиатр Голан Шахар отмечал: «Статья Шеффа, принадлежа к нарастающей волне качественных исследований депрессии, важна не только потому, что она представляет из первых уст “голос депрессии”, но также и потому, что она налаживает связь между исследованиями депрессии и социологией эмоций»<sup>648</sup>. Так, несмотря

---

<sup>644</sup> *Schef T.* Shame and Conformity: The Deference-Emotion System // *American Sociological Review*. 1988. Vol. 53. P. 400.

<sup>645</sup> *Retzinger S., Scheff T.* Emotion, Alienation, and Narratives: Resolving Intractable Conflict // *Conflict Resolution Quarterly*. 2000. Vol. 18. No. 1. P. 71–85.

<sup>646</sup> *Schef T.* Shame and Community: Social Components in Depression // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 216.

<sup>647</sup> *Holloway H. C.* Shame, Loss of Face, and Other Complexities: Which is Cause, Which is Effect, and How Does it Work? // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 242.

<sup>648</sup> *Shahar G.* Personality, Shame, and the Breakdown of Social Bonds: The Voice of Qualitative Depression Research // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 228–229.

на исключительно социологическую направленность, эта теория послужила важным дополнением к клиническим выводам психиатров.

#### 4. Социальная теория клеймения

Шефф предложил достаточно проработанную теорию стигматизации<sup>649</sup>. Согласно ей, психическое заболевание понимается не как индивидуальное психическое нарушение, но как результат социальных процессов, вовлекающих как самого человека, так и окружающих, которые реагируют на его поведение и стигматизируют его. В этом отношении он следовал уже сложившейся в социологии традиции. Еще в первой половине XX в. начинает развиваться так называемая теория навешивания ярлыков, теория клеймения, или теория стигматизации, – именно так переводятся на русский язык «labeling theory» и «theory of stigmatization». Основоположники этой теории Говард Беккер, Эдвин Лемерт, Кай Эриксон и др. начинают объяснять факты девиации и исключения из общества в социальном контексте: не как индивидуальные, психологические феномены, а как феномены, порожденные группой.

Первоначально теория клеймения развивается в рамках социологии девиаций и криминологии, в область психиатрии ее переводят главным образом Гофман и Шефф, тем самым способствуя обращению и других социологов к проблематике психических отклонений. В 1967 г. под редакцией Шеффа выходит сборник «Психическое заболевание и социальные процессы», где он собирает знаменитых и начинающих социологов и врачей, которые представляют наброски теории психического заболевания как результата стигматизации. Особенно любопытными в этом ряду оказываются работы классиков этого направления Эдвина Лемерта и Кая Эриксона, развивающих свои уже принятые сообществом идеи в пространстве психиатрии.

Эдвин Лемерт, один из основоположников социального подхода к девиациям, предлагает социально-ориентированную теорию паранойи. Он задается целью выйти за пределы концепции паранойи как болезни, состояния и синдрома и переместить локус теории с индивида на межличностные отношения и социальные процессы. В этом случае, на его взгляд, можно отказаться от концепций ранней детской травмы, а также теории блокировки психосексуального развития. Лемерт основывает свою теорию на ряде социологических работ и исследований, подчеркивая, что его идеи не являются лишь априорными допущениями, а базируются на масштабном теоретическом и эмпирическом материале. Он, если можно так сказать, встает на сторону параноика, утверждая, что многие качества, которые больной приписывает окружению и обществу, действительно объективны, и социальная группа со своей враждебностью играет немалую роль в формировании параноидной стратегии поведения.

Лемерт выделяет взаимосвязанные полюсы отношений, в перспективе которых одни и те же явления могут представляться различными и даже противоречащими трактовками, – это полюсы самого параноика и окружающей его социальной группы. При этом в перспективе других отношения с участием параноика характеризуются: 1) игнорированием ценностей и норм группы, приоритетным вниманием к вербальным, а не к само собой разумеющимся и не озвучиваемым ценностям, идеями преследования и страхом; 2) игнорированием глубинной структуры группы и вниманием к формальному<sup>650</sup>.

---

<sup>649</sup> См.: *Bean Ph.* Psychiatrists' Assessments of Mental Illness: A Comparison of Some Aspects of Tomas Schef's Approach to Labeling Theory // *Crime: Critical Concepts in Sociology* / Ph. Bean (ed.). L.; N.Y.: Routledge, 2003. P. 97.

<sup>650</sup> *Lemert E. M.* Paranoia and the Dynamics of Exclusion // *Mental Illness and Social Process* / T. Schef (ed.). N.Y.;

Параноик представляется группой как неоднозначная, противоречивая фигура, которая вследствие непонимания имплицитных ценностей и глубинной структуры не может понять, что нужно группе и на что она ориентирована, поэтому не может, как большинство ее членов, быть лояльным к ней. Так параноик выделяется из общей социальной массы. Следствием этого и является представление об опасности параноика для социальной группы. Параноик не выражает социального доверия и лояльности, неся угрозу разоблачения неформальных властных структур.

Исходя из перспективы отношения параноика к группе, заметными становятся следующие ее качества: 1) иллюзорность и лживость отношений как внутри группы, так и между группой и им самим; 2) нескрываемая неприязнь группы по отношению к нему; 3) структурное исключение самого себя из группового взаимодействия<sup>651</sup>.

Наложение этих двух перспектив приводит к взаимному недоверию и нарушению отношений. При этом ложное взаимодействие проявляется в: 1) блокировании потока информации к эго; 2) несоответствии между выражаемыми человеком идеями и аффектами собеседников; 3) противоречивости ситуации и группового образа в том виде, в каком они предстают для эго и других<sup>652</sup>. Ложные отношения и запускают сопровождающий паранойю процесс исключения.

Этот процесс начинается с малых групп, в которые включен индивид: с семьи, ближайшего окружения – друзей, соседей, сослуживцев. Он часто запускается событиями, которые приводят к изменению социального или психологического статуса индивида: потеря близкого человека, изменения в профессиональной сфере, физиологические изменения (в частности, старение), изменение семейного статуса и проч. Сам процесс не однозначен и не целостен. Он сопровождается многочисленными трансформациями восприятия и реакции на параноика со стороны различных членов группы, нерешительностью, чувством жалости и проч., которые иногда временно инвертируют процесс.

На первых этапах процесс исключения является неформальным и неофициальным, и социальный статус параноика какое-то время остается неизменным. Он просто постепенно исключается из сети межличностных отношений. Однако в силу различных причин, приводящих к организационному кризису группы, исключение может стать официальным. В результате социальный статус параноика меняется: он теряет работу, семью, друзей или перемещается на другую должность и получает в ответ качественно другие отношения.

Формальное официальное исключение сопровождается образованием заговорщицкой коалиции, которая начинает выступать против параноика. Лемерт это всячески подчеркивает: паранойя имеет социальные основания, у параноика не просто формируется бред преследования, он имеет под собой социальную основу, поскольку сам процесс исключения предполагает нечто вроде социального заговора. Результатом социального заговора становится помещение человека в психиатрическую больницу.

После акта исключения параноик практически никогда не может вновь вернуться в

---

Evanston; L.: Harper & Row, 1967. P. 277.

<sup>651</sup> *Lemert E. M. . Paranoia and the Dynamics of Exclusion // Mental Illness and Social Process / T. Schef (ed.). N.Y.; Evanston; L.: Harper & Row, 1967. P. 277–278.*

<sup>652</sup> *Lemert E. M. . Paranoia and the Dynamics of Exclusion // Mental Illness and Social Process / T. Schef (ed.). N.Y.; Evanston; L.: Harper & Row, 1967. P. 280.*



группу. Для него закрываются все каналы коммуникации: он не может ни сообщить что-либо социальной группе, ни получить от нее обратную связь. Следствием этого становится то, что для параноика закрываются все пути к исправлению и возвращению в группу, поскольку он больше никак не может получить информацию о ценностях и эталонах поведения группы, чтобы откорректировать собственный опыт и поведение. Таким образом, по Лемерту, неизлечимость паранойи – следствие социального исключения.

Поддерживает точку зрения Лемерта Кай Эриксон, который рассматривает девиацию, в том числе психическое заболевание, в свете ее функционального значения для социальной системы. Он отходит от описания девиации как дисфункции и настаивает на ее позитивном значении для общества. На его взгляд, многочисленные девиации указывают на институциональные границы, границы контроля и пределы управления системой. «Поэтому границы, – подчеркивает он, – это достаточно жесткий ориентир для человека в любой системе, выражающийся на специфическом для группы языке и в рамках ее традиции»<sup>653</sup>. Именно посредством обозначения границ группа очерчивает свои исходные и окончательные пределы, а также выделяет разновидности опыта и поведения, которые допускает внутри своего социального пространства.

Это представление о границах описывается посредством социальных отношений – центрального социального языка. Поэтому образцы отношений, устойчивые паттерны социального поведения и образуют область явления и закрепления представлений о дозволенных границах. Важным моментом здесь, как подчеркивает Эриксон, является то, что, несмотря на видимую форму и устоявшиеся представления, социальная норма очень редко является устойчивым и неизменным образованием. Она – абстрактный синтез чувств и поведения в какой-либо ситуации. «Таким образом, – указывает Эриксон, – история нормы подобна истории законодательной статьи: она представляет собой аккумуляцию решений, принятых в сообществе за длительный промежуток времени, которая постепенно приобретает достаточный моральный вес для того, чтобы служить прецедентом для будущих решений»<sup>654</sup>. И кроме того, норма всегда остается нормой только если регулярно используется как основание для новых суждений и решений.

Девиация является обратной стороной нормы и, так же как норма, для того чтобы сохраняться, должна постоянно использоваться, присутствие девиации подчеркивает границы норм и границы социальной группы. Поэтому, как считает Эриксон, так часты сообщения о девиациях – убийствах, кражах и проч. в новостях: газетные, радио– и телесводки являются основным источником знаний о нормативных системах социальной группы.

Развивая эту логику, Эриксон задается очень важным в социальном плане вопросом: означает ли это, что общество постоянно поддерживает определенную долю девиаций? Пока на этот вопрос, на его взгляд, ответить невозможно: социология не располагает еще соответствующим языком и концептами, но некоторые факты указывают на это. «...Множество институций, призванных сдерживать девиации, – отмечает он, – в действительности функционируют так, что поддерживают их»<sup>655</sup>. Например, тюрьмы и больницы вместо того чтобы уничтожать девиацию, помогают и дают приют огромному количеству людей с

---

<sup>653</sup> Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance // Mental Illness and Social Process. 1967. P. 298.

<sup>654</sup> Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance // Mental Illness and Social Process. 1967. P. 299.

<sup>655</sup> Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance // Mental Illness and Social Process. 1967. P. 300.

отклонениями от нормы. Более того, как подчеркивает он, подобные институты способствуют объединению девиантов в сплоченные и обособленные группы, где передаются, применяются и культивируются паттерны девиантного поведения. Так закрепляется отчужденность групп и индивидов с отклонениями от общества.

В свете такой трактовки превращение индивида с отклонениями в опыте и поведении в девианта является не актом наказания, а своеобразным ритуалом перехода. Человек в этом случае относится к определенной группе девиантов и часто направляется в специально предназначенное для людей с подобным статусом место. По прохождении ритуала перехода индивид получает новую социальную роль, которая в отличие от большинства социальных ролей не может быть заменена другой: обряд перехода и получение социального статуса девианта, как правило, необратимый процесс. На обыденном уровне устойчивость социальной роли девианта отражается в расхожем представлении о том, что девиант не может измениться. Все эти маркеры, по Эриксону, указывают на то, что общество не только наказывает и вытесняет девиантов, но и поддерживает постоянство их группы. Он заключает: «Этого, конечно, недостаточно, чтобы утверждать, что в целом девиантное поведение “функционально” в том или ином смысле этого термина, но это вынуждает нас усомниться в том, что контролирующие учреждения организованы для предупреждения девиантного поведения или “исправления” проступков девиантов»<sup>656</sup>.

Как мы видим, даже в сопоставлении с классиками теории стигматизации Шефф предлагает наиболее инструментально ориентированную теорию. Если Лемерт говорит о ценностях, то Шефф первоначально пытается определить не основания, а социальные механизмы исключения психически больных. В какой-то мере теория позитивной ценности отклонения Эриксона является по отношению к ней дополнением. Несмотря на то что Шефф неоднократно дополнял ее, теория остаточного отклонения прижилась именно в ее первоначальном смысле. Еще в 1973–1974 гг. в лекционном курсе «Психиатрическая власть» М. Фуко, исследуя диспозитивы власти и дисциплинарные практики, говорил: «Что же касается душевнобольного, то в его лице мы имеем дело, несомненно, с остатком из остатков, с остатком всех дисциплин, с тем, кто не приспосабливается ни к школьным, ни к каким иным дисциплинам, имеющимся в обществе»<sup>657</sup>. Это понимание безумия как остатка остатков до сих пор воспринимается как одна из основных социологических теорий психического заболевания.

В теориях американских социологов – и в теории Гофмана, и в теории Шеффа – мы видим продолжение антипсихиатрической траектории. Направленность их идей, конечно, различна: Гофмана интересует то, что он сам метко называет карьерой психически больного, и те социальные образования, которые его окружают на этом пути; Шефф сосредоточивает свое внимание на социальных истоках психического заболевания как девиации. Если кратко, Шеффа интересует то, что в социальном плане предшествует психическому заболеванию, Гофмана – то, что следует за ним, поэтому их идеи в какой-то степени дополняют друг друга, а вместе они дополняют обобщенную социальную теорию антипсихиатрии.

## IX. Антипсихиатрические идеи во Франции

---

<sup>656</sup> Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance // *Mental Illness and Social Process*. 1967. P. 302–303.

<sup>657</sup> Фуко М. Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / пер. А. В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. С. 72.

## 1. Антиалиенизм и институциональная психиатрия

Франция, страна реформаторов Ф. Пинеля и Ж.-Э.-Д. Эскироля, имела свою антипсихиатрическую историю. Восприняв идеи британской антипсихиатрии на пике ее развития, она строила свою традицию борьбы с психиатрическими институтами. Если британские антипсихиатры были нацелены преимущественно на альтернативные, по отношению к традиционной психиатрии, проекты, то французские активисты всегда работали и реализовывали свои проекты в рамках обычных психиатрических больниц.

Пространство собственного антипсихиатрического протеста было связано во Франции с движением институциональной психиатрии, и начало его формирования, как и в других странах, пришлось на послевоенные годы. В это время под началом коммуниста Люсьена Боннафе (1912–2003) развивается так называемое антиалиенистское движение, направленное против идентификации людей как «своих» и «чуждых», «нормальных» и «ненормальных». Его сторонники ратуют за смягчение психиатрических порядков и за разработку «другой психиатрии», в которой больничная среда использовалась бы как средство лечения и социальной реабилитации. Современная психиатрическая больница, по утверждениям критиков, напротив, превратилась в патогенный институт, наследующий приемы подавления у больниц эпохи «великой изоляции»<sup>658</sup>.

В 1942 г. Боннафе становится директором больницы св. Альбана в Лозере, где предпринимает одну из первых во Франции попыток реформирования. Через некоторое время к его коллективу присоединяется Жорж Кангийем. В годы войны больные голодают, и чтобы спасти их от смерти, Боннафе активизирует персонал и население. В период оккупации он присоединяется к движению Сопротивления и укрывает подпольщиков (в частности, поэта Поля Элюара) в своей больнице. Антиалиенизм приобретает политическое звучание. После войны Боннафе занимает должность консультанта Министерства здравоохранения и ведет активную деятельность по привлечению внимания общественности к проблеме психического заболевания и психиатрических больниц: организует национальные дни психиатрии, проводит выставки творчества душевнобольных. С конца 1940-х до конца 1950-х годов он разрабатывает и внедряет секторную модель психиатрической помощи, впоследствии принятую и на официальном уровне.

Вокруг Боннафе объединяются Жорж Домезон, Луи Ле Гиллан, Франсуа Тоскель. Это движение и получает название институциональной психиатрии<sup>659</sup>.

Сам термин «институциональная психотерапия» вводит в 1952 г. Жорж Домезон (1912–1979). С 1938 г. он работает директором психиатрической больницы Флери-лез-Обре в Луаре (Орлеан). Начиная с первых шагов в психиатрии Домезон критикует психиатрическую больницу как тоталитарную институцию, основанную на иерархической организации, в которой больной занимает лишь самую нижнюю статусную ступень. Он подчеркивает важность

---

<sup>658</sup> *Bonnafé L.* Dans cette nuit peuplée: 18 textes politiques. P.: Éditions sociales, 1977; *Psychiatrie populaire, par qui? Pour Quoi? Ou Psychodrama.* P.: Éditions du Scarabée, 1981; *Désaléner: folie(s) et société(s).* Toulouse: Presses universitaires du Mirail, 1992.

<sup>659</sup> См.: *Daumezon G.* Action individuelle de la psychothérapie collective // *L'Évolution psychiatrique.* 1952. No. 3. P. 475–506; *Daumezon G., Koechlin P.* Psychothérapie française institutionnelle contemporaine // *Anais portugueses de psiquiatria.* 1952. Vol. 4. No. 4. P. 721–312; *Daumezon G., Bonnafé L.* Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération // *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* P.: Masson, 1946. P. 584–590.

исследований среды, атмосферы больницы и важность выстраивания в ней активного межличностного пространства. Работу своей больницы он строит по примеру скаутских организаций: в ней создаются различные пространства возможной активности (культурной, спортивной и проч.), в которые вовлекаются все – от пациентов до врачей и технического персонала, и проводятся постоянные встречи коллектива.

В рамках деятельности Учебного центра методов активного обучения (Centres d'Entraînement par les Méthodes d'Education Actives, С.Е.М.Е.А.) Домезон организует вечерние курсы и стажировки для врачей и среднего медицинского персонала. Стажировки длились обычно около 10 дней и привлекали по 50–100 человек, обычно персонал 15 различных психиатрических больниц. В рамках этих занятий и встреч Домезон развивает и продвигает модель гуманного отношения к больным: люди обмениваются проблемами и опытом, а потом, разъезжаясь по разным регионам, начинают менять традиционные устои. Многим эти стажировки дают новый взгляд на свою профессию, поэтому они становятся настоящим прорывом в практике психиатрической помощи.

Франсуа Тоскель сменяет Боннафе на посту директора психиатрической больницы св. Альбана, и вместе с больницей во Флери-лез-Обре она становится первым центром зарождающейся из институциональной критики антиалиенизма новой психиатрии – психиатрии институциональной. Тоскель, каталонец, убегая от режима Виши, прибывает в больницу в 1941 г. Его любимыми книгами были диссертация Лакана о паранойе и отчет Германа Симона об эксперименте в немецком Гютерсло. По прибытии в больницу он практически сразу напечатал их в типографии Клуба больных. Эти две работы определили взгляд Тоскеля на психически больного и психиатрическую больницу. Заболевание и его симптомы (бред и галлюцинации), как он считал, следуя за Лаканом, имеют свой смысл, этот смысл нужно уметь понять и обеспечить пространство для его проговаривания. От Симона он заимствовал идею о том, что необходимо концентрироваться одновременно на институции и на больных, заботясь о каждом из них. Специфическое сочетание этих влияний сформирует характерный для Тоскеля акцент на среде, эрго– и социотерапии. Именно из стен больницы св. Альбана выйдут другие активисты институциональной психиатрии, в частности, Франц Фанон и Жан Ори.

Жан Ори присоединился к группе психиатров психиатрической больницы св. Альбана в 1947 г. В 1953 г., покинув вместе с больными и санитарями больницу Сомери, Ори организует в особняке «La Borde» одноименную клинику, которая начинает функционировать по принципам институциональной психотерапии: демократического централизма, взаимоперехода умственного и ручного труда и антибюрократизма. Все это выражалось в клинике «La Borde» в сломе традиционной ролевой структуры, постоянной смене рода деятельности и институциональном хаосе. В чем-то жизнь этой клиники напоминала жизнь всякого терапевтического сообщества. Врачи и пациенты часто менялись ролями и занимались разнородной деятельностью, каждый день сменяя друг друга: они работали на кухне и в типографии, сторожили здание и присматривали за порядком. Практиковались общие собрания коллектива, проводились семинары и лекции. «La Borde» так же, как и Кингсли-холл, был еще и культурным центром.

Вокруг Тоскеля, Домезона и Ори постепенно начинают складываться союзы активистов и антипсихиатрические группы. В 1951 г. на организованном Анри Эем и тогда уже ставшем традиционным конгрессе в Бонневале обсуждаются проблемы и достижения групповой психотерапии. Тоскель презентует свой опыт работы и реформирования в больнице св. Альбана. После доклада разгорается бурное обсуждение используемых им методов и техник. В 1957 г. на конгрессе в Цюрихе Ори говорит о социальном окружении больного и его роли в институциональной психотерапии. В 1957 г. по инициативе Домезона организуется группа

сторонников институциональных трансформаций, психиатров и психоаналитиков, исследующих и использующих групповые феномены в практике терапии и переструктурирования психиатрических институций. В течение двух лет группа проводит активные встречи и мероприятия.

В 1960 г. Ори организует Рабочую группу институциональной психотерапии и социотерапии. В 1965 г. на ее место приходит Общество институциональной психотерапии. Это общество, объединяющее сеть региональных групп, движимо целью преодоления традиционных отношений «врач – пациент» и культивации новых спонтанных общностей – групп-субъектов. Его первым президентом становится Тоскель, который говорит, что «институциональная психотерапия стоит на двух ногах: психоанализе и политике». В этом отношении институциональная психиатрия и психотерапия, к разработке идеи которой присоединяется и Феликс Гваттари, больше напоминает британские доантипсихиатрические терапевтические сообщества. Она точно так же базируется на идее создания множественных пересекающихся рабочих групп и групп по интересам.

Франция знакомится с английской антипсихиатрией осенью 1967 г. на коллоквиуме Федерации групп институциональных исследований, где с докладами выступают Лэйнг и Купер. После этого события французские исследователи начинают активно осваивать и усваивать эту традицию, появляются переводы. Свой собственный политический и социальный антипсихиатрический активизм в пространстве психиатрии во Франции оформляется в начале 1970-х, а точнее в 1972 г., когда несколько молодых психиатров по образцу Группы информации по тюрьмам формируют Группу информации о лечебницах (GIA), деятельность которой была связана с разоблачением случаев недобровольной госпитализации. С апреля 1970 г. начинает выходить журнал «Тетради безумия» (*Cahiers pour la folie*), приблизительно тогда же стартует газета «Пострадавшие от психиатрии борются» (*Psychiatisés en lutte*). Появляются и другие протестные движения и издания.

Во Франции в это антипсихиатрическое движение втягиваются не только психиатры, но и психоаналитики, социологи, философы. В целом даже в своих основных деятелях оно более разношерстно, чем в Великобритании. Французская волна точно так же оформляется вокруг критики психиатрии как институции и практики деинституционализации, но к этим общим элементам добавляется акцент на макрополитике власти и эпистемологии психиатрии. Французская критика развивается уже после британской антипсихиатрии, поэтому она не может не рефлексировать этот виток движения, она словно продолжает антипсихиатрию. Наиболее значимыми фигурами здесь оказываются Феликс Гваттари и Жиль Делёз, Мишель Фуко и Робер Кастель.

## **2. Делёз и Гваттари: критика фамилиализма и персонализма антипсихиатрии**

Тандему «Делёз – Гваттари» антипсихиатрическую нотку придавал второй. В 1955 г. Гваттари присоединяется к психиатру Жану Ори в клинике «La Borde». Позднее он участвует в деятельности Международной сети альтернатив в психиатрии, где в содружестве с другими не менее известными деятелями радикальной психиатрии (Базальей, Купером, Ротелли и др.) инспектирует психиатрические больницы по всему миру и ратует за введение человеческих условий проживания для психически больных. Уже после смерти Базальи и Купера, в 1987 г., эта группа посещает Салоники, а в 1989 г. отправляется на остров Додеканес, посещая местную психиатрическую больницу.

Гваттари пересекался практически со всеми антипсихиатрами. В 1965 г. Франко Базалья

вместе с Джованни Джервисом посетил «La Borde» и, разумеется, считал практику этой клиники чересчур конформистской, таким же конформистским, как мы помним, он считал и Кингсли-холл. Однако и Гваттари не во всем разделял идеи и радикальную практику Базальи, и в этом его всячески поддерживал Ори, оценивая этот лагерь как «опаснейших эстетов». В своем трансверсальном проекте деструктурирования психиатрической больницы Гваттари доходил до предела: в «La Borde» менялись ролями и обязанностями, проблемами и комнатами, но одно оставалось неизменным – само пространство клиники. Клинику как институт в «La Borde» никто упразднить не собирался: ее пространство подлежало реформированию, но не упразднению<sup>660</sup>. В этом и состояло основное расхождение Гваттари с Базальей. Несмотря на то что Гваттари ценил Базалью, занимавшегося реальной практической работой и не впадавшего в излишний теоретический догматизм, для Гваттари он был чересчур радикален, и его деятельность была излишне экстремистской, слишком безнадежной, слишком опережающей события<sup>661</sup>. Поэтому ближе ему была линия британской антипсихиатрии. С Лэйнгом и Купером он познакомился на одной из конференций в 1967 г., когда Франция начала знакомство с антипсихиатрией.

Подобно другим радикальным критикам психиатрии, Гваттари всегда воспринимал психическое заболевание одновременно в медицинском и социальном смысле и всячески подчеркивал, что институциональная психиатрия «никогда не отделяет изучение психической болезни от ее социального и институционального контекста»<sup>662</sup>. И наравне с антипсихиатрической практикой он развивал и антипсихиатрическую критику.

Гваттари отмечает конструктивный вклад Лэйнга в понимание психоза и говорит, что Лэйнг один из немногих смог понять психоз как позитивный процесс, как процесс в Ясперовом смысле – феномен, имеющий собственную ценность, никак не связанную с предшествующей ему жизнью. В «Анти-Эдипе» они с Делёзом подчеркивают: «Во всей психиатрии только Ясперс, а потом Лэйнг, представляли, что означает процесс, каково его выполнение (вот почему они смогли ускользнуть от фамилиализма, который представляет собой общее русло психоанализа и психиатрии)»<sup>663</sup>. И в то же самое время они отмечают, говоря о шизофрении: «Итак, вопрос в первую очередь в том, этим ли он болен – или же, напротив, здесь налицо шизофренический процесс, который является не болезнью и не “крушением”, а “прорывом”, каким бы тревожным и рискованным он ни был: пройти сквозь стену, преодолеть предел, который определяет желаемое производство, пропустить потоки желания. Величие Лэйнга в том, что он, отправляясь от некоторых интуиций, оставшихся у Ясперса довольно смутными, сумел отметить невероятную значимость этого путешествия»<sup>664</sup>.

---

<sup>660</sup> Об этом проекте подробнее см.: Дьяков А. В. Феликс Гваттари, философ трансверсальности. СПб.: Владимир Даль, 2012.

<sup>661</sup> Guattari F. Franco Basaglia: Guerilla Psychiatrist // Guattari Reader / G. Genosko (ed.). Oxford, Cambridge, Mass.: Blackwell Publishers, 1996. P. 45.

<sup>662</sup> Guattari F. Psychanalyse et transversalité: Essai d'analyse institutionnelle. P.: Editions François Maspéro, 1972. P. 230 (цит. по: Дьяков А. В. Феликс Гваттари, философ трансверсальности. С. 528).

<sup>663</sup> Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения / пер. и послесл. Д. Кралечкина. Екатеринбург: У-фактория, 2007. С. 208.

<sup>664</sup> Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения / пер. и послесл. Д. Кралечкина. Екатеринбург: У-фактория, 2007. С. 570.

Таким образом, понимая психоз как процесс, Лэйнг первоначально сумел уйти от того, что Р. Кастель назвал «психоанализмом», – от стремления отыскивать глубинные слои, а Делёз и Гваттари обозначали как фамилиализм – стремление интерпретировать психоз в понятиях семьи, в понятиях Эдипова треугольника. Однако такая продуктивная идея, на их взгляд, обернулась своей противоположностью. Всячески стремясь описать психоз как самостоятельный процесс, Лэйнг и его соратники, напротив, с головой уходят в фамилиализм – и в теории, и в своих практических проектах. Лэйнг одновременно и вскрывает, и обличает фамилиализм, и погрязает в нем: «Быть может, это противоречие особенно заметно у Лэйнга, поскольку он – самый революционный антипсихиатр. Но именно в тот момент, когда он порывает с психиатрической практикой и собирается определить действительный общественный генезис психоза, требуя в качестве условия лечения необходимость продолжения “путешествия” как процесса и как растворения “нормального Эго”, он снова возвращается к наихудшим фамилиалистским, персонологическим и эгологическим постулатам, говоря о том, например, что единственным лекарством может быть “искреннее согласие родителей”, “признание личностей” и открытие подлинного Эго или подлинной самости в стиле Мартина Бубера»<sup>665</sup>.

Краеугольным персонажем в критике фамилиализма становится для Гваттари Мэри Барнс. Именно она, на его взгляд, показала, что антипсихиатрия Лэйнга и Кингсли-холл, как его основной проект, погрязли в фамилиализме и «психоанализме». «...Мэри Барнс, – подчеркивает Гваттари, – была реальным боссом Кингсли-холла. Она это хорошо понимала. Все вращалось вокруг нее. Она лишь играла с Эдипом, тогда как остальные накрепко и без тени сомнения увязли в нем»<sup>666</sup>. Мэри, по убеждению Гваттари, в своем психозе разыгрывает сцены классического Эдипова треугольника, вовлекая в него любящих родителей – Лэйнга и Берка, процессы инфантилизации, сцены кормления из бутылочки и игры со своими экскрементами. Мэри все подвергает интерпретации и движется к глубинам подлинности, за собой в фамилиализм и психоанализ затягивая и весь Кингсли-холл, в том числе и Лэйнга.

Поэтому в глазах Гваттари Лэйнг, а вслед за ним и вся антипсихиатрия предстают словно бы «расколотыми»: революционная практика антипсихиатрии полностью порывает с психиатрической практикой, однако теория антипсихиатрии остается поработанной идеологией гуманизма и персонализма. Теория антипсихиатрии, идеи Лэйнга, на взгляд Гваттари, несут смысл, чуждый изначальным целям проекта<sup>667</sup>. Это противоречие, как Гваттари пишет в 1972 г., вряд ли осознает и сам Лэйнг, и, на его взгляд, остается только надеяться, что он выберется из этого раскола теории и практики: «Возможно ли это, укрыться в персоналистической и мистической мудрости, не став невольным заложником идеологии, миссия которой – подавление и пресечение свободы желания любыми доступными средствами? Будем надеяться, что Лэйнг, который так образцово стремился дистанцироваться от традиционной роли психиатра, опять вернется к реальной борьбе против репрессии психически больных и что он сможет более строго определить условия революционной психиатрической практики, той а-утопичной психиатрии, к которой смогут присоединиться массы передовых работников

---

<sup>665</sup> Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения / пер. и послесл. Д. Кралечкина. Екатеринбург: У-фактория, 2007. С. 567.

<sup>666</sup> Guattari F. Mary Barns's «Trip» // Guattari Reader. P. 52.

<sup>667</sup> Guattari F. The Divided Laing // Guattari Reader. P. 39.



психиатрической системы и сами психически больные»<sup>668</sup>. Как мы помним, этого Лэйнг сделать так и не смог.

Критикуя фамилиализм антипсихиатрии, Гваттари указывает на очень важное ее противоречие и важную черту развития. Если первоначально она была движима целью бунта против социальных институций и целями реформирования, уличала семью в психотизации своих членов, то на выходе обернулась новыми формами социальной реабилитации и семейной психотерапии. Говоря о фамилиализме, Делёз и Гваттари в «Анти-Эдипе» отмечают: «Быть может, это, а не только враждебность традиционных властей как раз и является причиной наблюдающегося сейчас провала инициатив антипсихиатрии, причиной их встраивания в нацеленные на адаптацию формы семейной психотерапии и секторной психиатрии, бегства самого Лэйнга на Восток»<sup>669</sup>.

Гваттари указывает, что Лэйнг так и не смог выйти за рамки антропологии Бейтсона, и во многом его обвинения справедливы. Лэйнг, Купер и вся британская антипсихиатрия в своих критических теориях обличали семью как социальную институцию, выступали против порабощения ею, но когда назрела потребность в практике, они вновь возвратились к наработанным формам терапевтических сообществ, а их последователи обратились к работе с семьей, стимулировав в рамках самой психиатрии развитие социальной и психологической работы с семьями и ближайшим окружением больных шизофренией.

### 3. Мишель Фуко: сеть психиатрической власти

В несколько ином ключе оценивает антипсихиатрию Мишель Фуко. Начиная с первых шагов в философии, его творчество связано с психиатрией, и уже первая книга «Психическая болезнь и личность» посвящена истории ее проекта<sup>670</sup>. Эту линию он продолжает и в «Истории безумия в классическую эпоху». В ней он, все еще находясь под влиянием экзистенциально-феноменологической психиатрии и не расставаясь с надеждой отыскать истину безумия, подобно антипсихиатрам, пытается посмотреть уже поверх него: на исторические и социальные корни его отчуждения<sup>671</sup>.

Более близким к антипсихиатрии оказывается курс Фуко «Психиатрическая власть», прочитанный им в 1973/74 г. Здесь он совершает поворот от самого безумия и его голоса к диспозитиву власти, который разворачивается в рамках институционального пространства психиатрических институций, тому диспозитиву, который для Фуко так же, как для антипсихиатров, отмечен непрекращающейся игрой победы и покорения. Власть оказывается здесь центральным феноменом, конституирующим психиатрическое клиническое пространство. Она определяет статус врача, запускает развитие психиатрических теорий, концептов и объяснительных гипотез и, наконец, задает специфический образ больного, который был наблюдаем вплоть до середины XX в. И антипсихиатрия, несмотря на то что Фуко

---

<sup>668</sup> Guattari F. *The Divided Laing* // Guattari Reader. P. 40.

<sup>669</sup> Делёз Ж., Гваттари Ф. *Анти-Эдип...* С. 567.

<sup>670</sup> Фуко М. *Психическая болезнь и личность* / пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. СПб.: Гуманитарная академия, 2009.

<sup>671</sup> Фуко М. *История безумия в классическую эпоху* / пер. И. К. Стаф. СПб.: Университетская книга; М.: Рудомино, 1997.

всячески подчеркивает, что ни в коем случае не собирается говорить о современности, оказывается тем элементом, который поверяет историю с современной ситуацией, той призмой, через которую прошлое смотрит на настоящее, а настоящее пытается оценить минувшее. Несмотря на то что Фуко всячески дистанцируется от антипсихиатрии, последняя оказывается чуть ли не центральным действующим лицом курса.

В этом курсе Фуко пытается обрисовать диспозитив власти, направляя свое внимание на пространство ее отношений, а не на уровень ее оснований. Поэтому его интересуют и формы лечения, и административные законы и предписания, и архитектурные планы, и конкретные отношения. Все оказывается значимым в этом пространстве, сотканном нитями власти. При этом Фуко отходит от анализа институций, отмечая при этом свои расхождения с анализом психиатрии как социальной институции в антипсихиатрии. На его взгляд, анализ институций дает исследователю лишь готовые объекты, не представляет динамики анализируемого пространства и заставляет так или иначе сосредоточиваться на готовых группах (пациентах, врачах), а не на сети власти. Поэтому Фуко обращается к анализу силовых отношений власти<sup>672</sup>. «Такое рассмотрение психиатрического диспозитива в связке с механизмами власти подтачивает саму сердцевину психиатрии, откуда берут начало ее теоретические и практические завоевания, – ее притязания на специфичность»<sup>673</sup>, – подчеркивает Ж. Лагранж.

Продолжая линию институциональной критики, Фуко задается вопросом, каким образом функционирует институт психиатрии, на самом деле не могущий вылечить психическое заболевание. Парадоксальное отношение к болезни внутри психиатрической больницы обусловлено, на его взгляд, двойным функционированием власти в психиатрии. С одной стороны, пространство психиатрии способствует ее реализации, поскольку именно в психиатрической больнице больной показывает свою болезнь, с другой – психиатрия, как дисциплинарный институт, сглаживает проявления и симптомы безумия. Психиатрия позволяет, таким образом, безумию проявляться, но проявляться особым образом: на тех условиях, которые она допускает и диктует. Фуко подчеркивает: «Институт психиатрической лечебницы как таковой – вот в чем мой анализ расходится с институциональной критикой, – этот дисциплинарный институт имеет своими действительными целью и следствием устранить не безумие, но симптомы безумия, а психиатрическая власть, действующая внутри него и удерживающая индивидов в лечебнице, имеет функцией реализовать безумие»<sup>674</sup>. Власть и управление являются не только силой, объединяющей все пространство психиатрической больницы, но и основным механизмом лечения. Терапевтический эффект достигается за счет эффекта паноптизма, а больница функционирует как настоящая паноптическая машина. «...Больница, – подчеркивает Фуко, – лечит потому, что она – паноптическая машина, лечит как паноптический аппарат. Ведь в самом деле, больница – это машина осуществления власти, введения, распределения, приложения власти по бентамовской схеме...»<sup>675</sup>.

---

<sup>672</sup> В начале лекционного курса Фуко говорит: «Таким образом, прежде всякого института и вне всякого дискурса истины в этой поимке безумия заявила о себе особого рода власть, которую я буду называть “властью дисциплины”» (Фуко М. Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / пер. А. В. Шестакова. СПб.: Наука, 2007. С. 57).

<sup>673</sup> Лагранж Ж. Контекст курса // Фуко М. Психиатрическая власть... С. 432.

<sup>674</sup> Фуко М. Психиатрическая власть... С. 293.

<sup>675</sup> Фуко М. Психиатрическая власть... С. 125.

Средоточием различных аспектов проблемы власти, образом ее диспозитива становится у Фуко фигура врача. Он снимает с него романтический ореол, ореол человека, несущего исцеление, и рассматривает его как проводника реальности власти, руки которого несут не здоровье, а болезнь. Фуко также отмечает, что постепенно на врача перестает возлагаться ответственность за истину болезни, и оказывается, что врач не продуцирует истину болезни, а демонстрирует лишь ее подделку, как это делает Шарко, когда больные истерией («первые бойцы антипсихиатрического фронта», как называет их Фуко) разыгрывают большие истерические припадки, чтобы ублажить властное сознание своего доктора. Ситуация с истерией как раз открывает истинное лицо врача – врача-господина и властителя. Этот статус врача как фигуры власти, ее средоточия, на взгляд Фуко, и является центральным в коллизиях психиатрических теорий и реформ XX в.

Очерчивая краткое содержание читаемого курса, Фуко пишет: «Во всяком случае мне кажется, что все катаклизмы, сотрясавшие психиатрию с конца XIX века, затрагивали в первую очередь власть врача – его власть и действие этой власти на больного – куда больше, чем его знание и истинность его утверждений о болезни. От Бернхейма до Лэйнга и Базальи под вопросом всякий раз оказывалось именно то, каким образом за истинностью того, что говорит врач, скрывается его власть, и, наоборот, каким образом эта истинность фабрикуется и компрометируется его властью. <...> Все крупные реформы не только в психиатрической практике, но и в мысли сосредоточены вокруг этого властного отношения: все они суть попытки перенести, замаскировать, устранить, аннулировать его. Вся современная психиатрия в целом глубоко пронизана антипсихиатрией, если понимать последнюю как пересмотр функции психиатра, призванного некогда продуцировать истину болезни в больничном пространстве»<sup>676</sup>.

Власть врача поддерживает сам больной: поскольку в психиатрии диагноз не гарантируется анатомическим субстратом, как это происходит в медицине, он подтверждается больным. Больной, становясь больным и начиная вести себя как больной, подтверждает статус врача как врача. «...Мы видим невероятную сверхвласть больного, поскольку именно он, подвергаясь психиатрическому выпытыванию, проходя через него, тем самым провозглашает или не провозглашает психиатра врачом, возвращает того к его обычной дисциплинарной функции или, наоборот, облекает его ролью врача...»<sup>677</sup>, – подчеркивает Фуко. Поэтому, следуя за этой мыслью Фуко, можно сказать, что пока существуют больные, существуют и врачи, а значит – и психиатрическая больница как дисциплинарная властная система. В свете этого пересмотр статуса больного, сделанный в антипсихиатрии, напрямую ударяет и по статусу психиатра.

Поэтому все многообразие антипсихиатрии, как считает Фуко, можно разделить исходя из стратегий борьбы с властью институции: 1) уклонение от власти посредством двустороннего и свободного договора между сторонами (Сас); 2) построение специфического пространства, в котором игра власти прекращается и пресекаются ее рецидивы (Лэйнг и его Кингсли-холл); 3) отслеживание различных аспектов властной игры и искоренение их в психиатрической институции (Купер и его «Вилла 21»); 4) поиск взаимосвязи психиатрической власти с другими типами властных отношений, предопределяющих изоляцию больного (Базалья).

Фуко совершенно справедливо оценивает значение антипсихиатрии. «Сердцевиной

---

<sup>676</sup> Фуко М. Краткое содержание курса // Фуко М. Психиатрическая власть... С. 404–405.

<sup>677</sup> Фуко М. Психиатрическая власть... С. 316.

антипсихиатрии является борьба с институцией, внутри институции и против нее»<sup>678</sup>, – подчеркивает он. Антипсихиатрия, на его взгляд, противопоставит характерному для классической психиатрии XX в. упрочиванию власти, разрушая больничное пространство изнутри. Таким образом, задачей антипсихиатрии становится не противостояние институции, а деструкция ее для того, чтобы передать власть над безумием самому больному, вернуть ему активность и освободить его. Антипсихиатрия словно бы разрывает порочный круг властных отношений, помещает их в центр проблематики, а проблематизируя, ставит их под вопрос. Так безумие возвращается к себе самому и получает право развернуть себя до конца, не останавливаясь препаратами, воспитательными практиками, врачебной властью. Безумие демедекализируется, и, если пользоваться терминологией «Истории безумия», вновь обретает свой голос, ранее замолкнувший пред властью врача.

#### 4. Робер Кастель: эпистемология психиатрического попечительства

Эпистемологическую линию Фуко продолжает Робер Кастель (1933–2013). Кастель всегда характеризовал себя как единомышленника итальянской антипсихиатрии и настаивал на том, что ему ближе проблема законодательной, социальной заботы о психически больных. В 1969 г. вместе с Базальей и другими коллегами он организует группу, сосредоточившую свою активность на борьбе с психиатрическим принуждением и беззаконием, из которой впоследствии вырастает Международная сеть альтернатив в психиатрии. Поэтому Кастель одновременно и близок к французской критическо-эпистемологической традиции, и стоит по отношению к ней особняком. Большое влияние в теоретическом отношении оказал на него Гофман с его социологией психиатрии, можно даже сказать, что Кастель отталкивался от идей Гофмана: его первым текстом было предисловие к французскому переводу «Приютов»<sup>679</sup>.

Фуко же оказал на Кастеля достаточно противоречивое влияние: прочитав «Историю безумия» сразу же после ее выхода, он воспринял ее как философское исследование, а не как работу по психиатрии, поэтому всегда несколько дистанцировался от него, повторяя: «...Я не рассматриваю себя как ортодоксального последователя Фуко»<sup>680</sup>, «...я никогда не был “фукианцем” (как не являюсь им и сейчас) – т. е. я не старался работать на основе понятий, предложенных Мишелем Фуко, и не задавался вопросом, что я пытаюсь делать, в рамках фукианской ортодоксии»<sup>681</sup>. Однако в пространстве психиатрии Кастель всегда признавал фундаментальный вклад Фуко и Гофмана, сравнивая их подходы и подчеркивая общность методологии. «Идя совершенно другой дорогой, – указывает он, – Фуко смещает акценты, подобно Ирвингу Гофману в “Приютах”. Каждый из них открывает исследовательское направление, позволяющее рассматривать в совокупности институциональные практики и профессиональные идеологии, ориентированные на терапевтические цели медицинского

---

<sup>678</sup> Фуко М. Краткое содержание курса // Фуко М. Психиатрическая власть... С. 407.

<sup>679</sup> Gardella É., Souloumiac J. Entretien avec Robert Castel // Tracés: Revue de sciences humaines. 2004. No. 6. P. 103–112.

<sup>680</sup> Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории / пер. с англ. Маркова // Мишель Фуко и Россия / под ред. О. Хархордина. СПб.: Европейский ун-т в Санкт-Петербурге, 2001. С. 11.

<sup>681</sup> Кастель Р. Мишель Фуко и социология: к «истории настоящего» / пер. с фр. Каплуна // Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории / пер. с англ. Маркова // Мишель Фуко и Россия / под ред. О. Хархордина. СПб.: Европейский ун-т в Санкт-Петербурге, 2001. С. 33.

лечения душевных болезней»<sup>682</sup>.

На основании социологических и эпистемологических подходов своих великих предшественников – Фуко, Гофмана, Бурдьё (учеником которого он был), благодаря творческому продолжению этих идей, благодаря тому, что он сам называет «правильным использованием выдающихся людей», Кастель развивает проект «истории настоящего» в отношении различных социальных практик современности, и одной из таких практик становится, как и у великих предшественников, психиатрия. Правда, его эпистемологические исследования психиатрии отличаются от таковых у Фуко. Если раннего Фуко интересует безумие само по себе и отношение к его истине в различные исторические эпохи, а позднего – дисциплинарные практики и диспозитивы власти, в рамках которых функционирует психиатрическая больница, то Кастель направляет свое внимание в первую очередь на социальный уход за безумными, выстраивая своеобразную социологию попечительства.

Ключевой датой этой истории Кастель называет 27 марта 1790 г. В этот день во Франции декретом Учредительного собрания (ст. 9) было закреплены обязательное медицинское освидетельствование и медицинская опека для безумцев. Именно тогда впервые сошлись воедино социальная ответственность за безумие и его антропологический статус, конституировав современное пространство восприятия безумия и социальное пространство для его функционирования. Кастель отмечает, что первоначально это, тогда еще не совсем единое, пространство предполагало четыре элемента, заложивших основание института психиатрии: 1) политический контекст юридического посредничества; 2) появление новых властных агентов; 3) закрепление за безумцем статуса пациента; 4) конституирование новой институциональной структуры.

Исходя из этих аспектов Кастель разъясняет специфику современной трактовки проблемы безумия и ее историю. Толчком к ее развитию выступает распад прежних оснований политической легитимности с последующим разделением контроля за поведенческими девиациями между королевской администрацией, судебным аппаратом и семьей. Необходимость решения проблемы безумия приводит к необходимости заполнения властного по отношению к нему пространства и развития институтов правосудия, местной власти и медицины, устойчивые отношения в этом новом пространстве будут установлены только тогда, когда функции исходного основания этого проблемного пространства возьмет на себя медицина. Поскольку безумец в новом властном пространстве начинает рассматриваться по аналогии с другими девиантами: преступниками, нищими, бродягами и др., возникает потребность отделить его как отличного от других социальных маргиналов; постепенно с нарастанием мощи медицины за ним закрепляется статус пациента. Необходимость нейтрализации безумцев как нежелательных элементов общества привносит новую специфику в уже сформированный корпус больницы, которая начинает совмещать функции специализированной институции (приюта) и институции, поддерживающей терапевтическую среду, так формируется пространство психиатрических институций<sup>683</sup>.

За всеми этими элементами и изменениями, по Кастелю, стоит специфическая «политика психического здоровья», включающая теоретический стандарт (классическое понятие болезни, как это было в XIX в.), технологию воздействия (моральное лечение), институциональную

---

<sup>682</sup> Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории. С. 18–19.

<sup>683</sup> Castel R. *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France* / transl. W. D. Halls. Berkeley: University of California Press, 1988. P. 1–3.

организацию (приют), корпус профессионалов (врачи, старшие консультанты, надзиратели и проч.), законодательно определенный статус безумца (несовершеннолетний, преступник, больной и др.). «Таким образом, – подчеркивает он, – мы увидим, что синтетическое единство элементов, группирующихся вокруг приюта, являет собой весьма странную последовательность, поскольку каждая из этих частей конституируется только в отношении ко всем остальным, на основании общего для них паттерна интернирования»<sup>684</sup>.

Для более точного определения процессов, происходящих в социальном пространстве опеки над психически больными, Кастель предлагает использовать понятие «метаморфоза». Метаморфоза, противостоя обычным изменениям отдельных элементов, отмечает трансформацию всех элементов системы и переход к новой форме единства и связи, выражающей принципиально другую политику. Для него это не просто внутреннее реструктурирование, но принципиальное перераспределение властных связей внутри системы. Причем это не революционные изменения, как отмечает Кастель, психиатрия уже пережила свою революцию, это обновление, *aggiornamento*, которое все еще продолжается.

Кастель настаивает на том, что современная психиатрия с ее более гуманными теориями и либеральными методами – всего лишь продолжение той психиатрии, которая сформировалась в середине XIX в., все ее элементы имеют свои аналоги в истории, и суть таких, казалось бы, противоположных элементов едина. Он следующим образом описывает современность психиатрии: «Многочисленные профессионалы продолжают работать в институциях, которые перевернули теоретические стандарты, и те теперь стали более мягкими; разнообразные технологии встречают контингент, который только разросся и чьи особенности теперь определяются более тонко. Появляется много новшеств, но все это еще не опровергает гипотезу, что в этом процессе модернизации все тот же аппарат доминирования скорее обновляет свой авторитет, закрепляет свою власть и умножает свою силу»<sup>685</sup>. В этом обновленном дискурсе больничные оковы и смиренные рубашки оборачиваются практикой открытых дверей, изоляция – лечением в заживляющем повседневном окружении, дуализм нормального и патологического – зыбкостью современных психопатологических категорий, авторитаризм, патернализм и директивность – терпимостью, принятием и внимательностью, индивидуальная направленность власти – циркуляцией информации в команде и обратимостью ролей врача и пациента, но настоящей революции, на взгляд Кастеля, не происходит. Все это лишь обновление в новых образах старых сюжетов.

Период *aggiornamento* психиатрии длится и по сей день. Перераспределение властных отношений, о котором говорит Кастель, начало происходить во второй половине XIX в., и эти процессы по интенсивности и отчетливости он сравнивает с процессами, которые уже в XX в. запустили антипсихиатрические критики. Так он стремится осмыслить не только ситуацию возникновения современной психиатрии, но и современную ситуацию ее развития. Он говорит о том, что сегодня исследователи меньше связаны понятиями XIX столетия, одновременно эти понятия и связи между ними, образующие сеть теории и практики психиатрической помощи, настолько истончились, что без труда можно показать их последовательность. Ситуация обновления только способствует тому, чтобы использовать результаты этих исследований для толкования современных процессов в психоанализе и психиатрии. Это длинный путь, но, по

---

<sup>684</sup> Castel R. *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France* / transl. W. D. Halls. Berkeley: University of California Press, 1988. P. 4.

<sup>685</sup> Castel R. *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France* / transl. W. D. Halls. Berkeley: University of California Press, 1988. P. 7.

Кастелю, он сегодня является наиболее верным: он смотрит на вторую половину XX в. через век XIX. Теоретические стандарты и стандарты практики, институциональные процессы, профессиональные и политические фигуры, особенности статуса безумцев – все это, как он считает, соткет сеть связей и отношений между двумя эпохами психиатрии, и все это поможет понять истоки и современность психиатрической помощи. При этом для Кастеля «психиатрия является действительно политической наукой, поскольку отвечает на проблему управления. Благодаря ей безумие стало “управляемым”»<sup>686</sup>. Именно психиатрия, по его мнению, включила безумие в общество. До ее развития безумец был абсолютно маргинальным элементом, он не мог нести наказания, поскольку признавался недееспособным, не мог быть вылечен и исправлен, поскольку признавался неизлечимым.

Вокруг потребности управления безумием и безумцами структурируются сферы интернирования: система государственных указов и делегированное государством местным властям и семье право управления безумцами. Репрессия при этом носит как общественный, так и частный (в случае семьи) характер. В этом пространстве наблюдается двойное движение, двойное делегирование. С одной стороны, государство, разрабатывая стандартные процедуры и законы контроля и управления, делегирует свои функции специализированным институциям: тюрьмам, общим больницам, исправительно-трудовым лагерям и проч. вплоть до появления специализированной институции психиатрической лечебницы. С другой – семья, изначально обладающая правом частного контроля своих членов, начинает делегировать заботу о тех из них, которые становятся безумными, внешней – административной или судебной – власти. Этому сопутствуют многообразные процедуры отчуждения от семьи: лишение права наследования, имущества, отречение от безумцев и проч.

Кастель указывает, что именно на пересечении двух этих векторов делегирования власти и формируется институт психиатрической помощи, становясь превентивным институтом попечения. Психиатрическая лечебница занимает пространство между социальной репрессией и семейной, стремясь как бы перехватить больного до того, как семья откажется от него и передаст в ведение репрессивным государственным институциям.

Рассматривая безумца в одной группе с нищими и бедняками, зарождающаяся психиатрия становится, по Кастелю, одной из разновидностей, авангардом, филантропии. Безумец входит в масштабную группу людей, исключенных из производства, и представляется как обобщенный образ асоциальности и маргинальности: «Безумец оживляет образ кочевника, скитающегося по необжитым землям, подрывая все те правила, по которым организуется общество»<sup>687</sup>. Он уподобляется даже дикому животному, которое, будучи на свободе, в возбужденном состоянии может напасть на поселян. Утративший разум безумец уподобляется бродяге и нищему, преступнику и ребенку, поэтому, по Кастелю, всегда вызывает двойственное чувство – ужас и жалость. Эта двойственность закладывает фундамент института психиатрической помощи. Как отмечает Кастель, это только после О. Мореля и теории дегенерации психиатрия впадает в своеобразный расизм, первоначально же она несет печать филантропического гуманизма и патернализма.

Однако статус безумца отличался от статуса других маргинальных персонажей. Подобно преступнику, безумец рассматривался как нарушитель общественных норм. Он подлежал изоляции и исправлению, но объективного основания для репрессии, в отличие от

---

<sup>686</sup> *Castel R. The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France / transl. W. D. Halls. Berkeley: University of California Press, 1988. P. 11.*

<sup>687</sup> *Castel R. The Regulation of Madness... P. 36.*



юридического основания в случае преступника, для безумца в XIX в. не существовало. Последующее развитие психиатрии только акцентировало это различие: в ряде случаев психически больные могут быть признаны невменяемыми и недееспособными, поэтому основанием для изоляции не могут служить юридические нормы. Этим жестом они исключаются из юридического порядка. Поэтому, как справедливо отмечает Кастель, *«договорная система для репрессии безумца должна будет выстроить медицинский фундамент, в то время как для репрессии преступника изначально уже имеются юридические основания»*<sup>688</sup>.

Кастель отмечает и еще один интересный момент. Психиатрия, ставя в основу репрессии медицинский фундамент, развивает институт психиатрической лечебницы, который, как по своей структуре, так и по своим методам, будет напоминать тюремные институты. В силу совершенно иных оснований (психическая болезнь – это не намеренный проступок, а часто не зависящая от человека болезнь), которые она превратит в принцип организации своих институций, центральным противоречием психиатрической практики станет противоречие «между правом наказывать и обязанностью помочь». Уже в XX в. это противоречие станет двигателем развития антипсихиатрии.

Столь же любопытные нюансы обнаруживаются и при сопоставлении статуса безумца со статусом ребенка. Ответственность за безумца так же, как и за ребенка, делегируется семье, но когда безумец отчуждается от семьи и передается психиатрической институции, «арбитром решений» для него становится врач. Это право передается врачу вместе с опекуном. Такая ломка традиционного института опеки и «вторжение врача в интимное пространство семьи», по мнению Кастеля, становится своеобразным фундаментом для развития в будущем семейной терапии в психоанализе и психиатрии XX в. Пока безумец подобен ребенку, заключает он, пока он еще не обрел юридического опекуна, вместо него будет принимать решения врач. Отождествление безумца и ребенка станет для зарождающейся практики психиатрической помощи основной аналогией. По Кастелю, сравнение безумного с ребенком есть «великая педагогическая аналогия медицины психического здоровья, в рамках которой развивается вся ее история»<sup>689</sup>. В сложной сети судейского аппарата и тюремных институций, семьи и муниципальных властей и развивается психиатрия как практика опеки безумцев, как наследница всех противоречий этой педагогической аналогии.

Кастель указывает, что в процессе формирования психиатрического пространства на поверхность одновременно с тенденцией госпитализации и медикализации выходило множество различных тенденций, одновременное сосуществование которых в чем-то напоминает развитие антипсихиатрии. Процессы конституирования психиатрии как практики заботы ни в коем случае, на его взгляд, не были однозначными. Параллельно с этими процессами развивалась практика домашней опеки и тенденции дегоспитализации и профилактической работы, разрабатывался проект помощи на местах в пределах амбулаторного сектора. И долгое время эти две парадигмы – интернирования и помощи на местах – сосуществовали. Однако, несмотря на все дискуссии, медицина сдалась под натиском старой тоталитарной традиции всеобщего интернирования безумцев.

Кастель связывает этот шаг назад не только с медицинской, но и с политической ситуацией. Только что свершившаяся во Франции революция, ратовавшая за братство и счастье

---

<sup>688</sup> Castel R. Te Regulation of Madness... P. 30.

<sup>689</sup> Castel R. Te Regulation of Madness... P. 38.

граждан, не могла признать и открыто показать, что достаточно большая их группа так этого счастья и не обрела. Безумцы и другие асоциальные элементы угрожали признанию успешности революционного проекта и образовавшегося государства. Одновременно необходимость помощи безумцам была заменена сочувствием и опекой. Так формирующийся институт психиатрической помощи обрел свое лицо: «Либеральное общество и тоталитарное учреждение на самом деле функционировали как диалектическая пара. <...> Помощь становилась все более и более контролируемой»<sup>690</sup>.

Современная Пинелю и постпинелевская практика заботы о безумцах демонстрирует несколько черт, отчетливо проступающих, по Кастелю, и в психиатрии XX в. Во-первых, требование изолировать безумца от внешнего мира, от тех факторов, которые вызвали и усугубляли болезнь. Такое оправдание изоляции способствовало ее терапевтической трактовке, и госпитализация стала основной терапевтической стратегией, аннулировав ранее предлагавшиеся де-госпитальные меры помощи.

Во-вторых, конституирование порядка психиатрической лечебницы как совокупности пространств, режима, специфической деятельности, иерархии и структуры, которые определяли повседневную жизнь пациента, и правила, по которым она проходила. Безумец изымался из внешнего мира и погружался в искусственную реальность, как ее называет Кастель, «социальную лабораторию, в которой все человеческое существование могло быть запрограммировано»<sup>691</sup>. В-третьих, отношения власти, связывающие невзаимными связями врача и пациента. Врач нес порядок рациональности, которому должен был подчиниться пациент, выражением этого подчинения стало моральное лечение.

Опекунство в такой структуре и в таких отношениях имело не только терапевтический, но и политический смысл. Больной признавался утратившим разум, и потому не мог вновь обрести его сам. Он мог возратить свою человечность, свое человеческое лицо только в акте подчинения воплощенной во враче верховной власти. Опекунство выступило своеобразной моделью всеобщего контроля за социальными отношениями, и институт психиатрической помощи и опеки стал наследником политического абсолютизма. В тех слоях населения, которые он опекал, в своих дисциплинарных методах и политических целях институт психиатрии представлял обновленную прежнюю политику опеки.

Однако институт опеки безумцев столкнулся с многочисленными проблемами: необходимо было оправдание для интернирования безумцев, жестких дисциплинарных мер и объяснения случаев исправления и неисправления. В попытках разрешить эти противоречия и появилась психиатрия не просто как пространство опеки, но и как медицинское пространство.

Безумие не просто окружается медицинской практикой, а посредством конституирования медицинской институции происходит очерчивание нового юридического, социального и гражданского статуса безумца. Появляются многочисленные работы о безумии, начинают предлагаться авторские классификации, и в последних посредством сравнения и сопоставления различных форм уточняется новое определение статуса безумия. Центральной фигурой в формировании института психиатрической помощи Кастель, как и большинство историков медицины, называет Филиппа Пинеля, воплотившего в своей деятельности основные тенденции зарождающейся госпитальной психиатрии.

Статус безумца формируется, по Кастелю, на основании разрабатываемой в рамках

---

<sup>690</sup> Castel R. Te Regulation of Madness... P. 64.

<sup>691</sup> Castel R. Te Regulation of Madness... P. 74.

практики психиатрической помощи картины безумия и программы его коррекции. Первым элементом этой картины становится симптомология, образующая теоретический корпус медицины психического здоровья, как называет это пространство Кастель. В рамках нозографических классификаций очерчивается преимущественно антропологически-психологический портрет безумца. Его описывают как эгоцентричного и необщительного, погруженного в нереальный мир, лишённого самообладания и не контролирующего свои эмоции и поступки. Вторым элементом выступает социальное понимание расстройства, описание безумия как социального нарушения. Проводятся многочисленные исследования взаимосвязи безумия и общества, безумия и цивилизации, безумия и периодов социальной и политической нестабильности, и Кастель отмечает, что в этом смысле ошибочно говорить, будто медицина до XX в. двигалась лишь в направлении органической гипотезы. На его взгляд, в историческом отношении медицина психического здоровья является первой формой социальной психиатрии, представившей социальный портрет безумного человека.

Третий элемент выступал связующим звеном между первым и вторым элементами, между антропологическим и социальным уровнями учения о безумии, и описывал этический компонент – доминирование моральных причин в происхождении безумия. В те времена безумие признается порожденным моралью, а не какими-то внешними физическими причинами. И этот третий элемент упрочивал связь нарождающейся теории и устоявшейся практики. Четвертый элемент представлял саму практику морального лечения. Закономерно, что если моральные причины доминируют в происхождении безумия, то инструментом избавления от него должно стать моральное лечение. Оно к тому же связывает безумца нерушимыми связями с врачом, который этим исправлением руководит и подкрепляет необходимость института контроля.

Пятый элемент очерчивал пространство практики и предполагал лечебницу, в которой под руководством врача осуществляется моральное лечение и перевоспитание. Считалось, что в лечебнице безумец ограждается от тех губительных факторов внешней среды, которые привели к развитию расстройства. Эта пятичленная структура психиатрической помощи, как отмечает Кастель, воплощенная в практике морального лечения, предполагает возможность обновления, однако обновление это ставит весьма важный вопрос, оказавшийся, как мы показали, решающим для практики антипсихиатрии: «Существенным вопросом для будущего, поскольку с ним связана возможность *aggiornamento* психиатрии в моделях сообщества, секторной модели и проч., становится вопрос о том, обречена ли такая политика всегда пользоваться инструментом замкнутого пространства»<sup>692</sup>. И Кастель отмечает, что все, кто развивал революционную практику вне стен больницы и лечебницы, так или иначе вновь возвратились к институциональной практике.

Кроме того, при вскрытии этой структуры психиатрической помощи и психиатрии, как подчеркивает Кастель, становится понятно, что «вопрос о “научной природе” психиатрии поэтому является лишь псевдопроблемой»<sup>693</sup>. Психиатрия не привнесла ничего нового в медицинское знание, она первоначально не связана с медицинскими открытиями, а, используя медицинские достижения, просто-напросто упорядочила традиционные дисциплинарные методы и дисциплинарную практику. На своих первых этапах психиатрия была чрезвычайно

---

<sup>692</sup> Castel R. The Regulation of Madness... P. 102.

<sup>693</sup> Castel R. The Regulation of Madness... P. 103.

уязвима теоретически и развивалась преимущественно как практика.

По Кастелю, медицина психического здоровья никогда не соответствовала современной ей медицине: во время своего рождения как нового пространства социальной помощи она взяла в качестве основания уже устаревающую тогда систему нозографических классификаций. В пространстве практики она очертила терапевтическую область в терминах авторитарной педагогики вне связи с лечебной работой, таким образом обозначив разрыв как с современной медицинской теорией, так и с современной медицинской практикой. Эту печать двойного разрыва психиатрия несет до сих пор.

Медицинское обоснование интернирования запускает не только развитие теории, но и нарастание мощи практики, которая становится не просто практикой помощи, но также практикой управления безумцами, политической практикой. Формирование обособленного пространства интернирования безумцев приводит, по Кастелю, к появлению трех феноменов, особенно остро обсуждавшихся уже в психиатрии XX в. Во-первых, безумие становится стигмой, она закрепляется за человеком на всю его жизнь и от нее невозможно избавиться. Во-вторых, наступает эра всеобщей подозрительности: поскольку практика помощи сопутствует теперь практике поддержания психического здоровья, обычным для нее становится отслеживание и интернирование лиц с асоциальным поведением, безумцев. Поскольку начинают появляться специализированные учреждения для интернирования безумцев и профессионалы, которые отвечают за эти цели, формируется практика поиска безумцев как выслеживания. В-третьих, лечебница утрачивает надежду стать лучшим пространством для исправления безумцев<sup>694</sup>.

Но любопытно в этом развитии и еще одно: практика психиатрической помощи становится политической практикой. Развивающиеся психиатрические институты налаживают тесный контакт с государством и с местной администрацией, и как наследники старых дисциплинарных учреждений, развивают в своих стенах и за их пределами практику управления безумием и контроля безумцев. В рамках практики интернирования переплетаются между собой две своеобразные стратегии обращения с безумцем: полицейская и медицинская. Причем, если первая выражается в последовательности «охрана общественного порядка – арест – конфискация имущества», вторая выражается в последовательности «забота о больном человеке – изоляция – направление в специализированное учреждение – уход – возможно, лечение»<sup>695</sup>. Эти два вектора сливаются воедино в психиатрических институтах.

Для Кастеля нововведения психиатрии XX в. являются закономерными попытками преодолеть противоречия, оформившиеся в ее предшествующей истории и бурно дискутировавшиеся в XX в.<sup>696</sup>

Во-первых, это противоречие между законодательством и проблемой природы психического заболевания, которое приводило к излишне ограниченному определению психического расстройства и, как следствие, постоянно усиливало путаницу между юридическим и медицинским векторами психиатрической помощи. Как мы помним, итальянская антипсихиатрия и ее радикальная реформа стали попыткой преодоления этого противоречия там, где оно было выражено более, чем в других странах.

---

<sup>694</sup> Castel R. The Regulation of Madness... P. 153–155.

<sup>695</sup> Castel R. The Regulation of Madness... P. 167–168.

<sup>696</sup> Castel R. The Regulation of Madness... P. 220–233.

Во-вторых, институциональная природа психиатрических лечебниц входила в противоречие с целями лечения и реабилитации и находила отражение в повседневной практике психиатрической помощи. Первые дискуссии об институциональном порядке в психиатрических лечебницах, как отмечает Кастель, поднялись еще в 1860-е годы в связи с полемикой по поводу бельгийского сельскохозяйственного поселения в Гиле, где безумцы еще со времен Средневековья находились только под присмотром крестьян и вели обычную крестьянскую жизнь. Корнями в эти дискуссии уходят и антипсихиатрические дискуссии 1960-х.

В-третьих, по причине теоретической слабости психиатрии в ней всегда конфликтовали между собой учения о моральных и органических причинах безумия. Развитие учения об органических причинах подталкивалось стремлением приблизить это пространство к медицине, учение о моральных причинах связывало его с практикой. Это противоречие нашло свое отражение и в формировании психиатрической этиологии, и в разработке методов лечения.

В-четвертых, в практике и технологии психиатрической помощи образовался непреодолимый разрыв между филантропическими стратегиями и технологиями психиатрической лечебницы. Моральное лечение сформировало своеобразный дисциплинарный треугольник, включающий врача, пациента и институцию, поддерживаемый режимом и порядком психиатрической лечебницы, но сама институциональная установка и концепция болезни подрывала такую стройную систему. С развитием органической гипотезы и признанием неизлечимости психического заболевания отпадала необходимость в лечении, и акценты психиатрической помощи сместились с лечения и перевоспитания на профилактику, а врач перестал быть постоянным элементом терапевтического треугольника.

Мы видим, что все эти противоречия вновь всплывают в психиатрии XX в. и приводят к развитию антипсихиатрии, а эпистемологическое исследование Кастеля показывает нам их исторические истоки. Несмотря на то что его эпистемология сформирована без прямого влияния Фуко, по своей мировоззренческой направленности их взгляд очень похож. Стремясь вскрыть противоречия современной психиатрической практики, оба они обращаются к исходной ситуации ее формирования. В «Истории безумия» Фуко обращается к истории появления психиатрической больницы как пространства изоляции и следит за отношениями разума и неразумия, в «Психиатрической власти» он обращает свое внимание на властные отношения и связи и рассматривает историю отношений врача и больного. Кастель в «Управлении безумием» пытается вернуться к истокам попечения и заботы о безумцах, обозначить грани этой заботы, обоснование ее необходимости, ее противоречия и ее подводные камни. Хотя антипсихиатрия в этих эпистемологиях редко становится предметом рефлексии, в них отчетливо заметна ситуация современности и постсовременности антипсихиатрии.

Этим и примечательно постструктуралистское развитие антипсихиатрии. Постструктурализм в своем психиатрическом дискурсе не то что бы мыслит в унисон антипсихиатрии или мыслит по-другому, не то что бы продолжает антипсихиатрический проект или предлагает что-то новое – здесь невозможно оперировать линейными понятиями и связями. Постструктуралисты в своих психиатрических штудиях идут вслед за открытой антипсихиатрией перспективой. Указания на антипсихиатрию не всегда присутствуют в соответствующих текстах, и мы не всегда можем увидеть четкие маркеры, свидетельствующие о влиянии идей и методов, но образы антипсихиатров имплицитно просматриваются во всех постструктуралистских «психиатрических» работах. Психиатрический дискурс постструктурализма ведет непрекращающийся диалог с антипсихиатрией.

Темами этого диалога оказываются семья и личность безумца, властные механизмы общества и властные отношения, институциональные особенности психиатрической практики и

ее история. В критическом психиатрическом дискурсе постструктурализма практически ни слова не говорится о теории психиатрии, она неизменно понимается не как наука со своей теорией, а как институция и как институциональная практика. Среди постструктуралистов не было ни психиатров-теоретиков, ни психиатров-практиков, поэтому дисциплинарную связь с психиатрией постструктурализм разрывает окончательно. Если антипсихиатрия подпадала под определение движения профессионалов, то в плане психиатрического дискурса постструктурализм становится исключительно критическим движением.

В философском отношении антипсихиатрия и постструктурализм – это течения из различных философских эпох. Антипсихиатрия ближе к модерну – к экзистенциализму и марксизму, постструктурализм знаменует постмодерное мироощущение и постмодерную философию, поэтому закономерно, что он критически осмысляет и антипсихиатрию. Так или иначе практически все постструктуралисты указывают на излишнюю персоналистичность антипсихиатрии, ее центрированность на семье. Если для постструктурализма во вскрываемой им игре власти нет истины, нет правды и нет подлинности, то антипсихиатрия, будучи еще экзистенциально ориентированным движением, всегда оставляет право на свободу, на подлинность, на теплоту домашнего и семейного очага, она оставляет возможность на обращение движения и восстановление имевшегося, но утраченного равновесия, гармонии, «я».

Антипсихиатрия персоналистична в силу своего психологизма, в силу своей практической психотерапевтической направленности и преданности традиции. Постструктурализм, разумеется, а-персоналистичен, и здесь он ближе к социологии Гофмана, чем к социальной феноменологии Лэйнга. Однако следует признать, что без антипсихиатрии психиатрический дискурс постструктурализма был бы другим. Антипсихиатрия для него – критическая точка, критический этап, посредством которого он намечает стратегии продуктивной критики и возможного движения. Любопытно, что практически такой же статус антипсихиатрия играет и для самой психиатрии.

## **Х. Образ антипсихиатрии**

### **1. Антипсихиатрия как пространство проблематизации**

Будучи мощным культурным и научным феноменом, антипсихиатрия увлекала за собой всякого, кто с ней соприкасался, будь то последователь, исследователь или критик. Она очень долго стимулировала пристрастную реакцию, в рамках которой вне зависимости от занимаемой негативной или симпатизирующей позиции виделась лишь как крайне радикальный протест. Так пристрастный взгляд сужал рамки возможного понимания и интерпретации итогов. Однако со временем, с развитием биологически ориентированной психиатрии, с отходом культуры от радикальности к реакции, антипсихиатрия становилась более нейтральным феноменом. Идеи антипсихиатров проникали в учебники и классические монографии, цитировались в работах по смежной проблематике, а проекты анализировались как имевший место опыт, который должен был быть учтен в будущем. Разумеется, отбунтовавшие бунтари больше не представляли угрозы ни для психиатрии, ни для общества в целом. Так настало время не для критики, а для анализа антипсихиатрии.

В методологической, эпистемологической перспективе этот возможный анализ может разворачиваться сразу на двух уровнях: на уровне теоретического осмысления антипсихиатрического проекта – его направленности, концептуальной сетки, проблематики, стратегий, практической составляющей; а также на уровне эпистемологического осмысления –

в прояснении той роли, которую антипсихиатрия играет в интерпретации современности психиатрии. Анализ первого уровня тогда будет говорить об антипсихиатрии как таковой, антипсихиатрии-в-себе, анализ второго уровня откроет антипсихиатрию-для-психиатрии. Поскольку в таких формулировках все это не очень понятно, позволим себе подробнее разъяснить, что имеется в виду.

Говоря об эпистемологическом осмыслении, эпистемологической рефлексии, мы имеем в виду то, что принято называть эпистемологией, историей систем мысли, историей позитивностей, историей настоящего во французской фукольдianски ориентированной традиции. Это та история и тот анализ, который говорит о проблематизации. Сам Фуко в одном из поздних интервью определял это понятие следующим образом: «Проблематизация – это не репрезентация некоего предсуществующего объекта или создание с помощью дискурса несуществующего объекта. Это совокупность дискурсивных или недискурсивных практик, которая вводит ту или иную вещь в игру истинного и ложного и конституирует ее в качестве объекта для мысли»<sup>697</sup>. Это то, что Фуко показывает в «Рождении биополитики» в политико-экономических практиках, в «Истории сексуальности» – в практиках удовольствия, в «Истории безумия» и «Психиатрической власти» – в практиках надзора за безумцами.

Отправной точкой проблематизации всегда становится ситуация современности: эпистемология говорит о прошлом ради настоящего и выстраивания его истории. Робер Кастель называет это пространство «историей настоящего». «Нужно, – пишет он, – обратиться к прошлому с нашим сегодняшним вопросом и написать рассказ о его появлении и его перипетиях. ...Поскольку настоящее – не только современное. Есть еще эффект наследования, а память об этом наследстве нам необходима, чтобы понимать настоящее и действовать сегодня»<sup>698</sup>.

История настоящего связана с прочтением и дешифровкой того, что тот же Кастель называет «проблематичные конфигурации». Проблематизации не постоянны: они актуализируются и затушевываются, они оформляются в определенный период, при определенных условиях, по прошествии времени – на отдалении, и просматриваются в совершенно различных проблемах, за различными по своим формулировкам вопросами.

Для Фуко проблематизация связана с системами мысли, с регулированием практик истинного и ложного, со складыванием того, что принято называть эпистемами. Она разворачивается для него исключительно в пространстве практики рациональности. Несколько другой подход к проблематизации предлагает Робер Кастель, который, говоря об истории настоящего, направляет свое внимание не на практики рациональности, а на социальные практики: сначала на практику психиатрической помощи, а затем на практику наемного труда.

Этот метод, которым можно схватить проблематизацию, очень трудно описать: Фуко не оставил нам никакого методологического «завещания», Кастель попытался сделать это в паре своих работ, где говорит о его возможных негативных следствиях, о том, с чем он работает, но не о том, как. Связано это с тем, что работающая с проблематизациями эпистемология есть своеобразный взгляд, оптика, в которой привычные нам вещи видятся одновременно и так, как их видит большинство людей, и совершенно по-другому. Практиковать этот метод может только тот, кто обладает этим взглядом, но научить взгляду невозможно.

---

<sup>697</sup> Foucault M. Le Souci de la verite // Magazine litteraire. 1984. Vol. 207. P. 18. Цит. по: Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории. С. 11.

<sup>698</sup> Кастель Р. Метаморфозы социального вопроса. Хроника наемного труда / пер. под ред. Н. А. Шматко. СПб.: Алетейя, 2009. С. 8.



Таким взглядом мы в настоящей работе пытаемся окинуть антипсихиатрию, ее историю, ее теорию, ее практику, и даже не столько антипсихиатрию, сколько то, что проблематизируется благодаря ей. Сюжет этой проблематизации начинает разыгрываться задолго до появления антипсихиатрии, он акцентируется в послевоенной психиатрии, и основным пространством его воплощения становится антипсихиатрический проект. Развитие этого сюжета не прекращается и после затухания антипсихиатрии: он всплывает в ее постструктуралистской критике, в эпистемологических штудиях Фуко и Кастеля, в терапевтических проектах и теориях пост-антипсихиатрического времени. И сегодня он, наконец, становится явен. Что это за сюжет, и что проблематизирует антипсихиатрия, а также чем является антипсихиатрия в себе самой?

В логике своего собственного исторического развития антипсихиатрия предстает радикальным социальным проектом со своей социальной теорией и практикой. В своей социальной направленности антипсихиатрия – это не совсем психиатрия, скорее, это ее маргинальное пространство. Благодаря этому статусу антипсихиатрия и обладает потенциалом проблематизации. В ней мы видим то же, что в самой психиатрии: многовековой сюжет дисциплинарного прошлого, игру власти, принуждения, зависимости, практики исключения и заточения. Антипсихиатрия превращает этот сюжет в предмет своей критики, и в этой критике антипсихиатрии психиатрия осмысляет свое прошлое, свои истоки, свое происхождение. Антипсихиатрия критикует прошлое и настоящее психиатрии, она модернизирует и наделяет другим смыслом ее практику, психиатрия же в этой ситуации вольна принять эту критику или отвергнуть ее, вольна развиваться в противостоянии или в принятии, или, как это и произошло, используя оба этих сценария.

Антипсихиатрия оказалась, таким образом, одной из критических точек психиатрии, благодаря прохождению которой психиатрия гуманизировала свой образ и обновила свою практику. Воздействие ее на этиологическую теорию психиатрии было минимально, точнее, его не было вовсе. Психиатрия взрастила в себе антипсихиатрию, чтобы разрешить разрывавшие ее изнутри противоречия, она исторгла ее из себя, объявив маргинальным течением, чтобы заговорить о них как бы со стороны. Но самое парадоксальное в том, что бунтовавшая против психиатрии антипсихиатрия только способствовала ее собственному развитию. Она примирила ее двойственную природу, она придала новый смысл ее традиционной практике, она сработала в отдаленной перспективе не во вред, а во благо. И эта парадоксальная, полная коллизий история есть уже не только история антипсихиатрии и прошлое психиатрии, она – ее современность и, возможно даже, не только ее ближайшее будущее, но и ее судьба.

## **2. Критические основания: история и судьба психиатрии**

Если посмотреть на процесс развития антипсихиатрии в связи с историей самой психиатрии, на то, чем является антипсихиатрия-для-психиатрии, то сразу видно, что антипсихиатрия оформляется как маргинальное пространство психиатрии с не совсем классической проблематикой и практическими стратегиями. Она отражает общенаучные тенденции междисциплинарности и характерную для 1960-х годов политизированность наук. Антипсихиатрия одновременно и врастает в психиатрию и стоит по отношению к ней особняком.

Вслед за экзистенциально-феноменологической психиатрией антипсихиатрия становится масштабным проектом, критикующим онтологические и методологические основания психиатрии. Однако эта критика носит более радикальный характер и направлена в сторону не только психиатрии как теории, но и в адрес ее практики и институциональных устоев.

Антипсихиатрия, как и предшествующий ей философско-клинический проект феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, развивается как междисциплинарное пространство. В силу преимущественных влияний, а также благодаря учету наработок предшественников, она актуализирует уже не экзистенциально, а социально ориентированную критику. Социальная направленность критической теории антипсихиатрии задается множеством факторов: во-первых, социально-культурной ситуацией, ведь, появившись в начале 1960-х, антипсихиатрия впитывает в себя всю послевоенную депрессию и чувство утраты оснований; во-вторых, мощным развитием марксизма и леваческих тенденций, поскольку возникает она в пространстве левой критики и имеет с ней много общего; в-третьих, увлечением самой психиатрии социальными проектами – 1950-е годы оказываются временем развития социальной психиатрии, практики терапевтических сообществ, групповой и семейной психотерапии, психоанализа отношений.

В антипсихиатрическом проекте сходятся воедино все те теории и практические эксперименты, которые развивались в 1930–1950-е годы. Собственно, сама связка «психическое заболевание – социальные структуры» заимствуется психиатрией. Она приходит к ней извне – от этнологии и антропологии, от теории игр и теории коммуникации. Возможно, в собственном пространстве психиатрия не могла, а, может быть, даже и не хотела заговаривать о социальной теории.

Теоретическое и практическое пространство психиатрия (и множество трудов по ее истории показывают это очень отчетливо) появляется первоначально как дисциплинарный институт, занимающийся надзором за безумцами и их интернированием. Впоследствии она развивает педагогический по своей направленности проект морального лечения и уже достаточно поздно обращается к медицине, а именно к ее теории. Психиатрия начинает осознавать себя как медицинское пространство, но ее практика еще долгое время продолжает оставаться и остается до сих пор практикой дисциплинарной, сходной с таковой в пенитенциарной системе.

Пожалуй, то, что практика психиатрии сродни тюремной, это не хорошо и не плохо. Не хорошо потому, что у медицинской науки (каковой психиатрия является) просто не может быть такой практики, оправдываемой целями лечения. Это не плохо не потому, что хорошо или не потому, что так и должно быть, а потому, что психиатрия по своему рождению есть тюремная практика. Такова ее история, такова исходная ситуация ее зарождения как практического, дисциплинарного, научного пространства.

С тех пор несколько веков психиатрия пыталась уйти от своего прошлого, поэтому и упрекать ее в том, что она всегда тяготела к тюремным порядкам, по меньшей мере несправедливо. Психиатрия всегда тянулась к медицине, она всегда старалась стать медицинской наукой. Именно поэтому она хотела забыть свое прошлое, очень осторожно обращаясь со всем тем, что хотя бы отдаленно указывало на социальный контекст. Неудивительно, что эта связка «психическое заболевание – социальные структуры» далась психиатрии XX в. извне, поскольку со стороны было отчетливее видно то, что самой ей признавать не хотелось.

Психиатрия, конечно, говорила о социальном, но в этих разговорах не было ничего радикального: говорилось, что социальные условия влияют на психическое заболевание и его развитие. Однако то, что психическое заболевание создается людьми, провоцируется обществом, возможно, намеренно, что социальная группа нуждается в безумце, – об этом даже если и говорилось, то редко.

Неудивительно, что первопроходцами здесь оказались этнологи и антропологи: они радикально расширили горизонт, и в поле их зрения попало то, что раньше не было видно.

Вдруг оказалось, что примитивные общества не знают психических расстройств в их цивилизационном смысле, что иногда то, что считается расстройством в развитых цивилизациях, даже почитается в примитивных обществах. Этнологи и антропологи начинают говорить, что нормальность и ненормальность детерминировали культурой, и что культура по непонятным причинам принимает или исключает своих членов. Уже Рут Бенедикт говорила, что общества нуждаются в отклонениях, так они определяют свои границы, и это прозрение позволяет включить полевые наблюдения в широкую социально-гуманитарную рефлексию: эти идеи начинают распространяться в гуманитарных науках.

От общества к человеку и его индивидуальной жизни эти наблюдения переносятся в контексте теорий коммуникации, и центральной фигурой становится здесь Грегори Бейтсон. Не зря его влияние значимо для всей британской антипсихиатрии. Бейтсон показывает, что шизофрения имеет социальную природу и выражает неспособность ориентироваться в коммуникации. Он возлагает вину за это расстройство на мать, на семью и говорит, что они сами «творят» шизофреников, чтобы уберечь себя и группу. Разумеется, такая радикальная трактовка была для психиатрии неприемлема, поскольку была построена на гуманитарной, а не на медицинской проблематизации. Эта гуманитарная проблематизация и легла в основу антипсихиатрии, сформировав ее радикальную (для психиатрии) теорию.

Параллельно возможность такой проблематизации на почве психиатрии была подготовлена самим ее развитием. Военная и послевоенная психиатрия сталкивается с обилием социально индуцированных неврозов и развивает программу терапевтических сообществ. Терапевтические сообщества предлагают стратегии социальной реабилитации и постепенно смягчают больничные порядки. Преодолевается пропасть между ролями врачей и пациентов, поощряется активность последних, создаются многочисленные пространства для ее реализации, пациенты собираются в группы для совместного обсуждения проблем и общей работы. Практика антипсихиатрии вырастет из этих терапевтических сообществ, и на самом деле антипсихиатрия на практическом уровне привнесет в нее не так уж много нового.

В чем-то практика терапевтических сообществ возвращает психиатрию к своим истокам, акцентируя институциональное дисциплинарное прошлое психиатрии. Однако радикального шага в антипсихиатрии она не совершает, поскольку идеология этой практики все еще остается медицинской, и она развивается в русле привычной для психиатрии парадигмы.

Традиция совмещения гуманитарного и психиатрического пространств, которой с целью изменения парадигмы воспользуется антипсихиатрия, уже была развита в рамках экзистенциально-феноменологической психиатрии. Взаимодействие философии и психиатрии становится основной предпосылкой формирования как антипсихиатрии в целом, так и ее социальной теории в частности. Во-первых, социальная теория антипсихиатрии является следствием маргинализации психиатрии, ее ухода в гуманитарное поле рефлексии. Если в 30-е годы XX в. эта маргинализация носила онтологически-антропологический характер и с развитием экзистенциально-феноменологической психиатрии способствовала развитию метаонтики, то в 1960-е годы в силу социальных, экономических и культурных трансформаций она приобрела социальный характер. Психиатрию стали волновать социальные вопросы, что и привело к вызреванию в рамках антипсихиатрии социальной теории.

Во-вторых, антипсихиатрия стала выражением практического этапа взаимодействия философии и психиатрии, поэтому наряду с формированием социальной теории в антипсихиатрии развивается и социальная практика, которая включается в череду социальных реформ второй половины XX в.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия произвела реабилитацию онтологического статуса психического заболевания; изменила ракурс рассмотрения

психического заболевания с медицинского на гуманитарный, философский; предложила новые методы исследования – понимающую психологию и структурный анализ. Благодаря разработке экзистенциальной теории психического заболевания становится возможной сама социальная теория. Социальная теория антипсихиатрии в обязательном порядке в качестве антропологической, экзистенциальной основы привлекает экзистенциальную теорию психического заболевания, по-разному преломляющуюся у каждого представителя антипсихиатрического движения. Для Лэйнга это теория онтологической неуверенности и развоплощенности, для Купера – деструктурирования сознания, для Саса – бремени непонимания, для Базальи – утраты свободы и ответственности. Вслед за утверждением об экзистенциальной полноценности психически больного человека антипсихиатрия ставит вопрос о причинах его социальной дискриминации и развивает крайне радикальный социальный проект.

В чем радикальность антипсихиатрии? Почему ее критика оказалась столь сокрушительна, а ее практика настолько неприемлема для психиатрии? Если посмотреть широко, эпистемологически, то смысл этой радикальности в том, что антипсихиатрия вернула психиатрии ее собственную историю. Она столкнула психиатрию с самой собой, с тем, что она стремилась забыть, с тем, от чего она много лет стремилась уйти, но что лежало в самом ее основании и вело к многочисленным противоречиям.

Для своей критики антипсихиатрия в качестве мишеней избирает те противоречия истории, теории, практики, структуры психиатрии, которые к моменту ее начального развития в 1960-х достигают наибольшей выраженности. Поэтому антипсихиатрия есть, несомненно, стадия развития самой психиатрии, ее своеобразная оборотная сторона, продукт собственных противоречий, которые к тому времени достигли такой выраженности, что о них было уже невозможно говорить иначе, чем это сделала антипсихиатрия.

Споры по поводу дисциплинарного статуса антипсихиатрии не стихают до сих пор, и в этих спорах, как это видно по прошествии лет, разумнее рассматривать антипсихиатрию как направление психиатрии – направление, конечно, междисциплинарное, связывающее психиатрию с философией, с социальной теорией, с гуманитарной рефлексией вообще, но ни в коем случае не как исключительно гуманитарное и философское, одним словом, не как чужеродное по отношению к психиатрии тело. Еще разумнее рассматривать антипсихиатрию не как направление, а как стадию, как своеобразную критическую точку развития самой психиатрии, стадию отрицания и радикальной критики, позволившую психиатрии, совершив эдакий гегельянский синтез, перейти на новый уровень развития. Такой взгляд, возможно, позволит прояснить не только положение антипсихиатрии по отношению к психиатрии, но и парадоксы ее собственного развития, ее противоречивые итоги.

Традиционно считается, что антипсихиатрия есть главное последствие кризиса биологической психиатрии и ее объяснительных гипотез. И это действительно так. Тому доказательством связь затухания антипсихиатрии как движения с успехами биологической психиатрии. Здесь нет просто линейных связей. Кризис биологической психиатрии дает антипсихиатрии дорогу, точнее, дает дорогу определенным явлениям в самой психиатрии, которые в своей радикальной форме и начнут потом именоваться именно так.

Психиатрия, всю свою историю существовавшая между двумя полюсами – медицинской науки и дисциплинарной практики, – в середине XX в. практически утрачивает медицинскую подпитку, лишается тотальной биологической теории происхождения и механизмов психического заболевания. Одновременно ее социально-ориентированные идеи активизируются тяжелой социальной ситуацией, войной и необходимостью адаптации больших групп людей. Она с успехом реализует эту функцию и даже обновляет собственную практику.

Ее, конечно же, на новом витке словно отбрасывает в сторону дисциплинарной практики, практики адаптации. Неудивительно, что такие изменения приводят к многочисленным дискуссиям о статусе психиатрии, к тенденциям самоосмысления и рефлексии.

Сама психиатрия начинает говорить о том, насколько для нее важна и необходима биология и органика, как связана с медицинской теорией ее практика, и можно ли выработать, отталкиваясь от этой практики, этиологическую теорию. Если в экзистенциально-феноменологической психиатрии психиатрия впервые задумывается о своих онтологических и методологических основаниях, то в антипсихиатрии она рефлексировала свою историю, всегда молчаливо присутствующую в ее практике. Говоря о психиатрии как о тюремной системе, обвиняя ее в сговоре с властью, называя шизофреника отверженным, антипсихиатрия не просто бездумно бросается на психиатрию, она говорит о тех вещах, которые вписаны в ее историю, теорию, практику четким и ясным шрифтом. Просто говорит в излишне радикальной манере.

Дело всего лишь в том, что история психиатрии и ее противоречия привели к тому, что в самом ее пространстве выросли психиатры, которые заговорили о ней таким радикальным тоном. Сама психиатрия взрастила в себе антипсихиатрию. Большинство антипсихиатров и их последователей были психиатрами, поэтому антипсихиатрия стала движением профессионалов, внутренним по отношению к психиатрии движением.

Если говорить о тех противоречиях психиатрии, которые породили на свет антипсихиатрию, то в обобщенном виде они таковы.

#### 1. В теории:

- кризис биологических концепций происхождения психического заболевания;
- двойственный статус психиатрии как естественной науки о психической болезни и гуманитарной, философской, антропологической науки о психически больном человеке и соответствующие противоречия в ее методологии;
- исторически сложившаяся второстепенность теории психиатрии по отношению к ее практике;
- рассогласование между декларируемым медицинским статусом психиатрической теории и дисциплинарной и воспитательной направленностью психиатрической практики и проч.

#### 2. В практике:

- противоречие между гуманистическими целями психиатрической практики и антигуманной направленностью отдельных ее методов;
- установка на отрицание необходимости активности больного в терапии и признание необходимости его полного подчинения воле врача, которая имеет не медицинскую, а педагогическую природу;
- обилие в практике не терапевтических, а педагогических и пенитенциарных элементов и проч.

#### 3. В структуре и институциональной организации:

- противоречие исторической ситуации возникновения психиатрии как дисциплинарного института и современной ситуации ее саморефлексии как медицинской науки;
- жесткость организации и функционирования психиатрической больницы как терапевтической институции;
- косность системы психиатрической помощи, ее закрытость для новых методов и теорий.

В теории психиатрия не могла, да, пожалуй, так и не смогла разрешить противоречия между дисциплинарной практикой и медицинской теорией. Так или иначе, но всякая этиологическая гипотеза психиатрии вовлекает психофизиологическую проблему, вопрос о том, чем детерминируется поведение, мировоззрение человека. Расстояние между

определенными органическими изменениями и реальным человеком с его миром, его «я», его поведением пока непреодолимо, поскольку нельзя свести личность и целостность к сумме частей. Во всяком случае в нынешней парадигме медицины это пока невозможно. Психиатрия касается целостного человека, его мира и мировоззрения, все это меняется в психическом заболевании. И вряд ли когда-нибудь, не изменив парадигмы, она сможет эти изменения объяснить.

Из медицинских наук психиатрия – наука с самой тяжелой исторической судьбой, которая еще до рождения себя как теории имела традицию практики, заимствованную ею от тюремных институций. В Италии это противоречие выражалось отчетливее всего, потому-то и смысл деинституционализации в Италии состоял не в том, чтобы закрыть больницы, а в том, чтобы медикализировать психиатрию, избавив ее от тюремного наследия. Базалья обладал гениальной исторической интуицией, но это противоречие, лежащее в самих основаниях психиатрии, непреодолимо до сих пор. Смысл еще в том, что (как отчетливо показали и экзистенциально-феноменологическая психиатрия, и антипсихиатрия) психиатрия, как медицинская наука, не может предлагать исключительно гуманитарную теорию, поскольку на ней не может быть выстроена практика, не может проводиться лечение. Все исключительно гуманитарные проекты в психиатрии так или иначе заходили в тупик.

Практика психиатрии в XX в. стремилась следовать гуманным целям: как медицина исцелить, а также вернуть человека в окружающий мир, приспособить его к жизни. Однако, несмотря на благие цели, дисциплинарно медицинская природа психиатрии порождала в ее практике не очень приятные моменты. Дисциплинарные тюремные порядки требовали повиновения, постоянной слежки, унификации людей и стирания личности, лишения индивидуальности, изоляции больных от общества и разрушения коммуникации. Если в пенитенциарной системе за этими принципами практики стояла какая-то логика, то для психиатрии, обретшей к XX в. идентичность медицинской науки, необходимость их не объяснялась исходя из медицинской потребности. Подчинение больного, его пассивность уходили при этом истоками не только в дисциплинарную, но и в медицинскую направленность практики. В психиатрии так же, как и в медицине вообще, воздействие оказывал знающий профессионал, а больной, подобно больному органу, должен был только принимать его, не уклоняясь.

Медицинская сущность психиатрии тоже не всегда способствовала гуманизму. Инсулиновые комы, лоботомия, жесткие нейролептики разрушали личность больного, превращая его из человека в вещь. Психиатрия здесь, конечно же, последовательно реализовывала свое медицинское предназначение: у всех методов и лекарств есть побочные эффекты, но поскольку психиатрия воздействовала не на безликий орган, а на сложную и целостную личность, побочные эффекты, перевешивая ценность терапевтических, оказались слишком губительными для нее.

В итоге наравне с позитивными достижениями психиатрия первой половины XX в. накопила весомый багаж противоречий и ошибок, став уязвимой не только для внешней, но и для внутренней критики. Однако критика эта неотделима от критики общества: зародившись как общественный институт, психиатрия разделила с обществом судьбу мишени антипсихиатрической критики, и критическая теория антипсихиатрии стала одновременно и социальной теорией.

### 3. Социальная теория

Антипсихиатрия рождается не только из противоречий психиатрии и ее кризиса, не

только как продолжение уже высказанных кем-то идей, она – веяние времени, выражение его духа. Антипсихиатрия-в-себе есть прежде всего социальный проект.

Вообще, надо признать, что антипсихиатрия – дитя войны: эстетики абсурда потерянного поколения экзистенциалистов, теории власти и авторитаризма кочевавших при фашизме «франкфуртцев», реформистской послевоенной практики открытых дверей и терапевтических сообществ. В ней много военного и послевоенного опыта: чувство обреченности и отчаянность борьбы, гиперболизированное представление о враге и ожесточенность ко всем его ипостасям, смелость трактовок и экспериментов, окрашенная ощущением последнего средства и последней попытки. А самое главное – сама антипсихиатрия в каждом из ее вариантов порождена ощущением, что невозможно мыслить и жить по-другому. Биографии антипсихиатров в унисон воспроизводят одну и ту же историю: послевоенная биологическая, медикаментозная психиатрия, которая забывает о человеке, и попавший в нее молодой студент, стажер, врач, их конфликт, его клятва все изменить... И еще антипсихиатрия – следствие той свободы, на которую была вынуждена пойти система – государство, медицина, чтобы хоть как-то справиться с теми душевными расстройствами, с теми ранами, которые война оставила у переживших ее людей. Она – запоздалое эхо военного и послевоенного времени.

Это контрдвижение, как и вся контркультура, частью которой оно стало, предельно эмоционально, поэтому современники часто видели в нем только этот оголтелый протест против тюремных порядков, против врачей-деспотов, против убийства личности и порабощения свободы, против всего и вся. Работы антипсихиатров призывны и заразительны, в них очень много и личного опыта, и личного чувства, они увлекают и заставляют если не сопереживать, то задуматься. Просто они говорят настолько прямо, что невозможно увернуться.

Эта эмоциональность и прямота, без сомнения, способствовали популярности антипсихиатрии. К ней присоединялись иногда не только чтобы разделить идеи, но и чтобы выразить протест, не важно, против чего. Благодаря радикальности и прямоте антипсихиатрия создала вокруг себя пространство дискуссий, отхватив всех восторгающихся ею, противостоящих ей и пытающихся ее осмыслить. Эмоциональность и яркость одновременно и притягивала, и отталкивала, и так происходит до сих пор. Это то, что в те времена требовалось, чтобы обратить на себя внимание, но этим антипсихиатрия не исчерпывается.

По прошествии лет, когда уже ушли ее идеологи, когда в связи с ней стало появляться больше воспоминаний, чем сиюминутных впечатлений, можно посмотреть вглубь, оценив, почему стала возможна антипсихиатрия и что она принесла.

Антипсихиатрия возникла как критический момент в развитии психиатрии, как следствие ее собственных противоречий, но противоречия эти она не стала рассматривать в родном для себя пространстве. Перспектива антипсихиатрии не психиатрическая, а социально-антропологическая. В своих собственных теориях и методах психиатрия зашла в тупик, внутри себя она уже не могла говорить продуктивно, поэтому смещение акцентов оказалось как нельзя кстати.

Критика психиатрии разворачивается в антипсихиатрии в рамках более широкой критики общества, а общество не мыслится в отрыве от человека, поэтому вся антипсихиатрическая теория приобретает социально-антропологическое звучание. Психиатрия рассматривается как социальный институт. Споры о ее проблемах и статусе словно возвращаются во времена ее зарождения как дисциплинарной общественной институции и как института психиатрической помощи. Не зря при оценке вклада антипсихиатрии и ее предшественников иногда говорится о том времени, когда теоретическое психиатрическое пространство только складывалось, а психиатрическая больница появлялась только в проектах.

Социально-антропологическая перспектива критики способствует тому, что



антипсихиатрия становится не только движением профессионалов, но и широким общественным течением. Она превращается в критическое направление не только психиатрии, но и социальной, гуманитарной, общественной мысли. И трудно определить, чего в антипсихиатрии больше: критики антипсихиатрии или критики общества, поскольку проблемы психиатрии здесь превращаются в проблемы всего общества и всех людей, которые необходимо разрешить как можно скорее.

Основанием этого перехода от психиатрии к социально-антропологической перспективе становится формирование социально ориентированной теории психического заболевания.

Возможность осмысления психического заболевания в рамках социального была связана для психиатрии с двумя важными этапами, которые способствовали вскрытию двойного отчуждения больного. Первый этап – вскрытие теоретического отчуждения был связан с развитием экзистенциально-феноменологической психиатрии. Ее представители показали, что исключительно медицинская реальность симптомов и синдромов скрывает под собой богатый внутренний мир, который может быть доступен средствами не диагностики и объяснения, а понимания. Так в психиатрии началась целая волна исследований патологической экзистенции.

Второй этап – вскрытие практического отчуждения был запущен культурными изменениями общественной ситуации и институциональными трансформациями самой психиатрии. Внимание переместилось с внутриличностного контекста психического заболевания на межличностный. Проблема психического заболевания рассматривалась теперь не внутри него самого (как это было в классической психиатрии), не внутри несущего его психически больного (как в экзистенциально-феноменологической психиатрии), а вовне. Вопрос о психическом заболевании был связан теперь с особенностями отношения к безумию других людей, групп и общества в целом.

Социальная теория антипсихиатрии предполагает два пласта: социальную теорию психического заболевания и социальную теорию групп и общества, составляющих неразрывное единство. При этом социальная теория психического заболевания является одновременно и одним из уровней обобщенной социальной теории общества, и специфическим пространством социальной рефлексии, а ее векторами предстают социальная критика и непосредственно социальная теория. Так структурировано это пространство.

Социальная теория (и социальная теория психического заболевания, и теория групп и общества) охватывает в антипсихиатрии несколько уровней социального: 1) уровень непосредственной межличностной коммуникации индивидов; 2) микросоциальный уровень группы; 3) макро-социальный уровень общественных институций; 4) макрополитический уровень общества в целом. Переходы между этими уровнями являются предметом особого интереса антипсихиатрии. Все ее представители, уделяя приоритетное внимание одному-двум уровням, всегда обобщенно охватывают все остальные.

За всеми этими уровнями стоит онтология социального. И здесь антипсихиатрия идет по пути экзистенциально-феноменологической психиатрии: для своей социальной теории она заимствует платформу у философии – марксистски ориентированную онтологию.

Общество или группа для антипсихиатрии образуются посредством усреднения поведения и переживания, которые составляет объективную реальность группы. Эта объективная реальность одновременно и похожа, и не похожа на таковую у каждого составляющего группу индивида, поскольку социальная целостность не равна сумме усредненных индивидуальных частей. Тем не менее онтологически группа зависит от своих членов: у нее нет фундамента, а ее существование поддерживается индивидуальными усредненными и отчужденными переживанием и поведением.

Поскольку усреднение гарантирует прочность структуры, антипсихиатры считают, что

общество любым способом вынуждено сохранять его. Основным механизмом сохранения и поддержания усредненного социального является власть, принуждение. Всякое отклонение от среднего с помощью социальных институтов должно быть унифицировано, принуждено или исключено. Так обозначается его место в социальной структуре, а та, в свою очередь, сохраняет свою прочность.

В свете этой общей социальной теории строится многоуровневое теоретическое пространство антипсихиатрии. И на всех уровнях в основе лежит эта метафора усреднения. Антипсихиатрия психологична и всегда разбивает социальное пространство опыта и поведения на две области: подлинное личностное пространство и неподлинное, отчужденное, усредненное, ложное социальное пространство. Диалектика этих двух областей составляет коллизии не только социальной критики и социальной теории, но и выступает основой социальной практики антипсихиатрии. Начиная с самого первого уровня, на котором разворачивается социальная теория, социальное мыслится антипсихиатрами преимущественно в негативном ключе, поэтому эта социальная теория неизменно носит критическую направленность.

Надо отметить, что внимание к межличностному уровню социальной теории характерно не для всей антипсихиатрии, отличается им только антипсихиатрия британская, тесным образом связанная с теорией коммуникации школы Пало-Альто и британским психоанализом с его акцентом на детско-родительских отношениях. Подробно социальная рефлексия этого уровня развивается только в работах Лэйнга, но его идеи разделяют все представители антипсихиатрии. Эта социальная теория межличностного взаимодействия является не исключительно социальной, а социально-психологической теорией, и может быть использована в теории и практике групповой работы.

Исходя из этой теории, уже на уровне межличностной коммуникации человек сталкивается с необходимостью не просто приспособления, но искажения опыта, мышления и поведения. Его переживание, внутренний мир, выражаясь вовне, претерпевает последовательные трансформации. По логике Лэйнга и его последователей, «мое» переживание никогда не остается только моим переживанием, попадая в социальное пространство оно становится «его переживанием моего переживания», «ее переживанием моего переживания», «их переживанием его переживания моего переживания», «моим переживанием их переживания его и ее переживания моего переживания» и так до бесконечности. Выйдя вовне, опыт человека ему уже не принадлежит и преломляется в бесчисленном количестве граней подобного, но чужого опыта.

Социальное пространство конституируется личным опытом, но в точке этого конституирования происходит необратимое превращение, которое невозможно повернуть вспять. Точнее, возможно только посредством полного исключения этого опыта из социального пространства, а следовательно, выходом человека из общества. Прояснение межличностного уровня вскрывает исходную сеть социального – сеть межличностных интеракций и межличностного обмена опытом и его восприятием. Эта тончайшая сеть сплетает основание общества.

Здесь разворачиваются тончайшие механизмы управления и принуждения – то, что Бейтсон называет двойным посланием, а Лэйнг – мистификацией. При включении в группу человек попадает в ловушку и независимо от исхода вплетается в социальную систему. Здесь же формируются основания отклонений: человек, который не может спонтанно отвечать на коммуникативные сигналы, непосредственно реагировать на стимулы, формирует косный коммуникативный горизонт, который не дает ему возможности полноценно функционировать в обществе. Психическое заболевание оказывается коммуникативным нарушением,

невозможностью спонтанно и адекватно отвечать на коммуникативные сигналы.

Эти межличностные связи ложатся в основу микросоциального уровня взаимодействия, отражающегося на уровне социальной группы, в частности, на уровне семьи. При этом социальная группа не просто надстраивается над уровнем межличностного взаимодействия, а начинает выступать своеобразным мостом между непосредственным взаимодействием и общественными институтами, поэтому группа подчиняется двусторонним влияниям. Группа уже – это не просто отдельные индивиды, которые выстраивают взаимное общение, это иерархически первая социальная целостность, которая обладает собственной реальностью, поэтому именно на уровне группы появляется необходимость в управлении.

С социальной группы антипсихиатрия начинает разговор о противостоянии человека и общества. Можно даже сказать, что группа – это структурная единица ее социальной теории. Связано это не только с промежуточным статусом группы, но и с тем, что, будучи одновременно теоретически и практически ориентированной, антипсихиатрия должна учитывать и возможность терапевтической работы, основное пространство которой – не только индивид, но и группа. Антипсихиатрия здесь реализует себя не только как социальная теория, но и как психотерапевтическая практика.

Типичной социальной группой для антипсихиатрии является семья. Она – ячейка общества, она – его институт, она – образец для других социальных институтов. Семья становится для антипсихиатрии средоточием всего того негатива, который несет общество, поэтому дает входящим в нее индивидам только усреднение, принуждение, исключение. Такая трактовка семьи как воплощения социального, а также пристальное внимание к семейным системам и многочисленные антипсихиатрические исследования семей шизофреников привели к тому, что с внешней стороны семья стала казаться ответственной за возникновение психического заболевания. Лэйнга и его последователей обвиняли в нападках на семью.

Подобно семье в антипсихиатрии понимаются и другие социальные образования и институты: тотальные институты, изменяющие по имеющемуся шаблону «я» человека, управляющие им, изготавливающие из него одномерный продукт. И как раз здесь оформляется критическая теория психиатрии как социальной институции, где психиатрия – не наука, а практика, причем практика дисциплинарная.

В своей критической теории антипсихиатрия обращается к исходному статусу психиатрии как дисциплинарного государственного института и пытается показать, что сама психиатрия по преимуществу не выполняет заявленных медицинских функций. Для нее это лишь санкционированная государством практика, институт принуждения и изоляции.

Микросоциальный уровень группы и макросоциальный уровень общественных институтов – основное пространство социальной теории антипсихиатрии. Наибольшее внимание уделяя взаимодействию психиатрии и семьи, антипсихиатрия ограничивается в основном механизмами принуждения и отчуждения, стандартизации личности и возможности ее отделения от общества. Поэтому макрополитический уровень социальной теории здесь практически не представлен. Макрополитика, политика общества для антипсихиатрии выражается в функционировании социальных институтов, поэтому в своей микро- и макросоциальной теории она рассматривает ее в конкретном пространстве.

Здесь необходимо остановиться на одном немаловажном для антипсихиатрии моменте. В работе «Грамматика жизни» Купер говорит о переходах между макрополитикой, макросоциологией и микросоциологией, о том же говорит Лэйнг в своем выступлении на конгрессе «Диалектика освобождения». Это понятие «перехода» значимо для антипсихиатрии и помогает прояснить смысл не только ее теории, но и практики. Таких наиболее значимых переходов два, и оба они конкретизируют теорию и практику.

Во-первых, основанием социальной направленности антипсихиатрии выступает своеобразный переход от макро– к микросоциологии, от медицинского смысла психического заболевания к его социально-групповому значению. Лэйнг называет это переходом от безличного и непонятного процесса к социально-осмысленной практике. На таком переходе построена теория британской антипсихиатрии.

Антипсихиатры настаивают на том, что истолкование психического заболевания в понятиях патологического процесса непродуктивно, поскольку не позволяет включить в него личность больного. Болезнь рассматривается в этом случае по инфекционной метафоре как процесс, который захватывает человека и с которым он сам справиться не в состоянии. Природа процесса в этом случае совершенно неясна. Антипсихиатрия призывает обратиться к контексту этого процесса – к социальной практике группы. Тогда патологический процесс становится понятным в рамках социальной системы, в рамках взаимодействия между людьми, и он может быть преодолен посредством изменения этого взаимодействия, более того, в эту работу может быть вовлечен и сам больной.

Во-вторых, важным элементом практики антипсихиатрии выступает переход от макрополитической работы к макросоциальной. И британская, и итальянская антипсихиатрии имеют революционный характер. Их революционность не только в радикальности идей и жесткости формулировок, но и в том, что на макроуровне антипсихиатрия совершила макрореволюцию.

Специфику этой революции проясняют идеи Базальи о статусе техника-практика и специалиста, поддерживающего в своей работе, на уровне той социальной институции, частью которой он является, доминирующий социальный и политический строй. Своей революционной деятельностью, даже на макросоциальном уровне своей институции, он расшатывает политику общества. Антипсихиатрия здесь показала успешный опыт реформирования и реорганизации психиатрии как институции, и этот опыт развивался на фоне контркультурного и леваческого бунта 1960-х, имевшего антикапиталистическую направленность. На своем уровне антипсихиатрия выполнила революционную задачу.

Для каждого из антипсихиатров и для каждой из форм антипсихиатрии социальная теория имеет собственные акценты, приоритетные темы и достижения.

Социальные идеи Лэйнга наиболее разнообразны и проработаны, поэтому основателем и родоначальником антипсихиатрии его называют не зря. Его социальная теория охватывает все уровни социальной жизни, и он единственный строит проработанную онтологию общества. Возможно, поэтому его идеи оказались наиболее популярны за границами психиатрии.

В социальной теории Лэйнга можно выделить несколько наиболее четких пластов. Это теория образования социальной группы, теория межличностного взаимодействия, теория семьи и социальная теория шизофрении. Теория образования группы Лэйнга наиболее близко связана с философской традицией, а конкретнее, с диалектическим марксизмом Сартра, и закладывает фундамент социальной онтологии антипсихиатрии. По Лэйнгу, социальная группа возникает при тотализации, она не имеет онтологического фундамента и поэтому компенсирует его жесткой структурой. Все члены общества должны разделять принятый в обществе усредненный опыт, поддержание этой ложной реальности – обязательное условие существования общества. На этой социальной онтологии, а не на медицинском фундаменте, строится у Лэйнга социальная теория шизофрении. Для него шизофрения является результатом социальной репрессии в семье и обществе. Шизофреник переживает опыт, отличный от такового у большинства, и угрожает целостности общества, поэтому общество лишает его социального и правового статуса.

Теория межличностного взаимодействия и теория семьи в такой социальной перспективе

взаимодополняющие. Межличностное взаимодействие рассматривается не только как непосредственное взаимодействие людей, но и как пространство тотализации опыта, его предельная цель – поддержание целостности группы. Это точка перехода индивидуального в социальное и точка утраты подлинности. Теория семьи дополняет как онтологию социального, так и теорию межличностного взаимодействия, являясь центральным теоретическим и практическим пространством для Лэйнга. В ней сходятся его теоретические новшества и оформляется практическое пространство терапии, где семья – основная социальная институция, которая транслирует общественные нормы и правила, и функция семьи – включить индивида в общество, поэтому она деиндивидуализирует индивида и уничтожает его автономию, препятствуя реализации подлинного опыта.

Эта многоуровневая социальная теория формирует базу для всей теории и практики британской антипсихиатрии, и каждый из последователей Лэйнга берет ее за основу, расставляя свои акценты и изменяя ее совсем немного. Так, социальная теория психического заболевания у Купера становится основой для теории революционного статуса безумия. На его взгляд, психическое заболевание несет в себе возможность революционного преобразования, оно представляет собой деструктурирование отчужденных структур существования и реструктурирование подлинного бытия, такое деструктурирование преодолевает отчуждение и служит первым этапом построения нового общества равных. Весь социальный дискурс при этом носит ярко выраженную антикапиталистическую направленность. Купер нападает на развитые капиталистические страны из-за того, что они подавляют страны развивающиеся, общество в целом подавляет индивида, который вынужден разделять социальную реальность и говорить на принятом языке. Орудием этого подавления признается семья как нуклеарная единица капиталистического общества. Своеобразное противопоставление подлинного индивидуального и неподлинного социального приводит к развитию теории метанойи и практики терапевтических сообществ, характерной именно для британской антипсихиатрии.

Социальные проекты других представителей антипсихиатрии меньше акцентируют социально-психологический уровень межличностного взаимодействия и уделяют большее внимание макросоциальному и макрополитическому уровню социальной теории. Так, теоретические идеи Базальи ограничиваются в основном теорией институций и власти, а также осмыслением статуса интеллектуала в обществе. На его взгляд, буржуазное общество – это общество неравенства, где одни господствуют, другие подчиняются. Эта власть транслируется посредством социальных институций и благодаря специалистам-практикам. Так власть маскируется и реализуется не напрямую, а обходными путями, так снимается напряженность и опасность открытого сопротивления. Интеллектуал-практик играет здесь центральную роль. Будучи посредником в реализации власти, он управляет подавляемыми, укрепляя общество, но именно в силу своего статуса он имеет и большую силу. Он может сопротивляться власти, таким образом реформируя институцию, в рамках которой он функционирует, и нанеся удар по тоталитарности общества.

Общей для всех антипсихиатров социальной теории придерживается и Сас. В рамках своей критической теории он настаивает, что общественная идеология имеет тоталитарный характер, и включение в социальный организм предполагает подчинение социальной системе. Основным путем воздействия общества на индивида служит власть, она поддерживает стабильность общества, и ее механизмами сверху будет принуждение, а снизу – зависимость, автономия же противостоит власти. С таким автономным функционированием связано психическое заболевание. Оно представляет собой миф, уловку языка, используемые с целью оправдания властного насилия общества, психиатрия при этом является одним из институтов власти, изобретающим психически больного как козла отпущения общества.

В идеях всех своих представителей антипсихиатрия делает принципиально новый шаг по сравнению с психиатрией экзистенциально-феноменологической, и впервые он совершается в работах Лэйнга. Следуя за Ясперсом на пути понимания психического заболевания, Лэйнг расширяет рамки понимания психоза, предлагая иную систему координат. Если Ясперс, говоря о понимании, пользовался герменевтическим критерием понимания, т. е. говорил, что, понимая больного, мы должны постараться пережить его опыт как свой, то Лэйнг заговорил о понимании в рамках социальной ситуации и социального контекста. Лэйнг, а вслед за ним и его последователи вывели понимание из внутриличностного пространства феноменов и связей между ними в межличностное пространство отношений и социальных систем. Экзистенциально-феноменологические психиатры представили антропологическую и онтологическую реабилитацию опыта психически больного человека, антипсихиатры добавили к ней социально-философскую и социально-психологическую реабилитацию.

В рамках социальной теории у всех антипсихиатров формируется трагический и романтический образ психически больного как «козла отпущения» и развиваются социальные определения, в рамках которых и появляются известные всем антипсихиатрические метафоры, вроде «психическая болезнь – миф» Саса, «психическое заболевание – нарушение отношений» Лэйнга и проч.

Антипсихиатры стремятся описать психически больного вне этих клише и представить его как человека, заплутавшего в сложной сети социальных отношений. Таким образом, антипсихиатрия не изолирует человека, как это происходит в классической психиатрии, а, напротив, погружает его в исключительно насыщенный социальный контекст. Именно поэтому болезнь становится функцией общества, его институций, семьи и социальной группы, межличностной коммуникации, т. е. потому, что антипсихиатрия задает такой ракурс исследования. Большинство антипсихиатров не говорят о том, что за болезнью не стоит никаких изменений. Они признают, что изменяются переживания и поведение, но отказываются рассматривать их в рамках классической психиатрической парадигмы, помещая их в контекст социальных связей.

Такой ракурс рассмотрения психического заболевания и отказ признавать те изменения, которые за ним стоят, патологически закладывает основания для развития в рамках антипсихиатрии не только социальной, но и антропологической теории. Так, дискурс психической болезни становится дискурсом о человеке: его месте в обществе, его опыте и поведении, его развитии. Поэтому в этом отношении антипсихиатрия поднимает не только и не столько медицинские, сколько антропологические проблемы свободы и ответственности, выбора и становления личностью, подлинности и необходимости подчинения. Вместе с разработанной социальной теорией антипсихиатрия, стремясь обозначить в ее рамках образ человека, развивает антропологическую рефлексию с ярко выраженной экзистенциальной направленностью.

Направляя пристальное внимание на становление человека в обществе, антипсихиатрия акцентирует узловые точки подчинения социальному и сохранения себя. Особенно остро она поднимает проблемы выбора и свободы: возможна ли свобода в обществе и можно ли в нем сохранить подлинность. Шизофреник, психически больной, становится воплощением этой подлинности и свободы, и так формируется его романтический образ. В противоположность психиатрической трактовке заболевания как дефицита и негативного феномена антипсихиатрия начинает рассматривать психическое заболевание в позитивном ключе.

С антропологической точки зрения особенно интересен здесь концепт метанойи, характерный для всей британской антипсихиатрии и в различных вариациях представленный как в ее теории, так и в практике. Для Лэйнга и Купера она – процесс возвращения к

подлинному «я», избавления от ложной реальности общества, борьбы за свободу и автономию; для Подволла и Берка – кризис существования, который необходимо достойно пережить и вернуться к исходному состоянию. Выходит, для первых посредством метанойи человек получает доступ к какому-то новому опыту, который он бы не смог пережить иначе, по Лэйngu и Куперу, метанойя обогащает человека, его опыт, хотя и сопряжена с мучительными переживаниями. Их последователи, Подволл и Берк, не рассматривают метанойю в таком позитивном ключе, на их взгляд, она не приносит человеку ничего нового, это кризис, через который он может пройти и вернуться к прежнему состоянию. И в первой, и во второй версии психическое заболевание рассматривается как принципиально иное существование, которое переживает человек и через которое он может благополучно пройти. В этой трактовке антипсихиатрия принципиально отличается от психиатрии.

Еще одна особенность теории метанойи – это признание активности личности. Все антипсихиатры отходят от характерной для психиатрии инфекционной метафоры в понимании психического заболевания как захватившего человека явления, все они признают важность активности человека в борьбе со сложившейся ситуацией. Изменение поведения и опыта признаются теперь не слепым пятном в жизни, а принципиально важным отрезком, пройдя через него человек может не только вернуться в общество, но и многому научиться. Это признание возможности возвращения к состоянию, предшествовавшему психическому заболеванию, а также понимание человека как активной силы закладывает основания социальной практики антипсихиатрии, ориентированной не на избавление, а на приобретение, не на борьбу с болезнью, а на опыт борьбы человека.

#### 4. Социальная практика

Практика антипсихиатрии развивается не только как продолжение ее теории. Уникальность ее в том, что импульс к альтернативной практике вызревает и как событие личной истории, становится неизбежным шагом в жизни каждого из антипсихиатров. Повседневная ситуация психиатрии тех лет приводила обычных врачей к антипсихиатрическим настроениям в клинике.

Исходной точкой практики антипсихиатрии в плане личной истории становится то, что можно назвать ролевым сдвигом. Медицина вообще или психиатрия в частности, несмотря на декларируемый гуманизм, основана на достаточно четкой ролевой стратификации, и это следствие не только ее функции как социальной институции. Врач должен удерживать себя от излишней идентификации с пациентом, оберегая себя от эмоционального выгорания, а также следуя идеалу объективности и незаинтересованности для адекватного оказания медицинской помощи. Бесчувственный врач – горе для пациентов, но врач излишне эмоциональный – плохой профессионал, этот баланс и пытается уже много столетий соблюсти медицина.

Ролевой сдвиг – следствие нарушения этого баланса. Практически все антипсихиатры вспоминают эпизоды из своей жизни, когда они встали на сторону пациентов и так и не смогли вернуться к собственной идентификации как врачей. Лэйнг проводил часы со своим первым пациентом Джоном, а также навсегда запомнил студенческий разбор случая, когда он обманулся в идентификации, приняв врача за пациента. Мошер говорит о внезапном осознании факта собственной смертности и беспомощности, о том, как, будучи молодым врачом, он внезапно понял, что было бы с ним, если бы он оказался в той же больнице, где он тогда работал. Осознание необходимости чего-то другого пришло к ним не от теории, а из собственной жизни и собственного профессионального опыта. Биографии антипсихиатров изобилуют подобными рассказами о когда-то пришедших к ним откровениях.



Опыт ролевого сдвига, опыт сомнения и его рефлексия дали в плане личной истории первоначальный импульс антипсихиатрической теории, а потом и сам опыт, и эта теория вместе стали основой для вызревания социальной практики.

В рамках антипсихиатрии развиваются различные модели социальной теории, а статус и содержание психиатрии описываются исключительно с социально-гуманитарных позиций. Психиатрия перестает пониматься как наука и практика лечения и трактуется исключительно в ее изначальном смысле – как социальная институция и дисциплинарная структура. Отойти от этой неизживаемой сущности и призывает антипсихиатрия, именно эта цель лежит в основе ее социальной практики. Если говорить об эпистемологическом смысле практического поворота антипсихиатрии, то одним словом его можно обозначить как деинституционализацию, смысл которой – очищение психиатрии от ее институционального прошлого. Критика институциональной сущности психиатрии – это исходная точка всех антипсихиатрических проектов.

Это очень неоднородное по характеристикам и целям пространство условно можно разделить на несколько групп, конечно, с той оговоркой, что в этом делении неизбежно возникает ряд натяжек. В практике антипсихиатрии условно просматриваются: 1) антипсихиатрические эксперименты – «Шумная комната» Лэйнга, «Вилла 21» Купера, эксперимент Розенхана и проч.; 2) альтернативные проекты, включая англоамериканские (Кингсли-холл, «Сотерия», «Уиндхос» и др.) и французские («La Borde») терапевтические сообщества-коммуны; 3) проекты реформирования (демократическая психиатрия и деинституционализация в Италии). Разумеется, «Вилла 21» – не только эксперимент, но и коммуна, а Кингсли-холл – не только коммуна, но и проект реформирования. Условно такие группы выделить все же можно, поскольку такое разделение в плане теоретического осмысления дает гораздо больше, чем ограничивает: оно позволяет понять цели, особенности и итоги антипсихиатрической практики.

Антипсихиатрические эксперименты направлены не только на вскрытие недостатков психиатрической системы, эффектов медикализации и стигматизации, но и на демонстрацию эффективности альтернативной коммуникативной или терапевтической модели. «Шумная комната» Лэйнга показывала, что при поддержании благоприятной среды, при нормальных коммуникации и отношении больные поправляются намного быстрее: могут следить за собой, ходить в магазин, убирать помещение, вязать и готовить; таким образом, при сохранении включенности в группу и минимальной социальной адаптации патологизация сходит на нет.

Эксперименты стали продолжением критической социальной теории антипсихиатрии, и основания для них заложила уже экзистенциально-феноменологическая психиатрия. Она показала, что психически больной имеет свой мир, конечно, отличный от мира и опыта большинства, но тем не менее полноценный и целостный. Она провела онтологическую реабилитацию психического заболевания, вписав его в онтологический порядок как один из модусов существования. Одновременно в то время медицина не могла предложить разделяемой всеми гипотезы происхождения психических расстройств. Закономерно возникал вопрос о том, зачем содержать больных в столь жестком режиме, зачем лишать их человеческого статуса.

Во время зарождения психиатрии как санкционированной государством дисциплинарной практики хотя и не было сколь-либо научно обоснованного понимания психического расстройства, но существовало общепринятое представление о социальной опасности безумия и необходимости его изоляции. К середине XX в. психиатрия отошла от правовой концепции психического расстройства, но еще не выработала устойчивой медицинской теории. Одновременно стремительное развитие гуманитарных наук, активно рефлексировавших феномен безумия, привело к его онтологической и антропологической реабилитации.

Медицина за гуманитарными науками не поспевала.

Психически больной был реабилитирован в своей человечности еще до антипсихиатрии. Она лишь воспользовалась результатами этой реабилитации и поставила вопрос о правомерности и цели дисциплинарной практики психиатрии. Если больной – такой же человек, как и все, но только с другим модусом существования, зачем изолировать его, зачем держать в таких условиях, зачем относиться к нему как к недочеловеку.

В своих экспериментах антипсихиатрия показала, что психиатрия является во многом еще дисциплинарной, а не медицинской практикой, и что она соответствующим образом относится к психически больному человеку, просто изолируя его, но не прилагая усилий к его лечению и психотерапии. Эти эксперименты также обнаружили, что дисциплинарные феномены, к примеру, стигматизация, в рамках психиатрии часто бывают никак не связаны с реальным состоянием больного (как это было в эксперименте Розенхана). Они мешают выздоровлению больных (как акцентировала это «Шумная комната») и без них прекрасно может обойтись сама психиатрическая больница (как в «Вилле 21»). В общем, все эти многочисленные попытки указали на то, что от многих из этих дисциплинарных феноменов психиатрия может без труда и с пользой для себя и для больного избавиться. Однако были не только позитивные, но и негативные результаты.

Большинство психиатрических экспериментов или искусственно прервали, или их итоги оказались не так уж однозначны. Вспомним, что долгосрочные результаты «Шумной комнаты» Лэйнга, о которых он сам, возможно, не знал, показали, что при отсутствии поддерживающей среды больные возвращаются к прежнему состоянию. «Вилла 21» Купера акцентировала границы, до которых возможны антидисциплинарные институциональные изменения. Вместе с положительными результатами антипсихиатрические эксперименты показали границы, за которые невозможно выйти, не оказывая воздействия на функционирование психиатрии как институции. Пока шла речь о внутрибольничной практике, путем ее гуманизации они могли что-то незначительно изменить, когда же речь зашла об институции, потребовались более сложные и масштабные меры. Так стали развиваться альтернативные антипсихиатрические проекты.

Практические терапевтические проекты антипсихиатрии очень похожи на практику терапевтических сообществ, которая ко времени зарождения антипсихиатрии уже давно и успешно развивалась в англоамериканских странах. Если очистить антипсихиатрические коммуны от теоретических и критических наслоений, их практика почти во всем подобна этим более ранним проектам. То же внимание к личности больного, такое же акцентирование роли группы в процессе выздоровления, те же постоянные групповые встречи и совместные обсуждения, та же практика организации досуга и создания групп по интересам, а еще совместное проживание, свободное перемещение, стирание ролевых различий и многое другое, что было в терапевтических сообществах Максвелла Джонса, в Нортфилде и у их последователей. Было только одно отличие в контингенте – до антипсихиатрии терапевтические сообщества редко работали с психотиками; и одно в теории – за функционированием терапевтических сообществ не стояла такая крайне критическая теория. Эти два момента и обусловили своеобразие антипсихиатрических коммун.

Критическая направленность теории, стоящей за антипсихиатрической практикой, вывела терапевтические коммуны антипсихиатрии из исключительно психиатрического пространства в культурное, а точнее, в контркультурное, пространство. Если послевоенные терапевтические сообщества были направлены на реабилитацию, на включение человека в общество, то антипсихиатрические коммуны, в особенности самые первые из них, противостояли миру в другой социальной организации, других ценностях и других формах общежития. Послевоенные

сообщества были продолжением общества, антипсихиатрические развивались в противопоставлении ему, поэтому для них больше и напрашивается наименование коммун, а не сообществ.

В этом противостоянии терапевтические коммуны антипсихиатрии продолжали традицию контркультурных коммун. В противовес жесткой социальной системе, которая не может предоставить человеку в тяжелой жизненной ситуации условий для ее преодоления, коммуны были построены на иной форме отношений между «я» и другими, где устанавливался контакт между внутренним миром личности и окружающим ее миром других людей. Они культивировали отношение к психически больному как к личности, упраздняя роли врача и пациента, строили миниобщества равных.

Первые антипсихиатрические коммуны – это не только терапевтические пространства, но и центры революционной работы. Неслучайно Купер говорит о безумии как революции в жизни общества и человека, а Лэйнг связывает микрореволюции с масштабной революцией во всем обществе. В своей социальной теории антипсихиатрия полагает, что построение альтернативного сообщества для психически больных станет только первым шагом преобразований. Этот шаг должен был вылиться в леваческую активность, создав революционную ситуацию снизу – от групп профессионалов различных отраслей и институций. В своей практике антипсихиатрия боролась не только за больных, но и против общества. Невозможность совмещения этих двух задач привела эту практику к кризису.

Если мы вспомним первые антипсихиатрические проекты терапевтических сообществ, к примеру «Виллу 21» или Кингсли-холл, то будем вынуждены признать, что все они разбились о реальность, столкнувшись с проблемами внутреннего управления, предела внутренних изменений и финансирования. Все эти проблемы явились следствием их антиинституциональной направленности.

Проблемы организации управления сообществом начались еще в послевоенные годы, это отчетливо показывает история Нортфилда и итоги первого эксперимента. Проблемы с дисциплиной и организацией быта стали слабым местом коммунарной организации. Эти проблемы унаследовали и обострили антипсихиатрические коммуны. Вследствие упразднения ролевых барьеров антипсихиатрия уравнила по статусу больных и врачей, и все они получили право участия в управлении и ведении хозяйства. Коммуны стали функционировать стихийно, по своей собственной логике и ритму, Лэйнг называл такое функционирование принципом ауторитмии. Поскольку ушла обязательность и жесткие предписания, ушла и разработанная организация быта, ушло распределение повседневного труда. В большинстве таких антипсихиатрических коммун некому было сходить за едой, некому было ее приготовить, некому было убрать помещение. Классическим примером стал Кингсли-холл, обитателям которого иногда было нечего есть, так как никто не заботился о продуктах. Здание было доведено до критического состояния, поскольку за ним никто не следил.

Проблемы внутреннего управления обострялись проблемами пределов институциональных изменений. Изначально антипсихиатрические коммуны создавались в противостоянии жесткой психиатрической системе, в противоположность жесткости психиатрической институции, но они должны были развиваться и дальше. Роли были упразднены, больной принимался как личность, но что-то должно было следовать за этим, должна была идти какая-то работа, а она уже требовала организации, что было несовместимо с ценностями антипсихиатрических коммун. Именно поэтому многие коммуны так и остались своеобразными полужэкспериментами: они что-то опровергали и могли существовать только в противостоянии. Как самостоятельные и самоцельные проекты они развивались с трудом. Это было связано и с еще одним комплексом проблем.

Антипсихиатрические коммуны очень плохо финансировались. Они противопоставляли себя системе психиатрической помощи и поэтому не могли поддерживаться государством. Иногда они получали поддержку различных фондов, но и она не была достаточной и долговременной. Работали там в основном волонтеры, но необходимость пропитания и оплаты аренды помещения все равно требовали хотя бы минимальных вложений. Большинство альтернативных антипсихиатрических проектов не выдержали столкновения именно с этой проблемой, остальные были сопутствующими. Так произошло с Кингсли-холлом, Антиуниверситетом и многими другими смелыми экспериментами.

Более поздние проекты, сообщества последователей родоначальников антипсихиатрии, старались учесть этот негативный опыт, и в их организации мы видим другие черты. Сообщества Подволла, Мошера, Берка более упорядочены, хотя и отходят от жесткой институциональной организации. Они не упраздняют принципа централизованного управления, оставляют в качестве ведущей групповую работу и настаивают на необходимости активности больного, его включенности в терапевтическую работу и разнонаправленную деятельность.

Важным здесь является вопрос, возвращается ли традиция терапевтических коммун к послевоенным приоритетам или антипсихиатрия вносит в нее что-то новое. Надо признать, что основополагающих моментов практики антипсихиатрии не меняет, но своей критикой привлекает внимание к жесткости психиатрической больницы, к противостоянию больного и общества, к необходимости работы с родственниками. Вокруг первых антипсихиатров и Филадельфийской ассоциации объединилось множество людей, осознавших важность терапевтической работы в сообществах и затем продолживших ее. Филадельфийская ассоциация стала пространством обмена опытом и поддерживала много других терапевтических проектов.

Необходимо тем не менее признать, что первые антипсихиатрические коммуны Кингсли-холл и «Вилла 21» были, скорее, коммунами-утопиями, чем реальными альтернативами, они больше противостояли, чем что-то предлагали. Они не могли развиваться дальше без финансирования и организации, необходимо было, чтобы кто-то обеспечивал и двигал этот процесс. Поэтому был важен сам факт, что они были, а не то, что было в них реально достигнуто, и потому это отчасти эксперименты.

Утопизм ранних антипсихиатрических коммун только способствовал развитию в рамках антипсихиатрии реформистских тенденций. Проекты реформирования учитывали опыт организации терапевтических коммун, но в их основе – пессимистичное отношение к возможности изменения социальных институций и психиатрии в том числе. Радикальное реформирование психиатрии предполагает, что невозможно изменить сознание пациентов, их отношения с другими людьми в стенах больницы, пока сама ее социально-экономическая структура не будет радикальным образом трансформирована, т. е. разрушена. Это чисто марксистский ход: самосознание человека, в частности пациента, зависит от исполняемой им социальной роли, а в жесткой институции не может быть создано условий для свободы. Проекты по радикальному реформированию следовали за проектами по организации терапевтических сообществ, и ключевым в этом движении стало слово «деинституционализация».

Тут уместно вспомнить, что термин «деинституционализация» стал использоваться применительно к послевоенным процессам в англо-американской психиатрии, и до сих пор он имеет весьма разнообразный смысл. Одной-единственной программы деинституционализации никогда не существовало ни в антипсихиатрии, ни в других подобных течениях, потому и проблематично говорить о какой-либо специфической стратегии деинституционализации.

Майкл Доннелли выделяет несколько смыслов деинституционализации: 1) сокращение

койко-мест стационарных психиатрических больниц или сокращение либо упразднение психиатрических стационаров вовсе; 2) гуманное лечение психически больных и альтернативные по отношению к психиатрической госпитализации условия; 3) психиатрическое обслуживание в рамках терапевтических сообществ, при котором терапевтические сообщества признаются противоположностью институциональной психиатрии<sup>699</sup>. Сам Доннелли замечает, что деинституционализация имеет смысл негативной политической критики психиатрических институций, а не выстраивания позитивных альтернативных стратегий.

Тот смысл понятия деинституционализации, о котором говорит Доннелли, отчетливо проступает в британской антипсихиатрии, и мы о нем уже говорили. Этот тупик деинституциональной критики отчетливо понимал Базалья и поэтому настаивал именно на реформировании. Основная ее ошибка – отрицание всякой возможности институциональной организации психиатрической помощи.

В своей критике психиатрии британские антипсихиатры отталкиваются от идеи, что само деструктивное понятие психического заболевания, губительная для человека практика его лечения уходят корнями в институциональный характер психиатрии. Психиатрия представлялась им социальной институцией, транслирующей дисциплинарные порядки общества, частью его репрессивного аппарата, поэтому сам термин «институциональный» всегда предполагал значение репрессивности, дисциплинарности, социальной обусловленности. Если психиатрия организована, институционализирована по модели общества, то всякая институционализация имеет негативный смысл. Так антипсихиатрия превратила институционализацию в мишень борьбы.

Все проекты, которые антипсихиатрия развивает в 1960-е годы, будь то эксперименты или терапевтические программы, направлены на одну и ту же цель – показать негативность институциональной организации психиатрии, губительность для человека ее институциональной структуры. «Шумная комната» и «Вилла 21» показывают, что терапевтические изменения возможны и вне ее, более того, они в этом случае более стремительны и результативны. Позднее эксперимент Розенхана демонстрирует, что институциональный порядок психиатрии может приводить к ложности диагноза, который не имеет ничего общего с реальным состоянием больного. Все эти проекты подчинены одной цели – сокрушить институционализацию.

В радикальной критике антипсихиатрии сама психиатрия пытается проблематизировать свое прошлое, ситуацию своего появления как дисциплинарного общественного института и ситуацию организации психиатрической помощи как общественной функции защиты населения от маргинальных элементов общества. Антипсихиатрия борется с институциональным прошлым психиатрии. Однако вскоре оказалось, что эта борьба, существующая ради самой борьбы, ни к чему не приводит: преследующие эту цель антипсихиатрические проекты один за одним терпят поражение. Единственным их достижением становится демонстрация этой институциональной сущности психиатрии, но институциональная природа вписана в историю этой науки, и изжить ее полностью невозможно. Для продолжающей протестовать антипсихиатрии остается один путь – разрабатывать альтернативные проекты, самым известным из которых становится Кингсли-холл.

Альтернативные проекты терапевтической помощи при этом должны были игнорировать принципы институционализации. Во-первых, они не должны были быть включены в систему

---

<sup>699</sup> Donnelly M. *The Politics of Mental Health in Italy*. L.: Routledge, 1992. P. 3.

государственной психиатрической помощи, поэтому всегда испытывали недостаток финансирования. Во-вторых, они должны были всячески избегать жестких дисциплинарных порядков, поэтому часто не имели никакой структуры и дисциплины. И наконец, в-третьих, за ними не должно было стоять никакой идеологии, поскольку всякая идеология лишь отражала интересы какого-либо класса. По этой причине терапевтические коммуну антипсихиатрии редко имели сколь-либо отчетливые цели, и поэтому их развитие было блокировано, а самым главным достижением становился протест.

Уходя от институционализации, антипсихиатрия утрачивала всякую организацию, поэтому первая волна антипсихиатрических проектов и закончилась не очень хорошими результатами. Проекты последователей антипсихиатров учли эти уроки и, не отождествляя организацию с институционализацией, развили вполне успешные проекты неинституцио-нализованной психиатрической помощи.

Антипсихиатрические проекты реформирования, в частности, итальянская реформа, интуитивно нащупали цель, к которой могла бы двигаться деинституционализованная психиатрия, и этой целью стали дегоспитализация и медиализация. И здесь как раз и нужно разделить три близких, но несинонимичных понятия: деинституционализация, дегоспитализация, демедиализация.

Бенедетто Сарачено и Джанни Тоньони указывают, что понятие деинституционализации относится к психиатрии как институции, описывая разрушение научных, законодательных, административных, культурных, властных принципов ее функционирования. Понятие дегоспитализации же относится к психиатрической больнице и описывает особенности оказания психиатрической помощи. Дегоспитализация, по их мнению, есть выражение деинституализации, и второе невозможно без первого<sup>700</sup>.

Понятно, что обычная дегоспитализация не означает деинституционализации, и антипсихиатрия не ставила ее своей целью. «Любой дурак может закрыть психиатрическую больницу»<sup>701</sup>, – сказал один из британских чиновников в 1980-х. И он был прав. Деинституционализация имела мало общего с дегоспитализацией, поскольку первая несоизмеримо шире и глубже второй. В антипсихиатрических реформах деинституционализация и дегоспитализация не означали демедиализации, совсем наоборот.

Итальянская антипсихиатрическая реформа имеет две цели – деинституционализацию и медиализацию. Базалья ставит своей целью избавить итальянскую психиатрию от прошлого тюремной институции, с которым она тогда все еще была связана законодательно, от социальной надстройки, и вернуть психиатрии смысл помощи психически больным людям. Базалья не говорит, что психического заболевания не существует, он говорит, что это понятие и сам институт психиатрии отягощены слишком большим социально-экономическим грузом, и он ставит задачу избавиться от них.

Итальянская реформа, отходя от дисциплинарного полюса психиатрии и ее истории, обращается к ее медицинскому полюсу: деинституционализируя, она медиализирует психиатрию, обновляет ее и обращает вперед. Преодоление институционализации и выстраивание новой организационной структуры оказывается наиболее успешным как для проектов терапевтических сообществ, так и для проектов реформирования.

---

<sup>700</sup> *Saraceno B., Tognoni G. Methodological Lessons from the Italian Psychiatric Experience // Te International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 101–102.*

<sup>701</sup> *Christodoulou G. Psychiatric Reform Revisited // World Psychiatry. 2009. Vol. 8. No. 2. P. 121–122 (рус. пер.: Христодулу Г. Еще раз о реформе психиатрии // Всемирная психиатрия. 2009. Т. 8. № 2. С. 158–160).*



Выходит, что успех либо неуспех этой деинституционализации, как показала волна антипсихиатрических проектов, связан не только с конкретными мероприятиями, но и с рядом условий, которые выступают платформой всякого реформирования в психиатрии. Если их обобщить, то они таковы.

1. *Системность*. Основой практики должна быть проработанная теория. В европейской психиатрии таковой стала социально-философская теория происхождения психического заболевания и социального статуса психиатрии. В настоящий момент ею должна стать комплексная психиатрическо-философская теория психического заболевания, поэтому здесь психиатрам необходимы гуманитарии: философы и психологи.

2. *Официальность*. Практика реформирования должна развиваться под руководством специалистов-психиатров – академических психиатров-исследователей и психиатров-практиков. Все успешные психиатрические реформы уходили своими корнями в академическую психиатрическую среду, а те, инициаторами которых выступали маргинальные по отношению к психиатрии слои (правозащитные движения, политические лидеры и проч.), как правило, были либо неуспешны, либо не доведены до конца.

3. *Заинтересованность*. Одним из главных залогов успешного реформирования явилась работа с широкими массами населения. Общество должно быть готово к реформированию, и наиболее приемлемой здесь оказывается стратегия перехода от открытых терапевтических сообществ к дальнейшей деинституционализации. Просветительская работа, вовлечение в терапевтические программы и совместная деятельность больных и окружающих их людей должны предшествовать всяким психиатрическим реформам.

4. *Направленность*. Практика реформирования должна быть не столько «борьбой против», сколько «борьбой за». Множество проектов терапевтических коммун оказались неуспешными только потому, что кроме критики психиатрии они ничего не предполагали.

Антипсихиатрические эксперименты, терапевтические сообщества и реформы институциональной системы психиатрии ценны не только результатом, но и своим опытом. Базалья говорил, что специфика психического заболевания состоит в том, что к собственному содержанию этой болезни всегда прибавляются социальные наслоения. Антипсихиатры считали, что, организовывая терапевтические коммуны, открывая двери психиатрических больниц, в лице психически больного они возвращают обществу его же собственные проблемы.

Многие страны Европы полностью или частично уже деинституционализировали психиатрическую систему, и уже около 20 лет разговоры о деинституционализации ведутся и в России. Поэтому надо всегда иметь в виду, что в процессе тех или иных реформ эти, тесным образом спаянные с психическим заболеванием, проблемы вновь актуализируются в обществе. Каковы они?

Во-первых, деинституционализация резко акцентирует проблемы стигматизации, которые в неподготовленном к ней обществе могут стать критическими и привести к полному неуспеху всяких попыток реформирования. Если в институционализированной психиатрии стигматизация смягчается отдаленностью психически больного от общества, то при деинституционализации непроработанность даже отдельных и незначительных аспектов этой проблемы становится сразу заметна. Работа с общественным мнением поэтому является важным залогом успешности.

Во-вторых, деинституционализация психиатрической помощи предполагает и деинституционализацию жизни психически больных людей и, следовательно, влечет за собой жилищную проблему. В Великобритании и Америке, Италии и Франции многие попытки реформирования заканчивались тем, что больные вновь возвращались в больницы или оказывались на улице, поскольку многие из них не имели жилья; в Европе эту проблему



пытались смягчить организацией общежитий для экс-пациентов. Найти свое решение предстоит всякой стране, проводящей более или менее масштабные реформы, в противном случае это грозит мгновенным ухудшением состояния больных и ростом уличной преступности.

В-третьих, тесным образом связанной с первыми двумя проблемами является проблема трудоустройства экс-пациентов. Открывая двери в новую жизнь, необходимо обеспечить возможности для развития и проживания больных и без трудоустройства это невозможно. Столкнувшись с этой ситуацией, Европа пошла по пути организации трудовых кооперативов экс-пациентов, но ни одной стране мира пока еще не удалось полностью снять эту проблему, трудоустроив всех экс-пациентов при масштабной деинституционализации внутри сообщества.

В-четвертых, возвращение в общество предполагает работу с семейной ситуацией и непосредственным окружением больного. Опыт организации терапевтических коммун показал, что после кратковременного проживания в семье многие больные вновь возвращались назад, поскольку семейная ситуация не обеспечивала должного уровня принятия и заботы. Теоретические исследования антипсихиатров, проведенные среди семей психически больных, указывают на острую необходимость работы именно в рамках семейной системы.

В-пятых, сам процесс деинституционализации требует организации альтернативной амбулаторной сети, подготовки множества специалистов различного профиля, и подготовка эта должна вестись до предполагаемой деинституционализации. Примером противоположной ситуации может служить мекка деинституционализации – Италия. В силу того что закон о психиатрической помощи был подготовлен очень быстро, а ситуация психиатрической помощи была изменена им коренным образом, специалистов-психологов, социальных работников, юристов остро не хватало, и ситуация иногда выходила из-под контроля.

Это лишь основные, да и то преимущественно социальные проблемы. Антипсихиатрия в своей практике показала, что, открывая двери психиатрических больниц, нужно делать так, чтобы эти двери куда-то вели, чтобы социальный мир, в который бы выходил больной, был к нему готов. Антипсихиатры во многом изменили ситуацию принятия психического заболевания обществом, отчетливо показав, что это общая проблема для гуманитариев и медиков, для больных и здоровых, общая для всего общества. Они настаивали, что больной в своих бедах не должен быть одинок, иначе всякие благие намерения и всякие реформы закончатся провалом. Развернув масштабную критику современного им общества, антипсихиатры убедили его в том, что психическое заболевание – это социальная проблема и работать с ней нужно всем обществом. Открывая двери и обещая свободу, необходимо помнить и об ответственности.

## **5. Психиатрические и философские итоги**

Если рассматривать антипсихиатрию эпистемологически как междисциплинарный феномен науки и культуры XX в., как критическую точку развития самой психиатрии, она включается в общенаучный контекст, позволяя прояснить отдельные моменты развития и проблемного пространства психиатрии, философии, теории культуры, социальной теории и проч. Кроме негативного значения радикального протеста, раскрывается позитивное значение антипсихиатрии, т. е. появляется возможность осмысления того, что принесла антипсихиатрия, и какие идеи, практики, проблемы благодаря ей открылись.

Антипсихиатрия стала вторым после экзистенциально-феноменологической психиатрии крупным философским направлением психиатрии XX в. Она продолжила традицию структурирования междисциплинарного пространства, еще больше акцентировала возникающие в рамках него проблемы и расширила область практики. Экзистенциально-феноменологическая психиатрия построила на базе философской онтологии и

психиатрической антропологии метаонтику, в которой проблематизировала патологический опыт и его априори. Антипсихиатрия на основании философской онтологии социального, психологической и антропологической теории коммуникации и теории психического заболевания стала развивать самобытную социальную теорию, отличную как от социальной онтологии, так и от традиционной психиатрической теории.

Промежуточный статус социальной теории антипсихиатрии обусловил ее продуктивность для социально-философской теории. Антипсихиатрия поставила вопросы онтологических оснований общества и социальных групп, принципов поддержания их целостности, статуса и особенностей функционирования социальных институций, динамики социальных образований. Все эти проблемы она рассматривала в антропологическом горизонте, поверяя их отношением к психически больному человеку: как проблемы взаимоотношения человека и общества, функционирования власти, механизмов принуждения и отчуждения, как вопросы развития и сохранения подлинной личности, противостояния массе, обретения «я», саморазвития. Она обратила свое внимание на саму ситуацию столкновения человека с обществом: вхождения в него, функционирования в нем и исключения из него. И в этом ее перспектива носит социально-антропологический характер.

В своей социально-антропологической перспективе антипсихиатрия стала продуктивной для всех гуманитарных пространств, позволяя лучше понять механизмы и сущность общества, культуры, души. Ее относительно последовательная социальная теория может быть включена как в социальную философию, так и в теорию культуры, как в философскую антропологию, так и в социальную психологию, как в теорию девиации, так и в нормологию. Маргинальность антипсихиатрии, многочисленность охватываемых ею проблемных полей только способствует ее популярности, позволяя включить ее теоретические наработки в общегуманитарный дискурс.

Развивая в пространстве психиатрии теоретические достижения этнологов и антропологов, антипсихиатрия открыла для психиатрии исторический подход к проблеме нормы и патологии. Она акцентировала социальную природу психических расстройств и позволила осмыслить изменение представлений о безумии в разных обществах, культурах, эпохах. Именно антипсихиатрия сделала возможной эпистемологию психиатрии. Ее предшественница экзистенциально-феноменологическая психиатрия знала лишь общемедицинские эпистемологии (к примеру, метафетику Я. Х. Ван Ден Берга) и содержала лишь отдельные указания на социальный смысл психического расстройства.

Появившиеся в антипсихиатрии и после нее многочисленные версии эпистемологической истории безумия, психиатрической больницы, психиатрической помощи и проч. позволяют психиатрии обратиться к своему прошлому, осмыслить свою собственную историю и таким образом уточнить свою идентификацию. По большому счету, разговор об идентификации психиатрии не только как теоретического знания, но и как практики является во многом заслугой антипсихиатрии.

Разумеется, нужно помнить, что антипсихиатрия принесла и негативные результаты. Она, как и до нее экзистенциально-феноменологическая психиатрия, показала своим развитием, что с опорой на чисто гуманитарную теорию невозможно построить терапию. Практика, основанная на социальной теории, может быть только социальной практикой, практикой леворадикального протеста, утопической, но никак не терапевтической практикой. Это ни в коем случае не означает, что антипсихиатры не вылечили ни одного больного, напротив, множество людей по всему миру вновь обрели себя благодаря антипсихиатрии, но все эти случаи были стихийны. Организованной практики у антипсихиатрии не получилось, хотя она и не ставила, вероятно, такой задачи.

Показав своим развитием сложность совмещения в пространстве заботы о психически

больных естественно-научного и гуманитарного мировоззрений, антипсихиатрия привлекла внимание общественности к этой проблеме. Будучи протестным движением, она многих объединила, индуцировав рождение множества ассоциаций: радикальных психиатров, медицинских сестер и психиатрического персонала, настоящих и бывших пациентов, родственников больных и проч. Процессы гуманизации, деинституционализации, дегоспитализации поддерживались не только антипсихиатрией, и здесь, конечно, не нужно абсолютизировать ее достижения, но антипсихиатрия первоначально стала создавать пространство, в котором они были развернуты.

Важно, что антипсихиатрия оказалась крайне необходима самой психиатрии, в особенности ее практике. Выступив критической точкой ее развития и обозначив те ее противоречия, которые уже невозможно было скрыть, антипсихиатрия акцентировала в психиатрии социальный контекст. Программы социальной реабилитации, включение родственников в процесс лечения, возвращение больных к трудовой деятельности – все это стало заслугой того пространства борьбы, которое было первоначально развито антипсихиатрией.

Если посмотреть на особенности развития самой антипсихиатрии, на этапы ее практической работы, то отчетливо заметно, что вслед за волной крайнего радикализма ее родоначальников и основных представителей, вслед за крайне радикальной теорией и протестной практикой следует еще более мощная и масштабная волна несколько иных проектов. Если теория Лэйнга, Купера и соратников, их практика альтернативных коммун закончилась кризисом на исходе протестных 1960-х, то в 1970-х годах появились новые проекты, вышедшие из антипсихиатрии: «Сотерия» Мошера, «Уиндхос» Подволла, «Шатры» Берка и многие другие. Они уже были не так радикальны, они были более организованы, многие из них финансировались государственными фондами и структурами. В этой второй волне антипсихиатрии можно усмотреть своеобразное возвращение к классической психиатрии, своеобразное обновление психиатрии, пережившей антипсихиатрию.

Налицо здесь диалектический процесс с характерными для него стадиями тезиса, антитезиса и синтеза, где позитивный тезис представляет классическая психиатрия, антитезис развивает антипсихиатрия, во всем противостоя первой, а после этого отрицания наступает диалектический скачок – синтез, осмысление радикализации, отрицание отрицания. Посредством антипсихиатрии психиатрия переходит на новый виток развития, предельно радикализовав свои проблемы и снизив их напряженность, поэтому антипсихиатрия становится «иным» психиатрии.

Разумеется, антипсихиатрия не ставила своей целью развития психиатрии как медицинской науки: она не принесла ни новых исследований органических оснований психических расстройств, ни новых биологических гипотез, ни новых фармакологических разработок. Когда классическая психиатрия запуталась в противоречиях и коллизиях своей одновременно социально-дисциплинарной и медицинской природы, антипсихиатрия выбрала предметом критики и теории ее социальную составляющую. В своей критике она сокрушила теорию психиатрии, развил на ее месте новую социальную рефлексию и, что более важно, по-новому обоснованную социальную практику.

Практика антипсихиатрии была действительно не нова, но за ней стояла новая идеология социальной критики. Так старая практика получила другое обоснование и основание. Социальные стратегии психиатрии, до антипсихиатрии связанные с ее тяжелым дисциплинарным прошлым, после антипсихиатрии стали восприниматься не как практики конформизма, а как практики протеста. Они обрели возможность развития и новую жизнь уже в медицинской психиатрической парадигме.

По этим причинам для антипсихиатрии просто пророческой оказалась фраза Кастеля: «...Новая проблематика, но не новая проблематизация»<sup>702</sup>. Антипсихиатрия стала глубокой и коренной «метаморфозой» – маскировкой, переформулировкой проблемы в других терминах, другими средствами, работой с нею с помощью других схем анализа. «...Метаморфоза, – разъясняет Кастель, – потрясает то, что было прочным, и перестраивает весь социальный пейзаж. Однако перевороты, даже фундаментальные, не представляют собой абсолютные инновации, если они вписываются в рамки той же проблематизации»<sup>703</sup>. Такую метаморфозу нам представила антипсихиатрия, полностью перевернув психиатрическое сознание, но тем самым актуализировав настолько же давние, как и сама антипсихиатрия, проблемы.

Антипсихиатрия-для-психиатрии, выходит, стала очередным витком обновления, на котором под новыми масками, в новых образах проигрываются старые сюжеты изоляции и маргинализации, социальной адаптации и дисциплинарного общества. Мишель Фуко в «Истории безумия», обращаясь к становлению психиатрической клиники, воскресил сюжет психиатрического освобождения Пинелем узников Бисетра и подчеркивал, что физические оковы, цепи, которые он снял с них, были заменены новой психиатрией на оковы слова, сознания, власти врача. С подобной же метаморфозой связана и антипсихиатрия.

Работа с этой метаморфозой предполагает другую стратегию. Кастель так говорит о принципах анализа социальной метаморфозы: «Необходимо обнаружить исторические трансформации модели, подчеркнуть то новое и в то же время постоянное, что заключается в главных точках ее кристаллизации, хотя и в таких формах, в каких эту модель нельзя узнать сразу»<sup>704</sup>. Что нового и что постоянного мы видим в социальном проекте антипсихиатрии, какие новые формы старых сюжетов открываются в эпистемологической перспективе проблематизации?

В основе антипсихиатрии и ее критики стоит исходный сюжет психиатрии – интернирование. Все пространство антипсихиатрической критики выстраивается в противостоянии дисциплинарному прошлому и дисциплинарной парадигме психиатрии. Для антипсихиатрии психиатрия поэтому – не наука, а дисциплинарная практика, не имеющая медицинских оснований, принуждающая человека, унижающая его достоинство и вплетающая его в сеть социальной власти. Однако какие основания антипсихиатрия выбирает для этой борьбы с психиатрией? В этом вопросе и состоит основная загвоздка, а ответ на него определяет судьбу не только антипсихиатрии, но и самой психиатрии.

В ответ на обвинения в маргинальности по отношению к психиатрическому пространству Лэйнг часто подчеркивал (и мы приводили его высказывания), что он критикует психиатрию от имени самой же психиатрии, он противостоит ей как психиатр, и он антипсихиатр не более, чем Пастер антиврач. И в этих неловких оправданиях собственного протеста слышится самое важное, что только мог сказать антипсихиатр. Антипсихиатрия формировалась на той же почве, что и психиатрия: в ее основе социальная теория, социальный проект и социальная практика. В ней ожило социальное прошлое психиатрии. Поэтому, нападая на психиатрию как социальный институт, антипсихиатрия для своего собственного развития выбирала социальную парадигму и ее социальный протест отчасти обернулся социальной экспансией психиатрии, экстенсивным

---

<sup>702</sup> Кастель Р. *Метаморфозы социального вопроса...* С. 19.

<sup>703</sup> Кастель Р. *Метаморфозы социального вопроса...* С. 14.

<sup>704</sup> Кастель Р. *Метаморфозы социального вопроса...* С. 13.

развитием ее социальных программ.

В современных терапевтических программах Филадельфийской ассоциации, в терапевтических сообществах Мошера и Берка заметен призрак терапевтических экспериментов Максвелла Джонса. В реформистской деятельности Базальи, в секторной организации психиатрической помощи, за которую так боролись антипсихиатры Италии и Франции, мы видим отзвуки секторных программ и проектов психиатрической помощи XIX в. Противостоя психиатрии, антипсихиатрия смягчила ее социальную парадигму, но одновременно она и максимально расширила ее.

В этих двух линиях анализа и трактовках антипсихиатрии, которые мы обозначили в начале настоящей главы, нет никакого противоречия. Антипсихиатрия действительно выстроила социально-антропологическую перспективу психического заболевания, противостояла психиатрии как социальному институту власти и принуждения, критиковала тоталитарный характер психиатрических институций и развивала революционные практические проекты. Антипсихиатры на самом деле были борцами, они говорили от имени больных, они рассказывали об их опыте и делали все для их освобождения. Они ни в коем случае не были конформистами, они были революционерами. Антипсихиатрия-в-себе стала радикальным и революционным, маргинальным социальным проектом со своей социальной теорией и социальной практикой.

Коллизии начинаются, когда мы заговариваем об антипсихиатрии-для-психиатрии. И в настоящей работе мы только в общих чертах обозначили этот пласт, очертили те линии анализа, в которых он становится заметен. Просто антипсихиатрия стала частью судьбы самой психиатрии. Подобно человеческой судьбе, которой в радости сна может привидеться горе жизни, в радикальности антипсихиатрии мы видим вековую практику психиатрии.

## **Заключение: антипсихиатрическая перспектива**

По отношению к той практике, которая предшествовала антипсихиатрии, да и касательно ее собственной практики в англоязычной литературе часто употребляют прилагательное *opendoor*. Оно обозначает такую систему работы психиатрических больниц, которая позволяет больным возвращаться домой на выходные или приходить в больницу лишь днем, или отлучаться, когда необходимо. В противовес системе классической психиатрии, функционирующей как закрытая тотальная институция, такая система «открытых дверей» предполагает свободу перемещения внутри и вовне.

Прилагательное *opendoor*, ставшее с 1950-х годов привычным для западного общества, как нельзя лучше описывает то, что сделала антипсихиатрия в эпистемологическом, терапевтическом, социальном, теоретическом горизонте. Антипсихиатрия открыла множество дверей: двери затхлых больниц и отделений, двери запуганного и погруженного в страхи сознания психиатрических пациентов, двери душ обычных людей и профессиональных врачей, двери гуманитарных теорий и психотерапевтических техник. Именно в этом ключе следует понимать антипсихиатрическое «освобождение»: не только и не столько как «свободу от», поскольку антипсихиатрия – это все же психиатрия, а как в высшей степени продуктивную «свободу для», открывшую новые перспективы.

Доантипсихиатрическая психиатрия, замкнутая на себе самой, закрытая от посторонних влияний и глаз, заплутала в коллизиях собственного происхождения, собственной истории и методологии. Чтобы двигаться дальше и увидеть ведущие вперед тропы, ей был необходим взгляд со стороны, маргинальная теория и маргинальная же практика. Не то чтобы подобная

психиатрия спасла психиатрию классическую. Просто ситуация маргинализации запустила процессы, которые в рамках прежней парадигмы уже не работали: критику, самоосмысление, поиск альтернатив, их рефлексия. Правду несла не маргинальная психиатрия, т. е. антипсихиатрия, и не психиатрия классическая, абсолютно верной дорогой не шла ни та, ни другая. Продуктивна оказалась сама ситуация маргинализации, благодаря которой стали заметны ранее не заметные двери, и теперь их можно было открыть и двигаться дальше, причем в разных направлениях.

Антипсихиатрия принесла с собой волну свежего воздуха: с ней пришли смелые врачи, сочувствующие волонтеры, готовые безвозмездно помогать, и большое количество понимающих ситуацию людей. Поэтому антипсихиатрия – это и идеи родоначальников, и то пространство часто безликих голосов, превратившее это движение профессионалов в феномен культуры 1960-х, в общественное и контркультурное движение.

После столетий заточения и изоляции антипсихиатрия вернула проблему безумия обществу, столкнула общество с безумцем, показав, что психическое заболевание – это не только медицинская, но и социальная проблема, которую нужно решать сообща. В эпилоге своей центральной работы «Вновь обретая здоровье» Эдвард Подволл пишет: «Эта книга преследует цель воодушевить нашу культуру на более сострадательную заботу о психически больных. В той или иной степени это относится ко всем нам, поскольку безумие – это проблема каждого. Если вы наделены умом, вы можете сойти с ума...»<sup>705</sup>. Эта фраза идеально выражает замысел антипсихиатрии.

В каком-то смысле антипсихиатры совершили профессиональную измену: они говорили не от имени врачей, а от имени больных и всегда стояли только на их стороне. Они описывали мир больных, указывали всем на их страдания, они стали не лекарями, а вестниками безумия, используя свои знания и статус не для того, чтобы огородить от него общество, а для того, чтобы вновь столкнуть их. Они так убедительно показывали мир глазами больных, что это ломало все стереотипы и барьеры, порождая сомнение, а оно способствовало тому, что к прежнему мировоззрению вернуться было невозможно. Говоря о психиатрических работах Ирвинга Гофмана, Чарльз Лемерт подчеркивает: «В основе возникающего от Гофмана впечатления – колонизация нового социального пространства, в которое читатель погружается и выйдя из которого он уже никогда не будет прежним. Однажды, даже если только однажды, взглянув на социальный мир в перспективе этого пространства, мы уже не можем смотреть иначе, мы по-новому прочитываем этот мир. В этом принципиально ином взгляде мы становимся другими...»<sup>706</sup>. В смене перспективы и состоит одно из главных достижений антипсихиатрии.

Эта перспектива характеризовалась не только смещением взгляда, но и множественностью ориентиров. Стремясь деинституционализировать психиатрическую систему и избавиться от всех рамок и границ, антипсихиатры двигались наощупь, и в их движении не было никаких опорных пунктов, доминирующих авторитетов и общепринятых программ. Отчасти они привнесли в психиатрию множественную парадигму, постнеклассический постмодернистский взгляд и тем самым смягчили ее.

Психиатры часто критикуют антипсихиатрию за чрезмерную увлеченность, излишнюю романтизацию болезни, за необоснованность выводов и отсутствие терапевтической

---

<sup>705</sup> Podvoll E. *Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Psychosis*. Boston, Mass.: Shambhala Publications, 1990. P. 317.

<sup>706</sup> Lemert Ch. Gofman // *Te Gofman Reader* / Ch. Lemert, A. Branaman (eds). Oxford: Blackwell, 1997. P. XIII.

программы. Гуманитарии, напротив, часто очаровываются ее междисциплинарностью, возможностью говорить о безумии, минуя психиатрию, ее радикальным критицизмом. Истина, впрочем, где-то посередине.

Это и есть то пространство проблематизации, которое представила нам антипсихиатрия. Она изменила отношение, поменяла понятия, она дала нам возможность смотреть по-другому не только на психическое заболевание и социальные феномены, но и на историю психиатрии, а самое главное – на ее настоящее. Дисциплинарная практика исключения обрела другой образ, но ее призрак по-прежнему маячит и в свободных по своему духу терапевтических коммунах, и в секторной психиатрической помощи. Это парадигмальное прошлое – основание психиатрии, и пока это ее судьба. История продолжается, а значит, впереди новые коллизии, в игре света и тени выводящие этот незамысловатый и старый, как сама психиатрия, сюжет.

## Библиография

### Рональд Лэйнг

#### *Монографии*

*Conversations With Adam and Natasha.* N.Y.: Pantheon Books, 1977; *Laing R. D. Conversations with Children.* L.: Allen Lane, 1978.

*Do You Love Me? An Entertainment in Conversation and Verse.* N.Y.: Penguin Books, 1978.

*Knots.* L.: Tavistock Publications, 1970; N.Y.: Pantheon Books, 1970 (рус. пер.: Лэйнг Р. Д. Я и Другие. Узелки. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002).

*Paroles D'Enfants.* P.: Seuil, 1989.

*Sonnets.* L.: Michael Joseph, 1979.

*Te Divided Self.* L.: Tavistock Publications, 1960; Baltimore: Penguin Books, 1965 (рус. пер.: Лэйнг Р. Разделенное Я / предисл. Б. Пардо-Айусо; пер. О. В. Никифорова // Логос. 1992. № 3. С. 165–176; Лэйнг Р. Д. Расколотое «Я». СПб.: Белый Кролик, 1995. С. 7–223).

*Te Facts of Life: An Essay in Feelings, Facts, and Fantasy.* N.Y.: Pantheon Books, 1976; L.: Allen Lane, 1976 (рус. пер.: Лэйнг Р. Д. О важном: Эссе о чувствах, фактах и фантазии // Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 181–343).

*Te Politics of Experience and the Bird of Paradise.* N.Y.: Pantheon Books, 1967; Harmondsworth: Penguin, 1967 (рус. пер.: Лэйнг Р. Д. Политика переживания // Расколотое «Я». СПб.: Белый Кролик, 1995. С. 224–335; Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания // Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 21–179).

*Te Politics of the Family and Other Essays.* L.: Tavistock Publications, 1971; N.Y.: Pantheon Books, 1971.

*Te Self and Others.* L.: Tavistock Publications, 1961; L.: Tavistock Publications, 1969 (рус. пер.: Лэйнг Р. Д. «Я» и Другие. М.: Класс, 2002; Лэйнг Р. Д. Я и Другие. Узелки. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002).

*Te Voice of Experience.* N.Y.: Pantheon Books, 1982.

*Wisdom, Madness and Folly: Te Making of a Psychiatrist.* N.Y.: McGraw-Hill, 1985.

#### *В соавторстве*

---



*Laing R. D. , Cooper D. G.* Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy, 1950–1960. L.: Tavistock Publications, 1964; 1971.

*Laing R. D., Esterson A.* Sanity, Madness and Family. Vol. 1. Families of Schizophrenics. L.: Tavistock Publications, 1964; 1970.

*Laing R. D., Phillipson H., Lee A. R.* Interpersonal Perception: A Teory and a Method of Research. L.: Tavistock Publications; N.Y.: Springer Pub. Co, 1966.

*Статьи, рецензии, предисловия и послесловия*

A Critique of Kallmann's and Slater's Genetic Teory of Schizophrenia // *Laing R. D. Te Man and His Ideas* / R. Evans (ed.). N.Y.: E. P. Dutton, 1976. P. 97–156.

An Examination of Tillich's of Anxiety and Neurosis // *British Journal of Medical Psychology*. 1957. No. 30. P. 88–91.

A Ten-Day Voyage // *Views*. 1965. No. 8.

Appearances and Disappearances; Te Terror of Security and the Security of Terror // *Fire*. 1967. No. 1.

E. H. Erikson's "Insight and Responsibility" // *New Society*. 1966. April 28.

Family and Individual Structure // *Te Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium* / P. Lomas (ed.). L.: Hogarth Press, Institute of Psycho-Analysis, 1967. P. 107–125.

Foreword // *MacNab F. Estrangement and Relationship: Experience with Schizophrenics*. Bloomington, Indiana: University Press, 1965. P. I–XVIII.

God and Psychiatry // *Times Literary Supplement*. 1986. May 23.

Hatred of Health // *Journal of Contemplative Psychotherapy*. 1987. Vol. IV. P. 77–78.

Intervention in Social Situations: Lecture Delivered at the Association of Family Caseworkers' Study Day, May 1968. L.: Association of Family Caseworkers, 1969.

Introduction // *Coate M. Beyond All Reason*. Philadelphia: Lippincott, 1964. P. I–X.

Is Schizophrenia a Disease? // *International Journal of Social Psychiatry*. 1964. Vol. 10. P. 184–193.

Liberation by Orgasm: Reich's "Function of the Orgasm" // *New Society*. 1968. March 28.

Metanoia: Some Experiences at Kingsley Hall // *Going Crazy: Te Radical Terapy of R. D. Laing and Others* / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto; N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 11–21.

Mystification, Confusion and Confcit // *Intensive Family Terapy* / L. Boszormenyi-Nagy, J. Framo (eds). N.Y.: Harper & Row, 1965. P. 343–362.

Practise and Teory: Te Present Situation // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1965. Vol. 13. No. 1. P. 58–67.

Psychotherapy: Te Search for a New Teory // *New Society*. 1964. October 1.

Religious Sensibility // *Te Listener*. 1970. April 23. P. 536–537.

Ritualization in Abnormal Behavior // *Philosophical Transaction of the Royal Society of London*. 1966. Vol. 251. No. 772. P. 331–335.

S. Freud and W. Bullitt's. "Tomas Woodrow Wilson" // *New Society*. 1967. May 18.

Schizophrenia and the Family // *New Society*. 1964. April 16. P. 14–17.

Series and Nexus in the Family // *New Lef Review*. 1962. No. 15. P. 7–14.

Te Massacre of the Innocents // *Peace News*. 1965. No. 1491.

Te Obvious // *Te Dialectics of Liberation* / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968. P. 13–33.

Te Study of Family and Social Contexts in Relation to the Origin of Schizophrenia // *Te Origins of Schizophrenia: Proceedings of the First Rochester International Conference on Schizophrenia*, March 29–31, 1967 / J. Romano (ed.). Amsterdam; N.Y.: Excerpta Medica Foundation, 1967. P.

139–146.

Transcendental Experience in Relation to Religion and Psychosis // *Psychedelic Review*. 1965. No. 6. P. 7–15.

Violence and Love // *Journal of Existentialism*. 1965. Vol. 5. No. 20. P. 417–422.

Watzlawick, Beavin and Jackson “Pragmatics of Human Communication” // *New Society*. 1969. April 3.

What is Asylum? // *Towards a Whole Society: Collected Papers on Aspects of Mental Health* / R. Terrington (ed.). L.: The Richmond Fellowship Press, 1985.

What is Schizophrenia? // *New Left Review*. 1964. No. 28. P. 63–69.

#### *В соавторстве*

Cameron J. L., Laing R. D., McGhie A. Patient and Nurse: Effects of Environmental Changes in the Care of Chronic Schizophrenics // *The Lancet*. 1956. December 31. P. 1384–1386.

Esterson A., Cooper D. G., Laing R. D. Results of Family Orientated Therapy with Hospitalized Schizophrenics // *British Medical Journal*. 1965. No. 2. December 18. P. 1462–1465.

Laing R. D., Esterson A. The Collusive Function of Pairing in Analytic Groups // *British Journal of Medical Psychology*. 1958. Vol. 31. No. 2. P. 117–123.

#### *Интервью*

Kelly D. An Interview with R. D. Laing // *Audio Colloquies*. L.: Harper & Row, 1987.

Kirsner D. The Human Condition: An Interview with R. D. Laing // *Psychotherapy in Australia*. 1996. No. 2. P. 55–60.

Mezan P. After Freud and Jung, Now Comes R. D. Laing // *Esquire*. 1972. Vol. 77. P. 160–178.

Mullan B. Mad to Be Normal: Conversations with R. D. Laing. L.: Free Association Books, 1995.

Simon R. Still R. D. Laing After All These Years: An Interview with R. D. Laing // *Family Therapy Networker*. 1983. Vol. 7. No. 3.

Something to Say. Interview with John Morgan and Maurice Carstairs // *Guardian*. 1972. December 27.

#### КРИТИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

##### *Монографии*

Beveridge A. Portrait of the Psychiatrist as a Young Man: The Early Writing and Work of R. D. Laing, 1927–1960. Oxford; N.Y.: Oxford University Press, USA, 2011.

Burston D. The Crucible of Experience: R. D. Laing and the Crisis of Psychotherapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000.

Burston D. The Wing of Madness: the Life and Work of R. D. Laing. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

Clay J. R. D. Laing: A Divided Self. L.: Hodder & Staughton, 1996.

Collier A. R. D. Laing: The Philosophy and Politics of Psychotherapy. N.Y.: Pantheon Books, 1977.

Evans R. Dialogue with R. D. Laing. N.Y.: Praeger, 1981.

Friedenberg E. Z. R. D. Laing. L.: Fontana, 1973.

Howarth-Williams M. R. D. Laing: His Work and Its Relevance for Sociology. L.: Henley; Boston: Routledge; Kegan Paul, 1977.

Jacoby R. Social Amnesia: A Critique of Conformist Psychology from Adler to Laing. Boston, MA: Beacon Press, 1975.

- Kirsner D.* Te Schizoid World of Jean-Paul Sartre and R. D. Laing. N.Y.: Karnac, 2003.
- Kotowicz Z.* R. D. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry. L.; N.Y.: Routledge, 1997.
- Laing A.* R. D. Laing: A Biography. L.; Chester Springs, PA: P. Owen, 1994.
- Miller G.* R. D. Laing. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2004.
- Mullan B.* R. D. Laing: A Personal View. L.: Duckworth, 1999.
- R. D. Laing: Contemporary Perspectives / S. Raschid (ed.). L.: Free Association, 2005.
- R. D. Laing: Creative Destroyer / B. Mullan (ed.). L.: Cassell Publishers, 1997.
- R. D. Laing: Te Man and His Ideas / R. Evans (ed.). N.Y., Tavistock: E. P. Dutton, 1976.
- Russell R.* (with *R. D. Laing* ). R. D. Laing and Me: Lessons in Love. Lake Placid, N.Y.: Hillgarth Press, 1992.
- Sedgwick P.* PsychoPolitics: Laing, Foucault, Gofman, Szasz, and the Future of Mass Psychiatry. L.: Pluto Press, 1982.
- Sigal C.* Zone of the Interior. N.Y.: Tomas Y. Crowell, 1976.
- Vice J.* From Patients to Persons: Te Psychiatric Critiques of Tomas Szasz, Peter Sedgwick and R. D. Laing. N.Y.: P. Lang, 1992.

#### *Главы монографий и статьи*

- Abrahamson D.* R. D. Laing and Long-Stay Patients: Discrepant Accounts of the Refractory Ward and “Rumpus Room” at Gartnavel Royal Hospital // History of Psychiatry. 2007. Vol. 18. No. 2. P. 203–215.
- Bartlett F. H.* Illusion and Reality in R. D. Laing // Family Process. 1976. Vol. 15. No. 1. P. 51–64.
- Berke J.* Trick or Treat: Te Divided Self of R. D. Laing // Janus Head. Special Issue. Te Legacy of R. D. Laing. 2001. Vol. 4. No. 1. <<http://www.janushead.org/4-1/bortle.cfm>>.
- Bortle S.* R. D. Laing as Negative Tinker // Janus Head. Special Issue. Te Legacy of R. D. Laing. 2001. Vol. 4. No. 1. <<http://www.janushead.org/4-1/bortle.cfm>>.
- Burston D.* Laing and Heidegger on Alienation // Journal of Humanistic Psychology. 1998. Vol. 38. No. 4. P. 80–93.
- Burston D.* Szasz, Laing and Existential Psychotherapy // Existential Perspectives in Therapeutic Teory and Practice: Papers from the Society for Existential Analysis. Vol. 15.1. L.: Society for Existential Analysis, 2005.
- Charlesworth M.* Sartre, Laing, and Freud // Review of Existential Psychology and Psychiatry. 1980. Vol. 17. No. 1. P. 23–39.
- Clare A.* Anti-Psychiatry: An Alternative View: Response to Tomas S. Szasz’s Article “Anti-Psychiatry: Te Paradigm of the Plundered Mind” and Review of Te Facts of Life, by R. D. Laing // Te New Review. 1976. Vol. 3. No. 33. P. 25–30.
- Clarke L.* R. D. Laing and Divided Selves // Clarke L. Te Time of the Therapeutic Communities: People, Places, Events. L.; N.Y.: Jessica Kingsley Publishers, 2004. P. 108–127.
- Crossley N.* R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: A Socio – Historical Analysis // Social Science & Medicine. 1998. Vol. 47. No. 7. P. 877–889.
- Crossley N.* Anti-Psychiatry and “Te Sixties” // Crossley N. Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health. L.; N.Y.: Routledge, 2006. P. 99–125.
- Fraser G.* Do Not Adjust Your Mind, the Fault is in Reality: R. D. Laing and the Politics of the Anti-Psychiatry Movement // Democratic Green Socialist. 2009. No. 5.
- Gordon J. B.* Te Meta-Jorney of R. D. Laing // R. D. Laing and Anti-Psychiatry / R. Boyers (ed.). N.Y.: Harper & Row, 1971. P. 51–88.
- Gordon J. S.* Who Is Mad? Who Is Sane? R. D. Laing: In Search of a New Psychiatry // Going

Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto, N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 65–102.

Heaton J. M. On R. D. Laing: Style, Sorcery, Alienation // The Psychoanalytic Review. 2000. Vol. 87. No. 4. P. 511–526.

Huxsley F. Shamanism, Healing and R. D. Laing // R. D. Laing: Contemporary Perspectives / S. Raschid (ed.). L.: Free Association Books, 2005. P. 179–198.

Levine P. R. D. Laing: The Politics of Mind // Levine P. Divisions. Toronto: CBC Publications, 1975. P. 1–19.

Martin D. R. D. Laing: Psychiatry and Apocalypse // Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto; N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 129–160.

Miller G. How Scottish Was R. D. Laing? // History of Psychiatry. 2009. Vol. 20. No. 2. P. 226–232.

Miller G. R. D. Laing and Theology: The Influence of Christian Existentialism on The Divided Self // History of the Human Sciences. 2009. Vol. 22. No. 2. P. 1–21.

Palomo-Lamarca A. Existential Knots: Laing's Anti-Psychiatry and Kierkegaard's Existentialism // A Parte Rei. Revista de Filosofía. 2003. No. 25.

Podvoll E. An Interview on R. D. Laing // Journal of Contemplative Psychotherapy. 1990. Vol. VII. P. 111–118.

Redler L. R. D. Laing's Contribution to the "Treatment" of "Schizophrenia": Responsible Responses to Suffering and Malaise // The Psychoanalytic Review. 2000. Vol. 87. No. 4. P. 561–589.

Redler L., Gans S., Mullan B. Remembering Ronny // Janus Head. 2001. Special Issue. The Legacy of R. D. Laing. <<http://www.janushead.org/4-1/redler.cfm>>.

Reznek L. Ronald Laing and the Rationalizing of Madness // Reznek L. The Philosophical Defence of Psychiatry. L.; N.Y.: Routledge, 1991.

Ruitenbeek H. M. R. D. Laing and the Young // Going Crazy: The Radical Therapy of R. D. Laing and Others / H. M. Ruitenbeek (ed.). Toronto; N.Y.: Bantam Books, 1972. P. 161–166.

Schizophrenia, R. D. Laing, and the Contemporary Treatment of Psychosis: An Interview with Dr. Theodore Lidz // R. D. Laing and Anti-Psychiatry / R. Boyers (ed.). N.Y.: Harper & Row, 1971. P. 151–200.

Schneider K. R. D. Laing's Existential-Humanistic Practice: What Was He Actually Doing? // The Psychoanalytic Review. 2000. Vol. 87. No. 4. P. 591–600.

Schneider K. R. D. Laing Remembered // Journal of Humanistic Psychology. 1990. Vol. 30. No. 2. P. 38–42.

Sedgwick P. R. D. Laing: Self, Symptom and Society // R. D. Laing and Anti-Psychiatry / R. Boyers (ed.). N.Y.: Harper & Row, 1971. P. 1–50.

Sedgwick P. R. D. Laing: The Retreat from Socialism // The Guardian. 1982. January 27.

Siegler M., Osmond H., Mann H. Laing's Models of Madness // R. D. Laing and Anti-Psychiatry / R. Boyers (ed.). N.Y.: Harper & Row, 1971. P. 119–150.

Sigal C. Working with Laing // The New York Review of Books. 1996. Vol. 43. No. 20. December 19.

Tompson M. G. The Fidelity to Experience in R. D. Laing's Treatment Philosophy // Contemporary Psychoanalysis. 1997. Vol. 33. No. 4. P. 595–614.

## Дэвид Купер

Монографии и статьи

Beyond Words // The Dialectics of Liberation / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968.

Introduction // Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. L.: Routledge, 2001.

Introduction // *Te Dialectics of Liberation* / D. Cooper (ed.). Harmondsworth: Penguin, 1968.

*Psychiatry and Anti-Psychiatry*. L.; N.Y.: Tavistock Publications, 1967.

*Te Death of the Family*. L.: Allen Lane, 1971.

*Te Grammar of Living: An Examination of Political Acts*. L.: Allen Lane, 1974.

*Te Language of Madness*. L.: Allen Lane, 1978.

#### *В соавторстве*

*Laing R. D. , Cooper D. G. Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy, 1950–1960*. L.: Tavistock Publications, 1964.

#### *Критические работы*

*Gale D. Far Out* // *Te Guardian*. 2001. September 8. Saturday.

*Ticktin S. Brother Beast: A Personal Memoir of David Cooper* // *Asylum: Magazine for Democratic Psychiatry*. 1986. Vol. 1. No. 3.

### **Лэйнггианцы**

#### *Теоретические и критические работы*

*Beyond Madness: PsychoSocial Interventions in Psychosis* / J. H. Berke, M. Fagan, G. Mak-Pearce et al. (eds). L.: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

*Dvorkin D. L. Cultural Marxism in Postwar Britain: History, the New Lef, and the Origins of Cultural Studies*. Durham, NC: Duke University Press, 1997.

*Elzey R. Founding an Anti-University* / Berke J. *Counter Culture*. L.: Peter Owen, 1969. P. 229–248.

*Esterson A. Te Leaves of Spring: A Study in the Dialectics of Madness*. L.: Tavistock Publications, 1970.

*Podvoll E. Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Psychosis*. Boston, Mass.: Shambhala Publications, 1990.

*Wing J. K. Reasoning about Madness*. Oxford: Oxford University Press, 1978.

*Wyze J. , de. Still Crazy afer All Tese Years* // *San Diego Weekly Reader*. 2003. Vol. 32. No. 2. January 9.

#### *Результаты практических проектов*

*Alternatives to the Mental Hospital for Acute Psychiatric Treatment* / R. Warner (ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1995.

*Berke J. H. Arriving, Settling-In, Settling-Down, Leaving and Following-Up: Stages of Stay at the Arbours Centre* // *British Journal of Medical Psychology*. 1987. Vol. 60. P. 181–188.

*Berke J. H. Psychotic Interventions at the Arbours Crisis Centre* // *Psychosis: Understanding and Treatment* / J. Ellwood (ed.). L.: Jessica Kingsley Publishers, 1995. P. 120–132.

*Ciompi L. , Dauwalder H. P. , Maier C. Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behand-lung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen* // *Nervenarzt*. 1991. Bd. 2. S. 428–435.

*Ciompi L. , Dauwalder H.-P. , Maier Ch. et al. Te Pilot Project "Soteria Berne": Clinical Experiences and Results* // *British Journal of Psychiatry*. 1992. Vol. 161. P. 145–153.

*Ciompi L. , Hofmann H. Soteria Berne: An Innovative Milieu Terapeutic Approach to Acute*

Schizophrenia Based on the Concept of Afect-Logic // World Psychiatry. 2004. Vol. 3. No. 3. P. 140–146.

*Ciampi L ., Kupper Z., Aebi E.* Das Pilotprojekt “Soteria Bern” zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufstudie über zwei Jahre // Nervenarzt. 1993. Bd. 64. S. 440–450.

*Fenton W ., Mosher L ., Herrell J.* et al. A Randomized Trial of General Hospital Versus Residential Alternative Care for Patients with Severe and Persistent Mental Illness // American Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 516–522.

*Fortuna J. M.* Te Windhorse Project: Recovering from Psychosis at Home // Journal of Contemplative Psychotherapy. 1994. Vol. IX. P. 73–96.

*Kresky-Wolf M ., Matthews S ., Kalibat F.* et al. Crossing Place: A Residential Model for Crisis Intervention // Hospital and Community Psychiatry. 1984. Vol. 35. P. 72–74.

*Matthews S. M ., Roper M. T ., Mosher L. R.* et al. A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-Year Postdischarge Risk of Relapse // Schizophrenia Bulletin. 1979. Vol. 5. No. 2. P. 322–333.

*Mosher L.* Soteria-California and Its Successors: Therapeutic Ingredients // Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2004. No. 6. P. 7–23.

*Mosher L. R.* Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review // Te Journal of Nervous and Mental Disease. 1999. Vol. 187. No. 3. P. 142–149.

*Mosher L. R ., Menn A.* Community Residential Treatment for Schizophrenia: Two-Year Follow-Up // Hospital and Community Psychiatry. 1978. Vol. 29. P. 715–723.

*Mosher L. R ., Menn A. Z.* Soteria: An Alternative to Hospitalization for Schizophrenia // Current Psychiatric Terapies / J. H. Masserman (ed.). N.Y.: Grune and Stratton, 1974. Vol. XL. P. 287–296.

*Mosher L. R ., Menn A. Z ., Matthews S.* Soteria: Evaluation of a Home-Based Treatment for Schizophrenia // American Journal of Orthopsychiatry. 1975. Vol. 45. P. 455–467.

## Франко Базалья

### Монографии

Che cos'è la psichiatria? Parma: Amministrazione provinciale di Parma, 1967; Torino: Einaudi, 1973.

L'istituzione negata. Torino: Einaudi, 1968.

Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / N. Scheper-Hughes, A. M. Lovell (eds). N.Y.: Columbia University Press, 1989.

### В соавторстве

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Morire di classe. Torino: Einaudi, 1969.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* La maggioranza deviante. Torino: Einaudi, 1971.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Crimini di pace. Torino: Einaudi, 1975.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* La institución en la picota. Buenos Aires: Editorial Encuadre, 1974.

*Basaglia F., Onagaro Basaglia F., Pirella A.* et al. La Nave Che Afonda. Rome: Savelli, 1978.

*Basaglia F ., Ongaro Basaglia F.* Conferenze brasiliane. Contributi di Maria Grazia Giannichedda. Collana: Minima; Milano: Raffaello Cortina, 2000.

*Собрание сочинений*

Scritti, I. 1953–1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Torino: Einaudi, 1981.

Scritti, II. 1968–1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi, 1982.

*Статьи*

A proposito dell'approccio psicodinamico come alternativa all'istituzionalizzazione nell'organizzazione ospedaliera psichiatrica // *Annali di Neurologia*. 1966. Vol. LX. No. 1/2.

A proposito della "sindrome paranoide nella concezione antropologica" // *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*. 1957. Vol. 85. No. 3. P. 677–680.

A proposito delle dinamiche di gruppo in una comunità terapeutica. Il ruolo degli alcoolisti // *Giornale di Psichiatria e Neurologia*. 1966. Vol. 94. No. 1. P. 93–106.

Appunti di psichiatria istituzionale // *Recenti Progressi in Medicina*. 1969. Vol. XLVI. No. 5. P. 486–506.

Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale. Corpo e istituzione // *Che fare*. 1968. No. 3.

Considerazioni su un'esperienza comunitaria: la comunità terapeutica di Gorizia // *Note e Riviste di Psichiatria*. 1968. Vol. LXI. No. 1. P. 36–92.

Convenazione: A proposito della nuova legge 180 // Onnis L., Lo Russo G. Dove va la psichiatria? Milano: Feltrinelli, 1980.

Corps, regard et silence. L'énigme de la subjectivité en psychiatrie // *L'Evolution psychiatrique*. 1965. No. 1. P. 11–26.

Crisi istituzionale o crisi psichiatrica? // *Annali di Neurologia e Psichiatria*. 1967. Vol. LXI. No. 2.

Crisis intervention, treatment and rehabilitation // *World Hospitals*. 1980. Vol. 16. No. 4. P. 26–27.

Il mondo dell' "incomprensibile" schizofrenico attraverso la "Daseinsanalyse". Presentazione di un caso clinico // *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*. 1953. Vol. 81. No. 3. P. 471–499.

L'ipocondria come deformazione dell' "Erlebnis" individuale nel fenomeno di depersonalizzazione // *Neuropsichiatria*. 1957. Vol. 23.

L'utopia della realtà // Forti L. L'altra pazzia. Milano: Feltrinelli, 1975.

La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door". Comunicazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964 // *Annali di Neurologia e Psichiatria*. 1965. Vol. LIX. No. 1.

Problems of Law and Psychiatry: The Italian Experience // *International Journal of Law and Psychiatry*. 1980. Vol. 3. № 1. P. 17–37.

Segregazione e controllo sociale // *La salute in fabbrica*. Roma: Savelli, 1974.

Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell' "incontro" // *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 1954. Vol. 78. № 2. P. 239–264.

*В соавторстве*

Basaglia F., Ongaro Basaglia F. Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica // *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 1966. Vol. 90. No. 6. P. 1484–1503.

Basaglia F., Pirella A., Slavich A. et al. Problemi metodologici in tema di psichiatria istituzionale: la situazione comunitaria // *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 1967. Vol. XCI.



*Basaglia F., Minguzzi G., Ongaro Basaglia F.* Exclusion, programmation et integration // *Recherches*. 1967. No. 5. P. 75–84.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F., Minguzzi G.* et al. Dare un nome all'oppressione // *Recherches*. 1967. No. 6.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Introduzione // Gofman E. *Asylums*. Torino: Einaudi, 1969.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Prefazione // Jones M. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*. Milano: Etas Kompass, 1970.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Introduzione // Castel R. *Lo psicanalismo*. Torino: Einaudi, 1975.

*Basaglia F., Ongaro Basaglia F.* Violence and Marginality // *State and Mind*. 1980. Vol. VII. No. 3.

## КРИТИЧЕСКИЕ РАБОТЫ

### *Монографии*

*Codato F.* Follia, potere e istituzione. Genesi del pensiero di Franco Basaglia. Trento: Editrice UNI Service, 2010.

*Colucci M., Di Vittorio P.* Franco Basaglia. Milano: Bruno Mondadori, 2001.

*Di Martino E.* Basaglia. Milano: Fabbri, 1994.

*Di Vittorio P.* Foucault e Basaglia: l'incontro tra genealogie e movimenti di base. Verona: Ombre corte, 1999.

*Donnelly M.* The Politics of Mental Health in Italy. L.: Routledge, 1992.

*Gallio G.* Basaglia a Colorno // *Aut Aut*. 2009. Vol. 342.

*Jervis G.* Il buon rieducatore. Milano: Feltrinelli, 1977.

*Leoni F.* Franco Basaglia: un laboratorio italiano. Milan: Bruno Mondadori, 2011.

*Micheli G.* I Nuovi Catari: Centralità della Conoscenza nell'Esperienza Psichiatrica di Perugia. Bologna: Il Mulino, 1982.

*Parmegiani F., Zanetti M.* Basaglia. Una biografia. Trieste: Lint Editoriale, 2007.

*Petrelli N.* L'uomo che restituì la parola ai matti. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi. Roma: Editori Riuniti, 2004.

*Pivetta O.* Franco Basaglia, il dottore dei matti: la biografia. Milano: Dalai, 2012.

*Sforza Tarabochia A.* Psychiatry, Subjectivity, Community: Franco Basaglia and Biopolitics. N.Y.: Peter Lang, 2013.

*Tranchina P.* Norma e Antinorma. Milan: Feltrinelli, 1977.

### *Статьи*

*Balduzzi E., Balduzzi C.* La Loi Psychiatrique du 13 Mai 1978: Introduction au Probleme // *L'Information Psychiatrique*. 1981. Vol. 57. No. 567–580.

*Basaglia F.* Law and Psychiatry // *An Evidence Base for Ophthalmic Nursing Practice* / J. Marsden (ed.). Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2007.

*Bennett D. H.* Community Psychiatry // *British Journal of Psychiatry*. 1978. Vol. 132. P. 210–211.

*Bonner Y.* La thérapie familial et son utilisation dans un service public en Italie // *Psychologie et Société*. 1981. No. 4.

*Cohen A., Saraceno B.* The Risk of Freedom // *World Mental Health Casebook: Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries* / A. Cohen, A. Kleiman, B. Saraceno (eds). N.Y.: Kluwer Academic; Plenum, 2002.

*Gallio G.* La memoria del manicomio // *La Libertà e Terapeutica? L'Esperienza Psichiatrica di*

Trieste / D. Mauri (ed.). Milan: Feltrinelli, 1983.

*Guarnieri P.* The History of Psychiatry in Italy // History of Psychiatry. 1991. Vol. 2. No. 7. P. 289–301.

*Lovell A. M.* From Confinement to Community: The Radical Transformations of an Italian Mental Hospital // Mental Health Care and Social Policy / Ph. Brown (ed.). Boston: Routledge and Kegan Paul, 1985.

*MacDonald L.D.* Community Psychiatric Care in Italy: The Rome Example // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 71–80.

*Maj M.* Brief History of Italian Psychiatric Legislation from 1904 to the 1978 Reform Act // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1985. Vol. 316. P. 15–25.

*Mangen S.* The Politics of Reform: Origins and Enactment of the Italian “Experience” // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 14–19.

*Ongaro Basaglia F.* Politics and Mental Health II // The International Journal of Social Psychiatry. 1992. Vol. 38. No. 1. P. 36–39.

*Ongaro Basaglia F.* The Psychiatric Reform in Italy: Summing up and Looking ahead // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 93.

*Paparo F., Bacigalupi M.* The Italian Psychiatric Experience: Further Considerations // International Journal of Mental Health. 1985. Vol. 14. P. 93–104.

*Pirella A.* Institutional Psychiatry between Transformation and Rationalization: The Case of Italy // International Journal of Mental Health. 1987. Vol. 16. No. 1–2. P. 118–141.

*Piro S.* Leggi sulla psichiatria e Meridione in Italia // Psichiatria Senza Manicomio: Epidemiologia Critica sulla Riforma / D. DeSalvia, P. Crepet (eds). Milan: Feltrinelli, 1982.

*Pizza G.* La questione corporea nell’opera di Franco Basaglia. Note antropologiche // Rivista Sperimentale di Freniatria. La rivista della salute mentale. 2007. No. 1. P. 49–67.

*Ramon S.* Psichiatria Democratica: A Study of an Italian Community Mental Health Service // International Journal of Health Services. 1983. Vol. 13. P. 307–324.

*Ramon S.* The Impact of the Italian Psychiatric Reforms on North American and British Professionals // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 120–127.

*Ramon S.* Trieste, Italy: Reform and the Work Cooperatives: A Case Study of Immersion in the Community // Innovating in Community Mental Health: International Perspectives / R. Schulz, J. R. Greenley (eds). Westport, Conn.: Praeger, 1995.

*Saraceno B., Tognoni G.* Methodological Lessons from the Italian Psychiatric Experience // The International Journal of Social Psychiatry. 1989. Vol. 35. No. 1. P. 98–109.

*Tansella M., Williams P.* The Italian Experience and Its Implications // Psychological Medicine. 1987. Vol. 17. P. 283–289.

*Tobino M.* Psychiatry in Italy Since the Promulgation of Law 180 // International Journal of Mental Health. 1985. Vol. 14. P. 1–2.

*Tranchina P., Archi G., Ferrara M.* The New Legislation in Italian Psychiatry: An Advanced Law Originating from Alternative Practice // International Journal of Law and Psychiatry. 1981. Vol. 4. P. 181–190.

## Томас Сас

### Монографии

“My Madness Saved Me”: The Madness and Marriage of Virginia Woolf. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2006.

Anti-Freud: Karl Kraus’s Criticism of Psychoanalysis and Psychiatry. Syracuse: Syracuse

University Press, 1990.

Antipsychiatry: Quackery Squared. Syracuse: Syracuse University Press, 2009.

Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers. Garden City; N.Y.: Doubleday, 1974.

Coercion As Cure: A Critical History of Psychiatry. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2007.

Cruel Compassion: Psychiatric Control of Society's Unwanted. N.Y.: Wiley, 1994.

Faith in Freedom: Libertarian Principles and Psychiatric Practices. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2004.

Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide. Westport, CT: Praeger, 1999.

Heresies. Garden City; N.Y.: Doubleday Anchor, 1976.

Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man. Garden City; N.Y.: Doubleday, 1970.

Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices. N.Y.: Macmillan, 1963.

Liberation by Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2002.

Our Right to Drugs: The Case for a Free Market. N.Y.: Praeger, 1992.

Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings. N.Y.: Basic Books, 1957.

Pharmacocracy: Medicine and Politics in America. Westport, CT: Praeger, 2001.

Psychiatric Justice. N.Y.: Macmillan, 1965.

Psychiatric Slavery: When Confinement and Coercion Masquerade As Cure. N.Y.: The Free Press, 1977.

Psychiatry: The Science of Lies. Syracuse: Syracuse University Press, 2008.

Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry. N.Y.: Basic Books, 1976.

Sex by Prescription: The Startling Truth about Today's Sex Therapy. Garden City; N.Y.: Doubleday, 1980.

Suicide Prohibition: The Shame of Medicine. Syracuse: Syracuse University Press, 2011.

The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts. Garden City; N.Y.: Doubleday Anchor, 1973.

The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy. N.Y.: Basic Books, 1965.

The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement. N.Y.: Harper Row, 1970 (рус. пер.: *Сас Т. Фабрика безумия: сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье / пер. А. Ишкильдина. Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008*).

The Meaning of Mind: Language, Morality, and Neuroscience. Westport, CT: Praeger, 1996.

The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. Syracuse: Syracuse University Press, 2007.

The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. N.Y.: Paul B. Hoeber, 1961 (рус. пер.: *Сас Т. Миф душевной болезни / пер. В. Самойлова. М.: Академический проект; Альма Матер, 2010*).

The Myth of Psychotherapy: Mental Healing As Religion, Rhetoric, and Repression. Garden City; N.Y.: Doubleday Anchor, 1978.

The Second Sin. Garden City; N.Y.: Doubleday, 1973.

The Theology of Medicine: The Political-Philosophical Foundations of Medical Ethics. Baton Rouge, Louisiana: Louisiana State University Press; N.Y.: Harper Colophon, 1977.

*Te Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events.* Bufalo, N.Y.: Prometheus Books, 1984.

*Words to the Wise: A Medical-Philosophical Dictionary.* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2004.

### *Статьи*

A Critical Analysis of the Fundamental Concepts of Psychical Research // *Psychiatric Quarterly*. 1957. Vol. 31. No. 1. P. 96–108.

An Autobiographical Sketch // *Szasz under Fire: Te Psychiatric Abolitionist Faces His Critics* / J. A. Schaler (ed.). Chicago: Open Court, 2004. P. 1–28.

Crime, Punishment, and Psychiatry // *Current Perspectives on Criminal Behavior, Original Essays on Criminology* / A. S. Blumberg (ed.). N.Y.: Alfred A. Knopf, 1974. P. 262–285.

Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil // *Current Psychology*. 2008. Vol. 27. No. 2. P. 79–101.

Hospital-Patient Relationships in Medicine and Psychiatry // *Mental Hygiene*. 1961. Vol. 45. P. 171–179.

Insanity and Irresponsibility: Psychiatric Diversion in the Criminal Justice System. *Psychology of Crime and Criminal Justice* / H. Toch (ed.). N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1979. P. 133–144.

“Knowing What Ain’t So”: R. D. Laing and Tomas Szasz // *Existential Analysis*. 2005. Vol. 16. P. 113–126.

Mental Illness: Psychiatry’s Phlogiston // *Journal of Medical Ethics*. 2001. Vol. 27. No. 5. P. 297–301.

Moral Conflict and Psychiatry // *Yale Review*. 1960. Vol. 49. P. 555–566.

Psychiatric Justice // *British Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 154. P. 864–869.

Psychiatry As a Social Institution // *Psychiatry and Responsibility* / H. Schoeck, J. W. Wiggins (eds). Princeton: D. Van Nostrand, 1962. P. 1–18.

Psychiatry As Ideology // *Te Rationalist Annual* / H. Hawton (ed.). L.: Pemberton Publishing Company, 1965. P. 43–52.

Psychiatry, Psychotherapy, and Psychology // *Archives of General Psychiatry*. 1959. Vol. 1. No. 5. P. 455–463.

Psychoanalysis and Suggestion: An Historical and Logical Analysis // *Comprehensive Psychiatry*. 1963. No. 4. P. 271–280.

Psychoanalysis and the Rule of Law // *Psychoanalytic Review*. 1968. Vol. 55. No. 2. P. 248–258.

Psychoanalysis As Religion: Psychoanalytic Teory As Ideology, Psychoanalytic Practice As Cure of Souls // *Prescriptions: Te Dissemination of Medial Authority* / G. L. Ormiston, R. Sassower (eds). Westport, CT: Greenwood Press, 1990. P. 121–139.

Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry // *Archives of Internal Medicine*. 1958. Vol. 101. No. 2. P. 228–238.

Some Observations on the Relationship between Psychiatry and the Law // *Archives of Neurology and Psychiatry*. 1956. Vol. 75. No. 3. P. 297–315.

Te Case Against Psychiatric Coercion // *Te Independent Review*. 1997. Vol. 1. No. 4. P. 485–498.

Te Concept of Mental Illness: Explanation or Justifcation? // *Mental Health: Philosophical Perspectives* / H. T. Engelhardt, S. F. Spicker (eds). Dordrecht-Holland: D. Reidel Publishing Co., 1977. P. 235–250.

Te Control of Conduct: Authority vs. Autonomy // *Criminal Law Bulletin*. 1975. Vol. 11. P. 617–622.

Te Ego, the Body, and Pain // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1955. Vol. 3. No. 2. P. 177–200.

Te Healing Word: Its Past, Present, and Future // Te Evolution of Psychotherapy: Te Tird Conference / J. K. Zeig (ed.). N.Y.: Brunner/Mazel, 1997. P. 299–306.

Te Myth of Mental Illness // American Psychologist. 1960. Vol. 15. No. 2. P. 113–118.

Te Nature of Pain // Archives of Neurology and Psychiatry. 1955. Vol. 74. No. 2. P. 174–181.

Te Origin of Psychiatry: Te Alienist As Nanny for Troublesome Adults // History of Psychiatry. 1995. Vol. 6. No. 21. P. 1–19.

Te Psychiatrist As Moral Agent // Whittier Law Review. 1982. Vol. 4. No. 1. P. 77–85.

Te Psychology of Bodily Feelings in Schizophrenia // Psychosomatic Medicine. 1957. Vol. 19. No. 1. P. 11–16.

Te Therapeutic State: Te Tyranny of Pharmacracy // Te Independent Review. 2001. Vol. 5. No. 4. P. 485–521.

Tree Problems in Contemporary Psychoanalytic Training // Archives of General Psychiatry. 1960. Vol. 3. No. 6. P. 82–94.

What Is Existential Terapy Not // Existential Analysis. 2005. Vol. 16. P. 127–130.

What Is Psychoanalysis? // Who Owns Psychoanalysis? / A. Casement (ed.). L.: Karnac Books, 2004. P. 25–39.

Whither Psychiatry? // Social Research. 1966. Vol. 33. № 3. P. 439–462.

### *Интервью*

Curing the Therapeutic State. Interview with Jacob Sullum // Reason. 2000. No. 32. P. 26–34.

Interview // Penthouse. 1973. October. P. 68–74.

Interview // Te Review of the News. 1982. July 14. P. 39–48.

Interview. Tomas S. Szasz, M. D // New Physician. 1969. Vol. 18. P. 453–461.

Objections to Psychiatry: Dialogue with Tomas Szasz // States of Mind: Conversations with Psychological Investigators / J. Miller (ed.). L.: British Broadcasting Corporation, 1983. P. 270–290.

Straight Talk from Tomas Szasz. An Interview // Reason. 1974. No. 6. P. 4–13.

Tomas Szasz: In Conversation with Alan Kerr // Psychiatric Bulletin. 1997. Vol. 21. P. 39–44.

Tomas Szasz: Liberty and the Practice of Psychotherapy. Interview with Randall C. Wyatt // Journal of Humanistic Psychology. 2004. Vol. 44. No. 1. P. 71–85.

### КРИТИЧЕСКИЕ РАБОТЫ

#### *Монографии*

Clare A. Psychiatry in Dissent: Controversial Issues in Thought and Practice. L.: Tavistock, 1976.

Pols J. Mythe en macht: over de kritische psychiatrie van Tomas S. Szasz. Nijmegen: Socialistische Uitgeverij Nijmegen, 1984.

Szasz under Fire: Te Psychiatric Abolitionist Faces His Critics / J. A. Schaler (ed.). Chicago, Ill.: Carus Publishing Company, 2004.

Tomas Szasz: Primary Values and Major Contentions / R. E. Vatz, L. S. Weinberg (eds). Bufalo, N.Y.: Prometheus Books, 1983.

#### *Статьи*

Berlim M. T., Fleck M.P.A., Shorter E. Notes on Antipsychiatry // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2003. Vol. 253. P. 61–67.

Buchanan-Barker P., Barker P. Te Convenient Myth of Tomas Szasz // Journal of Psychiatric

and Mental Health Nursing. 2009. Vol. 16. No. 1. P. 87–95.

*Cohen S.* Commentary on “Te Ethics of Addiction” // American Journal of Psychiatry. 1971. Vol. 128. P. 547–550.

*Glasser F. B.* Te Dichotomy Game: A Further Consideration on the Writings of Dr. Tomas Szasz // American Journal of Psychiatry. 1965. Vol. 121. P. 1069–1074.

*Grenander M. E.* Tomas Szasz and the Right to Choose // Civil Liberties Review. 1975. Vol. 2. P. 130–140.

*Grenander M. E.* Toward the Terapeutic State? // Nation. 1975. Vol. 220. P. 121–123.

*Guttmacher M. S.* Critique of Views of Tomas Szasz on Legal Psychiatry // Archives of General Psychiatry. 1964. Vol. 10. P. 238–245.

*Kubie L. S.* Te Myths of Tomas Szasz // Bulletin of the Menninger Clinic. 1974. Vol. 38. No. 6. P. 497–502.

*Moore M. S.* Some Myth About “Mental Illness” // Archives of General Psychiatry. 1975. Vol. 32. P. 1485–1490.

*Moss G. R.* Szasz: Review and Criticism // Psychiatry. 1968. Vol. 31. No. 2. P. 184–194.

*Oliver J.* Te Myth of Tomas Szasz // New Atlantis. 2006. Vol. 13. P. 68–84.

*Porter R.* Te Body and the Mind, the Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria // Gilman S. L., King H., Porter R. et al. Hysteria beyond Freud. Berkeley: University of California Press, 1993. P. 233–234.

*Reiss S.* A Critique of Tomas S. Szasz’s “Myth of Mental Illness” // American Journal of Psychiatry. 1972. Vol. 128. No. 9. P. 1081–1085.

*Roth M.* Schizophrenia and the Teories of Tomas Szasz // British Journal of Psychiatry. 1976. Vol. 129. P. 317–326.

*Schwartz M. A.* Psychiatry Fraud and Force? A Commentary on E. Fuller Torrey and Tomas Szasz // Journal of Humanistic Psychology. 2005. Vol. 45. No. 3. P. 403–415.

*Slovenko R.* Commentary on Tomas Szasz // Te Journal of Psychiatry & Law. 2002. Vol. 30.

*Stone A. A.* Psychiatry Kills: A Critical Evolution of Dr. Tomas Szasz // Journal of Psychiatry and Law. 1973. Vol. 1. P. 23–37.

*Torne F. C.* An Analysis of Szasz’ “Myth of Mental Illness” // American Journal of Psychiatry. 1966. Vol. 123. No. 6. P. 652–656.

*Torrey E. F.* Psychiatric Fraud and Force: A Reply to Szasz // Journal of Humanistic Psychology. 2005. Vol. 45. No. 3. P. 397–402.

*Vatz R., Rappeport J., Weinberg L. S.* Comment and Controversy // Tomas Szasz: Primary Values and Major Contentions / R. E. Vatz, L. S. Weinberg (eds). Bufalo, N.Y.: Prometheus Books, 1983. P. 218–219.

*Weihofen H.* Mind Tapping // American Journal of Psychiatry. 1963. Vol. 119. P. 899–900.

## Ирвинг Гофман

### Монографии

*Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* N.Y.: Anchor Books, 1961 (рус. пер.: Об особенностях тотальных институций / пер. О. А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. Т. X. Вып. 3–4 (42–43). С. 38–50; Моральная карьера душевнобольного пациента / пер. В. Г. Николаева // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11. Социология. Реферативный журнал. 2001. № 1. С. 100–141).

*Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* L.: Penguin, 1963 (рус. пер.: Стигма:

Заметки об управлении испорченной идентичностью. Ч. 1, 2 (гл. 3–6); Ч. 5. Отклонение и девиация // Социологический форум. 2000. № 3–4).

#### *Статьи*

Characteristics of Total Institutions // Symposium on Preventive and Social Psychiatry. Washington, D.C.: Walter Reed Army Institute of Research, 1958. P. 43–84.

Normal Deviants // Mental Illness and Social Process / T. Scheff (ed.). N.Y.; Evanston; L.: Harper & Row, 1967. P. 268–269.

On Cooling the Mark Out; Some Aspects of Adaptation to Failure // Psychiatry. 1952. Vol. 15. No. 4. P. 451–463.

On the Characteristics of Total Institutions. *The Inmate World // The Prison: Studies in Institutional Organization and Change* / D. R. Cressley (ed.). N.Y.: Hold, Rineheart and Winston. Inc., 1961. P. 68–106.

Social Factors and Disorders of Communication. Mental Symptoms and Public Order // Disorders of Communication. Proceedings of the Association, December 7 and 8, 1962, New York / D. M. Rioch, E. A. Weinstein (eds); Disorders of Communication. Association for Research in Nervous and Mental Disease. Research Publications. 1964. Vol. 42. P. 262–269.

*The Insanity of Place* // Psychiatry. 1969. Vol. 32. No. 4. P. 357–388.

*The Moral Career of the Mental Patient* // Psychiatry. 1959. Vol. 22. No. 2. P. 123–142.

#### *В соавторстве*

Gofman E., Cohen R. A. On Some Convergences of Sociology and Psychiatry // Psychiatry. 1957. Vol. 20. No. 3. P. 199–203.

#### КРИТИЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Alaszewski A., Manthorpe J. Gofman, the Individual, Institutions and Stigmatisations // Nursing Times. 1995. Vol. 91. No. 37. P. 38–39.

Branaman A. Gofman's Social Theory // Gofman Reader / Ch. Lemert, A. Branaman (eds). Cambridge, Mass.: Blackwell, 1997.

Burns T. Erving Gofman. L., N.Y.: Routledge, 1992.

Carnevale F. A. Revisiting Gofman's Stigma: The Social Experience of Families with Children Requiring Mechanical Ventilation at Home // Journal of Child Health Care. 2007. Vol. 11. No. 1. P. 7–18.

Davies Ch. Gofman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions // Human Studies. 1989. Vol. 12. P. 77–95.

Giddens A. Gofman As a Systematic Social Theorist // Erving Gofman / P. Drew, A. Wooton (eds). Boston: Northeastern University Press, 1988.

Gordon R., Williams B. Exploring Total Institutions. Champaign, Ill.: Stipes, 1977.

Gronfein W. Gofman's Asylums and the Social Control of the Mentally Ill // Perspectives on Social Problems. 1992. No. 4.

Lemert E. M. Issues in the Study of Deviance // Sociological Quarterly. 1981. Vol. 22. P. 285–305.

Levinson D. J., Gallagher E. B. Patient-Hood in the Mental Hospital. Boston: Houghton-Mifflin, 1964.

Linn L. S. The Mental Hospital from the Patient Perspective // Psychiatry. 1968. Vol. 31. P. 213–223.

Lofand J. Early Gofman: Style, Structure, Substance, Soul // The View from Gofman / J. Ditton



(ed.). N.Y.: St. Martin's Press, 1980. P. 24–51.

*MacSuihbne S.* Erving Gofman's Asylums 50 Years on // *British Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 198. P. 1–2.

*Perry N.* Te Two Cultures and the Total Institution // *British Journal of Sociology*. 1974. Vol. 25. P. 345–355.

*Scheibe K.* Self Studies: Te Psychology of Self and Identity. Westport, Conn.: Praeger, 1995.

*Sedgwick P.* Psycho Politics: Laing, Foucault, Gofman, Szasz and the Future of Mass Psychiatry. N.Y.: Harper & Row; Publishers, 1982. P. 23–35.

*Siegler M., Osmond H.* Gofman's Model of Mental Illness // *British Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 119. P. 419–424.

*Smith G.* Erving Gofman. Abingdon, Oxon; N.Y.: Routledge, 2006.

*Weinstein R. M.* Gofman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients // *Orthomolecular Psychiatry*. 1982. Vol. 11. No. 4. P. 267–274.

*Wing J. K.* Laing and Gofman. Self and Others // *British Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 118. P. 360–361.

## Томас Шефф

### Монографии

*Being Mentally Ill: A Sociological Teory*. Chicago: Aldine Pub. Co., 1966.

*Catharsis in Healing, Ritual, and Drama*. Berkley: University of California Press, 1979.

*Labeling Madness* / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975.

*Mental Illness and Social Process* / T. Schef (ed.). N.Y.; Evanston; L.: Harper & Row, 1967.

*Microsociology: Discourse, Emotions and Social Structure*. Chicago: University of Chicago Press, 1990.

### Статьи

A Social/Emotional Teory of “Mental Illness” // *Te International Journal of Social Psychiatry*. 2013. Vol. 59. No. 1. February. P. 87–92.

A Social Teory and Treatment of Depression // *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 11. No. 1. P. 37–49.

Building an Onion: Alternatives to Biopsychiatry // *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2007. Vol. 9. No. 3. P. 180–192.

Catharsis and Other Heresies: A Teory of Emotion // *Journal of Social, Evolutionary and Cultural Psychology*. 2007. Vol. 1. No. 3. P. 98–113.

Cognitive and Emotional Components in Anorexia: Reanalysis of a Classic Case // *Psychiatry*. 1989. Vol. 52. P. 148–160.

On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought // *Labeling Madness* / T. Schef (ed.). N.Y.: Prentice Hall, 1975. P. 112–120.

Self-Defense Against Verbal Assault: Shame, Anger, and the Social Bond // *Family Process*. 1995. Vol. 34. No. 3. P. 271–286.

Shame and Community: Social Components in Depression // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 212–224.

Shame and Conformity: Te Deference-Emotion System // *American Sociological Review*. 1988. Vol. 53. P. 395–406.

Shame in the Labeling of Mental Illness // *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* / P. Gilbert, B. Andrews (eds). Oxford: Oxford University Press, 1998. P. 191–205.

Social Support for Stereotypes of Mental Disorder // *Mental Hygiene*. 1963. Vol. 47. P. 461–469.

Te Concept of Normalizing: Neither Labeling Nor Enabling // *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2010. No. 1.

The Labeling Theory of Mental Illness // *American Sociological Review*. 1974. Vol. 39. P. 444–452.

#### КРИТИЧЕСКИЕ РАБОТЫ

*Bean Ph.* Psychiatrists' Assessments of Mental Illness: A Comparison of Some Aspects of Tomas Schef's Approach to Labeling Teory // *Crime: Critical Concepts in Sociology* / Ph. Bean (ed.). L.; N.Y.: Routledge, 2003. P. 97–106.

*Bowers L.* Te Social Nature of Mental Illness. L.; N.Y.: Routledge, 2000.

*Clinard M. B., Meier R. F.* Sociology of Deviant Behavior. 14th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2011.

*Epstein R. S.* Te Role of Shame in Understanding and Treating Depression // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 240–241.

*Gottschalk L. A.* On Shame, Shame-Depression, and Other Depressions // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 225–227.

*Gove W. R.* Societal Reaction As an Explanation of Mental Illness: An Evaluation // *American Sociological Review*. 1970. Vol. 35. No. 5. P. 873–884.

*Gove W. R.* Te Labeling Teory of Mental Illness: A Reply to Schef // *American Sociological Review*. 1975. Vol. 40. No. 2. P. 242–248.

*Holloway H. C.* Shame, Loss of Face, and Other Complexities: Which Is Cause, Which Is Efect, and How Does It Work? // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 242–247.

*Morgan M., Calnan M., Manning N.* Sociological Approaches to Health and Medicine. L.; Dover, N.H.: Croom Helm, 1985.

*Pescosolido B. A., Martin J. K.* Stigma and the Sociological Enterprise // *Mental Health, Social Mirror* / W. R. Avison, J. D. McLeod, B. A. Pescosolido (eds). N.Y.; L.: Springer, 2007.

*Retzinger S., Schef T.* Emotion, Alienation, and Narratives: Resolving Intractable Conflict // *Conflict Resolution Quarterly*. 2000. Vol. 18. No. 1. P. 71–85.

*Reznek L.* Te Philosophical Defence of Psychiatry. L.; N.Y.: Routledge, 1991.

*Shahar G.* Personality, Shame, and the Breakdown of Social Bonds: Te Voice of Quantitative Depression Research // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. No. 3. P. 228–239.

*Tudor W., Tudor J. F., Gove W. R.* Te Efect of Sex Role Diferences on the Social Control of Mental Illness // *Journal of Health and Social Behavior*. 1977. Vo l. 18. No. 2. P. 98–112.

#### Русскоязычная исследовательская литература по антипсихиатрии

*Власова О. А.* Антипсихиатрия: становление и развитие. М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006.

*Власова О. А.* Рональд Лэйнг: между философией и психиатрией. М.: Изд-во Института Гайдара, 2012.

*Кельнер М. С.* Антипсихиатрия и социальная философия левого радикализма // *Философские науки*. 1981. № 2. С. 56–63.

*Косилова Е. В.* Культурологический анализ научной парадигмы в антипсихиатрии: на примере антипсихиатрии и философии Р. Д. Лэйнга: дисс. ...канд. филос. наук. М., 2002.

*Лейбин В. М.* Экзистенциальный психоанализ // Лейбин В. М. Постклассический психоанализ. Энциклопедия. Т. 2. М.: Территория будущего, 2006. С. 235–238.

*Ромек Е. А.* Философские основания и практическая реализация «феноменологического» направления антипсихиатрии // Ромек Е. А. Психотерапия: рождение науки и профессии. Ростов н/Д: Мини-Тайп, 2005. С. 214–223.

*Руткевич А. М.* От Фрейда к Хайдеггеру: критический очерк экзистенциального психоанализа. М.: Политиздат, 1985. С. 121–144.

*Семичев С. Б.* Антипсихиатрическое движение: его современное состояние // Медицина и идеология: критический анализ некоторых буржуазных теорий / под ред. Г. И. Царегородцева. М.: Медицина, 1985. С. 170–185.

*Сиабара-Динши Т., Иванюшкин А. Я.* Об антипсихиатрии и ее идейных истоках // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. Вып. 4. С. 589–595.

*Штернберг Э. Я.* О некоторых крайних течениях в современной зарубежной социальной психиатрии (антипсихиатрические тенденции) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1972. Вып. 8. С. 1241–1248.

*Штернберг Э. Я.* О некоторых разновидностях современного анти психиатрического движения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. Вып. 4. С. 602–606.