

УДК 02.41

DOI: 10.34670/AR.2019.45.4.075

Стигматизация душевнобольных как отказ от коммуникации

Кянганен Кирилл Вячеславович

Студент,
Уральский федеральный университет,
620002, Российская Федерация, Екатеринбург, ул. Мира, 19;
e-mail: kyanganen@mail.ru

Аннотация

Целью статьи является исследование и обоснование недостаточной эффективности процесса дестигматизации, пока последняя проводится исключительно в рамках рационально ориентированной деятельности по разъяснению причин психических болезней. Предполагается, что знание причины болезней избавит от клейма и позволит взвешенно оценивать поведение лиц с психическими отклонениями. Автор отмечает необходимость изменения научно-просветительского подхода к дестигматизации и доработки коммуникативно-личностного. Выдвигается две гипотезы. Первая заключается в том, что для формирования поведенческого стереотипа и дальнейшей стигматизации социальное представление о личной «полезности» индивида является основным. Полноценное бытие определяется как бытие для другого. Вторая гипотеза затрагивает бессознательный уровень восприятия, и предполагает, что широко распространенное явление стигматизации душевнобольных проистекает из нежелания идти на контакт с чем-то экзистенциальным «иным». В этом ключе сопротивление коммуникации основывается на страхе перед архетипическим образом непредсказуемого безумца. В своей основе он граничит со страхом смерти, и преодолевается механизацией социальных отношений. Поэтому, до тех пор, пока сохраняется диада между субъектом и объектом, замаскированная макетом непосредственных отношений между «Я» и «Другие», дестигматизация невозможна.

Для цитирования в научных исследованиях

Кянганен К.В. Стигматизация душевнобольных как отказ от коммуникации // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2019. Том 8. № 4А. С. 133-149. DOI: 10.34670/AR.2019.45.4.075

Ключевые слова

Стигма, психическая болезнь, коммуникация, «Другой», экзистенция, страх.

Введение

Исследованием стигматизации занимались следующие ученые: Бовина И.Б., Власова О.А., Володин Б.Ю., Гофман И., Гурович И.Я., Дернер К., Иванюшкин А.Я., Кнуф А., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Королева Е.Г., Красильников Г.Т., Купер Д., Липай Т.П., Мамедов А.К., Нестерова А.А., Положий Б.С., Ржевская Н.К., Руженков В.А., Руженкова В.В., Сас Т., Филимонов А.П., Хитрюк В.В. (стигматизация в отношении родителей душевнобольных) Шефф Т., Эпов Л.Ю., Якушенко А.В. и другие. Однако, проблема стигматизации сохраняется и по сей день, поскольку при взаимодействии специализированных институтов с широкой общественностью (а также при разработке рекомендаций по дестигматизации) преобладает рационально обоснованный подход. Он заключается в нескольких способах преодоления стигмы. Чаще всего используется модель научного просвещения граждан, когда СМИ в качестве посредника, популярным языком излагают причины психических болезней.

Основная часть

Главный недостаток состоит в том, что не происходит изменение сложившихся стереотипов. Полученная информация преобразовывается в соответствии с существующими представлениями и категоризируется. Происходит прибавление знания без изменения фундамента (непосредственного отношения к душевнобольным). Второй способ – публичные акции и протесты. Однако, поскольку сами душевнобольные (и даже те из них, кто прошел реабилитацию) редко способны к самостоятельной организации выступлений, а стигма «душевнобольной» распространяется и на других членов их семей, эффективность данной меры также вызывает вопросы. Сам фактор принадлежности к дискредетируемой социальной группе порочит репутацию публичных выступлений. Если вести речь о протестах, то, как указывают И.Б. Бовина и А.В. Якушенко «опасность этой меры заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены какого-либо фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но аттитюды и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся» [Бовина, Якушенко, 2015, 21]. Последний способ взаимодействия с обществом – коммуникативно-личностный. Непосредственная коммуникация представляется наиболее продуктивной в процессе дестигматизации. Как отмечают Бовина и Якушенко, коммуникативно-личностный способ «представляет собой межличностные контакты с психически больным человеком» и «способствует изменению аттитюдов и поведения в отношении самой стигматизируемой группы» [там же]. Недостаток обозначенного метода состоит в том, что он учитывает только сознательную мотивацию субъекта, которая может оказаться итогом рационализации, о чем и будет сказано в дальнейшем. Автор данной статьи предполагает, что перечисленные способы недостаточно эффективны, поскольку статистические данные, представленные на последующих страницах, фиксируют неуклонный рост негативного отношения к лицам, считающимся психически-больными, несмотря на принимаемые меры. Поэтому предлагается ввести в оборот новый подход, который послужит дополнением (а, в каком-то смысле, и усовершенствованием) «межличностного» подхода.

Актуальность философского осмысления стигматизации «ненормальных состояний» (назовем их поведенческими модусами) обусловлена тем, что преобладающая часть исследований принадлежит социолого-психологической и психиатрической интерпретации,

преимущественно рассуждающей о поведенческих модусах с точки зрения вторичных впечатлений, накопленных опытом постороннего наблюдателя. Необходимо детальнее проработать особенности коммуникативных взаимодействий между обществом и душевнобольными людьми, в результате которых и возникает стигма. В рамках дальнейшего описания существующей модели коммуникации выдвигается гипотеза о том, что стигматизация, формирующая стереотип, позволяет оправдывать нежелание взаимопонимания душевнобольных, поисков контакта с ними. Поэтому автор, опираясь на идеи символического интеракционизма, антипсихиатрического движения и экзистенциальной философии, предлагает отказаться от приоритета научно-описательного подхода и довлеющего над ним общественного мнения с помощью экзистенциально-феноменологического анализа, сокращающего дистанцию между «Я» и «Другие». Так как до тех пор, пока сохраняется диада между субъектом и объектом, замаскированная макетом непосредственных отношений, дестигматизация представляется невозможной.

В России отношение к лицам, маркированным психической болезнью, противоречиво: с одной стороны, декларируется социальное равноправие, но, с другой стороны, в действительности практикуется социальная дискриминация, хорошо сочетающаяся с патерналистской медициной, и существенно ограничивающая свободу людей, которым поставлен диагноз психических расстройств, в особенности пограничного регистра [Руженкова, Руженков, 2012, 6]. Последние характеризуются постоянными изменениями настроения, самооценки и поведения, часто приводят к импульсивным поступкам, резким вспышкам гнева и стремления к самоповреждениям. Реакция населения на подобные аффекты вполне предсказуема. По ходу исследования будет охарактеризовано два пути дестигматизации. Первый заключается в проработке преимущественно на рациональном уровне, когда источник стигмы полагается социально и ситуативно обусловленным. Второй путь, которого придерживается автор, будет изложен после изучения существующей концепции стигматизации и дестигматизации.

Для начала необходимо отметить, что стигматизацию душевнобольных недопустимо рассматривать в отрыве от социальной стигматизации в целом, предполагая, что они существуют параллельно и не пересекаются, а потому – обобщения невозможны. Стигматизация душевнобольных опосредуется социальной стигматизацией. В качестве отправной точки предлагаю рассмотреть более широкое понимание сигнификации, а, затем перейти непосредственно к душевным расстройствам. Стигматизирующая традиция подробно рассматривается в рамках социокультурного подхода. Например, Ю.Л. Сироткин уверяет, что «стигматизация может быть признана в качестве позитивного явления в силу регуляционного потенциала, проявляющегося в отношении субъекта культуры и культурных сообществ в целом» [Сироткин, 2015, 104]. Поскольку исследование, которое использовал Сироткин в своей работе, ограничено «однородной средой» [там же, 105], студенческой общностью, можно было бы предположить, что предубеждения, свойственные изучаемой аудитории и категоричность суждения, наблюдаемая в стереотипном восприятии «Других» изменится в ходе возрастных изменений и культурной реинтеграции, когда место обучения займет рабочая обстановка, требующая прямой коммуникации с разнородным обществом. При подобном взгляде преодоление стигмы видится в межкультурном общении и перенятии воззрений другой системы ценностей главным образом, посредством информирования граждан. Проблема возникает тогда, когда подобные поведенческие регулятивы (а, главное, их «положительную» функцию) начинают распространять на все сферы жизнедеятельности человека. Оценивающая

деятельность становится неким аналогом государственного контроля, и присвоившие себе право оценивать и утверждать стигму, решают судьбы других. В заключении Сироткин, исходя из данных социологического исследования, представляет следующие результаты: студенты называют «доминирующим способом избавления (от стигмы) – доверительное общение, однако ее продолжительность определяется временем пребывания в образовательном учреждении» [там же, 106]. Таким образом, мы имеем два аспекта: 1) испытуемые знают на словах, как «преодолеть» стигму и, частично, причины ее порождающие. 2) Тем не менее, не делают этого, и утверждают, что стигма все равно останется за субъектом вплоть до того момента, пока стигматизированный не исчезает из поля зрения. В аналогичных ситуациях это означает следующее: стигматизированный индивид, названный душевнобольным, попадает «меж двух огней». С одной стороны, он представляется человеком вообще, включенным в социальные отношения, с другой – исключен из них, испытывая дискриминацию на всех уровнях, начиная с общественного порицания и заканчивая ярлыком душевнобольного, который позволяет установить над ним контроль со стороны социальных институций. И хотя, как указывают некоторые авторы, «за 50 лет... в социально-психологической и социологической литературе появилось значительное количество концептуальных и эмпирических работ, посвященных стигме» [Бовина, Якушенко, 2015, 15], подобный критический анализ не всегда способствовал значительным переменам на практике. Вполне соответствует этой практике и базисное определение с сайта ВОЗ, согласно которому психическое здоровье – «это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества... Психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств» [ВОЗ, www]. Внезапно, одним из критериев, определяющих психическое здоровье, оказывается «не только отсутствие психических расстройств», а социокультурная интеграция. У аналитически настроенного специалиста подобное определение, зафиксированное в официальном документе, может вызвать удивление. Отсутствие фактов болезни не является основанием для признания человека здоровым. В качестве пояснения тезиса о «здоровье» будет привлечена и критически осмыслена диагностическая процедура.

Когда мы касаемся медицинского представления о психическом здоровье, на первый план выходит диагностика (установление дифференциального диагноза, сводящего «симптоматику» к единственно вероятной ее причине. «Конкретность» является первоначальной задачей врача). Диагностика состоит из двух аспектов: первый заключается в представлении о том, что как психические, так и сугубо физиологические заболевания вызываются определенными рода дисфункциями (хотя в отношении множества болезней, в особенности, психиатрического и психотерапевтического корпуса до сих пор не существует однозначного ответа о причинах их возникновения), в психологии – нарушениями механизмов психологической защиты, дезадаптацией (невроты), дисгармоничным (в отношении к социальной действительности), устойчивым сочетанием личностных черт – расстройства личности, или же ярким нарушением функционирования или полной потерей способностей к преобразованию действительности – психозы. Из этого аспекта логически вытекает не менее важный, второй: люди, которые имеют психические заболевания отличаются от тех, кто функционирует нормально. Для более точного установления диагноза используется диагностика в индивидуальном порядке, за которой довольно легко устанавливается ярлык, поскольку от пациента начинают ожидать строго

определенный перечень эмоций, реакций и поведенческой модели в целом. Он, как бы должен соответствовать заболеванию. В психологической диагностике заболевание описывается теми или иными негативными характеристиками, хотя сама процедура может и не обладать эмоциональным статусом. После установления диагноза результаты дисфункции проецируются на конкретного человека. Можно представить, как проекции воспринимаются обывательским сознанием. Стереотипы, облегчающие адаптацию человека в окружающей среде, автоматически пополняются новым перечнем «персонификаций», и, чтобы сократить время ответной реакции на новый стимул (необходимый механизм выживания), максимально упрощаются, создавая благоприятную почву для сигнификации. Таким образом, после обобщения, вернемся к определению ВОЗ. Согласно определению, поводом к стигматизации может послужить не только видимое отсутствие психических расстройств или их острая фаза, а нечто совершенно иное – функционирование в социальной среде. Эта идея вполне соответствует духу А. Адлера: «наша так называемая "индивидуальная" психология в действительности является социальной психологией... мы считаем, что социальный интерес – это наиболее важный фактор в подходе к воспитанию и лечению...» [Адлер, www]. Он приводит пример с мальчиком, у которого спрашивали представление о своей будущей профессии, и ребенок ответил, что желает быть палачом. Адлер, отмечая «недостаточность социального интереса» ребенка, интерпретирует ответ следующим образом: «мальчик хочет быть хозяином жизни и смерти, – роль, которая принадлежит Богу. Он хочет быть могущественнее общества, и им движет идея бесполезности жизни. Быть врачом – это также цель, выстроенная вокруг идеи богоподобия в желании быть хозяином жизни и смерти, но в данном случае цель реализуется посредством служения обществу» [там же]. Не будем вдаваться в дискуссию о том, что профессия палача тоже «полезна» (ведь кто-то должен исполнять решения суда и «избавлять» социум от асоциальных элементов) обществу, и, если оглянуться на историю, по меньшей мере, являлась должностью с рядом значительных привилегий, и передавалась по наследству. Общий смысл одинаков. Извлекать из человека пользу, точно он – орудие труда. Следующий частный пример, оценивающий индивида с точки зрения полезности показывает, что разъяснительно-просветительская работа и личные контакты могут вовсе не иметь эффекта даже в тех случаях, когда стигматизированный индивид находится на лечении в стационаре. Так, в 2009 году, «в одном из интернатов недееспособных женщин детородного возраста подвергали принудительной стерилизации. По нашему законодательству, это может быть сделано только по решению суда. В практике – это происходит по решению директора интерната». Как подчеркивает член Независимой Психиатрической Ассоциации России Л.Н. Виноградова, «кому в голову придет, что в отношении недееспособных нужно получать еще какое-то дополнительное разрешение... кто-то из этих женщин может со временем восстановить свою дееспособность, а способность к деторождению утеряна уже навсегда» [Медицинская стерилизация сегодня, www]. Идеологическим обоснованием такого рода поступков служит все тот же принцип полезности. Душевнобольные люди становятся обременительным грузом для общества, и платят за право существования отчуждением иных прав. В том числе над ними проводятся физические воздействия, будто речь идет об объективированном физическом теле, не имеющем собственное сознание и чувства. Это поведение напоминает превентивные меры, преобладающие в уголовном праве прошлых веков, и направленные на профилактику совершения новых преступлений. Вопрос в том, насколько вообще допустимо вторжение в личную сферу душевнобольных.

Таким образом, прибегая к позитивной интерпретации значения стигмы, как

побудительного стимула для ее преодоления дискриминируемыми лицами, мы столкнулись с условиями, в которых индивидов оценивают по вкладу (и продуктивности этого вклада) в сообщество, к которому принадлежит тот или иной рабочий. В решение вопроса о судьбе индивида вовлекается перечень его прав и обязанностей, при сопоставлении которых и выносится приговор. В определении ВОЗ о здоровье и нормальности само сравнение происходит по отношению к «социальной действительности». Когда производится диагностика, определяются функциональные нарушения. Согласно известной психологической традиции, эти «недостатки» связываются, например, с инфантилизмом и психологической незрелостью, что на коннотативном языке и в мире чувств (который не является рациональным полем деятельности) результируется стереотипным представлением о дегенеративных процессах, протекающих в личности. А это, в свою очередь, означает, что обладатель обозначенных качеств – «нам не ровня». Необходимо пояснить, что речь ведется об автоматизированных реакциях на душевнобольных, поскольку они менее затратны в психологическом плане.

Так акцент смещается с индивидуального душевного склада на психическое функционирование в социальной сфере, где мало учитывается индивидуальность человека, не одинаково реагирующего на жизненные ситуации. Предположительно, физиологическая «норма» устанавливается в ходе оценки общественной эффективности, основывающейся на принципе адаптационных свойств личности. Во избежание недоразумений, следует уточнить, что, в ряде случаев врач вынужден смотреть с точки зрения социальной оценки, так сказать, силой обстоятельств, поскольку он, следуя сложившейся практике, обязан вынести конкретное решение. Таким образом полученные им негласные предписания заменяют межличностный опыт общения с душевнобольными.

После того, как И. Гофман указал на ту роль, которую в психиатрии играет стигма «душевнобольной», проблема стигматизации часто поднималась в докладах Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА), в связи с рассмотрением так называемого «антипсихиатрического течения», в которых утверждалось, что стигма, «коренится в характере психиатрического диагноза и лечения» [Стюарт, 2008, 195], а не в деятельности социальных сил, вторичных к деятельности врача-психиатра. Стигма – побочный продукт социальной организации психиатрии. С тех пор в современной медицине так же признается «сложное взаимодействие социально-структурных, межличностных и психологических факторов в образовании и поддержании стигмы... она является широко распространенной, пагубной и устойчивой к изменениям. Психологические теории помогают нам понять, каким образом процессы познания и понимания на социально-психологическом уровне приводят к развитию и поддержанию негативных и ошибочных стереотипов, формирующих внутренние опоры для стигматизированных мнений. Теория атрибуции (отношений) дает особенно полезную основу для понимания стигмы и определения мишеней при вмешательствах против нее» [там же, 195]. Х. Стюарт подчеркивает важность социально-психологического анализа стигмы, для подробного разбора которой предлагает использовать теорию атрибуций.

Атрибутивная теория исходит из того, что личность индивида последовательно интерпретируется таким образом, который маскирует и не позволяет проявить ее индивидуальность. Первичная реакция провоцируется выявлением феномена «отличия», «непохожести», на которые обращается самое пристальное внимание. После того, как образ индивида зафиксирован, производится этикетирование поведения «Другого» в соответствии с установленными в обществе правилами. Под этикетированием здесь понимается навешивание ярлыка, под который подводится целостное описание личности душевнобольного. Первые два

этапа являются классическими, за которыми полагается появление негативной реакции (из-за несоответствия исполняемой роли) и наступление финальной стадии – дискриминации. Как уже удалось выяснить, проблема заключается не столько в не-соответствии роли, сколько в требованиях «полезности», которые, по мнению автора, точнее отражают взаимосвязь этикетирования и дискриминации. Таким образом, нормальный, психически здоровый человек, это слаженно функционирующий член общества, обладающий отточенным навыком коммуникации и побуждаемый к действию социальным интересом. Тот, чье бытие – это бытие для другого. Это «Другое» может приобретать облик человека, приближенной к нему группы, надличностной цели. В глазах общества можно оправдать даже деятельностный эгоизм (поскольку в вытесненном виде желания, не совпадающие с императивами, присутствуют у каждого «здорового» человека), но никак не бездействие и «равнодушие» (которое наблюдается, например, при кататоническом ступоре). Поэтому, на третьей стадии атрибуции, вслед за этикетированием, как я полагаю, формируется реактивное образование, подразумевающее смену негативного чувства позитивным [Мак-Вильямс, 1998, 172-173]. Первоначально термин «реактивное образование» был разработан З. Фрейдом и использовался применительно к истерическим пациенткам, однако, впоследствии психоаналитики выяснили, что подобные реакции свойственны не только им. Благодаря этому защитному механизму, чувство раздражения трансформируется в избыточную опеку над «больными». Сопровождаемое «садистским» импульсом любви, реагирование избавляется от амбивалентности, оставляя все, кроме желания «заботы» за порогом сознания. Само собой разумеется, в этом преображении присутствует элемент фальши. Насильственная форма опеки не имеет с заботой по собственному желанию ничего общего, кроме видимости, однако заметить подмену способен лишь сторонний наблюдатель. По завершении подобной атрибутивной процедуры, индивидуальность кажется незначительным фоновым шумом. Стигма становится законной, а всякое сопротивление выступает свидетельством ее верности, и тем самым лишь подтверждает законность действий социальных институтов.

И. Гофман определяет стигму как «особый тип отношения между качеством и стереотипом» [Гофман, www]. От случайного фактора (события) в жизни индивида, в ходе которого он проявил нестандартную реакцию, его перебрасывает к стереотипическому видению поведенческого модуса. Если наблюдается расхождение – отступление от стереотипного поведения, деятельность индивида вызывает отрицательные эмоции, которые вынуждают вновь возвращаться к стереотипу. В противовес психологическому объяснению «безумия», Гофман утверждает, что оно может быть вызвано политическими стандартами. Как я предполагаю, это положение основывается на том, что психология уже исходит из определенной данности, которая воспринимается догматически и не ставится под сомнение. «Общество устанавливает способы категоризации людей и определяет набор качеств, которые считаются нормальными и естественными для каждой из категорий. Социальная среда устанавливает, какие категории людей в ней возможны» [там же], а вслед за этим возникает и целая профессия по созданию и надзору за личностной идентичностью. Гофман полагает, что становление контроля происходит на уровне медицинского учреждения, откуда служащие, наделенные обязанностями по выявлению лиц с «дурной репутацией», шаг за шагом переходят к воздействию на широкую аудиторию, где реализуется второй тип социального контроля, основа которого – дурная слава. Он является неформальным, но в нем уже участвует вся общественность в целом [там же], после чего составляется общественный образ индивида, в котором значение одних свойств раздувается, а других – недооценивается. Итог такой гипертрофированной метаморфозы

выдается за «краткую характеристику пациента».

Является ли стигма итогом неосознанной агрессивности, основывающейся на императиве полезности, или же она заключена в ненадлежащем исполнении роли – последствия одинаковы. В обоих случаях формируется стереотипное представление. Подобная идентификация со стереотипом нивелирует субъективный опыт индивида. Его переживание своего «Я» игнорируется. Психическое заболевание вновь возвращается из-за рассогласования между индивидуальным «Я» и «Персоной», при этом и та и другая шифруются [Власова, 2011, 11]. Поэтому психическая болезнь предстает метафорическим протестом против диктуемого социальной группой (семьей, общиной или коллективом) собственного образа [там же]. Постольку-поскольку этот протест попадает в визуальное пространство социальных институтов, не ограничиваясь внутренним переживанием, вполне предсказуемо последующее заточение «неудобных» в лечебницы. Так, подвергшиеся стигматизации, в конце концов лишаются даже права на со-бытие с другими. Так как индивид не может создать бытие-в-себе, оставаясь в замкнутом существовании (и удовлетворяясь лишь им), он вступает на публичное пространство, где его поджидает крах, связанный с тем, что его поведение не соответствует ожиданиям, а неудачная коммуникация и следующая за ней изоляция как бы свидетельствуют о «врожденной» виновности. Говоря иными словами, человеку, неспособному к существованию вне общества, свойственно отвращение к полной автономии вещей, находящихся в мире отдельно и не нуждающихся в его интерпретации. Поэтому он страдает, находясь в бытии-для-себя, когда «Другие» отождествляют его с вещью, изолируя от себя. В каком-то смысле это экзистенциальный страх перед бытием, самобытным существованием мира. Это страх не имеет определенного источника, источающего пугающую атрибутику, он не сообразен социальной действительности, а покоится на ощущении зыбкости бытия. Как и у Гегелевского раба, это состояние неустойчивости сообразно испытываемому страху смерти. Второй момент, казалось бы, противоречащий первому – серьезное сопротивление душевнобольных автоматизму. Оно проявляется в расхождении между экзистенциальной возможностью бытия (потенциалом «душевнобольного») и перечнем предлагаемых ролей. «Болезнь» в этом ключе представляет, и, одновременно, обостряет чувство собственной недостаточности человека. Она указывает на его границы. Возникает непрестанная тревога, персонифицированная рядом симптомов.

Зримые элементы стигматизированного индивида тесно переплетены с его поведенческой характеристикой, сквозь которую определяют, насколько он нормален, и подлежит ли вообще «выделению» среди своего окружения. Поэтому стигматизация не существует в отрыве от представлений о норме и патологии. Индивид не соответствует принятому образцу, однако это соответствие вполне избирательно и редко санкционирует лиц, обладающих «неявными» признаками психического расстройства, которые до поры до времени исполняют роль обыкновенных людей. Пока индивид следует правилам, нет «документальной» или «зримой» базы, фиксирующей девиацию, мало кто заинтересуется причинами его «инаковости» и внутренними переживаниями по ту сторону внешних проявлений.

Однако, пока еще не ясно, наделяют ли индивидов стигмой исключительно психиатрические учреждения и социальные институты. Я полагаю, что стигматизация так же связана с более ранним, архетипическим сознанием человечества, в котором присутствуют иррациональный страх и фобии перед непредсказуемым безумцем. От выбора подхода зависит «методология» дестигматизации. Если мы соотносим проблему и решение, помещая и связывая их с просветительской деятельностью, которая должна оказать влияние на общественную среду, то следует строго расширять границы воздействия и способы, не ограничиваясь

государственными мерами социальной защиты и Конвенциями, по сути, направленными на специализированный (например, медицинский) персонал, а не широкую аудиторию, среди которой и надлежит исправлять укоренившиеся предрассудки. Желательно, чтобы «освещение» историй душевных болезней происходило квалифицированным персоналом по выделенному каналу наравне с другими СМИ. С позиции «Просвещения» – стигматизация как бы продолжает существовать благодаря невежеству общества, недостаточности популярных и в то же время достоверных источников знаний о психических болезнях. Это невежество, поддерживаемое множеством некомпетентных изданий и публицистических статей, смакующих шокирующие факты из жизни психически больных, стимулируют и укрепляют бытующие в обществе отрицательные стереотипы. Поэтому именно популярной трактовке, широко используемой журналистами, человек обязан распространению мифа об опасности и непредсказуемости психически больных. При этом не учитываются статистические данные, согласно которым здоровые люди совершают правонарушения гораздо чаще. Так как лечащие врачи тоже погружены в социальный контекст, то именно с его изменения необходимо начинать существенную перестройку восприятия психической болезни. Их суждения могут искажаться, несмотря на гуманистическую установку, тщательно проработанную методологию выявления душевных заболеваний и причин их возникновения. В результате такого искажения мы видим (указанный пример от 2009г.), как в стационарах к пациентам периодически относятся не лучше, чем в обществе. «Общая нетерпимость современного общества способствует тому, что слова, относящиеся к описанию диагноза и состояния больного, используются в переносном смысле, как метафора, а часто и как ругательство: «больной», «псих», «сумасшедший» и т.д., а лечебницу иначе как «психушка», почти никогда не называют» [Ротштейн, Богдан, 2008, 46]. Негативная установка в названном подходе зиждется на представлении о необразованном Зле, чью природу способна изменить добродетель знания. Здесь разум воспитывает разум, и традиционная идея гуманизма и просвещения считается достаточной для преодоления стигматизации. И, хотя, классическая психиатрическая мысль учитывает ряд иррациональных факторов, касающихся «представления людей... *которые* (авторск. курсив) сцеплены с идеологическими, мистическими, религиозными представлениями, а также с эмоциями. В случае болезней – это разного рода страхи. Поскольку причины важнейших психических болезней неизвестны, а сами болезни выглядят необычно, возникает благоприятная почва для мифов о наказании за грехи, порче, бесноватости» [там же], но все же предполагается, что разумная в своей основе пропаганда «истины» – исправит пограничную ситуацию пребывающих в изолированности «больных».

О том, что используемые способы дестигматизации далеко не всегда обладают существенным эффектом, гласит статистика. Невзирая на постепенный рост благосостояния населения по сравнению с 1990 годами, двукратного роста толерантности к девиантным социальным группам (людям без места жительства, страдающим алкоголизмом, наркотической или иной формой зависимости, уголовным преступникам), неблагополучным согражданам, эта положительная динамика не затронула людей, обладающих психическими болезнями. С 1989 по 2014 годы «значительно ухудшилось отношение к людям с психическими отклонениями. Если в 1989 году 58% опрошенных считали, что психически больным гражданам необходима помощь, то в 2014 году такого мнения придерживались только 48% респондентов. С 33% до 44% выросло число респондентов, полагающих, что психически больных необходимо изолировать от общества, а 5% опрошенных в 2014 году вообще посчитали, что психически больных «необходимо ликвидировать» (в 1989 году 3%) [Специальный доклад..., 2015]. «Он

лечился в психиатрической больнице» – такая информация представляется людям вполне достаточной для категоричного суждения [Ротштейн, Богдан, 2008, 44] о невозможности вести с больными диалог.

Так, стигматизация раскалывает социальный мир на дух (болезненную симптоматику, притязание на индивидуализированный произвол) и тело – естественные склонности, не способные ошибаться, поскольку естественное (природное) подразумевается общим и одинаковым у всех людей. Об этом представлении о монолитности природного восприятия мира (и с вытекающей из этого жертвой частичкой «духовности») говорит и Лэйнг, когда касается переживания «нормальным» человеком себя как целиком воплощенного [Лэйнг, 1995, 61]. В особенности это, вероятно, заметно в трудовой сфере, семейных взаимоотношениях и общественной деятельности. Поэтому, поскольку реакции душевнобольных не соответствуют тому, как обычно воспринимается и переживается та или иная ситуация, их поведение следует называть, и называется «неестественным». Отсюда недалеко до вывода о том, что они с трудом вписываются в описание того, чем принято характеризовать человека. Так может возникнуть мотив для отторжения и исправления «нечеловеческого». В дополнение ко всему обозначенному, сам индивид в акте самостигматизации как бы подтверждает представление о распаде собственного «Я». Помимо раскола «духа» и «тела» на душевнобольного воздействует чувство стыда, провоцируемое его восприятием собственной Персоны и ее эмоциональным откликом на отношение других: «ввиду того, что стигматизация производит кризисы идентичности, индивиды порой относятся к себе амбивалентно. Индивид со стигмой обладает свойством, оцениваемым социумом как плохое и полное изъянов, и кажущимся ему самому чуждым, от которого он хочет избавиться» [Гофман, www, 122]. Нередко случается и так, что он перестает воспринимать себя полноценно вне сконструированного общественностью образа его личности, и, по мере своих сил (которые, однако, не позволяют ему восстановить положение из-за адаптивных проблем), пытается скомпенсировать недостатки от чего его поведение может приобретать еще более причудливые формы. «По отношению к этому чувству индивид старается занимать амбивалентную позицию: «Это я, но это и не я». Он, как бы, «раздваивается»: ввиду желая быть нормальным человеческим существом, он как раз-таки и не может быть таковым» [там же].

Второй путь базируется на недостаточности рациональных подходов. Казус непредсказуемости означает: чтобы перестать быть пугающим «безумец» должен, как это не парадоксально, стать предсказуемым. Но, ввиду того, как видится в социальном пространстве «понятность», изменить его «хаотическую» природу можно только, если он удачно впишется в социальные условия в качестве той или иной роли. Тогда отношение к нему может видоизмениться в положительную сторону (следует пояснить, что этот путь чаще доступен лишь при легких формах невротоз). Итог – ситуация нормализуется. Однако, поскольку за ним уже был закреплён определенный ярлык (создан прецедент «ненормальности»), полагается, что, как и при физиологическом заболевании (а уже было показано, что должного разделения между физиологическими и психологическими причинами не проводится) возможен «срыв», обострение заболевания, его возврат. И тогда у человека в «ремиссии» проснется «темная сущность». Причинная связь на манер поперечных срезов (психологических), даже если она не оправдываема логически и эмпирически, тенью преследует душевнобольного, служит своего рода комментарием, поясняющим его мотивы, и вовлекает в порочный круг. Так происходит обратное первоначальному, явление: социальная стигматизация становится комплементарной стигматизации медицинско-психиатрической. Круг завершается. Поэтому третий вариант из

рационального подхода: «контакт с душевнобольными» полагается бесполезным, если ему не предшествуют особая подготовка и, самое важное – разрешение собственных внутренних конфликтов.

Если же мы связываем стигматизацию с архетипическим, архаическим началом в человеке, то рациональные методы дестигматизации представляются неэффективными, и выход из сложившейся ситуации видится в реставрации коммуникации, но, только лишь после существенного пересмотра ее модели. Причем подобный способ, как и всякая психоаналитическая процедура – болезненный процесс, предполагающий наличие серьезного сопротивления со стороны общественности. Однако, это отчаянное противопоставление – первый шаг поиска нового языка для конституирования диалога. Когда страдающий от душевной болезни индивид, открывает в себе онтологическое основание, отличное от принятой типизации, его задача – удержаться от часто случающейся самостигматизации, и объединиться под символом «Я-Мы», и первый шаг нам видится в экзистенциальном подходе.

Экзистенциализм заменяет абстрактное, то есть обобщенное, статистически или формально зафиксированное, конкретными ситуациями. Применительно к душевнобольным это выразится в том, что мы не забываем о возрастном развитии их личности, но не сводим все попытки коммуникации к констатации факта душевной болезни с описанием ее симптоматики и желанием поскорее отправить «неисправное существо» на лечение, а берем на себя ответственность за дальнейшую судьбу этого человека. «Экзистенциализм отдает каждому человеку во владение его бытие и возлагает на него полную ответственность за существование» [Ницше и др., 1990, 323]. «это не означает, что он ответствен только за свою индивидуальность» [там же, 324]. Если мы используем экзистенциальный подход, человек становится бытием перед нами, он конкретен, и применение абстрактной мерки сравнения по аналогии становится недопустимым. Можно предположить, что сравнение (применительно к социальной сфере) – это оцифровка, перевод к общему знаменателю. Уничтожение бытия индивида с сохранением единственно формы, чтобы затем объективировать и пронаблюдать. Эту обезличенную форму выразил Сартр в главной работе «Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии». Критикуя Гегеля, он заключает, что в отличие от обобщающей тенденции, призванной постигать объекты «мое отношение с другим является с самого начала и существенно отношением бытия с бытием, а не познания с познанием» [Сартр, 2000, 267].

Он рассуждает так: согласно Гегелю «первым источником становления сознания и является самосознание, признающее себя в других самосознаниях тождественным с ними и с собой» [там же]. Другой здесь – посредник, который появляется наравне со мной, поскольку самосознание тождественно с собой посредством исключения всякого Другого. Из этого следует соответствующий вывод: «первый факт – наличие множества сознаний, и это множество реализуется в форме двойного и взаимного отношения исключения» [там же]. Другой является для меня: он есть Другой, а не Я, следовательно, он дается как несущественный объект, со свойством отрицательности. Но этот Другой является также самосознанием, таким, каким он мне является как обычный объект, погруженный в бытие жизни. И таким же образом я являюсь другому: как существование конкретное, чувственное и непосредственное. То есть, обобщая критику Сартра, Гегель стоит здесь на почве неоднозначного отношения, которое идет от меня (воспринимаемого посредством cogito) к другому, но взаимного отношения, которое он определяет, как «постижение себя в другом». Поэтому из философии Гегеля выводится то, что cogito, как отправная точка философствования – невозможна, поскольку «в действительности» само это cogito обусловлено признанием другого. «Проблема другого не должна ставиться,

исходя из *cogito*, как раз наоборот – существование другого делает *cogito ergo sum* возможным как абстрактный момент, в котором я постигаю себя как объект» [там же, 260]. В экзистенциальном смысле мое Я подорвано, зыбкость бытия для Гегеля полагает жизненный риск, бросок наугад – и все это, «чтобы заставить себя признать другим» [там же, 261]. В этой диалектической напряженности взаимного отрицания «я добиваюсь смерти другого... я хочу опосредоваться другим, который являлся бы только другим, то есть через подчиненное сознание, существенная характеристика которого – существовать только для другого... Таким образом, появляется знаменитое отношение «Господин-Раб». Раб является истиной господина, но и господин является истиной раба» [там же, 260].

Если я ставлю под сомнение существование другого, то тем самым уничтожаю абсолютность своего бытия, мы оба скованны единым бременем взаимного определения. Потому что самосознание является реальным, только поскольку оно сознает свое эхо в Другом: «самосознание есть взгляд на себя не как на какую-то особенную, отличную от других... самость» [Гегель, 1971, 89-90], «самосознание для себя реально лишь тогда, когда оно сознает в другом свое отражение... и, принадлежа как чистая духовная всеобщность семье, отечеству... самосознание — основа всяких добродетелей, любви, чести, дружбы, храбрости, всякой самоотверженности, всякой славы и т.д.» [там же].

Моя объектность (выражающаяся через существование) есть существование по причине наблюдаемости другим, подтверждающим меня в истинности. Пусть отношение господин-раб не является взаимным, полагается, что взаимность должна установиться. И все это из-за его искусного смещения объекта с жизнью. Сартр указывает, что осуществление себя как индивида требует признания его конкретного бытия, а не объективного разъяснения универсальной структуры, поскольку такое индивидуальное положение – «есть поддержка и основание универсального» [Сартр, 2000, 263], которое существует для индивидуальной цели, а не анонимного проекта. Главная проблема в трактовке Гегеля заключается в том, что он забыл свое собственное сознание; оно является цельным, и, в этом смысле, «если он так легко решает проблему отдельных сознаний, то значит для него никогда не вставала подлинная проблема в связи с этим предметом» [там же, 267]. Таким образом, на примере Гегелевской объективации мы рассмотрели механизм действия общественного сознания, подвергающего стигме лиц, отмеченных душевной болезнью.

После краткой процедуры анализа Сартровского бытия Других, мы повторно укажем, что классическое разрешение проблемы на рациональном уровне «убеждения посредством грамотности» неэффективно. То же самое касается коммуникативного подхода. Уже само определение психически больной, произносимое вслух обывателем, разрушает ауру коммуникации и запускает механизмы психологической защиты. Обратное отношение продемонстрировал Р. Лэйнг, когда ввел в качестве терапии некоторых психических болезней и предупреждения их рецидивов – «"шумную комнату", где пациенты-шизофреники и персонал, и те, и другие в обычной одежде, проводят время в общении и приятных для себя занятиях» [Лэйнг, 2002, 6]. Избавившись от официальной, наперед заданной ситуации, он приближал пациентов к обстановке реальной жизни, восстанавливая разрушенную коммуникацию. Как отмечается в предисловии к книге – нововведение было частично успешным. Этот пример показывает нам иной подход к коммуникации, не предполагающий принудительного воздействия и дискриминации в отношении пациентов, которые мы имели в формально-юридической (по большей части, ограничивающейся изданием законов) и социально-просветительской практиках. При технических попытках прояснения ситуации стигмы

душевнобольных, упор делается на информированность и «грамотность». Забывается то, что стигматизация (и неминуемая дискриминация) не является рациональной деятельностью, и, что в подобных методах решения проблем на управленческом, государственном уровне не учитывается экзистенциальное бытие между «Я» и «Другие». К этому прибавляется результат активных действий общественности. Происходит не коммуникация, а навязывание модели коммуникации со стороны количественно преобладающих субъектов. Пользуясь терминологией Гражданского Кодекса, автор статьи считает подобную социальную активность аргументационной уловкой, которая, с одной стороны – есть кабальные условия (так как полностью уйти от навязанной установки субъект не может), с другой – «договор присоединения». То есть, если субъект вступает в коммуникацию, то он, как бы, предполагается, автоматически обязан принять все обозначенные (и скрытые, подразумеваемые) ее условия, если же он противится – то ему легковесно отвечают: «вас никто не заставлял, и за последствия вы отвечаете сами в рамках, заданных нами условий». Таким образом, акт понуждения санкционируется господствующим аппаратом общественного порядка. Как итог: разрыв коммуникации. В правовой среде подобные воззрения были бы недопустимыми, но над общественной системой нет никакой инстанции, способной вызвать внутреннее ощущение «неправильности» своих действий и отношения к пациентам (как текущим, так и находящимся в ремиссии, излечившихся). Существующая попечительская работа с больными позволяет оставаться на позиции Родителя (в том смысле, который ему придает Э. Берн), смотреть сверху вниз и не сближаться до коммуникации и подлинной ответственности за ближнего: «процесс коммуникации прерывается, если происходит то, что мы называем пересекающейся трансакцией» [Берн, 2008, 26-27]. Здесь я имею в виду то, что при обращении с пациентом не только среди врачей, занимающих позицию назидательного Родителя, но и общества, происходят серьезные нарушения в коммуникации. Душевнобольного не рассматривают за равного себе, вероятно, потому что он «неполноценный» член общества, поскольку не выполняет всех заданий, с которыми, обычно, справляется всякий другой человек. Между тем, коммуникация подразумевает двухсторонней связью, диалогом между «Я» и «не-Я». Хотя, периодически, спусковым механизмом и выступает личность «душевнобольного», все же нарушение коммуникации – обоюдный процесс. Не бывает такого, что «вина» ложится исключительно на «десоциализированного» индивидуума, который, помимо приобретенной болезни, вынужден бороться за собственное выживание в отвергающем его обществе.

Таким образом, возвращаясь назад, в процессе стигматизации (и разборе техник рациональной дестигматизации) учитывается поведенческая сторона и игнорируется экзистенциальная. Часть завладевает целым бытием индивида. В результате нарушение коммуникации становится обоюдным. В этом плане очень важно замечание Лэйнга, который отметил, что «фундаментальная ошибка состоит в неумении осознать, что существует онтологическая разрывность между бытием человека и бытием вещи» [Лэйнг, 1995, 258]. Человека как бы разрывает на те проявления, которые признаются, и те, что подлежат строжайшему отрицанию. В этом плане, популярное представление о «безумце» работает в одностороннем ключе. Лэйнг уверен: «под знаком отчуждения каждая отдельная сторона человеческой реальности подвержена фальсификации, а позитивное описание может лишь увековечить отчуждение, которое оно само не может описать, и преуспевает лишь в дальнейшем его углублении, потому что еще больше его скрывает и маскирует» [там же], и его смелый шаг заключается в том, что он подверг сомнению безусловность существующего в обывательском (да и, нередко, научном) представлении о расщеплении и отчуждении тела и духа, который, в

лучшем случае, вторичен к телесным феноменам. Лишь после подобного раскола «Я» становится вообще возможным позитивистское обобщение, когда одна из разделенных сущностей подпадает под владение другой. Так мы имеем надзор и наказание в одностороннем порядке, и все – ради теоретического обобщения – приспособления к «объективной» нейтральности. «Естественно-научные исследования ведутся над объектами, или вещами, или моделями отношений между вещами... Личности отличаются от вещей тем, что первые переживают мир, а последние лишь как-то ведут себя в мире.... Сциентизм – это ошибка, заключающаяся в превращении личностей в вещи посредством процесса овеществления, не являющегося самим по себе частью истинного естественно-научного метода» [там же].

Заключение

Ввиду вышеупомянутого, окончательная дестигматизация, поскольку человека окружает мир, обладающий собственным историческим прошлым и гаммой предосудительных положений об «объективности» в настоящем, затруднительна. Будучи невольником своего времени, человек вынужден совершать ошибки. Но, можно хотя бы попытаться восстановить коммуникативную цепочку, исключив авторство за каким-то одним субъектом влияния на человеческие истории. Таким образом, предположим, что стигма спадает там, где автор, произносящий клеймящее заклинание, не повторяет ошибки Гегеля, убежденный в истинности коммуникации (которая на деле предусматривает лишь монолог), а обнаруживает собственную речь, упраздняющую свободу существования других. Иными словами, в феноменологическом смысле, объявляющем наличие другого как феномена напротив меня, чужак обнаруживается в образе, но уже имплементированный внутрь. Другой становится моей частью, а не инородным телом. Он – есть повод существования меня, мой ограничитель, но и неотрывность моего становления. Без него я сам не свой. Поэтому необходимо постоянное сознание того, что, отталкиваясь от архаических представлений о душевнобольном, я использую реального человека в качестве их зеркала. Кто этот человек – мне пока неизвестно. Это вызывает беспокойство. Он «пуст» и для опознания уровня враждебности я должен его идентифицировать. На базе полученных сведений структурируется мое отношение к нему. Идентификация выражается в наполнении еще неясного представления первичными ассоциациями, которые автоматически возникают, когда «безумец» появляется в зоне видимости. В первую очередь это делается для того, чтобы убедительно сообщить собственному «Я» необходимость постоянно держать объект, представляющий опасность, в поле зрения. Поскольку диалог с таким человеком осуществляется на зыбкой почве (сложность в выстраивании системы требований, характеризуется неустойчивостью (непредсказуемость дальнейшего поведения для «обыденного» сознания)), невозможность идентификации в пределах известных стереотипов приводит к нарушению эмоциональной составляющей. Состояние участников коммуникации дестабилизируется. При этом, важно отметить, что, на этапе установления контакта, душевнобольной может и не выказывать существенных «отклонений». Однако, процесс идентификации уже запущен, и, в последующем, коммуникация разрывается благодаря тому, что происходит нестереотипная реакция «нормального» индивидуума. Это, в свою очередь, провоцирует реакции душевнобольного человека. Наконец, от коммуникации остается только языковая область, состоящая из системы требований и ожиданий в отношении конкретного лица. Вместо поисков ответа здесь действует механизм самосохранения, вытесняющий ранее приобретенную информацию о причинах душевных расстройств. Однако, если войдет в привычку практика саморефлексии и наблюдения за фоном

автоматических реакций, возникающих из-за необычного поведения «душевнобольных», у нас появится возможность сократить дистанцию до образного «мы». Тогда мы будем фигурировать в солидарности и взаимоуважении, но перед нами встанет следующая проблема – как пройти дальше этого «мы», где постоянная борьба за господство и подчинение, трансцендирования «другого» смягчается некоторой долей понимания. «Мы» никогда не бывает окончательно, оно вне определенности, а потому – остается временным лейтмотивом до первого же разлада. Мимолетной антипатии, сопровождаемой нежеланием приложить усилие (в силу различных причин), может быть достаточно, чтобы разрушить установившееся равновесие. Существование в подобной форме – испытание Мы-субъекта на объектность. Я предполагаю, что, в некоторых случаях, помочь реставрационному процессу коммуникации могут проблемные ситуации, когда человек, вновь и вновь сталкиваясь с тем, что не вписывается в обычное представление о разумном, будет вынужден (если ситуация не разрешается как бы «автоматически» благодаря вмешательству Тотальных Институций) задуматься: «почему возникают эти противоречия?». В упрощенном виде, предлагаемый подход можно рассматривать с позиции механизмов психологической защиты. В психике человека присутствуют различные способы адаптации к окружающему миру. Таким образом, цель дестигматизации представляется достигнутой, когда получится заменить один способ реагирования другим, который, в сложившейся ситуации будет действовать «смягчающе» при установлении контакта. Вопрос заключается лишь в том – «насколько это осуществимо?». Поэтому, на настоящий момент, выход видится или в усилении напряжения и радикальном диалектическом отрицании друг друга, или же снятия противоречия тем, что эта бытующая среди людей разница существует и является лишь порождениями разума, чье стремление долгое время было занято поисками единого основания в мире, единственно верного взгляда на понимание того, каков должен быть человек. Так, мы примем идею Гегеля об отражении Другого, но откажемся от приоритета нашего суждения над ним.

Библиография

1. Адлер А. Наука жить. URL: <http://lib.ru/PSIHO/ADLER/live.txt>
2. Берн Э.Л. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. М.: Директ-Медиа, 2008. 302 с.
3. Бовина И.Б., Якушенко А.В. Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2015. №2. С. 14-23.
4. Власова О.А. Социология человека Ирвинга Гофмана: личность как сопротивление социальному в теориях стигматизации и тотальных институций // Социологический журнал. 2011. № 4. С. 5-20.
5. ВОЗ. Психическое здоровье. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Гегель Г. Философская пропедевтика. М., 1971. Т. 2. 630 с.
7. Георгиев Р.Е. Стыд: социологическая перспектива // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2017. № 2. С. 115-128.
8. Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf
9. Лэйнг Р.Д. «Я» и Другие. М.: Класс, 2002. 192 с.
10. Лэйнг Р.Д. Расколотое «Я». СПб.: Академия, Белый Кролик. 1995. 352 с.
11. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 1998. 480 с.
12. Медицинская стерилизация сегодня. URL: <http://npar.ru/medicinskaya-sterilizaciya-segodnya/>
13. Ницше Ф. и др. Сумерки богов. М.: Политиздат, 1990. 403 с.
14. Новость за 13 февраля 2009 года. URL: <http://ombudsman.perm.ru/news/2009/02/13/2053/>
15. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н. Основы психиатрической грамотности. М., 2008. 92 с.
16. Руженкова В.А., Руженков В.А. Проблемы стигмы в психиатрии и суицидологии // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2012. № 4 (123). Выпуск 17. С. 5-13.

17. Сартр. Ж.-П. Бытие и ничто. М.: Республика, 2000. 639 с.
18. Сироткин Ю.Л. Стигматизация как социокультурный феномен // Вестник Казанского юридического института МВД России. 2015. № 2(20). С. 100-106.
19. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Томской области «О соблюдении прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в Томской области». Томск, 2015. 44 с.
20. Стюарт Х. Борьба против стигмы, вызванной психическими расстройствами: предшествующие перспективы, деятельность в настоящем и направления в будущем // Всемирная психиатрия. 2008. Т. 7. № 3. С. 194-198.

Stigmatization as communication alienation

Kirill V. Kyanganen

Graduate Student,
Ural Federal University,
620002, 19, Mira st., Ekaterinburg, Russian Federation;
e-mail: kyanganen@mail.ru

Abstract

The purpose of article is the research and justification of insufficient efficiency of process of a destigmatization while the last is carried out only within rationally focused activities for explanation of the reasons of mental diseases. It is supposed that knowledge of the reason of diseases will save from a brand and will allow to estimate behavior of mentally-disordered persons deliberately. The author notes need of change of scientific and educational approach to a destigmatization and completions communicative and personal. Two hypotheses are made. The first is that for formation of a behavioral stereotype and further stigmatization social idea of personal "usefulness" of the individual is the basic. Full being is defined as being for another. The second hypothesis mentions the unconscious level of perception, and assumes that the widespread phenomenon of stigmatization of the insane results from unwillingness to contact something existential "other". In this vein, resistance to communication is based on fear of the archetypal way of an unpredictable madman. At its core, it borders on the fear of death, and is overcome by the mechanization of social relations. Therefore, until the dyad between the subject and an object disguised by the model of the direct relations between "I" and "Others" remains the destigmatization is impossible.

For citation

Kyanganen K.V. (2019) Stigmatizatsiya dushevnobol'nykh kak otkaz ot kommunikatsii [Stigmatization as communication alienation]. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being], 8 (4A), pp. 133-149. DOI: 10.34670/AR.2019.45.4.075

Keywords

Stigma, mental disease, communication, «Another», existence, fear.

References

1. Adler A. (2011) *The Science of Living*. Martino Fine Books.
 2. Berne E.L. (2010) *Games People Play: The Psychology of Human Relationships*. Penguin.
 3. Bovina I.B., Yakushenko A.V. (2015) Stigmatizatsiya psikhicheski bol'nykh lyudei i bor'ba s nei: sotsial'no-psikhologicheskoe izmerenie problemy [Stigmatization of mentally ill people and the fight against it: a socio-
-

Kirill V. Kyanganen

- psychological dimension of the problem]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta družby narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika* [Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Psychology and Pedagogy], 2, pp. 14-23.
4. Georgilov R.E. (2017) Styd: sotsiologicheskaya perspektiva [Shame: A Sociological Perspective]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Public Opinion Monitoring: Economic and Social Change], 2, pp. 115-128.
 5. Hegel G. (1986) *The Philosophical Propaedeutic*. Wiley-Blackwell.
 6. Hoffman I. *Stigma: Advances in Theory and Research*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/235349425_Stigma_Advances_in_Theory_and_Research [Accessed 06/06/2019]
 7. Laing R.D. (1969) *Self and Others*. Pantheon.
 8. Laing R.D. (1965) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin Books.
 9. McWilliams N. (2011) *Psychoanalytic Diagnosis*. The Guilford Press.
 10. *Meditinskaya sterilizatsiya segodnya* [Medical sterilization today]. Available at: <http://npar.ru/meditsinskaya-sterilizatsiya-segodnya/> [Accessed 06/06/2019]
 11. Nietzsche F. et al. (1990) *Sumerki bogov* [Twilight of the Gods]. Moscow: Politizdat Publ.
 12. *Novost' za 13 fevralya 2009 goda* [The news of February 13, 2009]. Available at: <http://ombudsman.perm.ru/news/2009/02/13/2053/>
 13. Rotshtein V.G., Bogdan M.N. (2008) *Osnovy psikhiatricheskoi gramotnosti* [Fundamentals of Psychiatric Literacy]. Moscow.
 14. Ruzhenkova V.A., Ruzhenkov V.A. (2012) Problemy stigmaty v psikhii i suitsidologii [Problems of stigma in psychiatry and suicidology]. *Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya* [Scientific reports. Series Medicine. Pharmacy], 4 (123), 17, pp. 5-13.
 15. Sartre J.-P. (1957) *Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology*. Methuen & Co.
 16. Sirotkin Yu.L. (2015) Stigmatizatsiya kak sotsiokul'turnyi fenomen [Stigmatization as a sociocultural phenomenon]. *Vestnik Kazanskogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii* [Bulletin of the Kazan Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia], 2(20), pp. 100-106.
 17. (2015) *Spetsial'nyi doklad Upolnomochennogo po pravam cheloveka v Tomskoi oblasti «O soblyudenii prav lits, stradayushchikh psikhicheskimi rasstroistvami, v Tomskoi oblasti»* [Special report of the Commissioner for Human Rights in the Tomsk Region "On the observance of the rights of persons suffering from mental disorders in the Tomsk Region"]. Tomsk.
 18. Stuart H. (2008) Bor'ba protiv stigmaty, vyzvannoi psikhicheskimi rasstroistvami: predshestvuyushchie perspektivy, deyatelnost' v nastoyashchem i napravleniya v budushchem [The fight against stigma caused by mental disorders: previous perspectives, present activities and future directions]. *Vsemirnaya psikhiaetriya* [World Psychiatry], 7, 3, pp. 194-198.
 19. Vlasova O.A. (2011) Sotsiologiya cheloveka Irvinga Gofmana: lichnost' kak soprotivlenie sotsial'nomu v teoriyakh stigmatizatsii i total'nykh institutsii [Sociology of Man by Irving Hoffmann: Personality as Social Resistance in Theories of Stigmatization and Total Institutions]. *Sotsiologicheskii zhurnal* [Sociological Journal], 4, pp. 5-20.
 20. WHO. *Mental health*. Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Accessed 06/06/2019]