

© 1999 г.

Д. РИЧМАН

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ПАЛАТЫ ДЛЯ ПСИХОПАТОВ

РИЧМАН Джуэл (J. Richman) - профессор Манчестерского городского университета.

"У нас здесь есть настоящие психи, самые опасные. Никогда не угадаешь, что у них на уме... так что не стоит поворачиваться к ним спиной. Это - медперсонал!"

Популярная медицинская шутка

Все объяснения укоренены во времени. Данный этнографический "срез культуры" датируется летом 1988 года, когда я согласился представить медицинскому персоналу специализированной психиатрической больницы Парк-Лейн (сейчас—Эшвортской больницы, контингент которой, как и других специальных психиатрических больниц или специальных отделений, - психически больные заключенные и подследственные, помещаемые в такого рода учреждения по решению суда, обоснованному результатами соответствующей медицинской экспертизы) своего рода "обратную связь" относительно результатов проведенного там исследования - мою версию *их* мира. Отделение "Форстер" было одним из четырех отделений, где я в течение многих дней вел включенное наблюдение, следуя указанию Малиновского и пытаясь увидеть действительность "глазами туземца". Предыдущий год я полностью посвятил исследованию двух других отделений - "Арнольд" и "Блейк" - и в описываемое время вернулся, чтобы проанализировать происшедшие здесь стратегические организационные изменения. Отделение первичного приема - "Теннисон", - также оказалось в фокусе исследования: его социальный порядок "осложнился" в результате приостановки размещения пациентов в прочих отделениях. Прошедшие первичный осмотр пациенты вынуждены были ожидать перевода в палаты, соответствующие врачебной оценке их состояния, вплоть до десяти месяцев. За это время обоснованность ранней оценки становилась спорной. Идея профильной специализации отделений рушилась: поведение пациентов подвергалось значительному влиянию в результате контактов с уже "сложившимися" больными.

Этот анализ "Форстера" был представлен также его пациентам (которых теперь принято называть "постоянно проживающими") как часть достигнутого с ними общего соглашения относительно моего свободного доступа в палаты. Он может быть лучше понят в контексте не только теоретических, но и практически-организационных вопросов, относящихся к деятельности специальных психиатрических учреждений. Прежде всего, речь идет о вопросах, которые были поставлены уже после описываемого исследования, в связи с публикацией имевшего существенный резонанс "Отчета Блюма-Купера" [1] - итогового документа специальной правительственной комиссии, расследовавшей жалобу на работу Эшвортской больницы. В отчете содержалось 90 рекомендаций. Некоторые из них имели существенное значение для больницы, например, те, которые касались методов проведения полицейских расследований или техники

Перевод выполнен при поддержке РГНФ (грант №97-03-04! 8). Печатается с сокращениями.

аутопсий. Кроме того, отчет призывал к преобразованию "реакционной (психиатрической) культуры" в "терапевтическое окружение" (therapeutic milieu). Предлагалось также предоставить пациентам более широкие гражданские права. Под "культурой" в упомянутом отчете понималась и некая репрезентация организации и ее структурная характеристика, и организация in toto. Сходным образом "терапия" трактовалась в качестве недифференцированной моральной сущности, а "лечение" - как нечто, безусловно приветствуемое пациентами.

Еще одна цель данной работы - рассмотрение профессиональных медицинских аспектов "форстеровской" риторики. И, наконец, рассмотрению читателей представляется нечто, относящееся к повседневной жизни психопатов: их собственные статусные иерархии, межличностные стратегии "улаживания проблем", а также практикуемые пациентами собственные способы морализирования, бросающие вызов господству профессионального медицинского дискурса и позволяющие им использовать психиатрическое отделение в собственных целях.

В данной статье не приводятся детали, касающиеся способа проведения описываемого исследования. В самом общем виде методологию исследования можно обрисовать следующим образом: пациенты добровольно составляли для меня собственные жизнеописания, с их согласия я получил полный доступ к медицинской документации каждого, в том числе к тем материалам, которые использовались в судебных делах. С пациентами обсуждались также все мои догадки и рабочие гипотезы относительно их поведения в отделении. Я получил, кроме того, привилегию ношения ключей отделения. Я посещал различные собрания медицинского персонала и использую в статье некоторые полученные там сведения. При всем том я не стану высказывать экстравагантную убежденность в том, что все привечали меня и полностью доверяли мне, в особенности кое-кто из числа персонала.

Истоки "Форстера"

"Форстер" был одним из семнадцати отделений больницы для мужчин, рассчитанной примерно на 350 пациентов, 25% из которых имели диагноз "психопатические расстройства личности" (ПРЛ)¹. Остальные пациенты Эшворта страдали иными психическими болезнями, преимущественно различными формами шизофрении и психозами. Другая спецбольница, Брудмур, имела в 1982 г. сходное распределение пациентов - 25% с диагнозом психопатии и восьмилетним средним сроком пребывания в больнице. В 1982 г. вновь назначенный врач-психиатр д-р Хантер (к 1988 г. он стал и.о. главного врача больницы) воспользовался возможностью сломать сложившуюся практику помещения пациентов с ПРЛ в "смешанные палаты", совместно с пациентами с другими расстройствами. Пользуясь собственными словами Хантера:

"Мне казалось, в частности, что пациенты, страдающие психопатическими расстройствами, получают несколько нечестную терапию после приема в Специальную психиатрическую больницу. Я чувствовал, что слишком часто они оказываются, так сказать, отодвинутыми в сторонку, без всякого ясного анализа истоков их поведенческих проблем, не говоря уже о четких планах лечения. Предположительно, это делается в надежде, что их состояние каким-то образом улучшится с течением времени (процесс, почтительно именуемый "созреванием"), либо - что мне кажется несколько удивительным, - в расчете на то, что этим пациентам пойдет на пользу "терапевтическое окружение", создаваемое самим фактом помещения в стационар, при полном игнорировании очевидных и неизбежных контртерапевтических влияний со стороны этого окружения" [2, р. 6].

¹ Психопатии, или психопатические расстройства личности (здесь и далее эти термины используются как взаимозаменяемые) - это патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности. Для психопатий характерны изменения поведения и дезадаптация без признаков психоза. [Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М., 1983. Т. 2. С. 387-396]. (примеч. пер.).

Молодые люди, страдающие психопатией, всегда создавали "проблемы управления", поэтому официальная политика сводилась к их рассеиванию по различным отделениям, исходя из принципа "организационного равенства" для всех. Из отрицания этой практики и возник замысел "Форстера" - отделения для молодых пациентов с ПРЛ, имеющих интеллект выше среднего. В отделение также попали соответствующие по профилю пациенты, переведенные из двух других спецбольниц (Брудмура и Рэмптона). Целый букет специфических "лечений" - поведенческая, когнитивная и традиционная психотерапия, - фокусировался на психопатических расстройствах: "повышенном сексуальном влечении", "тревожности", "алкоголизме", "недостаточных социальных навыках" и т.п. К 1988 году только один пациент находился на долгосрочной психотерапии. Тем не менее самой типичной жалобой, которую адресовали мне (и другим) пациенты, была жалоба на то, что они *не получают* достаточного лечения.

Доктора имели признанный статус "настоящих" агентов власти, и пациенты изобретали соответствующие стратегии привлечения медицинского внимания в моменты, которые пациентами воспринимались в качестве критических для их карьеры внутри отделения (о чем еще будет сказано ниже): врачебные заключения обладали наибольшей юридической убедительностью для судебных властей и экспертных комиссий.

Относящиеся к 1988 году официальные данные показывают, что в "Форстере" находилось 24 пациента в возрасте от 19 до 39 лет (средний возраст - 26 лет). Самый "старый" пациент, помещенный в отделение в качестве исключения, пользовался широчайшим вниманием со стороны средств массовой информации: для него назначенный судом срок пребывания в спецбольнице подходил к концу. Тем не менее, он составлял "проблему" для персонала другого отделения, что и стало причиной перевода в "Форстер". Сходным образом в отделении оказались два пациента, страдавшие острыми психозами, с историей насилия в анамнезе, состояние которых было "стабилизировано" с помощью медикаментов. У психотических пациентов, оказавшихся в ситуации интенсивной межличностной коммуникации, могло вновь возникнуть обострение. Один из них вызывал особый страх у пациентов с ПРЛ. О другом персонал говорил, что он "прописался" в отделении. Утверждалось, что этот пациент намеренно добился ареста, чтобы вернуться к привычной больничной "компании" и наслаждаться ежедневной игрой в настольный теннис. С этой целью он сообщил полиции, что проводит набор новобранцев в свою собственную армию для того, чтобы нападать на престарелых.

Средний срок пребывания в отделении составлял восемнадцать месяцев. К моменту проведения исследования (1988 год) через созданное в 1982 г. отделение успело пройти 63 пациента. Список совершенных ими на воле правонарушений включал в себя убийства, поджоги, похищения (в некоторых случаях - с сексуальными намерениями), а также изнасилования. Половина пациентов была помещена в отделение по приговору суда с ограничением возможности досрочного освобождения, семеро были переведены уже в процессе пребывания срока тюремного заключения, еще двое переведенных оставались в отделении, хотя сроки их заключения уже "вышли". Эшвортские психиатры находились в постоянном контакте с другими больницами, а также с тюремными и судебными властями (например, участвуя в судебных слушаниях в качестве экспертов), используя открывающиеся возможности для того, что медсестры и пациенты единодушно называли "отлавливанием" профильных для "Форстера" и других отделений пациентов. "Интересные случаи" могли быть превращены в научные статьи и профессиональные почести. Самой распространенной жалобой больничных медсестер и среднего персонала была труднодоступность врачей в экстренных ситуациях.

С момента основания на "Форстер" воздействовало два остаточных напряжения. С формальной точки зрения, "Форстер" был обычным больничным отделением, подчиняющимся общим правилам: неизбежности запираания внешних дверей отделения, распорядку дня с фиксированным временем пробуждения и приема пищи, труда и отдыха и т.п. Однако действительность была иной, в частности, медперсонал именовал "Форстер" "подразделением" или "терапевтическим сообществом". Многие больничные пра-

вила были существенно ослаблены, уровень безопасности соответствовал отделению средней степени надзора. Отдельные палаты обыскивались с минимальной частотой (когда медсестры все же проводили обыски, их называли "полицейской бригадой по борьбе с наркотиками"); изоляция (т.е. помещение в индивидуальный бокс, или "тюрягу") использовалась лишь в самых крайних случаях; в комнаты пациентов представители медперсонала обычно входили, предварительно постучав. Пациенты накапливали большое количество личных вещей, которые в других отделениях аналогичного режима положено было бы хранить под надзором медперсонала.

Еще одно напряжение существовало между психиатрами и психологами, с одной стороны, и некоторыми медсестрами и медбратьями, с другой, и касалось философии и практики отделения. (В какой-то степени это напряжение было своеобразным продолжением личностно-политического противостояния между главным врачом больницы и главной медсестрой.) Часть медбратьев и медсестер считала, что отделение подрывает больничную дисциплину. Другие интерпретировали идеалы "Форстера" как потакание пациентам и принуждение медперсонала к немедленному удовлетворению любых их прихотей. В качестве доказательства последнего утверждения широко использовался "случай с фруктовым салатом". Речь шла о случае, когда пациент, недовольный составом своего фруктового салата, потребовал от персонала немедленно известить центральную кухню (находившуюся вне отделения) о необходимости произвести замену десерта. Прочие медсестры и медбратья часто насмехались над "форстерскими" за то, что последние якобы занимались "подтиранием задниц".

Различия в установках среднего медперсонала влияли на динамику состояния пациентов даже помимо административной системы. Среди персонала больницы существовало мнение, что в "Форстер" далеко не всегда попадали лучшие медсестры и медбратья.

Несколько замечаний о "психопатических расстройствах личности"

Краткий экскурс в бесконечные семантические лабиринты истории "психопатических расстройств личности" в судебной психиатрии может быть полезен по двум причинам. Во-первых, он позволит продемонстрировать некоторые из неисчислимого множества определений, служащих прочным основанием для профессиональной путаницы и возникших скорее из метафорического тумана, чем из отчетливого понимания клинической сути проблемы. Во-вторых, мы сможем показать, как именно пациенты "Форстера" использовали эти судебно-медицинские неясности для собственного морального оправдания.

На Пятом Всемирном Психиатрическом Конгрессе (1971) широкое хождение приобрел термин "социопат", что зафиксировало сдвиг от генетико-биологической модели объяснения к "социологической". Однако начнем с более ранней истории. С момента, когда психопатия была определена как "моральное помешательство" (1835 г.), психиатры сосредоточились на попытках описать все типы поведения и типы личностей, которые могли бы быть подведены под данный ярлык. В этом процессе многие имеющие прямое отношение к делу этические и философские доказательства, демонстрирующие зависимость определения психопатии от понятий "сознания", "разума" и "воли", были просто отодвинуты на периферию. Разработанные в результате нозологические схемы психопатии не продвинулись дальше описательных категорий - "возбудимый", "эксцентричный", "импульсивный", "скандальный", "лжец", "преимущественно агрессивный", "неадекватный" и "творческий" и, наконец, универсального "антисоциальный". Многими авторами используется процесс элиминации. Психопатом считается тот, кто *не* страдает: неврозом, психозом, умственной отсталостью, отчетливо определяемым поражением мозга или "ситуативной дезадаптацией" и не тот, кто вырос или продолжает жить в какой-либо делинквентной субкультуре. Классификации психопатических типов и соответствующих поведенческих проявлений простираются от незначительных поведенческих расстройств до истинной психопатии с

лежащими посередине "безэмоциональными личностями" (излюбленное средствами массовой информации описание психопата) и псевдопсихопатическими расстройствами, возникшими в результате органического поражения лобных долей мозга. Официальные, даваемые государством определения психопатии и соответствующие правовые комментарии отражают описанные диагностические завихрения. В "Отчете Батлера", подготовленном в 1975 году правительственной комиссией по преступлениям, совершенным душевнобольными лицами, специально отмечается, что комиссия столкнулась с "таким многообразием мнений относительно этиологии, симптомов и лечения "психопатии", которое может быть понято в каждом конкретном случае лишь в соотношении со смыслом, вкладываемым в последний термин тем или иным психиатром" [3].

Все это нисколько не проясняет то положение действующего в Великобритании "Закона о психическом здоровье" (ст. 1/21) от 1983 года, в котором описывается "психопатическое расстройство или нарушение *сознания* (сопровождающееся либо не сопровождающееся выраженным интеллектуальным дефектом), ведущее к аномально агрессивному либо в серьезной мере безответственному поведению", причем проблематика "сознания" вводится как нечто самоочевидное и легко доступное для наблюдения (курсив мой. -Дж.Р.).

Хэмилтон и Баллард [4] предлагают ввести принципиальное разграничение между сексуальными психопатами и всеми остальными, лишь вскользь затрагивая вопрос о применимости такой классификации к женщинам, сравнительно слабо проявившим себя в истории ПРЛ (упоминается лишь тенденция последних к членовредительству, передозировкам и прочим способам саморазрушения). Блэкберн [5], основываясь на базе данных Эшвортской больницы, смог уточнить различие между первичными и вторичными психопатиями, введя диагностическую категорию "сверхконтролируемых" психопатов. В частности, "Форстер" в 1988 году располагал 7% "подавленных", 20% "сверхконтролируемых", 38% "первичных" (импульсивно-агрессивных) и 40% "вторичных". (Ни пациенты, ни средний медперсонал не подозревали о существовании такой таксономии.) "Влиятельные психопаты" [6, р. 129], приобретают власть благодаря "способности увидеть, как можно *эксплуатировать* (курсив мой. -Дж. Р.) бессознательные мотивы". Миджли полагает: "Тот, кто *не испытывает страха причинить вред другому*, является психопатом" [Там же, р. 79]. Несколько ранее Вутон [7], сконструировав собственный ужасающий образ психопата, подняла вопрос о том, что такого типа люди могут целиком уничтожить само понятие моральной ответственности со всем багажом сопутствующих идей разума и порядка, обеспечивающих устойчивость и безопасность общества.

Пациенты, не располагающие прямым знанием о существовании таких философских построений, иногда предлагали рассуждения и объяснения, забавно оттеняющие их предпосылки и выводы. Например, один из них, едва услышав о возможном решении продлить его обязательное пребывание в спецбольнице еще на десять лет, стал доказывать мне, что "судьба" или какая-то другая вселенская сила сделала его таким, как он есть, что он сделал то, что сделал, непреднамеренно. Коротко говоря, его объяснение отличалось от типичных для шизофреников теорий типа: "Меня контролируют (некие силы или голоса)" и представляло собой своего рода "генетическую космологию" в духе ранней христианской гностики и манихейства. В нем предполагалось существование "независимых" сил зла и добра, не допускающих возможности какого-либо человеческого вмешательства. Соответственно, пациент не нес ответственности за свою психологическую сущность. Другой пациент, отличавшийся незаурядным интеллектом, объяснял свою волю и действия влиянием волн временной структуры Вселенной, конечной причины всех человеческих характеристик. Для него время было "Левиафаном эмоций", постоянно угрожающим завладеть им полностью. Только "разбавленные" формы духовности (добро) могли его отфильтровать. Но с каждой накрывавшей его волной времени он вновь взмывал и тонул. Он весьма презрительно отзывался о том, как изображали психопатов средства массовой информации. Для него *настоящими* психопатами были только серийные убийцы - люди, чье поведение было

полностью неконтролируемым. За два часа до подъема (единственное время в отделении, когда он был свободен) он занимался "развитием мыслей", дабы система» тизировать мир в свою пользу. Он говорил в шутку, что хотел бы носить майку с надписью "Вы разговариваете с одним из самых опасных людей в стране", продавать свои автографы и выдавать квитанции с надписью "уплачено с благодарностью". Как предприниматель, он бы делал бизнес на публичных мифах и болезненном интересе к психопатам.

Профессиональная риторика

Я отнюдь не уверен в том, что употребление термина "философия отделения", использовавшегося во всех официальных документах, было вдохновлено сравнением (или противопоставлением) "Форстера" с какими-то другими больничными режимами для психопатов. Как бы то ни было, вся "форстеровская" философия вращалась вокруг следующих принципов;

1. Лечение являлось "холистским"².
2. Поведение внутри отделения основывалось на "доверии".
3. Пациент брал на себя "ответственность" за собственную программу лечения.
4. Пациенты должны были демонстрировать "реалистические" установки и соответствующее поведение в пределах отделения (и, возможно, за его пределами).
5. "Разрядочное" (acting-out) поведение считалось приемлемым, если не влекло за собой "насилия" (физического).
6. Новички, пришедшие в отделение, могли следовать стратегии "активного невмешательства", т.е. оставаться "бездеятельными" до тех пор, пока у них не возникло желание принять культуру отделения и поучаствовать в ней.

Эти принципы не были сведены в единую книгу-кодекс, которая бы вручалась вновь прибывшим. Вновь прибывшим пациентам просто говорили: "Вот ваша комната, устраивайтесь". "Форстеровская" риторика, как и всякая другая риторика, была стилем обсуждения, интерпретации и обоснования "мира", запущенным в оборот его изобретателями. Эта риторика являла собой часть очень влиятельного судебно-медицинского дискурса - преимущественно закрытой системы интерпретация, превосходящей по широте клиническую и основанной на своих собственных внутренних предпосылках мышления и рассуждения. Форстеровская риторика никогда не подвергала сомнению устоявшееся предположение этого дискурса о том, что психопаты, невзирая на сложности признания, *существуют*. Правовые рамки последнего предположения очевидны. То обстоятельство, что какой-либо психиатр может утверждать во время врачебной конференции, что интерпретация совершенного одним из пациентов правонарушения была искажена ради получения спасительного психиатрического ярлыка, не ставит под сомнение существование психопатов. (Однако вне клинического контекста психиатры могут признать, что многие проявления насилия со стороны психопатов неотличимы от "грубых выходок" рабочего класса в момент закрытия пабов.)

В создании разделяемых участниками систем значений, фокусировании чувственных восприятий в определенном направлении и в сконцентрированном выражении сложных идей все "риторики" очень сильно зависят от метафор. Последние при этом могут не обладать никакой валидностью относительно других совокупностей критериев. Примером такой метафоры может служить "холизм" - общепринятый ныне идеал здоровья. Его приверженцы лишь изредка перечисляют (или пытаются перечислить) все подразумеваемые здесь свойства. (По сходным причинам "разрядку" исследователи называют "ритуальным заклинанием" и "риторическим приемом"). Когда пациент забрался на крышу отделения (все здания отделений в Эшвортской больнице были одноэтажными), это интерпретировалось медперсоналом как "разрядка", приводились доказательства в пользу того, что она стала результатом недавнего приема опреде-

² Англ. whole - целое, все. Речь о популярном целостном подходе к лечению. - *Примеч. ред.*

ленных лекарств. Пациенты, однако, придерживались иной интерпретации, утверждая, что это общепринятая в их среде стратегия привлечения к себе максимального медицинского и психологического внимания. Предполагалось, что это может ускорить процесс "нормализации", послужить важной временной вехой и принести политические дивиденды в процессе прохождения очередного судебно-медицинского освидетельствования. Не существовало заданных пределов и для "активного невмешательства" - метафоры, смешивающей семейства значений. Таким образом, пациент мог восприниматься в качестве проходящего реальный курс лечения просто в силу того, что он находился в "Форстере". Представление о том, что пациент знает, когда он "готов" принять форстеровскую культуру, имеет явные коннотации религиозного "призвания", духовного опыта познания и принятия сверхличной высшей цели. Наконец, не существовало никакой независимой оценки действительности форстеровского этоса спасения, не считая показателей повторных госпитализаций и задержаний за правонарушения тех, кто был выписан из больницы на свободу. Некоторые предпочитали выходить на свободу из тюрьмы, опасаясь стигмы "специальной психлечебницы". Психиатры не слишком возражали против такого хода. Часто используемым напоминанием в устах медперсонала было утверждение: "Мы успешны, хотя возможно и не знаем в точности почему", - идеологическая подсказка, напоминающая об устоях заведения.

Особость "Форстера"

Можно привести веские основания в пользу того, что "Форстер" был особенным, хотя и разделял многие ценности больницы и общества в целом. Мы продемонстрируем некоторые доказательства существования культуры отделения.

Психиатрические палаты провоцируют множество описаний, включающих в себя понятия "культуры", "среды", "атмосферы", "климата" и "организации". Эти описания исходят из интересов медицинского персонала, а не пациентов. Они, кроме того, ассоциируются с "осевым принципом" лечения, предполагающим соответствие между подходящими условиями лечения и получающим это лечение типом пациента. Отсюда и уникальное правило "Форстера": пациенты имеют доступ ко всей относящейся к ним официальной документации, в том числе к еженедельным клиническим отчетам. Предполагается, что такая открытость укрепляет доверие между пациентами и медперсоналом, что, в свою очередь, позволяет пациентам "снять" все защитные психологические механизмы и, лицом к лицу встретившись с описанием совершенных ими преступлений, открыть свое подлинное "внутреннее" Я. Следуя неявно подразумеваемой здесь метафоре религиозности, можно сказать, что пациент приходит к открытию истины путем смирения.

В некоторых исследованиях предполагается, что "целостность" психиатрического отделения может быть схвачена применением всего арсенала измерительных шкал и индикаторов. Мосс и Хаутс [8] положили начало этой традиции, разработав шкалы измерения психологической атмосферы в отделении. Здесь персонал - отнюдь не пациенты - заполняют письменный вопросник, содержащий десять субшкал (вовлеченности, поддержки, спонтанности, автономии, практической ориентации, ориентации на личностные проблемы, гнева и агрессии, порядка и организации, ясности терапевтических программ и степени контроля). Этот подход напоминает о взглядах Э. Тэйлора, характерных для культурной антропологии XIX века - культура как коллекция отдельных черт.

Трактовка культуры, из которой мы исходим в данной работе, в самом широком смысле следует предложенной К. Гиртцем [9]: культура как упорядоченное множество значений, символов и ценностей; запас знаний, определяющий форму взаимодействия и, в свою очередь, пополняемый его участниками. Этот универсум значений в разной степени признается его участниками и может быть сообщен другим. Гиртц различает культуры и паттерны взаимодействия, однако последние, принимая форму ритуала, также превращаются в культурные репрезентации и выражают чувства.

Важная черта всякой культуры - это способность принадлежащих к ней людей распознавать ее отличие, ее "центральную" целостность. Пациенты больницы проводили свои собственные культурные различия между различными отделениями (планировка и оборудование отделений были идентичны). Отделения могли быть "скучными", "восхитительными", лечение - интенсивным или наоборот, обращение с пациентами - следующим жестким правилам либо договорным. В ходе исследования пациентов просили описать образы, вызываемые отделением "Форстер". Отделение описывалась как "подходящее место", некоторые резюмировали свои впечатления, говоря, что "Форстер" - это "дискотека" всей больницы, тогда как другие отделения - "тоскливые" или даже "кладбища". "Форстер" воспринимался как "условная" палата, где пациенты проводили много времени в своих комнатах или "кайфовали". Форстеровские пациенты предпринимали непосредственные действия для сохранения эксклюзивного положения отделения. Так, всем пациентам больницы, находившимся на "условно-свободном" режиме, разрешалось посещать другие отделения. В "Форстере" пациенты тщательно просеивали потенциальных гостей. Один из пациентов, признанных нежелательным посетителем, однажды все же проник в "Форстер". Среди прочих нежелательных черт особо отмечалась его полнота - форстеровские пациенты придавали ключевое значение физической форме, тренировкам и диете. Нежелательный гость был подвергнут процедуре публичного унижения - его заставили имитировать психотическую позу, многократно закрывать руками глаза и провозглашать, что пациенты "Форстера" были только видением. (Заметим, что "Форстер" и сейчас сохраняет свое особое положение. Например, имел место случай, когда из тюрьмы был переведен перебравший наркотиков пациент, получивший ошибочный диагноз и показавший настолько "плохие" результаты при психологическом тестировании, что его отправили в отделение круглосуточного надзора! Заведующий отделением, осознав весь этот каталог ошибок, договорился с руководством "Форстера" о том, чтобы пациента хотя бы на дневное время разместили там. Этому, однако, категорически воспрепятствовали пациенты "Форстера", так что пришлось изыскивать другие варианты.)

Форстеровские пациенты приписывали себе наивысшее положение в больнице. Эта эксклюзивность становилась видимой во время общебольничных мероприятий: пациенты "Форстера" сидели вместе, находясь в центре внимания остальных, стремившихся каким-нибудь образом найти путь в этот избранный круг. Они устанавливали иерархию для всей больницы - за "форстеровскими" психопатами следовали шизофреники, самую нижнюю ступень занимали психотики. Они также ставили себя выше большинства медбратьев и медсестер, как и некоторых врачей. Этот иерархический порядок нередко подвергался публичным проверкам. Мелкие инциденты с участием среднего медперсонала становились предметом сложных дискуссий в среде форстеровских пациентов. Пациенты распространяли истории о лживости некоторых психиатров, которым не следовало доверять. Последние прибегали к тому приему, который Гоффман обозначил как "воронка измены" [10], чтобы заполучить некоторых пациентов в больницу ("...Я поступал из тюрьмы по 37-й статье ("Mental Health Act" 1983), но доктор за моей спиной пошел и попросил дать мне ограничения по 41-й [статье]").

Многим медбратьям не нравилось работать в "Форстере" из-за непрерывных морализаторских расспрашиваний со стороны пациентов. Пациенты были настоящими экспертами в сборе организационной информации по всей больнице. Персонал мог бы спрашивать у них, что случилось. Их использование "культурного капитала" [11] - кодекса соответствующих ответов на каждое предписание со стороны медперсонала - часто носило характер "запугивания". Пациенты могли перечислить отклонения от больничных правил, когда-либо допущенные врачами и медбратьями или медсестрами. Когда один из медбратьев отказал пациенту в некой просьбе с мотивировкой: «Я плачу налоги, а не убиваю и насирую, как ты... Ты не заслуживаешь "X"», пациент легко нейтрализовал этот моральный аргумент, предложив медбратау "уравновесить" это рассуждение другими конкретными примерами, демонстрирующими порочность пред-

ставителей медперсонала, изменяющих своему призванию. Некоторые пациенты верили в свою "особость", используя мистический туман, окутывающий психопатии и порожденный неспособностью "мудрых" профессионалов рассеять последний. Некоторые уверовали в то, что они были "спасены" для каких-то других, высших целей. Они приходили к такому убеждению, сопоставляя форстеровский либеральный режим с режимами тюрем либо других спецлечебниц.

Как подчеркнул Гоффман [10], пациенты осуществляют культурную классификацию отделений на основе "исчисления риска", т.е. исходя из знания того, какое поведение считается приемлемым в данном отделении и чего может стоить непослушание. То поведение, которое демонстрировалось и терпимо воспринималось в "Форстере", не было бы дозволено ни в каком другом отделении. Вспоминали, как пользовавшаяся популярностью медсестра была сброшена в ванну полностью одетой. Пациент, вернувшийся лишь в банное полотенце, выставлял себя напоказ перед медсестрой, рассматривавшей происходящее как "нормальную" часть заведенного ритуального порядка; другой пациент сексуальными намеками вгонял в краску молодую докторшу, говоря, что она "вспыхивает" (ее зажигалка отблескивала красным огоньком).

Ведущей ориентацией пациентов было поддержание "передового" статуса отделения. Так, "Форстер" стал первым отделением, где одна из комнат была переоборудована в вольер для волнистых попугайчиков. Пациенты разгуливали с этими птицами. Никакие административные меры не были приняты и тогда, когда пациенты самовольно выкопали для вольера одно из деревьев, росших во дворе отделения. Они также планировали стать первым отделением, имеющим собственного какаду. Мне пришлось присутствовать на одном из таких повышающих статус мероприятий: два пациента, пытаясь попасть в Книгу рекордов Гиннесса, в течение 42 часов подняли суммарный вес 902 тонны 348 килограммов. К сожалению, цель не была достигнута, так как к месту установления рекорда не прибыли официальные арбитры.

Конфликты по вопросам режима происходили постоянно. Один из пациентов заказал по почте официальное руководство по выживанию. Споры о том, может ли он держать эту книгу в палате, заняли массу рабочего времени врачей и администраторов, подталкивая к опасному пределу границы контроля над безопасностью. Наконец, пациенту не разрешили держать книгу в личных вещах со ссылкой на параграф 134(4) "Закона о душевном здоровье" 1983 года, оговаривавший охрану безопасности самого пациента и окружающих. Администрация за свой счет отослала книгу обратно.

Выводы

В этой статье была исследована лишь небольшая часть социального и морального порядка психиатрического спецотделения, касающаяся того, как пациенты и персонал конструируют свои версии реальности. "Разрыв" между официальной (профессиональной) версией отделения как имеющего четко определенные лечебный режим и философию, версией, жестко привязанной к судебномедицинскому дискурсу, и версией, опосредованной пациентами, очевиден. "Подпольный" дискурс пациентов, особенно в том, что касается поведения медбратьев и медсестер, властвует в повседневной жизни до такой степени, что некоторые медбратья и медсестры склонны рассматривать самих себя как "смотрителей" отделения! Пациенты демонстрируют способность эффективно эксплуатировать двусмысленности в официальном определении психопатии для собственного морального оправдания. Общепринятое мнение о том, что у психопатов в повседневной жизни отсутствует способность к моральному суждению, оказывается заблуждением. Пациенты-психопаты успешно оспаривают и корректируют любые нарушения со стороны персонала - следует ли считать это игрой, лишенной искренности, определить едва ли возможно. Отделения по самой своей структуре являются искусственными сущностями, или симуляциями.

Свойственные профессиональной медицинской риторике утверждения о том, что

коллективистское социальное давление пациентов друг на друга укрепляет социальные связи в отделении, следует признать сомнительными. В "Форстере" имеются "авторитетные" и влиятельные пациенты, оказывающие такого рода давление. По другим критериям пациенты дифференцированы. Поджигатели и сексуальные маньяки (последний термин очень "эластичен") испытывают антипатию со стороны остальных пациентов за свое излишне "конформистское" поведение, позволяющее им сравнительно легко добиваться привилегированного пропуска во двор. Однако существует и значительное коллективистское взаимопонимание, позволяющее, в частности, добиться общего согласия относительно того, кого *не следует* допускать в отделение.

Наконец, пациенты "Форстера" не соответствуют описаниям "Отчета Блома-Купера" [1]. Они не допустили бы по отношению к себе грубостей со стороны медперсонала, моральных или физических. Медбратьям приходилось завоевывать уважение пациентов, профессиональных притязаний как таковых было недостаточно. Пациенты, ощущавшие недостаток "клинического" внимания, находили действенные рецепты для его усиления. Многие пациенты проявляли себя отличными "переговорщиками", полностью задействовавшими каркас правил, на котором держалась жизнь отделения и больницы в целом и, таким образом, укреплявшими уважение к себе и собственную идентичность. "Блом-Купер" рекомендовал больнице смену ее организационной культуры на "терапевтическую", не задаваясь, однако, вопросом о том, может ли какая-нибудь терапия (и до какой степени) излечивать психопатические расстройства личности. За пределами внимания официального отчета осталось то, как сами пациенты определяют "терапию". Исследовавшиеся нами пациенты приветствовали проявления маскулинности со стороны медперсонала, тогда как отчет "Блома-Купера" рассматривал эту характеристику как реакционную. И снова официальный отчет игнорировал реальную сложность этой культурной ценности.

Перевод И.Ф. ДЕВЯТКО

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Blom-Cooper Report*. Report of the Committee of Enquiry into Complaints about Ashworth Hospital. Vols. I and 2. Cm 2028-1. London: HMSO, 1992.
2. *Hunter C.C.* A Treatment Programme for Psychopaths. A Paper Presented to the Conference on the Ami Social Personality: Research Assessments and Treatment Programmes; 18 August, 1988 at the Highland Inn, Midland, Ontario, Canada, 1988.
3. *Butler Report*. Home Office and DHSS Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders. Cmnd 6244. London: HMSO, 1975.
4. *Hamilton J.R., Billiard H.* Dangerousness: Which Patients Should We Worry about? Hawton, K. and Cowen I. (eds.). Dilemmas and Difficulties in the Management of Psychiatric Patterns. Oxford: Oxford Medical Publications, 1990.
5. *Blackburn R.* An empirical classification of psychopathic personality // *British Journal of Psychiatry*. 1975. № 127. P. 456-460.
6. *Midgeley M.* Wickedness: A Philosophical Essay. London: Routledge and Kegan Paul, 1985.
7. *Wootton B.* Social Science and Social Pathology. London: Allen and Unwin, 1959.
8. *Moss R., Houts P.* The assessments of the social atmosphere of psychiatric wards // *Journal of Abnormal Psychology*. 1968. V. 73. P. 595-604.
9. *Geertz C.* Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology. New York: Basic Books, 1983.
10. *Goffman E.* Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. Garden City, New York: Doubleday and Co., 1961.
11. *Bourdieu P., Waquant L.J.D.* Invitation to Reflective Sociology. Oxford: Polity Press, 1993.