



ТЕОРИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ ТОМАСА ШЕФФА: КОНЦЕПТ «ОСТАТОЧНОЕ ОТКЛОНЕНИЕ» И СОЦИОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ*

© О. А. Власова

Власова Ольга Александровна
доктор философских наук
профессор кафедры
философии факультета
философии, социологии
и культурологии
Курский
государственный университет
o.a.vlasova@gmail.com

В статье рассматривается теория стигматизации американского социолога Томаса Шеффа. Подробно анализируются основные ее аспекты: теория девиаций, социальная теория психического заболевания, концепт «остаточное отклонение». Социальная теория психического заболевания представляется в контексте социологии эмоций Шеффа.

Ключевые слова: теория стигматизации, остаточное отклонение, социальный контроль, нарушение правил, социология эмоций.

Творчество Томаса Шеффа объединяет сразу несколько исследовательских областей: социологию и психологию, психиатрию и философию. Его идеи принципиальным образом отличаются от идей социологов, критически настроенных по отношению к психиатрии: он изначально ориентирован на разработку социологической теории психического заболевания, и она возникает в его пространстве интереса не магистральным вектором, а центральным исследовательским пространством. Эту теорию нельзя назвать революционной или социологически оригинальной, но поскольку она конституирована вокруг пространства психической ненормальности, она занимает важное место в антипсихиатрическом и около-антипсихиатрическом дискурсе, включаясь одновременно в комплекс социологических теорий девиации и стигматизации. «Шефф, — пишет Леонард Бауэрз, — расширил теорию

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ, проект № 10-06-00078а «Социальная теория и социальная практика антипсихиатрии».

стигматизации до всеобъемлющей, систематической этиологической теории психического заболевания»¹.

Социология и ее место в психиатрии

Шефф родился в 1929 г., в 1950 г. получил степень бакалавра физики в университете Аризоны, в 1960 г. — степень доктора социологии в Калифорнийском университете в Беркли. В 1959–1963 гг. работал в университете Висконсина, 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 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.

Исходной точкой идей Шеффа является более или менее разработанная теория психического заболевания, которой он уделяет специальное внимание. Именно эту черту он указывает в качестве отличительной, когда сравнивает свою теорию с другими подходами антипсихиатрии. 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»².

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 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

¹ *Bowers L.* The Social Nature of Mental Illness. London; New York; Routledge, 2000. P. 9.

² *Scheff T.* Being Mentally Ill: A Sociological Theory. 3rd ed. New York: Aldine de Gruyter, 1999. P. 31.

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 комплексно³.

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 в социальные системы включены. 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»⁴.

В этом призыве заметно отчетливое влияние британской психиатрии с ее трактовкой человека как включенной в социальную общность межличностной системы, 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.

Социальный контроль девиаций

Выстраивая свою 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 набора норм, с одной стороны, и ряда поддерживающих нормы санкций, наказаний и поощрений — с другой»⁵, — подчеркивает Шефф. Социальные нормы и есть то исходное основание, которое определяет

³ Ibid. P. 33–35.

⁴ Scheff T. Building an Onion: Alternatives to Biopsychiatry / Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2007. Vol. 9. № 3. P. 180.

⁵ Scheff T. Being Mentally Ill. P. 36.

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, само 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*»⁶. 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 такое нормативное нарушение, что 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, к примеру,

⁶ Scheff T. Being Mentally Ill. P. 44.

вора, шизофреника и т. д. Клеймо имеет прямое 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»⁷, — подчеркивает он. В принципе, замечает он, мы реагируем страхом, замешательством и гневом даже на незначительно отклоняющееся поведение, например, на нарушителя на дороге, поэтому здесь наши реакции закономерны.

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

⁷ Ibid. P. 46.

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, ими оказываются понятия «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 как связанную с социальной реакцией и процессом исполнения ролей, где исполнение ролей рассматривается не как отдельная система, а как часть социальной»⁸. 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»⁹. 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»¹⁰.

Понятие «нарушение 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»¹¹. Так Шефф переводит проблему психического забо-

⁸ Scheff T. Being Mentally Ill. P. 177.

⁹ Ibid. P. 194.

¹⁰ Morgan M., Calnan M., Manning N. Sociological Approaches to Health and Medicine. London; Dover, N.H.: Croom Helm, 1985. P. 62.

¹¹ Pescosolido B. A., Martin J. K. Stigma and the Sociological Enterprise / Mental Health, Social Mirror. Eds. by W.R. Avison, J.D. McLeod, B.A. Pescosolido. New York; London: Springer, 2007. P. 309.

левания 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, к примеру, — 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 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 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»¹². 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»¹³, — разъясняет Шефф.

Таким образом, Шефф дает негативное определение. В остаточные нормы им включаются нормы неназванные и неартикулированные, т. е. остаточные нормы — тот остаток, который остается после определения нормы запрета убийства, воровства, блуда и прелюбодеяния, пьянства и проч. Большинство этих остаточных норм, по собственному признанию Шеффа, 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»¹⁴.

Особенное внимание Шеффа привлекает понятие шизофрении. Он подчеркивает, что из всех самых распространенных психиатрических диагнозов

¹² Scheff T. Being Mentally Ill. P. 55.

¹³ Scheff T. Schizophrenia as Ideology / Labeling Madness. Ed. by T. Scheff. New-York: Prentice Hall, 1975. P. 6.

¹⁴ Scheff T. The Concept of Normalizing: Neither Labeling nor Enabling // Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2010. № 1.

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, на взгляд Шеффа, 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. — привели 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 шизофрении указывают на то, что оно служит для обозначения остатка остатков»¹⁵, — подчеркивает он.

Множество противоречий теории остаточного отклонения привело к критике самой концепции. Причина тому — множество белых пятен и рассогласований теоретических постулатов и практических следствий. Центральной здесь явилась дискуссия Шеффа с Вальтером Гоувом, продолжавшаяся около пятнадцати лет и нашедшая отражение в серии публикаций¹⁶. 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. Он настаивает, что «имеющиеся данные о том, как люди становятся психически больными, показывают, что формирование социальной реакции идет совершенно не так, как описал Шефф»¹⁷.

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

¹⁵ Scheff T. Schizophrenia as Ideology. P. 8.

¹⁶ Gove W. R. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation // American Sociological Review. 1970. Vol. 35. № 5. P. 873–884; Gove W. R. The Labeling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff // American Sociological Review. 1975. Vol. 40. № 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. № 2. P. 98–112.

¹⁷ Gove W. R. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation // American Sociological Review. 1970. Vol. 35. № 5. P. 873–884.

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. В итоге авторы делают вывод о том, что «эта перспектива не отрицает, что люди могут показывать расстройства, а лишь описывает их социальный контекст»¹⁸.

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, что 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 этих общепринятых норм и правил происходит в детстве, и это, можно сказать, продолжая его мысль, первая точка релятивизма норм, поскольку то, от чего в одной культуре ребенок отказывается в пользу общепринятого, 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 некоторого сопротивления родители все же убеждают его. Но в некоторых традиционных культурах схема противоположна: сны реальны, а микробы нет»¹⁹.

Для Шеффа психическое заболевание отражает акт ценностного выбора, причем точно такой же, как выбор поведения и ценностей, считающихся нормальными: как выбор традиционно западных идеалов, 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»²⁰. 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

¹⁸ Clinard M. B., Meier R. F. *Sociology of Deviant Behavior*. 14th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2011. P. 483.

¹⁹ Scheff T. *On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought / Labeling Madness*. Ed. by T. Scheff. New-York: Prentice Hall, 1975. P. 18.

²⁰ Ibid. P. 15.

наладить связь так называемые шизофреники, настолько ужасна, что их взгляд на мир более жизнеутверждающ, чем наша обычная действительность»²¹. Шефф так же переворачивает ориентиры и оценки, как это делали практически все антипсихиатры.

Социология эмоций

Обращаясь к эмоциональной составляющей развития отклонения, в частности, психического заболевания, Шефф отмечает, что социология традиционно сосредотачивала 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, как он сам отмечает, ставит две задачи: 1) попытаться определить девиацию как процесс, 2) описать этот процесс посредством основных социологических и психологических понятий²². 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. И именно в этой сфере ребенок получает опыт первого социально-психологического конфликта и первый опыт отвержения. Шефф авторски переосмысляет фрейдовскую идею исходного для личностного развития конфликта между желанием ребенка и родительскими запретами и говорит, что его первой ситуацией, которая может его спровоцировать, является крик и плач младенца. Посредством крика и плача младенец непосредственно выражает свои чувства, сообщает их своим родителям и одновременно может управлять родителями: привлекать их внимание и лишить их 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 есть 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 Шефф, соответствуют двум типам коммуникативных стратегий по М. Буберу, отношениям «я-оно» и «я-ты». В первом случае родители овеществляют ребенка и воспринимают его

²¹ Scheff T. On Reason and Sanity... P. 18–19.

²² Scheff T. Labeling, Emotion, and Individual Chance / Labeling Madness. P. 75.

как свою 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 отклонение²³. В качестве парной к стыду Шефф называет эмоцию гордости. Гордость — это признак сохраненных 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 также 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»²⁴. 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,

²³ Scheff T. Being Mentally Ill. P. 157.

²⁴ Ibid. P. 159.

даже когда человек находится один. Психическое заболевание как раз и запускает такие эмоциональные санкции²⁵.

Здесь имеет место своеобразная цепная реакция: отклонение в поведении вызывает реакцию стыда со стороны других, стыд провоцирует гнев, который усиливает стыд и гнев в семейной системе. Реакция идет в три стадии: 1) разрушенная связь, 2) дисфункциональная коммуникация, 3) 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 стыда²⁶. 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»²⁷, — подчеркивает Шефф.

Социальные исследования эмоций при психических расстройствах Шефф развивал на примере депрессии. В 1964–65 гг. в качестве исследователя-наблюдателя он работает в психиатрической больнице Шенли (присутствует при общении психиатров с пациентами) и на основании обобщения материалов 85 случаев формулирует свою социологическую теорию депрессии.

Шефф основывает свои теоретические построения на утверждении о том, что корень депрессии в недостатке надежных социальных связей: на его взгляд, социальные связи депрессивных больных, как правило, разрушены или ненадежны²⁸. Слабость социальных связей ведет к недостатку обратных связей и отчуждению, а это, в свою очередь, — 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»²⁹. По Шеффу, депрессия развивается от социальной интеграции к индивидуализации, и индивид постепенно дистанцируется от общества.

²⁵ Scheff T. Shame and Conformity: The Deference-Emotion System // American Sociological Review. 1988. Vol. 53. P. 396.

²⁶ Ibid. P. 400.

²⁷ Retzinger S., Scheff T. Emotion, alienation, and narratives: resolving intractable conflict // Conflict Resolution Quarterly. 2000. Vol. 18. № 1. P. 71–85.

²⁸ Scheff T. Shame and Community: Social Components in Depression // Psychiatry. 2001. Vol. 64. № 3. P. 216.

²⁹ 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. № 3. P. 242.

Теория стигматизации Томаса Шеффа: концепт «остаточное отклонение»...

Будучи опубликованной в журнале «Психиатрия», теория депрессии Шеффа вызвала множество откликов, в которых 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»³⁰. Стало быть, несмотря на исключительно социологическую направленность, эта теория послужила важным дополнением к клиническим выводам психиатров.

Социальная теория клеймения

Шефф предложил достаточно проработанную теорию стигматизации³¹, в которой психическое заболевание понимается не как индивидуальное психическое нарушение, но как результат социальных процессов, вовлекающих как самого осуществляющего поведение человека, так и окружающих его людей, которые реагируют на это поведение и стигматизируют его. В этом отношении он следовал уже сложившейся в социологии традиции. Еще в первой половине XX века начинает развиваться так называемая «теория навешивания ярлыков», теория клеймения, или теория стигматизации, — именно так на русском языке передаются знакомые всему миру «*labeling theory*» и «*theory of stigmatisation*». 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, И. 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 как раз и 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. Посредством нее 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

³⁰ *Shahar G.* Personality, Shame, and the Breakdown of Social Bonds: The Voice of Quantitative Depression Research // *Psychiatry*. 2001. Vol. 64. № 3. P. 228–229.

³¹ См.: *Bean Ph.* Psychiatrists' Assessments of Mental Illness: A Comparison of Some Aspects of Thomas Scheff's Approach to Labeling Theory / *Crime: Critical Concepts in Sociology*. Ed. by Ph. Bean. London; New York: Routledge, 2003. P. 97.

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 неозвучиваемым ценностям, идеями преследования и страхом; 2) игнорированием глубинной структуры группы и вниманием к формальному³².

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 выказывает социального доверия и лояльности, неся угрозу разоблачения неформальных властных структур.

Исходя из другой перспективы, 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 взаимодействия³³.

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 для других³⁴. Ложные отношения и запускают сопровождающий параною процесс исключения.

Этот процесс начинается с малых групп, в которые включен индивид: с семьи, ближайшего окружения — друзей, соседей, сослуживцев, — и часто запускается событиями, которые приводят к изменению социального или пси-

³² *Lemert E. M. Paranoia and the Dynamics of Exclusion / Mental Illness and Social Process. Ed. by T. Scheff. New York; Evanston; London: Harper & Row, 1967. P. 277.*

³³ *Ibid. P. 277–278.*

³⁴ *Ibid. P. 280.*

хологического 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 своих первых этапах процесс исключения является неформальным и неофициальным, и социальный статус параноика какое-то время остается неизменным. Он же 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 как раз и становится помещение человека в психиатрическую больницу.

После этого акта исключения параноик практически никогда не может вновь вернуться в 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 собственное поведение. Таким образом, по Лемерту, неизлечимость паранойи — следствие социального исключения.

Поддерживает точку зрения Лемерта Кай Эриксон, который рассматривает девиацию, и 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»³⁵. 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,

³⁵ *Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance / Mental Illness and Social Process. Ed. by T. Scheff. New York; Evanston; London: Harper & Row, 1967. P. 298.*

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»³⁶. 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: эти 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, спрашивает он, что общество постоянно поддерживает определенную долю девиаций? Пока на этот вопрос, на его взгляд, ответить невозможно: социология не располагает еще для этого соответствующим языком и концептами, но некоторые факты указывают на это. «...Множество институций, призванных сдерживать девиации, — отмечает он, — в действительности функционируют так, что поддерживают их»³⁷. К примеру, тюрьмы и больницы, вместо того чтобы уничтожить девиацию, помогают и дают приют огромному количеству людей с отклонениями от нормы. Более того, как подчеркивает он, подобные институции 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 проживания. По прохождении этого ритуала перехода индивид получает новую социальную роль, которая, в отличие от большинства социальных ролей, не может быть заменена другой: этот 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 заключа-

³⁶ *Erikson K. T. Notes on the Sociology of Deviance...* P. 299.

³⁷ *Ibid.* P. 300.

ет: «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»³⁸.

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, говорит: «Что же касается душевнобольного, то в его лице мы имеем дело, несомненно, с остатком из остатков, с остатком всех дисциплин, с тем, кто не приспособливается ни к школьным, ни к каким иным дисциплинам, имеющимся в обществе»³⁹. Это понимание безумия как остатка остатков до сих пор воспринимается как одна из основных социологических теорий психического заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фуко, М. Психиатрическая власть: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / пер. А.В. Шестакова. — СПб. : Наука, 2007.
2. Bean, Ph. Psychiatrists' Assessments of Mental Illness: A Comparison of Some Aspects of Thomas Scheff's Approach to Labeling Theory / Crime: Critical Concepts in Sociology. Ed. by Ph. Bean. — London ; New York : Routledge, 2003. — P. 97–106.
3. Bowers, L. The Social Nature of Mental Illness. — London ; New York ; Routledge, 2000.
4. Clinard M. B., Meier R. F. Sociology of Deviant Behavior. 14th ed. — Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning, 2011.
5. Erikson, K. T. Notes on the Sociology of Deviance / Mental Illness and Social Process. Ed. by T. Scheff. — New York ; Evanston; London : Harper & Row, 1967. — P. 294–304.
6. Gove, W. R. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation // American Sociological Review. — 1970. — Vol. 35. — № 5. — P. 873–884.
7. Gove, W. R. The Labeling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff // American Sociological Review. — 1975. — Vol. 40. — № 2. — P. 242–248.
8. 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. — № 3. — P. 242–247.
9. Lemert, E. M. Paranoia and the Dynamics of Exclusion / Mental Illness and Social Process. Ed. by T. Scheff. — New York ; Evanston; London : Harper & Row, 1967. — P. 271–293.

³⁸ Ibid. P. 302–303.

³⁹ 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.

10. *Morgan M., Calnan M., Manning N.* Sociological Approaches to Health and Medicine. s London; Dover, N.H.: Croom Helm, 1985.
11. *Mirror.* Eds. by W.R. Avison, J.D. McLeod, B.A. Pescosolido. — New York ; London: Springer, 2007.
12. *Retzinger S., Scheff T.* Emotion, Alienation, and Narratives: Resolving Intractable Conflict // *Conflict Resolution Quarterly.* — 2000. — Vol. 18. — № 1. — P. 71–85.
13. *Scheff, T.* Being Mentally Ill: A Sociological Theory. 3rd ed. s New York: Aldine de Gruyter, 1999.
14. *Scheff, T.* Building an Onion: Alternatives to Biopsychiatry // *Ethical Human Psychology and Psychiatry.* — 2007. — Vol. 9. — № 3. — P. 180–192.
15. *Scheff, T.* Labeling, Emotion, and Individual Chance / Labeling Madness. Ed. by T. Scheff. — New York : Prentice Hall, 1975. — P. 75–89.
16. *Scheff, T.* On Reason and Sanity: Some Political Implications of Psychiatric Thought / Labeling Madness. Ed. by T. Scheff. — New York: Prentice Hall, 1975. — P. 12–20.
17. *Scheff, T.* Schizophrenia as Ideology / Labeling Madness. Ed. by T. Scheff. — New York: Prentice Hall, 1975. — P. 5–11.
18. *Scheff, T.* Shame and Community: Social Components in Depression // *Psychiatry.* — 2001. — Vol. 64. — № 3. — P. 212–224.
19. *Scheff, T.* Shame and Conformity: The Deference-Emotion System // *American Sociological Review.* — 1988. — Vol. 53. — P. 395–406.
20. *Scheff, T.* The Concept of Normalizing: Neither Labeling nor Enabling // *Ethical Human Psychology and Psychiatry.* — 2010. — № 1.
21. *Shahar, G.* Personality, Shame and the Breakdown of Social Bonds: The Voice of Quantitative Depression Research // *Psychiatry.* — 2001. — Vol. 64. — № 3. — P. 228–229.
22. *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. — № 2. — P. 98–112.