

Содержание

Начало	7
1 Себ.....	17
2 Дрю.....	40
3 Амит	67
4 Джо.....	96
5 Алекс.....	126
6 Мишель	153
7 Джоди.....	186
8 Нарин	205
9 Пол.....	222
10 Гэри	252
Заключение.....	282
Благодарности	290
Избранная библиография	293

Начало

У Эдварда Драммонда не было никаких причин ожидать, что этот январский день будет отличаться от любого другого рабочего дня в Уайтхолле. Он завершил свои дела на службе, зашел в банк и направился обратно на Даунинг-стрит, где ему, как личному секретарю премьер-министра, предоставляли квартиру. Проходя мимо кофейни на Чаринг-Кросс, он вдруг почувствовал обжигающе резкий толчок в спину, и, как позже описывал свидетель, его сюртук загорелся.

Громкий хлопок привлек внимание сообразительного полицейского, он мгновенно перебежал улицу и увидел, что преступник собирается выстрелить в Драммонда еще раз. Но даже с помощью прохожих полицейскому не удалось разоружить стрелка, который оказал ожесточенное сопротивление и сумел снова выстрелить, хотя на этот раз никому не причинил вреда. В конце концов стрелка по имени Дэниел Макнатен удалось арестовать и отвести в полицейский участок для допроса.

Поначалу состояние Драммонда не вызывало опасений. После выстрела он сумел доковылять до банка, где ему оказали медицинскую помощь, а затем вернулся домой. Позже пулю успешно извлекли, а в прессе сообщалось, что хирурги, мистер Гатри и мистер Брэнсби Купер, «имеют все основания

полагать, что мистер Драммонд поправится». Однако впоследствии состояние Драммонда ухудшилось, и через пять дней после покушения он умер от сепсиса.

После покушения Макнатена отправили в полицейский участок на Гарденерс-Лейн, где и предъявили обвинение в убийстве. Несмотря на сопротивление, оказанное при аресте, на допросе он сразу начал сотрудничать со следствием. Однако полицию удивила не только его готовность признаться в преступлении. Во время допроса стало очевидно, что на самом деле Макнатен намеревался убить премьер-министра, сэра Роберта Пиля.

Дэниел Макнатен был шотландским краснодеревщиком, который в 1835 г., после неудачной попытки стать актером, открыл столярную мастерскую в Глазго. Через пять лет работы в мастерской трудолюбивый и бережливый Макнатен скопил значительную сумму денег, а в свободное время самостоятельно выучил французский и посещал лекции по анатомии и философии. Однако, несмотря на финансовый успех, его поведение в предшествующие покушению годы выглядело странным. Как Макнатен объяснил лондонской полиции, его постоянно доносила правящая элита. Он был известен своей эксцентричностью и подозрительностью и уже не в первый раз делал подобные заявления. Еще в родной Шотландии он жаловался комиссару полиции в Глазго и члену парламента, что за ним следят шпионы партии тори. Хозяйка квартиры, в которой он жил в Глазго, заметила значительные перемены в поведении Макнатена. По ее словам, «у него был такой странный взгляд», что она начала его бояться. Он стонал и кричал во сне и уверял, что его преследуют демоны. Однажды она обнаружила в его комнате пистолет, и Макнатен объяснил, что стреляет в птиц.

Во время суда над Макнатеном выяснилось, что выстрел стал развязкой целой теории заговора. Процесс начался 3 марта 1843 г. в набитом битком зале суда. Обвинение

вызвало несколько свидетелей, включая учителя анатомии, которые показали, что не замечали в поведении мистера Макнатена никаких признаков умственного расстройства. Многим знакомым он казался совершенно нормальным. Однако, основываясь на показаниях восьми экспертов-медиков, защита убедила присяжных в обратном. Этим видным терапевтам и хирургам было очевидно, что Макнатен непоколебимо верил в выдумку, созданную его больным воображением. Их выводы оказались решающими. В отсутствие иных медицинских свидетельств присяжные вынесли вердикт, даже не удалившись на перерыв, и 4 марта признали заключенного невиновным на основании его невменяемости.

Общественность была потрясена: люди полагали, что из-за снисходительности суда к убийце, прекрасно осознававшему свои действия, отныне злоумышленники и безумцы будут беспечно совершать ужасные преступления. Пресса посчитала вердикт возмутительным и подрывающим репутацию судебной и медицинской системы. Макнатен совершил тщательно спланированное преступление и полностью признался в нем, но убийцу все равно объявили невиновным.

Королева Виктория, вспомнив о покушении на ее жизнь тремя годами ранее, когда суд объявил преступника психически больным, решила вмешаться в события и в письме сэру Роберту Пилю попросила парламент более четко определить критерии невменяемости. И тогда представители судебной системы, сами порядком встревоженные возникающей тенденцией, сформулировали правило Макнатена, чем заложили основы для понимания психических истоков криминального поведения. Хотя подробности того преступления почти забыты и психиатрами, и юристами, фамилия Макнатена вошла в историю юриспруденции. Правило Макнатена гласит: человек не должен быть признан ответственным за преступление, если он действовал, будучи неспособным к рассужде-

нию в результате психической болезни, и не мог осознавать характер и качество своих действий. Это правило ставило психическую болезнь и способность понимать правонарушителем значение своих действий в основу законодательства о вменении вины и определения преступного умысла.

Нельзя сказать, что преступление сошло Макнатену с рук: он провел двадцать один год в психиатрической лечебнице — сначала в Бедламе, а затем в Бродмурской больнице для душевнобольных правонарушителей, где и скончался в 1865 г.

Человеческая природа противоречива. Мой отец был психиатром, и поэтому, разделяя его интерес к медицине, но предпочитая иметь дело с чем-то более осязаемым, я решил стать хирургом. В силу своей беспечности я постоянно получал травмы на школьном поле для регби и регулярно попадал в местную больницу в качестве пациента. Это подстегнуло мой интерес к ортопедической хирургии. Традиционная медицинская модель опирается на диагностику для выявления основной патологии (или болезни), которую затем лечат, либо обращая вспять процесс ее развития, либо устраняя. Проще говоря, нужно определить, что сломалось, и исправить это. Если терапевт обнаружит у пациента опухоль, хирург ее вырежет. Механистическая простота профессии хирурга казалась мне чрезвычайно привлекательной. Будучи бунтующим подростком, я считал, что психиатрии не хватает определенности «настоящей медицины».

Теперь, после двадцати одного года практики в судебной психиатрии и участия в качестве эксперта-свидетеля в сотнях судебных дел, я понимаю, что именно то качество, которое оттолкнуло меня от психиатрии, в итоге и привлекло к ней. Чем больше я изучал криминальные проявления человеческой психики, тем больше осознавал, насколько ограничена медицинская диагностика. По моему мнению, сведение типов

сознания к условным диагностическим ярлыкам скорее скрывает, чем выявляет захватывающие закономерности, созданные постоянным вихрем взаимодействующих мыслей, восприятия, чувств и желаний.

Хотя за последние десятилетия наше понимание психического здоровья значительно улучшилось, изучение врачами человеческого разума имеет давнюю историю. В Древней Греции школа, основанная Гиппократом, отцом медицины и предполагаемым автором клятвы, которую я произнес по окончании обучения в медицинской школе, выдвинула версию о том, что безумие основано на телесных проявлениях — в противовес сверхъестественным объяснениям, распространенным в IV в. до н. э. Однако официальное становление психиатрии как отдельной профессии произошло гораздо позже.

Термин «психиатрия», введенный в начале XIX в., объединяет греческие слова, обозначающие душу или разум (*psyche*) и исцеление (*iatros*). В 1800-х гг. «лечение психики» поставили на промышленную основу, были построены крупные учреждения для содержания умалишенных. В одной из таких лечебниц на юге Англии и нашел пристанище Дэниел Макнатен: Бродмурская лечебница была специально предназначена для содержания «безумных преступников». Это была первая и на протяжении многих десятилетий единственная судебно-психиатрическая больница в Англии. Тем временем в Европе и США полным ходом шло строительство обычных психиатрических больниц. Этих грандиозных сооружений, спрятанных «за поворотом» длинных подъездных дорог, боялись многие вплоть до конца XX в. Они были местом действия фильмов ужасов, ими пугали капризных детей.

Уж я-то знаю, поскольку вырос в одной из них. В 1972 г. отца назначили психиатром в лечебницу в сельской местности на севере Уэльса, и мы всей семьей переехали в выделенную ему квартиру, находящуюся на обширной территории

больницы. Свернув с проселка, нужно было въехать через ворота по широкой дороге, по одну сторону которой тянулся теннисный корт, а по другую — поле для боулинга, и вы оказывались у трехэтажного каменного здания, раскинувшегося по обе стороны от стоящей в центре башни с часами. Просторная каменная лестница вела к приемному покою Окружной психиатрической лечебницы Северного Уэльса, как она изначально называлась, когда открылась в 1848 г. Даже после переезда нашей семьи в Денби — городок, известный многим в Северном Уэльсе лишь из-за близости к психбольнице, я часто сопровождал отца, когда он отправлялся на работу по выходным. Я не имел представления о проблемах, существующих в подобных учреждениях, напротив, эти визиты стали для меня возможностью увидеть, как уважают и любят моего отца персонал больницы и пациенты.

Мой отец также не собирался заниматься психиатрией. В 1962 г. он в одиночестве отплыл на корабле из индийского города Кочи с тремястами долларами в кармане, которые спрятал между двумя склеенными страницами «Системы клинической медицины» Сэвилла, чтобы их не конфисковала индийская таможня. Ничуть не переживая по этому поводу, он рассказывал, как после приезда узнал, что из-за цвета кожи в Лондоне ему не будут рады, и, как он вскоре понял, именно по этой причине ему неоднократно отказывали в приеме на многие должности по его любимой специальности — педиатрии. Нуждаясь в работе, он согласился занять менее востребованную вакансию младшего врача-психиатра, а затем полностью посвятил себя этой профессии, получив в итоге должность психиатра-консультанта в Денби. Я помню, как во время моих поездок в больницу по выходным часто видел пациентов, прогуливавшихся по бесконечным коридорам или по обширной территории. Тогда я считал их эксцентричное поведение и задумчивый вид признаком психи-

ческого расстройтва. А сейчас понимаю, что их поведение можно с таким же успехом объяснить воздействием широко используемых в то время препаратов. В те дни я ничего не знал о состоянии других, более многочисленных пациентов, запертых в построенных еще в Викторианскую эпоху палатах.

Через двадцать лет после того, как я покинул эту лечебницу, я перебрался в другую, занимавшую строгое готическое здание на окраине Лидса, открытую в 1888 г. как приют для неимущих умалишенных. Я принял решение подать заявление на должность младшего психиатра буквально в последний момент, всего за несколько недель до того, как получил диплом врача. До этого в моих планах был переезд в Лондон и работа в отделении неотложной помощи, но вдруг, не успев пойти по совершенно другому пути в медицине, я импульсивно поддался влечению к психиатрии и переехал в жилой блок больницы Хай-Ройдс на западе Йоркшира.

Современная система диагностической классификации психических заболеваний началась с попыток упорядочить и упростить запутанные психиатрические термины, преобладавшие во время суда над Макнатеном. В 1890-х гг. немецкий психиатр-эмпирик Эмиль Крепелин разделил подобного рода заболевания на два класса: эпизодическое маниакально-депрессивное состояние (позже названное биполярным расстройством) и прогрессирующий психоз, названный *dementia praecox*, или «раннее слабоумие», — впоследствии этот термин вышел из моды и был заменен термином «шизофрения». В последующие 120 лет добавлялись все новые подразделы классификации, и в нынешнем издании противоречивого «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» числится более пятисот диагнозов. Несмотря на все эти уточнения, на конференциях по психиатрии регулярно возникают споры о диагнозе того или иного пациента.

В начале своего обучения я наблюдал горячий спор двух старших коллег о том, каким типом шизофренического психоза страдает пациент, случай которого только что описал им нервный врач-ординатор. Даже будучи новичком в психиатрии и слушая эти дебаты, я сомневался, что постановка конкретного диагноза поможет понять, о чем рассказывают мои пациенты. Я постоянно размышлял о происхождении их переживаний, и постановка диагноза не казалась мне особенно полезной, чтобы ответить на этот вопрос. При подготовке к выпускным экзаменам мне пришлось выучить список причин для каждого из основных психиатрических диагнозов. Я запомнил факторы, идущие под объединяющими названиями «генетические», «другие биологические», «факторы среды», которые, как было установлено в ходе исследований нескольких групп пациентов, связаны с рассматриваемым диагнозом. В ходе таких исследований обнаружилось, например, что осложнения при родах или грипп у матери во время беременности могли стать причиной шизофрении. Соответственно, мы всегда спрашиваем при первичном осмотре, имелись ли у матери пациента какие-либо проблемы при родах. Но меня не устраивал список этих факторов в качестве объяснения причин болезни. В последние годы обучения я специализировался по судебной психиатрии — отрасли медицины, занимающейся экспертизой, а затем и лечением в тюрьмах и больницах преступников, многие из которых ведут себя агрессивно вследствие психического расстройства. Судебная психиатрия имеет дело с областью, находящейся на стыке медицины и закона, поэтому мне пришлось высказывать свое мнение в обстановке куда более сложной и агрессивной, чем это бывает на медицинских конференциях. Мало того, что уголовные суды состязательны по своей сути, вопросы, которые на них задаются, гораздо сложнее, поскольку адвокаты часто не принимают основные допущения, рассматри-

ваемые психиатрией как аксиому. Моего мнения о том, что убийство — это результат заболевания преступника, недостаточно для адвокатов, если они хотят сослаться на невменяемость в деле по обвинению в убийстве; суду необходимо знать более конкретно, каким образом заболевание повлияло на сознание подсудимого, вынудив его убить жертву. Парадоксально, но, готовясь к вопросам в суде, я размышлял о психике пациента больше, чем предполагает моя специальность. Суд, возможно, примет во внимание мои показания о роли неудачного воспитания или родовой травмы в действиях обвиняемого, но судья также поинтересуется, каким именно образом эти факторы связаны с насильственными действиями, совершенными конкретным человеком, — почему психические процессы привели к конкретному преступлению.

Точно так же, как только я начал участвовать в разных судебных процессах, стала очевидна ограниченность объяснений, основанных на диагнозе или причинно-следственных связях. Если я просто представлю названия симптомов и навешу соответствующий диагностический ярлык, это мало поможет суду по семейным делам принять решение о безопасности ребенка. В ходе экспертизы мне необходимо оценить субъективный опыт конкретного человека: его мысли, ощущения, эмоции, убеждения, импульсы, восприятие, чтобы не только попытаться объяснить, почему он повел себя именно так, но и выявить обстоятельства, которые увеличат вероятность того, что он снова поведет себя подобным образом, и, главное, понять, при каких обстоятельствах вероятность подобного поведения уменьшится.

Около десяти лет я регулярно читал вводную лекцию об основах судебно-психиатрической экспертизы студентам-медикам Ливерпульского университета. Поскольку я работал именно в этой области и знал, как привлечь их внимание, то иллю-

стрировал свою лекцию реальными случаями из судебной практики: историями пациентов, совершивших серьезные насильственные преступления. Перед началом лекции я подчеркивал, что эти случаи нетипичны для пациентов с проблемами психического здоровья. Я не хотел, чтобы студенты покинули аудиторию, утвердившись в распространенном мнении, будто проблемы с психикой опасны для окружающих. Точно так же я должен подчеркнуть, что мои пациенты, чьи истории я здесь привожу, не являются типичными — большинство людей, которым требуется психиатрическое лечение, не опасны и не представляют угрозы для общества.

Описанные в этой книге истории, взятые из моей практики как в качестве лечащего психиатра, так и в качестве эксперта-свидетеля в судах, стали частью пути к пониманию психики моих пациентов и причин их неприемлемого поведения. Во всех случаях, кроме одного, я говорю о людях, совершивших преступление, и, хотя я фокусируюсь на пациенте, не стоит забывать, что его действия причинили вред реальным людям, что есть и другая сторона — жертвы.

Себ

Каждое утро на перекличке в тюрьме надзиратели объявляют имена заключенных, у которых есть запланированные на этот день дела. Те, кто собирается встретиться с адвокатами или членами семьи, идут в зону свиданий, а те, кому назначено посещение врача, — в медицинское крыло. Но заключенный, с которым я намеревался поговорить, не должен был покидать здание, я мог осмотреть его, только придя к нему лично.

Еще до прибытия Себа в тюрьму полтора месяца назад персоналу сообщили, что за ним необходимо установить тщательное наблюдение. Его психическое состояние вызвало такую тревогу, что судебно-психиатрическую экспертизу назначили, пока он находился под стражей в полиции. Себ не сопротивлялся полицейским при задержании, но создавалось впечатление, что его не беспокоит происходящее, он как будто не возражал против ареста. Еще более странным был его самодовольный вид. В полицейский участок вызвали медсестру и дежурного врача из местного отделения судебно-психиатрической экспертизы, но Себ отказался выйти из камеры, чтобы с ними говорить. В сопровождении полицейских врачи прошли в камеру для его осмотра, но Себ гнул свою линию: ему нечего сказать. Врачи, проконсультировав-

шись с коллегой, решили, что Себ не нуждается в госпитализации. Тем не менее его замкнутость, а также характер совершенного Себом преступления не позволили экспертам полностью исключить психиатрические проблемы. Себа арестовали по подозрению в убийстве собственной матери.

На следующее утро врач, который осматривал Себа в полицейском участке, позвонил тюремным психиатрам и рекомендовал по прибытии поместить его в медицинское крыло для дальнейшего наблюдения. Наблюдая за ним, полицейские и медсестры также понимали, что с Себом не все в порядке, хотя им было трудно объяснить, почему они так считают. Он держался от всех на расстоянии. Когда говорил, то использовал как можно меньше слов, чтобы добиться своего, в частности попросить иногда о чем-то конкретном, например принести чистые полотенца, но чаще всего — отказаться от предложенной помощи со стороны персонала. Он не хотел выходить из камеры, чтобы поесть или провести время в комнате отдыха. У него не было проблем со сном или едой, и хотя он избегал контактов, но не проявлял раздражения или агрессии, если с ним заговаривали. Пока не наступила вторая ночь.

Перед концом своей длинной смены одна из медсестер решила проведать Себа. Он оперся на раковину и смотрел на свое отражение в маленьком настенном зеркале. На первый взгляд ничего необычного. Позже, во время опроса, медсестра вспомнила: ей показалось немного странным, что он никак не отреагировал на ее присутствие. Но в тот момент она нашла этому разумное объяснение: он был погружен в собственные мысли. Стоя одной ногой в камере, медсестра попыталась привлечь внимание Себа, позвав его по имени. Все, что произошло потом, она уже плохо помнила. Видимо, он бросился к ней и, когда она собиралась выйти из камеры, обхватил ее шею рукой и потянул назад. Сотрудники тюрем-

ной больницы услышали ее крик и сигнал тревоги, который она успела включить, нажав красную кнопку рации на поясе. К счастью, от кабинета медсестер до камеры Себа было всего несколько шагов, но никто не ожидал, что Себ с такой силой будет сопротивляться попыткам убраться его руку с шеи медсестры. Прибывший на место происшествия охранник признался, что ему пришлось ударить Себа по голове, поэтому на лице Себа появились синяки. С помощью надзирателей, прибежавших из других отделений по сигналу тревоги, медсестру освободили, а Себа снова заперли в камере.

Особо буйных или опасных заключенных помещают в изолятор. Там установлены более жесткие ограничения и усилена охрана. Это современная версия карцера, который в викторианской тюрьме обычно располагался в подвале. Согласно современным правилам, для поддержания порядка и дисциплины в тюрьме непокорного заключенного можно перевести в изолятор. После попытки захвата заложницы в медицинском отделении Себа признали слишком опасным для содержания там, и поэтому, чтобы провести его экспертизу, мне пришлось идти в изолятор.

На осмотре меня должна была сопровождать ординатор. Я знал, что после проверки нам придется ждать сопровождающего в вестибюле тюрьмы, и в это время я не только рассказал своей ученице о случае Себа, но и подготовил ее к первому визиту в тюремный изолятор. Как постоянный посетитель этого места, я знал, что атмосфера в отделении совершенно непредсказуема; временами здесь стоит жутковатая тишина, но часто в изоляторе меня встречала какофония криков, воплей, воя и ударов, которые нервировали еще больше, потому что источники этих звуков находились вне поля зрения. Единственная возможность для обитателей мрачных одиночных камер пообщаться со своими товарищами по заключению лицом к лицу предоставлялась

в небольшие отрезки времени, отведенные для упражнений в индивидуальных зарешеченных коридорах, тянувшихся снаружи вдоль половины здания. В остальные часы общение происходит в основном посредством беспорядочных криков через центральное пространство отделения. Иногда это приветствия по случаю прибытия приятеля, а иногда угрозы тем, кто не входит в местную компанию. Кроме того, внимание обитателей изолятора могли привлечь и надзиратели: либо их просили о чем-то, либо им угрожали.

Посетители часто вызывают переполох. Раньше я удивлялся, каким образом заключенные, которые со мной знакомы, определяют, когда я появляюсь в отделении, несмотря на плотно закрытые двери и смотровые оконца. Стоило мне пройти мимо их двери, как они выкрикивали: «Доктор Нейтан, подойдите на минутку, мне нужно с вами поговорить». Позже я понял, что они подглядывают через узкую щель между тяжелой металлической дверью и косяком. Когда о присутствии врача узнавали другие заключенные, они кричали, что больны и им срочно нужно ко мне. Некоторым, вероятно, и впрямь требовалась медицинская помощь. Большинство же страдали в изоляции и жаждали любого общения. Как правило, призывы стихали, как только я двигался дальше, или переходили в мольбы и угрозы, как будто существование других людей напоминало заключенным о собственных желаниях и обидах. В тот день, проходя по отделению, я предупредил ординатора, что она может стать объектом оскорблений со стороны заключенных, презирающих женщин.

Как обычно, наше появление взбудоражило обитателей изолятора. Ординатор держалась рядом со мной, пока мы шли к двум беседующим надзирателям, пост которых находился чуть дальше на широкой центральной площадке. Я увидел, как она вздрогнула от неожиданного стука и пронзительного нецензурного окрика, когда мы проходили мимо двери

одной камеры. Надзиратели, которых я уже знал по предыдущим посещениям этого блока, догадались, что я пришел навестить Себа, и провели нас в небольшой кабинет, где мы могли поговорить спокойно, не опасаясь других заключенных.

Как только мы вчетвером втиснулись в эту редко используемую комнату, надзиратели рассказали, насколько их удивило, что Себ не проявляет никакого желания покинуть изолятор. Пока это было невозможно. Но Себу объяснили, какого прогресса он должен был добиться, чтобы его перевели. И тогда он заявил, что перемещать его никуда не следует. Присутствовавший при этом надзиратель почувствовал в его уверенном тоне скрытую угрозу.

Себ находился под строжайшим контролем. Всем обитателям изолятора разрешается выходить из камер по одному, но камеру особо опасных преступников, таких как Себ, должны открывать как минимум три охранника. Эту меру предосторожности ввели после того, как Себ попытался захватить заложника. Меня озадачило, что этот порядок сохраняли так долго, и я спросил почему. Старший по смене объяснил: сначала требования по надзору за Себом ослабили, разрешив ему выходить из камеры, но через сутки появились основания для повторного введения жестких мер, хотя и не из-за агрессии или угроз. Надзиратель открыл дверь камеры, чтобы отвести Себа в душ, и, когда Себ шел по просторному вестибюлю между своей камерой и душевой, он вдруг остановился и пристально посмотрел на надзирателя. Тот твердо приказал Себу идти дальше. Он так и сделал, но, учитывая инцидент в медицинском отделении, после этого странного и необъяснимого поведения ввели дополнительные меры предосторожности, и Себа снова стали выпускать только три надзирателя одновременно. Оценить риск было сложно, поскольку медсестрам и врачу, посещавшим Себа в изоляторе, не удалось его разговорить и что-либо узнать по поводу первого инцидента.

Я привык заниматься пациентами в специальной комнате для экспертизы. Ее основное назначение — официальный разбор недавних проступков заключенных, но, пока комната не использовалась, она служила относительно безопасным местом для беседы с заключенными, находящимися в изоляторе. Заключенный сидел на стуле, соединенном стальным кронштейном с прочным столом, который, в свою очередь, был надежно прикреплен к полу, а его ширина не позволяла разъяренному заключенному наброситься на надзирателя или на меня, сидящих на незакрепленных стульях напротив него, или на начальника тюрьмы, сидящего в торце. По углам в одной стене было две двери, через одну впускали заключенного, а через другую входил начальник тюрьмы — так они всегда находились далеко друг от друга. Я спросил, нельзя ли начать беседу с Себом в камере, а потом, если он сможет спокойно сосредоточиться, перевести его в комнату для экспертизы, которая больше подходит для клинического осмотра. Надзиратели согласились при условии, что окошко в двери будет открыто и они смогут пристально наблюдать за нами снаружи.

Однако нам не довелось исполнить этот план. Заглянув через плечо охраннику, который смотрел в камеру через окошко в двери, я увидел Себа лежащим на кровати. Завернувшись в одеяло, он был неподвижен и не откликнулся на требование сесть. Тогда охранник открыл дверь и объявил о нашем приходе, но Себ опять не ответил. Обменявшись взглядами и кивками, мы приняли решение попробовать другой вариант, о котором условились заранее. Два надзирателя, стоящие передо мной, расступились и позволили мне шагнуть через порог камеры, оставив передо мной всего одного надзирателя. При необходимости они могли быстро вытащить меня и своего коллегу из камеры и захлопнуть дверь. Чувствуя себя неловко из-за того, что разговариваю с одеялом

на глазах у трех надзирателей и врача-стажера, я представился Себу и сказал, что пришел узнать, можно ли ему чем-то помочь. В ожидании ответа я оглядел его камеру в поисках чего-нибудь важного. Во время осмотра заключенных в изоляторе я часто обнаруживал беспорядок в их камерах. Например, грязь на полу, после того как заключенный решил в знак протеста не пользоваться туалетом. Нацарапанные на обрывках бумаги или других поверхностях сообщения. Иногда размазанные по стенам фекалии — так называемый грязный протест. В камере Себа ничего подобного не было. Немногочисленные вещи были аккуратно разложены на полу у самой дальней стены.

В последней попытке привлечь внимание Себа старший надзиратель сказал, что другой возможности побеседовать с врачом может и не быть. Но все тщетно. Не сводя взгляда с Себа, я осторожно вышел из камеры. Надзиратели снова попытались добиться ответа, спросив, не хочет ли он чего-нибудь, раз уж они здесь. Себ так и не пошевелился.

Адвокат Себа попросил определить, можно ли назвать состояние его клиента в момент убийства невменяемостью в соответствии с правилами Макнатена. На следующий день после неудачного осмотра Себа я позвонил адвокату и объяснил, что молчание его клиента помешало моей попытке это узнать. Хотя все признаки указывали на «душевное заболевание», я не мог определить, осознавал ли он, что делает, когда напал на свою мать. Мы с адвокатом пришли к соглашению, что следует ответить на этот вопрос, прежде чем использовать на суде защиту ссылкой на невменяемость.

В марте 1831 г. судья Джеймс Парк председательствовал на весенней сессии суда в Йорке. Зал суда был переполнен из-за интереса к делу Эстер Дайсон, девушки двадцати с небольшим лет. Ее обвинили «в умышленном убийстве сво-

его внебрачного ребенка путем отсечения ему головы». Чтение обвинительного заключения не вызвало у нее никаких эмоций, а когда секретарь спросил, виновна она или нет, она промолчала.

С тех пор как в Англии в XII в. ввели суд присяжных, не отвечающий на вопросы подсудимый создавал трудности в ходе разбирательства. Перед тем как вынести приговор, необходимо было совершить ритуальный обмен мнениями. Сначала подсудимого спрашивали, считает ли он себя виновным в преступлении. Ответ «невиновен» вызывал второй вопрос: «Подсудимый, какой суд вы предпочитаете?» Если он соглашался, чтобы его судили Бог и страна, можно было начать процесс. Этот вступительный ритуал зависел от участия обвиняемого. Теоретически обвинительного приговора можно было избежать, если хранить молчание. Мотивы для молчания могли быть самыми разными: от нежелания, чтобы было конфисковано имущество, которое могло перейти к наследникам, до желания избавить свою семью и репутацию от позора обвинительного приговора. Вестминстерский статут 1275 г. разрешил суду принимать меры, чтобы заставить не желающего сотрудничать обвиняемого одуматься. Таких «преступников, отказывающихся от законного суда», можно было содержать в суровых условиях — тюрьме *forte et dure* — до тех пор, пока они не передумают. Чтобы еще больше отбить у обвиняемых охоту молчать, к этому наказанию добавили пытки, поэтому термин изменили на *peine forte et dure**. Дополнительное давление оказывалось в буквальном смысле. Лежащего на спине в темной камере заключенного привязывали за руки и ноги веревками, которые натягивали так, что человек распластывался на полу. Затем на него

* *Peine forte et dure* (фр.) — сильное и продолжительное мучение. — Прим. ред.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru