

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

А.А. Клепикова

ДЕЕСПОСОБНОСТЬ ПОДОПЕЧНОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА: СОЦИАЛЬНОЕ КОНСТРУИРОВАНИЕ ПРАВОВОГО СТАТУСА*

В работе рассмотрены законодательные основания, регулирующие практики в отношении людей с психическими нарушениями, проживающих в психоневрологических интернатах (ПНИ), обозначены тенденции правоприменения, а также на собственном полевом материале показано повседневное функционирование категорий «дееспособность» и «недееспособность» в ПНИ. Российское законодательство с недавних пор начинает учитывать неоднозначность четкой бинарной классификации, но в большей степени опирается на медицинскую, а не на социальную модель инвалидности. На практике в повседневности ПНИ конкретные конфигурации прав и ограничений для проживающего связаны не только с его формальным статусом дееспособности / недееспособности.

***Ключевые слова:** дееспособность, законодательство, инвалидность, психоневрологический интернат.*

Введение

В п. 1 ст. 21 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК) дееспособность определяется как «способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их». Полная дееспособность возникает у гражданина, как правило, с наступлением совершеннолетия и подразумевает ответственность за свои поступки, а также означает возможность самостоятельно совершать крупные сделки, распоряжаться собственностью, вступать в брак, голосовать на выборах. Человек с психическим заболеванием может быть признан недееспособным — в таком случае его гражданские права реализует опекун (Масевич 1996).

Ниже пойдет речь о понятиях «дееспособности» и «недееспособности» как о социально конструируемых понятиях** применительно к людям с психическими отклонениями, проживающим в государственном ПНИ для взрослых. Они находятся в психоневрологическом учреждении на основании наличия

* Автор благодарит Илью Утехина за обсуждение работы и замечания.

** О социальном конструировании недееспособности людей с умственной отсталостью, см., напр.: (Boydell et al. 2008).

Клепикова Анна Александровна — сотрудник факультета антропологии Европейского Университета в Санкт-Петербурге (aklepikova@eu.spb.ru)

у них таких диагнозов, как умственная отсталость, аутизм, детский церебральный паралич (ДЦП), синдром Дауна и др. (наш материал не касается людей с заболеваниями вроде шизофрении или возрастных деменций). В другом исследовании мы показали, что категория «взрослости» в ПНИ функционирует как «бытовой» эквивалент «дееспособности» (Клепикова, Утехин 2012).

Кроме законодательства и сведений о правоприменительной практике (материалы судебных процессов по делам о лишении дееспособности), мы опираемся на следующие основные источники данных: 1) включенное наблюдение в ПНИ в пригороде Санкт-Петербурга в качестве волонтера благотворительной организации; 2) интервью и переписка с дееспособными подопечными этого учреждения; 3) экспертные интервью с сотрудниками благотворительной организации и юристами, оказывающими правовую помощь людям с психическими расстройствами.

Помимо национального законодательства в России действуют нормы международного права — Европейская конвенция по правам человека, Конвенция ООН о правах инвалидов*. На практике к этим международным документам апеллирует лишь Конституционный суд (КС), но не суды общей юрисдикции. В то же время ратификация в 2012 г. Конвенции о правах инвалидов предоставила благотворительным организациям, заинтересованным в защите прав инвалидов и людей с психическими нарушениями, больше оснований для лоббирования изменений в российском законодательстве.

В основе Конвенции о правах инвалидов лежит социальная модель инвалидности, согласно которой инвалидность, неполноценность, недееспособность являются социально сконструированными понятиями, следствием ограничений, накладываемых на людей не столько их нарушениями, сколько окружающей социальной средой. Так, ст. 1 Конвенции, в духе дискурса равенства и доступа к полноценной жизни, определяет инвалидность следующим образом: «К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Под «барьерами» понимаются не только препятствия вроде отсутствия пандусов, но и коммуникативные преграды. Под созданием доступной для инвалидов среды подразумевается не только модификация инфраструктуры, но и использование доступных средств общения: ««Общение» включает использование языков, текстов, азбуки Брайля, тактильного общения, крупного шрифта,... мультимедийных средств, ... а также усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения ...; «язык» включает речевые и жестовые языки и другие формы неречевых языков» (ст. 2). Закрепление в законодательстве ряда западных стран средств альтернативной и неречевой коммуникации** имеет особое

* Обзор российского и зарубежного законодательства в отношении возможностей «социальной инклюзии» см. в: (Социальная политика... 2010: 7–24).

** См., напр., об этом в обзоре германского законодательства в сфере инвалидности: (Kock 2004).

значение. Иногда вопрос о том, насколько человек в состоянии принимать решения самостоятельно, в действительности является вопросом о том, насколько он способен сообщить свое решение понятным для окружающих образом.

В российском законодательстве и в практиках его применения инвалидность интерпретируется в рамках медицинской модели. Ст. 1 закона «О социальной защите инвалидов» дает такое определение: «Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Здесь «ограничения» выступают прямым следствием «дефектов», артикулируется потребность в «защите» — инвалидность понимается в рамках патерналистской идеологии.

Отметим, что многие из практик, типичных для современной России, также в той или иной степени встречаются или встречались в недавнее время и на Западе*. Практики персонала ПНИ, с одной стороны, и идеология и практики благотворительной организации, с другой, тяготеют к разным концам шкалы, на одном конце которой — нормы российского законодательства и медицинская модель инвалидности, на другом — социальная модель.

Дееспособность и недееспособность в западном законодательстве

В англоязычной терминологии российской «дееспособности» примерно соответствуют термины «legal capacity», «mental capacity», «mental competence», «legal competence». В законодательстве Великобритании (Mental Capacity Act 2005) люди, недееспособные вследствие психического заболевания, именуются как «persons who lack capacity»; человек является недееспособным в конкретной ситуации, в которой он оказывается не в состоянии понять сообщаемую ему информацию и принять решение самостоятельно. В Швеции человеку с психическим расстройством, испытывающему потребность в поддержке, назначается опекун или «советник», и именно благодаря ему он может сохранять дееспособность, по крайней мере, в некоторых аспектах. В Гражданском кодексе Германии указывается, что взрослый человек, страдающий от постоянного психического заболевания, является недееспособным, однако он признается таковым не на постоянной основе, а в отношении конкретных случаев. Обязанности и сферы ответственности опекуна («сопровождающего») в каждом случае определяются индивидуально, и он назначается с учетом мнения самого подопечного (Justice, Rights and Inclusion... 2007; Varul, Avi, Kivisild 2004). Во всех этих странах организации, оказывающие услуги не полностью дееспособному гражданину, и опекуны подчиняются разным ведомствам, что позволяет контролировать качество обслуживания.

В Гражданском кодексе Германии (§ 1901. Umfang der Betreuung...) сказано, что опекун должен действовать во благо подопечного и обсуждать с ним те решения, которые он принимает от его имени. «Благо» трактуется в законе как

* См., напр., работу (Tor 1993) о США рубежа 1980–90-х гг. или критический доклад (Soto Ruiz 2011), касающийся, в основном, испанского законодательства.

возможность для подопечного, в рамках его способностей, устраивать свою жизнь сообразно собственным представлениям. Современное западное право и отраженная в нем идеология уважения к личности автоматически наделяют взрослого индивида способностью принимать единоличные решения. Исследователи же отмечают (Карр 2002), что презумпция, согласно которой решение непременно принимается кем-то единолично (либо опекуном, либо подопечным), в реальности не работает. Пациенты нередко делегируют полномочия в вопросах заботы о своем здоровье своим близким безо всякой на то юридической необходимости; в обычной жизни мы также не принимаем решения совершенно автономно.

В законодательстве и практике западных стран намечается переход от так называемого замещаемого решения (substituted decision), когда все решения за недееспособного подопечного принимает опекун, к «поддерживаемому решению» (supported decision). Последнее предполагает, что, с той или иной поддержкой, человек с нарушениями в большинстве ситуаций становится субъектом производимых решений, а дееспособность и недееспособность являются дифференцированными, а не абсолютными понятиями*.

Согласно Mental Capacity Act, в случае неспособности человека принять решение самостоятельно действия опекуна должны наилучшим образом отвечать интересам подопечного (ст. 4); закон подробно расписывает, как эти интересы определить — в основном, с опорой на мнение близких ему людей**. Оценке способности человека с психическими или коммуникативными нарушениями давать согласие на помещение в стационарное учреждение и медицинское вмешательство в западной медицинской, психологической, юридической и социологической литературе посвящается значительное количество работ***. Можно ли считать, что всякое «замещаемое решение», касающееся лечения, будет в интересах не вполне дееспособного человека с психическим нарушением, если оно нацелено на сохранение его жизни и предотвращение ухудшения его состояния? Как понять, где граница между уважением к автономии личности и потребностью пациента в заботе и защите от возможного вреда?**** Несмотря на кажущуюся принадлежность этих проблем области этической теории, сходные вопросы на практике ежедневно приходится решать персоналу ПНИ и волонтерам.

* См. об этом подробно в обзоре европейского законодательства и практик: (Pathare, Shields 2012).

** Анализ этических принципов, на которые опирается Mental Capacity Act, см. в: (Sheather 2006).

*** См., напр.: (Buchanan 2004; Moye, Marson 2007; Carling-Rowland, Wahl 2010; Wilson, Pollock, Aubeeluck 2010). Другая популярная тема — оценка способности участвовать в выборах: (Hurme, Appelbaum 2007).

**** О социальном конструировании интересов подопечного см. подробнее в работе, посвященной результатам применения Mental Capacity Act на практике: (Dunn et al. 2007).

Институт недееспособности в России

Приобретение дееспособности — процесс поэтапный. Так, некоторую степень дееспособности имеют малолетние дети 6–14 лет — они имеют право совершать мелкие бытовые сделки; частичной дееспособностью обладают подростки 14–18 лет — они вправе распоряжаться своим заработком, стипендией и др. (ст. 26 и 28 ГК). С юридической точки зрения дееспособность является, в основном, имущественной категорией. Человек, страдающий психическим заболеванием, по результатам судебно-психиатрической экспертизы и решению суда может быть признан недееспособным, при этом экспертиза, согласно ст. 283 Гражданского процессуального кодекса (ГПК), может быть проведена принудительно. Ежегодно в России проводится более тридцати тысяч экспертиз по таким делам (Эльтекова и др. 2010).

П. 1 ст. 29 ГК «Признание гражданина недееспособным» гласит: «Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. ... Над ним устанавливается опека». С правовой точки зрения дееспособность людей с психическими отклонениями определяется совокупностью медицинского и юридического критериев. Теоретически, диагноз (медицинский критерий) сам по себе не детерминирует экспертную оценку. Имеют значение последствия психических изменений, тяжесть и выраженность психических расстройств, которые определяют способность больного «понимать значение своих действий или руководить ими» (интеллектуальный и волевой признак личности в юриспруденции) (Эльтекова и др. 2010).

Определение степени контроля поведения и подведение ее под требования закона предполагает опору на мнение эксперта, у которого есть много возможностей для интерпретации в ту или иную сторону. При этом в теории сами по себе результаты судебно-психиатрической экспертизы не определяют напрямую решение суда. Во многих случаях при серьезных психических отклонениях ответ на вопрос о том, понимает ли человек значение своих действий и может ли ими руководить, очевиден, однако в других принятие однозначного решения затруднено. Как оценить индивида, который практически не может говорить и двигаться, однако читает книги, владеет компьютером и изучает английский язык? Он «недееспособен» в бытовом понимании, не может обойтись без посторонней помощи, его тело не способно к работе*. Как оценить подопечную с синдромом Дауна, обслуживающую себя полностью, выполняющую работы для интерната, но имеющую умственные и речевые ограничения и не способную всегда вести себя «прилично»? Кроме того, если от обычного человека ожидается, что, за исключением состояний опьянения или аффекта, он в разных обстоятельствах равен самому себе, то с людьми, страдающими психическим заболеванием, это не вполне так — болезнь может обостряться, прогрессировать, иметь сезонную динамику. Соответственно, решение относительно дееспособности человека с психическим за-

* О дееспособности как, прежде всего, телесной полноценности см. в: (Романов, Ярская-Смирнова 2011).

болеванием могло бы выноситься на основании гибкой, дифференцированной шкалы оценки.

Между тем, согласно современному российскому законодательству, человек может быть признан или полностью дееспособным, или полностью недееспособным. Лишенный дееспособности взрослый не обладает даже той ее степенью, которой обладают дети. Он утрачивает право голосовать, вступать в брак, получать пенсию на руки, он не может заплатить за квартиру или купить себе продукты. Опекуну недееспособных совершают «от их имени и в их интересах все необходимые сделки». Опекуну обязаны заботиться о содержании своих подопечных, обеспечивать их уходом и лечением, защищать их права и интересы. Доходы подопечного (пенсии, пособия) «расходуются опекуном исключительно в интересах подопечного» (п. 2 ст. 32, п. 3 ст. 36, п. 1 ст. 37 ГК)*.

Недееспособным людям, помещенным в медицинские организации или учреждения социального обслуживания вроде ПНИ, опекуны не назначаются: исполнение обязанностей опекунов возлагается на учреждение, а ранее назначенный опекун от своих обязанностей освобождается, «если это не противоречит интересам подопечного» (п. 4 ст. 34, п. 1 ст. 39 ГК). Оговорка про интересы теоретически позволяет подопечному иметь опекуна вне интерната, но на практике, как утверждают эксперты, суды отказывают в этом: невозможно доказать, что ситуация, когда единственным субъектом, исполняющим обязанности опекуна, является учреждение, может «противоречить интересам подопечного», — в законе не прописано, что входит в эти интересы. Такая система опеки над недееспособными гражданами обеспечивает закрытость интернатов. Выйти из учреждения практически невозможно: оно претендует на тотальный контроль над подопечным**.

По закону опека устанавливается для защиты прав и интересов недееспособных (п. 1 ст. 31 ГК). У недееспособного гражданина остаются многие обычные для повседневной жизни возможности — право выбирать, с кем общаться, куда ходить, что надеть. На практике недееспособность понимается как презумпция того, что опекун принимает за подопечного все решения. Недееспособный человек, по словам эксперта, чаще всего «не может отказаться от лечения, попадает в больницу и годами не может выйти, потому что все ему говорят, что он недееспособный и все может делать только посредством опекуна — получается порочный круг». Таким образом, «недееспособность» порождается в результате особо пристального взгляда на индивида, на которого навешен формальный ярлык***.

* Более подробно об обязанностях опекуна см. в законе «Об опеке и попечительстве»

** О «тотальных институтах» см. в классической работе И. Гоффмана (Goffman 1961).

*** О теории присваивания ярлыков (labeling theory) и стигматизации — одном из основных направлений в социальном анализе психического отклонения — см. в: (Lemert 1951; Goffman 1963; Scheff 1974).

Лишение человека дееспособности чаще всего происходит по инициативе родственников или администрации учреждений. Более чем в 93 % случаев эксперты выносят заключение о неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими, суд чаще всего следует за решением экспертов (Эльтекова и др. 2010). Фактически наличие психического расстройства уравнивается с недееспособностью. С точки зрения наших экспертов, для психиатров и судей такие дела являются рутинной, решение автоматизировано и «выносится не с опорой на действительное положение человека, а на аморфное “болеет, госпитализировался, диагноз, какие-то проблемы, поэтому не может понимать значение своих действий”»*. Эти процедуры не имеют дела с реальными человеческими историями, в том числе потому, что нередко судебные заседания проходят без участия человека, в отношении которого выносится решение.

Для проживающих в ПНИ процедура лишения дееспособности еще более автоматизирована и является массовой. По словам нашего информанта, знакомого с положением дел в ПНИ и пожелавшего остаться анонимным, «*интернаты ... просто относят пачки дел в суд и судьи механически это подписывают, а комиссии, которые представляют человека к лишению дееспособности, — это эти же врачи из интерната. Они сами пишут заключения и суд это принимает*». Иногда подопечный ПНИ не сразу узнает о том, что было судебное дело и он заочно лишен дееспособности.

Из 27 исков, касающихся вопроса о признании гражданина недееспособным, — именно столько текстов судебных решений в отношении проживающих в ПНИ нашлось в базе онлайн-проекта «Росправосудие», — 25 были поданы интернатами, два — родственниками проживающих. В пяти из 27 текстов решений ничего не сказано о присутствии проживающего на заседании, в четырех указано, что он на заседании отсутствовал. В трех текстах отмечается лишь то, что проживающий против лишения дееспособности «не возражал». В остальных пятнадцати случаях высказывания проживающих приводятся более подробно, некоторые из них призваны отразить глубокое непонимание человеком того, что происходит вокруг, и тем самым легитимировать заключение экспертизы: гражданка такая-то «пояснила, что живет “на углу”, какой год не знает, знает, что на дворе снег, холодно. На иные вопросы ответить не смогла»**.

В одном случае проживающая указывала на плохое отношение к ней в интернате, в другом — просила не назначать интернат ее опекуном. В четырех случаях проживающие, согласно протоколу, оценок или возражений не высказывали, лишь поясняли, как давно находятся в интернате и есть ли у них родственники, еще в четырех — отмечали, что в ПНИ к ним относятся хорошо и они хотели бы там остаться. В четырех случаях указано, что проживающие

* Ср. с практиками конструирования факта самоубийства экспертами в классическом эссе (Garfinkel 1967): проведение экспертиз и вынесение решений — неотъемлемая часть повседневной работы, сконструированный социальный факт — результат рутинных рабочих операций.

** О признании гражданина недееспособным см.в: [<http://rospravosudie.com/court-dorogomilovskij-rajonnyj-sud-gorod-moskva-s/act-100579345/>].

«возражали» против лишения их дееспособности. В одном тексте значится, что гражданка «возражала в категоричной форме» — это единственный из 27 случаев, в котором иск о лишении дееспособности остался без удовлетворения.

По мнению наших информантов, хотя закон и предусматривает возможность восстановить дееспособность, интернаты этому противодействуют, доступ к правосудию для подопечного фактически оказывается закрыт. Для восстановления дееспособности необходимо, чтобы «основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали» (п. 3 ст. 29 ГК), — т. е. надо доказать, что у человека восстановилась способность понимать значение своих действий и руководить ими. В случае взрослого индивида с умственной отсталостью это сделать довольно трудно, т. к. она является стабильным состоянием.

По словам нашего анонимного информанта, добросовестные опекуны в лице администрации интернатов не могут быть заинтересованы в том, чтобы массово лишать проживающих дееспособности: *«Интересуйся предпочтениями каждого, какой он кусочек сыра хочет, какие трусы ему по размеру. Приколи чек, отчитайся перед органами опеки, докажи, что он именно этого и хотел. Это нереально при том количестве персонала, который есть в интернате»*. Чем больше недееспособных в интернате, тем больше у интерната работы по составлению отчетов для органов опеки (постановление Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. № 927.). Тогда как *«недобросовестным опекунам лишение дееспособности, конечно, выгодно, потому что это море разливанное денег — они могут тратить пенсии подопечных по своему усмотрению и прикалывать чеки в их личное дело: на этой колбасе не написано, кто ее съел»*. Помимо пенсий, ресурсом, который можно использовать, является недвижимость недееспособных подопечных. Интернат имеет право сдавать ее в интересах подопечного (п. 5 ст. 18 закона «Об опеке и попечительстве», п. 1 ст. 37 ГК). Однако наши информанты высказывают предположения, что, например, сотрудник администрации интерната *«может сдавать ее не по рыночной цене и брать половину себе»*.

Одновременно с описанным положением вещей происходит гуманизация российского законодательства. Изменения, внесенные в федеральные законы в результате постановления КС от 27 февраля 2009 г. по делу Штукатурова, и определение КС от 19 января 2011 г. по делу Ибрагимова ввели запрет на то, чтобы суд признавал человека недееспособным только на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы. До принятия Федерального закона № 67-ФЗ от 6 апреля 2011 г., внесшего изменения в ГПК и закон «О психиатрической помощи», статьей 284 ГПК, например, предусматривалось, что гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании недееспособным, должен быть вызван в суд, «если это возможно по состоянию его здоровья». Теперь же необходимо обеспечить человеку возможность изложить свою позицию в любом случае. Если присутствие в суде создает опасность для него или угрожает окружающим, дело должно рассматриваться по месту его нахождения, в том числе в учреждении. Участие гражданина в заседании необходимо, чтобы позволить судье составить собственное мнение о его психическом состоянии. Ни бытовая беспомощность, ни психическое нарушение, ни недееспособность сами по себе юридически не являются основаниями для помещения гражда-

нина в учреждение без его согласия. В то же время, по словам наших экспертов, в массовой практике эти изменения пока что не работают, процедуры лишения дееспособности и помещения в учреждение соответствуют сейчас не столько закону, сколько сложившимся за десятилетия моделям*.

Другое дело, рассмотренное КС в 2012 г., касалось заочного лишения дееспособности подопечной ПНИ, более двадцати лет проживавшей в этом учреждении, по заявлению интерната. Гражданка страдает ДЦП, имеет легкую степень умственной отсталости, ее речь звучит неразборчиво для непривычного уха. Ее лишили дееспособности без ее ведома и без видимых на то причин. Узнала она об этом в тот момент, когда оказалось, что больше не может получить пенсию на руки и самостоятельно ее потратить. В ходе освидетельствования подопечной эксперты признали, что она может самостоятельно ориентироваться в бытовых ситуациях, но сферы вроде продажи недвижимости для нее сложны. То есть, фактически, экспертиза указала на то, что «дееспособность» является дифференцированным понятием (постановление КС от 27 июня 2012 г. № 15-п.).

В результате Федеральным законом № 302 от 30 декабря 2012 г. в ГК были внесены изменения, которые, однако, вступят в силу только в 2015 г. Понятие «ограниченной дееспособности», которое сейчас относится только к людям с алкогольной и наркотической зависимостью (ст. 30 ГК), будет также применяться и к людям с психическими отклонениями. Эти изменения приравняют людей, ограниченных в дееспособности по причине психического заболевания, к детям 14-18 лет с точки зрения их прав. Подход законодателей согласуется с традиционным стереотипом: взрослый умственно отсталый человек видится вечным ребенком. С точки зрения идеологии волонтерской организации, которая лежит в русле современного западного отношения к инвалидам, такая аналогия неправомерна**.

Какими действиями может и не может руководить подопечный, в какой степени, в каких ситуациях, в интернате или за пределами? Насколько границы его самостоятельности расширяются помощью других лиц? Вот те вопросы, на которые, по мнению эксперта, следует отвечать тем, кто выносит решения по поводу дееспособности. В изменениях, вступающих в силу в 2015 г., это отчасти отражено. П. 3 ст. 29 ГК будет выглядеть так: «При развитии способности гражданина ... понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным». Ограниченная дееспособность означает расширение возможностей индивида за счет других.

Ст. 37 ГК будет дополнена пунктом 4 следующего содержания: «Опекун распоряжается имуществом гражданина, признанного недееспособным, основываясь на мнении подопечного, а при невозможности установления его мнения — с учетом информации о его предпочтениях, полученной от родителей ...

* Более подробный анализ изменений в законодательстве см. в (Аргунова 2011).

** См. об этом подробно в нашей работе (Клепикова, Утехин 2012).

прежних опекунов, иных лиц, оказывавших такому гражданину услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности». В ситуации подопечного, находящегося в учреждении и лишённого родственников, таким «добросовестным» близким человеком может быть и волонтер, и санитарка — и «благо» клиента, как мы показали в наших предыдущих работах (Клепикова, Утехин 2010; Клепикова, Утехин 2012), они могут понимать не одинаково, по-разному конструируя его интересы и «волю». Например, с точки зрения санитарки интерната, гуманнее было бы, если бы подопечный с тяжелыми отклонениями поскорее умер — «отмучился», поэтому меры вроде тщательной гигиены и специального медицинского ухода, а также развлечения не нужны. Волонтеры же исходят из представлений о ценности любой человеческой жизни, поэтому следует стремиться к «нормальным» стандартам качества их жизни и делать ее более разнообразной. В том случае, если близкие к подопечному люди расходятся во мнении относительно его судьбы, то необходимо, с точки зрения организации, апеллировать к гуманистическим нормам международного права.

«Дееспособность» и «диагноз» в ПНИ

Две наиболее ощутимых привилегии, которыми обладают юридически дееспособные проживающие в ПНИ, это право получать пенсию на руки и право покидать территорию интерната без сопровождения сотрудника ПНИ. В то же время выходить за территорию без сопровождения могут лишь дееспособные подопечные из числа тех, кто передвигается без дополнительных приспособлений, и несколько умственно-сохранных проживающих, которые чувствуют себя уверенно, перемещаясь на коляске. Это ограничение отчасти обусловлено соображениями безопасности и «рациональной» оценкой ситуации персоналом, т. е. заботой о благе подопечного: окружающая инфраструктура не приспособлена для нужд инвалидов-колясочников и без сопровождающего они просто не смогут передвигаться. С юридической точки зрения такие проживающие — дееспособны, однако в повседневности они, без поддержки других, могут оказаться беспомощны. Сопровождающими дееспособных проживающих на колясках в некоторых случаях становится ходячий дееспособный подопечный — так, ходячий подопечный с нарушениями слуха и речи помогает колясочнику добраться до магазина, а тот в свою очередь помогает товарищу объясниться с продавцом.

Недееспособных подопечных отпускают из интерната лишь в сопровождении кого-либо из персонала. Это фактически ограничивает доступное подопечному пространство пределами интерната: в учреждении слишком мало сотрудников, чтобы позволить тратить их усилия на прогулки с подопечными. Дееспособные граждане сами несут за себя ответственность. Нежелание отпускать недееспособных подопечных за пределы интерната без сопровождения или в сопровождении волонтеров персонал объясняет ответственностью за их жизнь и благополучие (в законе, впрочем, нигде не указывается, что опекун должен непрерывно контролировать подопечного). В ситуации, когда опекуном является учреждение, ответственность за подопечного расплывлена между персоналом. Это накладывает на подопечного дополнительные ограничения:

не понятно, кто будет виноват, если с ним что-то случится — директор, заведующий отделением или дежурная медсестра. Никто не готов принять ответственное решение о том, чтобы предоставить подопечному самостоятельность.

Бинарная классификация дееспособный / недееспособный по необходимости работает в ПНИ более гибко. Во-первых, проживающие в ПНИ обладают отклонениями, которые могут неоднозначным образом ограничивать их самостоятельность и способность отвечать за свои поступки. Разнообразие индивидов, заключаемых в одну и ту же категорию, велико, а критерии отнесения к той или иной категории в «пограничных» случаях размыты. Во-вторых, такое разделение, даже при широких возможностях трактовки особенностей подопечного в ту или иную сторону, не вполне отвечает интересам персонала. Это ведет к необходимости уточнять существующую классификацию.

Так, часть юридически дееспособных подопечных классифицировали как «условно дееспособных», хотя в законодательстве такого термина не существует. В эту группу вошли дееспособные подопечные с более существенными физическими (но не интеллектуальными) ограничениями, которым, как и недееспособным, не разрешают самостоятельно покидать пределы интерната. Другое практическое следствие из такого разделения заключается в том, что условно дееспособным, в отличие от просто дееспособных, не выдают пенсию на руки. Условно дееспособные могут тратить свои деньги через ответственного сотрудника ПНИ, которого они просят о покупке. Это позволяет персоналу контролировать количество вещей, приобретаемых подопечными (чем их меньше, тем проще сотрудникам в санитарно-бытовом отношении, например). Персонал, запрещая подопечному выходить за пределы интерната, одновременно лишает его и повода для этого. Присваивая подопечному статус условно дееспособного, сотрудники ПНИ исходят в том числе из соображений собственного удобства в деле организации финансовых вопросов, контроля над проживающими и функционирования внутренней жизни интерната в целом.

Не для всех подопечных лишение дееспособности влечет одинаковые последствия. Так, если недееспособные проживающие знают, что у них есть пенсия, понимают, что на нее можно приобрести те или иные вещи, умеют это объяснить и настоять на своем и при этом физически активны и самостоятельны в бытовом отношении, то персонал учитывает их пожелания. У таких подопечных обычно есть право на значительное количество личных вещей. Их не выпускают за пределы интерната, но по территории они могут передвигаться свободно. Фактически, по своим правам и возможностям в повседневной жизни ПНИ они ближе к категории условно дееспособных.

По мнению проживающих и наблюдениям волонтеров, персонал ПНИ может нарочно провоцировать конфликты, в которых подопечные поведут себя агрессивно, не сдерживая эмоции. Природу такой агрессии можно трактовать двояко: как осознанную реакцию на нарушение своих прав и как неконтролируемое проявление психического заболевания. Такое неподобающее поведение, вне зависимости от его природы, иногда используется персоналом как повод отправить подопечных в «психушку» и лишить дееспособности, что истолковывается и как лечение от неподвластной подопечному болезни, и как

воспитательное воздействие, наказание за осознанное нарушение правил. Угрозы лишить дееспособности становятся для персонала способом контролировать подопечных.

С точки зрения самих проживающих, дееспособный человек — «с руками, ногами, головой и ведет себя нормально». Играет роль не только бытовая самостоятельность и интеллектуальный критерий, но и поведенческий: «псих» проживающий или «спокойный». Несмотря на то, что в некоторых случаях возможности дееспособных и недееспособных подопечных в ПНИ фактически уравниваются, для самих проживающих их собственный статус имеет важное символическое значение. Статус дееспособного означает признание права на самостоятельность, по крайней мере — в некоторых пределах, а в дискурсе подопечных способность что-то делать и решать в своей жизни самому — высшая ценность. Лишившись дееспособности, подопечный оказывается в более сильной зависимости от персонала. Так, у него меньше способов повлиять на решение о собственной госпитализации в психиатрический стационар, меньше возможностей обжаловать действия персонала. *«Вы недееспособные, вам все равно никто не поверит»*, — так, по словам подопечных, говорят сотрудники ПНИ. Подопечные, попав в ПНИ, порой усваивают представления о собственной неспособности принимать решения: *«мне нельзя быть полностью самостоятельной»* или *«нам нельзя доверять, у нас же диагноз»**.

Заключение

Человек, проживающий в учреждении психоневрологического профиля, уязвим: любая его оплошность может быть использована персоналом в своих интересах. Недееспособность, неспособность принимать решения и наличие психиатрического диагноза могут в дискурсе персонала уравниваться между собой, что позволяет манипулировать подопечными и увеличивать их лояльность учреждению.

Одновременно с этим, в отличие от полярной классификации, предлагаемой законодательством, и даже от классификации, которая будет включать в себя промежуточную «ограниченную» дееспособность, в практике ПНИ в отношении проживающих существует континуум прав, возможностей и ограничений. В условиях разнообразных — психических, физических, коммуникативных — отклонений персонал ПНИ приспособливает юридическую классификацию под свои нужды, тем самым в повседневности дифференцируя дееспособность.

Конкретные конфигурации прав, возможностей и ограничений определяются набором критериев. Они включают психическую составляющую (роль диагноза, способность осознавать свои действия и нести за них ответственность, наличие «воли», «моральную» оценку поведения), физическую составляющую (способность самостоятельно передвигаться и обслуживать себя) и коммуникативную составляющую (возможность выразить свое мнение тем или иным доступным окружающим способом). Кроме того, имеют значение и «значимые

* Восприятие собственной инвалидности подопечными ПНИ подробно рассмотрено в работе (Кос, Карпова, Антонова 2009).

другие», партнеры (другие проживающие, санитарки, волонтеры), за счет совместной деятельности с которыми расширяются возможности подопечных: самостоятельность и волеизъявление непосредственно привязаны к помощи других людей, от которых требуется усилие по интерпретации. С точки зрения волонтерской организации, именно в расширении способностей за счет другого человека лежит тот ресурс, на который можно опираться, продвигая дифференцированную модель дееспособности в законодательстве и на практике.

При этом, в отличие от установок волонтеров, согласно которым дифференциация дееспособности должна приводить к расширению возможностей юридически недееспособных, в практиках персонала учреждений она приводит к ограничению возможностей юридически дееспособных. Ситуация подопечных ПНИ наглядно показывает, как модель дифференцированной дееспособности, в случае ее законодательного закрепления, может функционировать на практике по отношению к людям с множественными нарушениями в условиях учреждения.

Для работников ПНИ не характерна рефлексия по поводу соблюдения прав и свобод подопечных. «Инвалид» — гражданин, который, как предполагается, не способен приносить пользу обществу в том объеме, в котором это ожидается от обычного человека. Система специальных интернатов, являющаяся частью государственной заботы об инвалидах, во многом основана на том, чтобы, тем не менее, эту пользу извлечь. Как показано в работах исследователей (Клепикова, Утехин 2012; Кос, Карпова, Антонова 2010), персонал эксплуатирует бесплатный труд проживающих, способных к физической работе, благодаря чему обеспечивается функционирование учреждения и поддержание жизни более слабых его подопечных, а значительное число слабых, недееспособных подопечных, как мы продемонстрировали выше, персоналу может быть выгодно. Недееспособность и инвалидность становятся экономическим ресурсом. Гуманизация законодательства, определение того, что входит в интересы подопечного, устранение противоречий, позволяющих опереться на более «удобный» для заявителя закон, теоретически должны ограничивать возможности злоупотреблений и нарушения прав по отношению к людям с психическими нарушениями. Волонтеры, работающие в учреждениях, оказываются здесь, в некоторой степени, контролирующей инстанцией.

Нормы и правила, прописанные в законе, имеют субъекта-интерпретатора — например, судью, выносящего решение, или заявителя из числа сотрудников интерната. Негосударственные благотворительные организации становятся заинтересованными игроками в этом поле. Их участие в жизни подопечных, юридическая поддержка, которую они могут им оказать, и идеология, способствующая формированию «позитивного» стереотипа в отношении инвалидов, могут склонять суд к такому пониманию блага подопечного, которое противоречит интересам персонала учреждений.

Литература

Аргунова Ю.Н. Институт недееспособности: первые шаги реформы законодательства. Поддержка позиции НПА России Конституционным Судом РФ // Неза-

висимый психиатрический журнал. 2011. 2. [<http://www.npar.ru/journal/2011/2/07-argunova.htm>] (дата обращения: 20.07.2013)

Клепикова А., Утехин И. Ребенок с «отклонениями развития»: опыт анализа фреймов // Антропологический форум. 2010. 12. С. 1–68.

Клепикова А., Утехин И. Взрослость инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате // Антропологический форум. 2012. 17. С. 3–67.

Кос А.В., Карпова Г.Г., Антонова Е.П. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями в условиях проживания в интернатах // Журнал социологии и социальной антропологии. 2009. 12 (2). С. 131–152.

Масевич М.Г. Комментарий к статье 60 // Комментарий к Конституции Российской Федерации (под ред. Окунькова Л.А.). М.: БЕК, 1996. [<http://www.az-design.ru/Projects/AZLibrCD/Law/Constn/KRF93/krf060.shtml>] (дата обращения: 20.07.2013)

Романов П., Ярская-Смирнова Е.Р. Тело и дискриминация: инвалидность, гендер и гражданство в постсоветском кино // Неприкосновенный запас. Дебаты о политике и культуре. 2011. 76. С. 84–91.

Социальная политика современной России: социологический анализ тенденций инклюзии (под ред. Зайцева Д.В. и Ярской В.Н.). Саратов: Саратовский государственный технический университет, 2010.

Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Шаповалов Д.Л., Ивашова Н.Н. Особенности судебно-психиатрической экспертизы по делам о дееспособности в аспекте постановления Конституционного суда от 27.02.09 года № 4-п // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2010. 42. [<http://www.vsm.a.ru/publ/vest/042/site/index46.html>] (дата обращения: 20.07.2013)

Boydell K. M., Stasiulis E., Greenberg M., Greenberg C., Spiegler B. I'll Show Them: The Social Construction of (In)Competence in Survivors of Childhood Brain Tumors // Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2008. 25. Pp. 163–174

Buchanan A. Mental capacity, legal competence and consent to treatment // Journal of the Royal Society of Medicine. 2004. 97. Pp. 415–420.

Carling-Rowland A., Wahl J. The Evaluation of Capacity to Make Admission Decisions: Is it a Fair Process for Individuals with Communication Barriers? // Medical Law International. 2010. 10. Pp. 171–190.

Dunn M.C., Clare I.C.H., Holland A.J., Gunn M.J. Constructing and Reconstructing 'Best Interests': An Interpretative Examination of Substitute Decision making under the Mental Capacity Act // Journal of Social Welfare and Family Law. 2007. 29 (2). Pp. 117–133.

Garfinkel H. What is Ethnomethodology? // Garfinkel H. Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1967. Pp. 1–34.

Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. L.: Penguin Books, 1961.

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. L.: Penguin, 1963.

Hurme S.B., Appelbaum P.S. Defining and Assessing Capacity to Vote: The Effect of Mental Impairment on the Rights of Voters // McGeorge Law Review. 2007. 38. Pp. 931–990.

Justice, Rights and Inclusion for People with Intellectual Disability 2007 // Inclusion Europe, 2007. [http://unipd-centrodirittumani.it/public/docs/Inclusion_Europe_2007.pdf] (дата обращения: 20.07.2013)

Kapp M. B. Decisional Capacity in Theory and Practice: Legal Process versus 'Bumbling Through' // Aging & Mental Health. 2002. 6 (4). Pp. 413–417.

Kock M. Disability Law in Germany: An Overview of Employment, Education and Access Rights // German Law Journal. 2004. 5 (11). Pp. 1373–1392.

Lemert E.M. Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior. N.Y.: McGraw-Hill, 1951.

Moye J., Marson D.C. Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research // Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 2007. 62B (1). Pp. 3–11.

Pathare S., Shields L. Supported Decision-Making for Persons with Mental Illness: A Review // Public Health Reviews. 2012. 34 (2). Pp. 1–40.

Scheff T.J. The Labelling Theory of Mental Illness // American Sociological Review. 1974. 39.

Sheather J. The Mental Capacity Act 2005 // Clinical Ethics. 2006. 1 (1). Pp. 33–36.

Soto Ruiz J.J. Legal Capacity of Persons with Disabilities in the Light of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities // EU Disability Law and the UNCRPD, 2011. [http://www.era-comm.eu/dalaw/kiosk/documentation/UNCRPD/2011_05%20Soto%20Ruiz_paper.pdf] (дата обращения: 20.07.2013)

Tor P. Finding Incompetency in Guardianship: Standardizing the Process // Arizona Law Review. 1993. 35. Pp. 739–764.

Varul P., Avi A., Kivisild T. Restrictions on Active Legal Capacity // Juridica International. 2004. IX. Pp. 99–107.

Wilson E., Pollock K., Aubeeluck A. Gaining and Maintaining Consent when Capacity Can Be an Issue: A Research Study with People with Huntington's Disease // Clinical Ethics. 2010. 5 (3). Pp. 142–147.

Законодательные и судебные документы

Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.10.1994, действующая редакция от 03.07.2013).

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации (ГПК РФ) от 14.11.2002 N 138-ФЗ (принят ГД ФС РФ 23.10.2002, действующая редакция от 14.07.2013).

Европейская конвенция по правам человека. Измененная и дополненная Протоколами № 11 и № 14 в сопровождении Дополнительного протокола и Протоколов № 4, 6, 7, 12 и 13 // European Court of Human Rights.

Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», 2 июля 1992 года N 3185-1.

Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ.

Закон «Об опеке и попечительстве», 24 апреля 2008 года N 48-ФЗ.

Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года // Организация объединенных наций.

О признании гражданина недееспособным // РосПравосудие.

Определение КС от 19 января 2011 г. N 114-О-П «По жалобе гражданина Ибрагимов Азамата Ишмуратовича на нарушение его конституционных прав положением части первой статьи 41 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”».

Постановление КС от 27 июня 2012 г. № 15-п «По делу о проверке конституционности пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданки И.Б. Деловой».

Постановление КС от 27 февраля 2009 г. N 4-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 379.1 гражданского

Клепикова А.А. Дееспособность подопечного психоневрологического интерната...

процессуального кодекса Российской Федерации и части четвертой статьи 28 закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в связи с жалобами граждан Ю.К. Гудковой, П.В. Штукатурова и М.А. Яшиной».

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2010 г. N 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан». Федеральный закон № 302 от 30 декабря 2012 г. «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации».

Федеральный закон № 67-ФЗ от 6 апреля 2011 г «О внесении изменений в закон российской федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс».

Mental Capacity Act 2005 // The National Archives.

§ 1901. Umfang der Betreuung, Pflichten des Betreuers // Bürgerliches Gesetzbuch // Bundesministerium der Justiz.